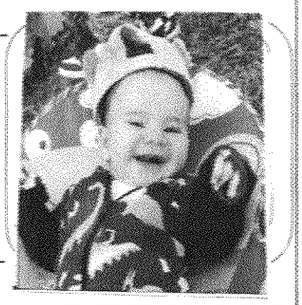
LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

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 ALMA DE VIDA	Código: FO-GG-012
	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 25/03 /2025



FECHA SOLICITUD CUPO: 26/03/2025 **FECHA INGRESO:** 1/04/2025

UDS: Mis Angelitas **MUNICIPIO:** San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Elian Mathias Medina Rivera

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1122344520

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 18/11/2024 **EDAD:** 11 meses **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?: DIMF **MOTIVO DEL RETIRO:** Termino de programa

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: 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: N/A

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Edgar Jose Medina

No. IDENTIFICACION: 1122336913 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/ Espinal

CELULAR: 3138405620 **E.P.S:** Emssanar S.A.S

OCUPACION U OFICIO: Comerciante

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Leydy Mayerly Rivera Muñoz

No. IDENTIFICACION: 1122339732 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/ Espinal

CELULAR: 3138405620 **E.P.S:** Mallamas EPS.I

OCUPACION U OFICIO: Ama de Casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Leydy Mayerly Rivera

NUMERO IDENTIFICACION: 1122339732 **CELULAR:** 3138405620

DIRECCION: Vereda: Espinal. **PARENTESCO:** ____

Leydy Rivera.

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE **FIRMA AGENTE EDUCATIVO**

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.520

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63700541

63700541

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] 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
MEDINA	RIVERA

Nombre(s)

ELIAN MATHIAS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes NOV Día 18	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	24114211209658

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

RIVERA MUNOZ LEYDY MAYERLY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.339.732	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

MEDINA EDGAR JOSE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.336.913	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RIVERA MUNOZ LEYDY MAYERLY

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.339.732	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2024 Mes NOV Día 27	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

27.NOV.2024 - LIBRO DE VARIOS

Adhesivo Copia Registro Civil 37626955-7

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

dispapeles 60387

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 06/10/2025

Ficha: 86757017479400000060

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **ELIAN MATHIAS**

Apellidos: **MEDINA RIVERA**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1122344520**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **19/12/2024**

Última actualización ciudadano: **19/12/2024**

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**

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	1122344520
NOMBRES	ELIAN MATHIAS
APELLIDOS	MEDINA RIVERA
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	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	23/11/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/06/2025 23:51:57	**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

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
Mi prioridad es tu salud...

also Cra 7 # 1-36
or: 4210533 - móvil: 3134821413
: gerencia@esehospitalfronterizoladorada.com.co

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:
ELIAN MATHIAS

Apellidos:
MEDINA RIVERA

Fecha de nacimiento:
18 11 2024

Historia Clínica:

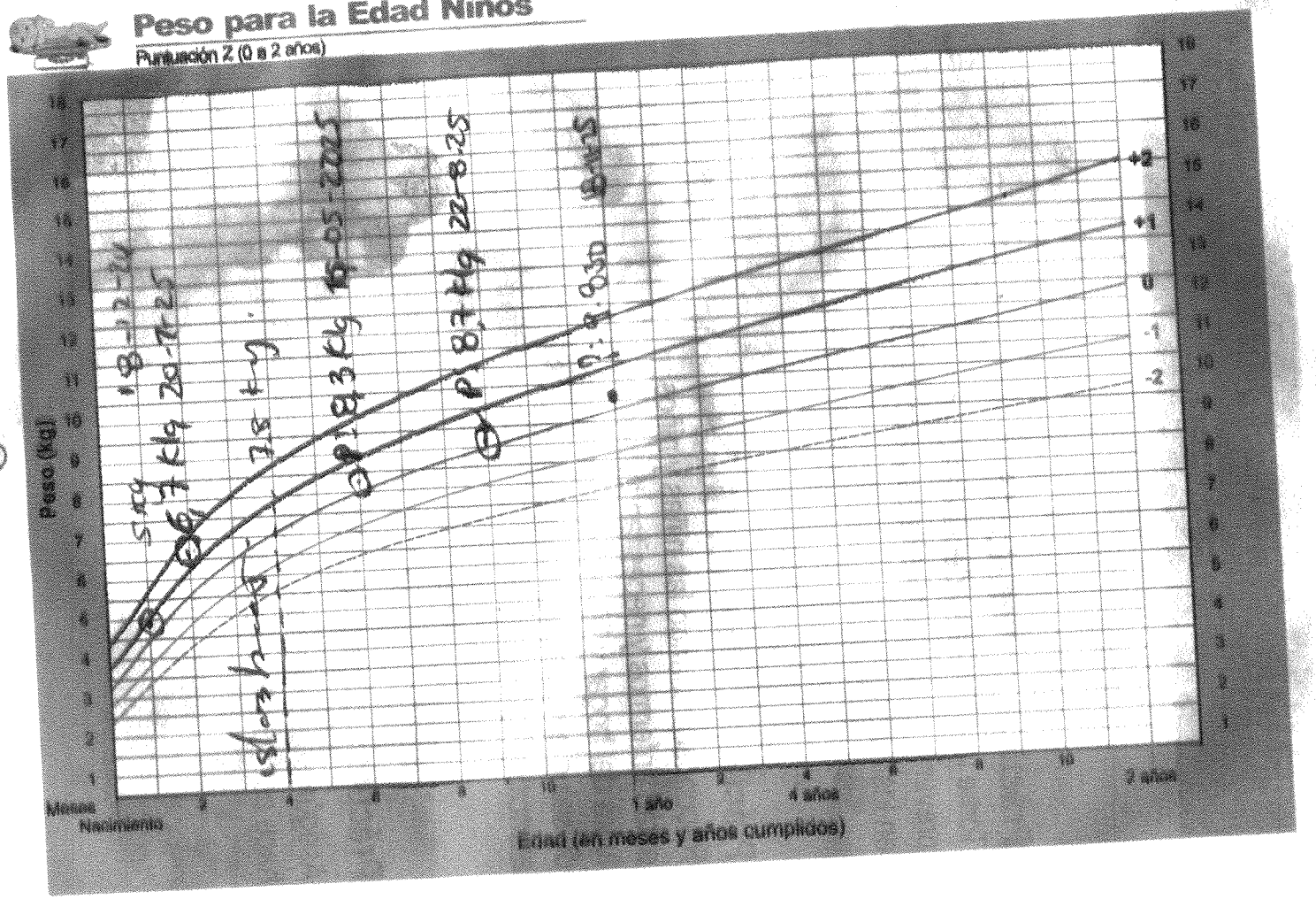
Barrio / Vereda:
METROPOLITANO

Responsable del niño (a):
LEIDY RIVERA

Teléfono:
3138405670

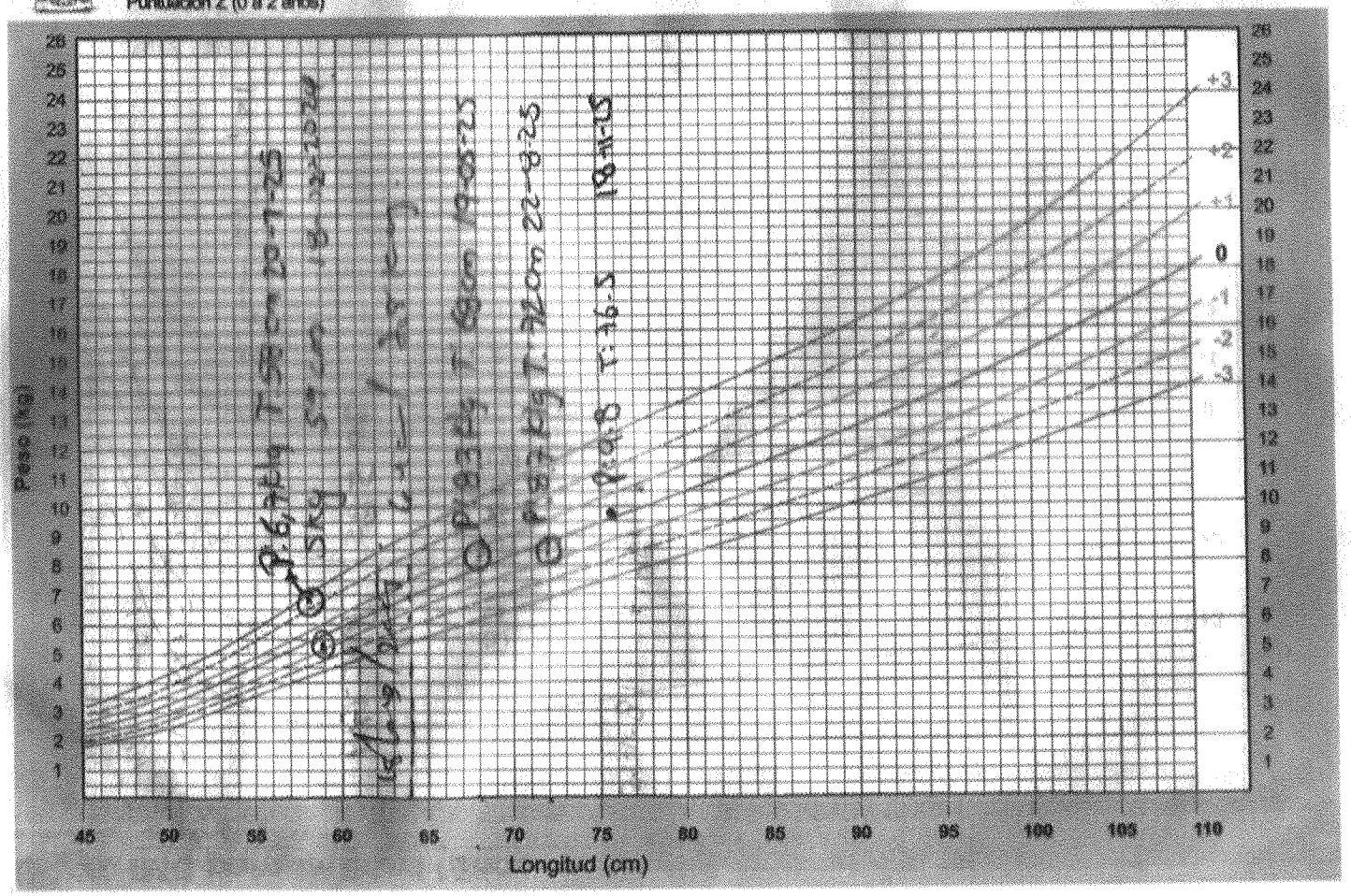
EPS:
EMSSANAR.

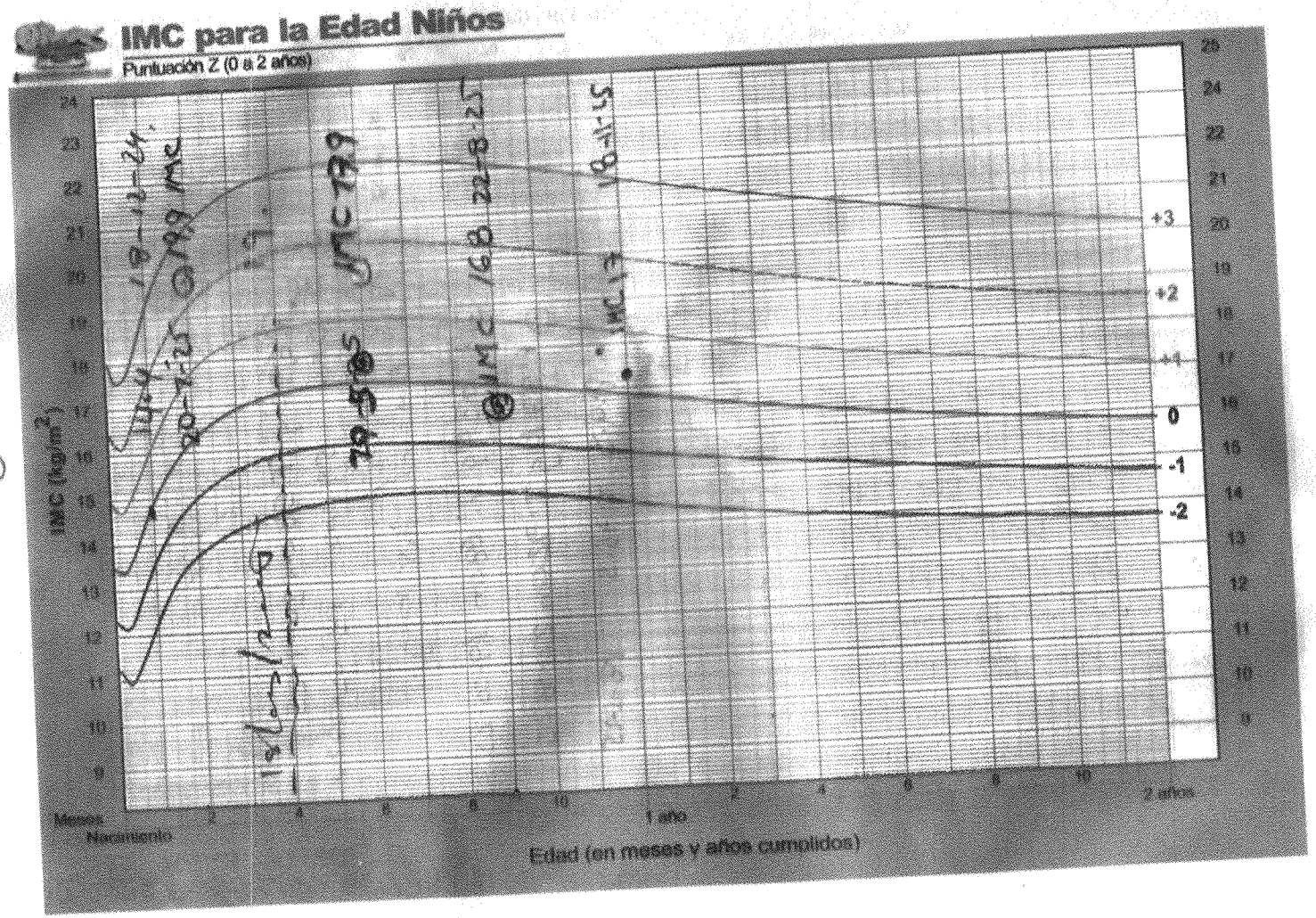


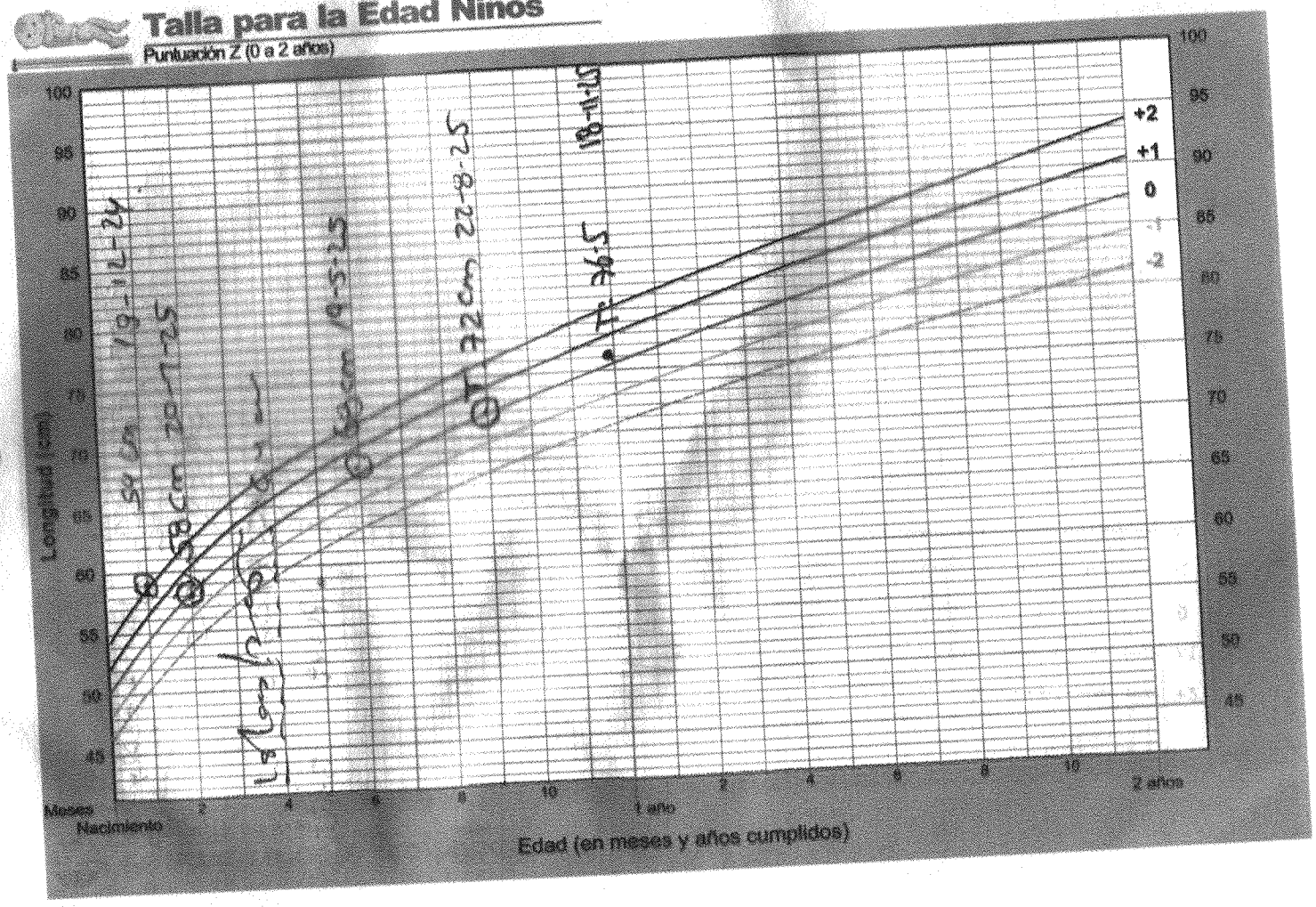

Peso para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Meses
Nacimiento
1 año
4 años
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-1
-2

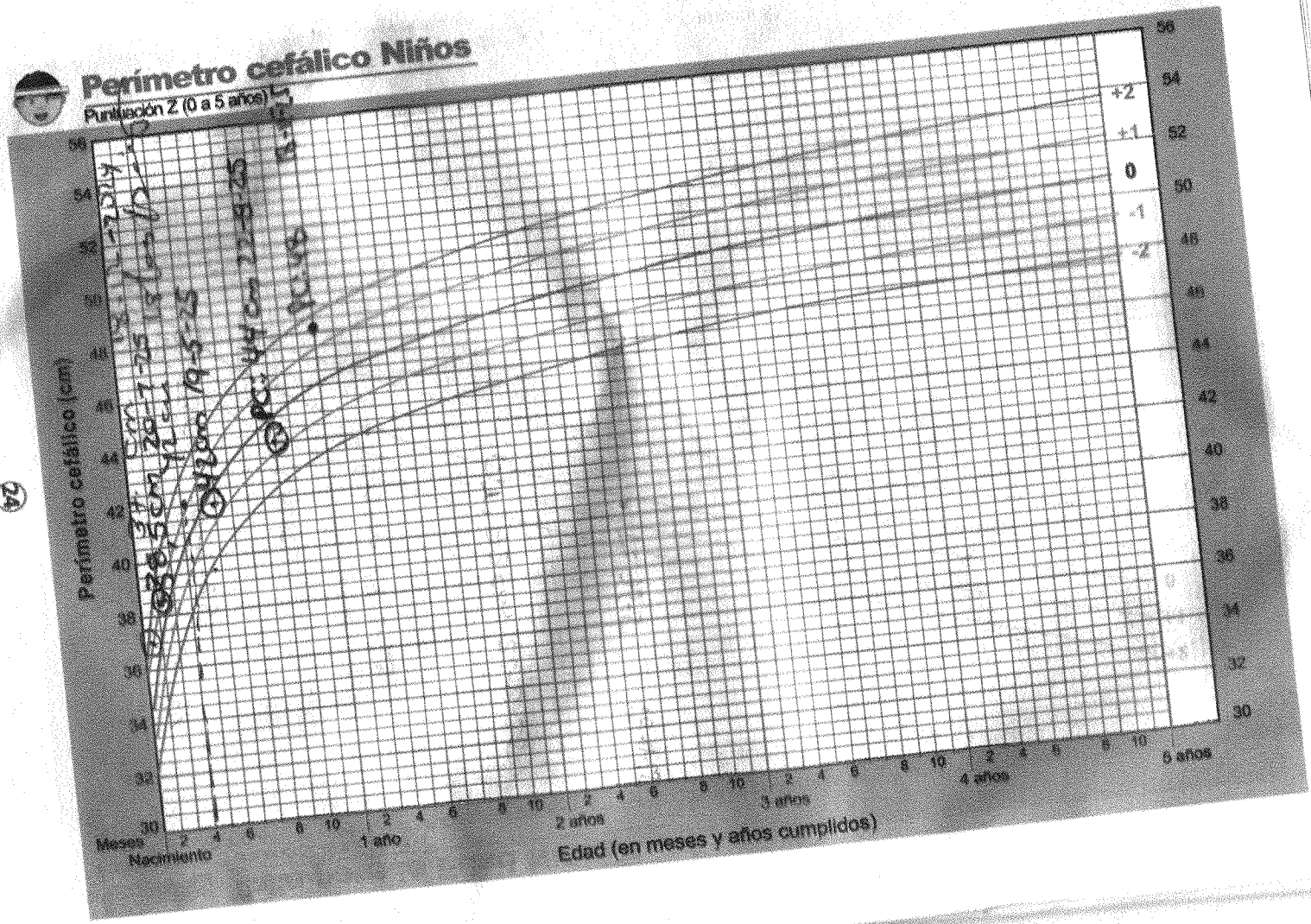
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)




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


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


Perímetro cefálico Niños
Puntuación Z (0 a 5 años)
+2
+1
0
-1
-2
Perímetro cefálico (cm)
56
54
52
50
48
46
44
42
40
38
36
34
32
30
Meses
Nacimiento
2
4
6
8
10
1 año
2
4
6
8
10
2 años
2
4
6
8
10
3 años
2
4
6
8
10
4 años
2
4
6
8
10
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
18-12-24	5 kg	59	37	13	14.4	18-01-25	
20-7-2025	6,7	58	38.5	14	19.9	18-03-2025	
18-12-25	7,8	64	42	15	19.0	18-03-2025	
19-5-2025	8.3	68	43	16	17.9	18-08-2025	
22-08-2025	8.7	72	44	14	16.8	18-NOV-25	
18-11-2025	9.830	76.5	45	17	17	18-MAYO-26	

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: Elian Mathias Medina Rivera
Doc. de Identidad: 1122344520
EPS: Emssanar
Teléfono: 3138405620
Domicilio: B/ Metropolitano

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general					1								
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología					28-05-25								
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor							18-05-2025						
		Profilaxis y remoción de placa							18-05-2025						
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)							18-11-2025						
	V	Vacunación													

Liliana Daniela Díaz
ODONTÓLOGA
T.P. 032736

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8930/03-2011

Vacunar oportunamente a los niños y niñas con todas las dosis, *disminuye el riesgo* de padecer enfermedades.

Protégelos contra:

Tuberculosis *meníngea* (BCG), Hepatitis B, Poliomielitis (VIP), Meningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus *Influenzae tipo* b, Difteria, Tosferina, Tétanos (Pentavalente), diarrea por Rotavirus; neumonía, otitis, meningitis bacteriemia causada por Neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, Sarampión, Rubéola, Parotiditis (Triple Viral), Varicela, Hepatitis A, Fiebre Amarilla, Cáncer causado por Virus de Papiloma Humano (VPH) y Covid-19.



Las vacunas son seguras y salvan vidas

¡Ponte al Día!

Ministerio de Salud y Protección Social

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

ATENCIONES DEFINIDAS MEDIANTE RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018 PARA LA PRIMERA INFANCIA

Seguimiento al Recién Nacido					D	M	A
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado			
	Auditiva OEA/PEAA	Normal		Alterado			
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado			
	Visual	Normal		Alterado			
Atención en salud para la promoción y apoyo a la lactancia materna							
Seguimiento a la atención en salud para la promoción y apoyo a la lactancia materna							

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

Edad	Fecha D M A	Valoración Nutricional: Peso	Talla	PC	Punt. Z	Valoración del Desarrollo: Motor Grueso A	R	SP	Motor Fino A	R	SP	Audición y Lenguaje A	R	SP	Personal Social A	R	SP	Profesional que atendió perfil
3 a 5 días																		
Al mes																		
2 a 3 m.																		
4 a 5 m.																		
6 a 8 m.																		
9 a 11 m.																		
12 a 17 m.																		
18 a 23 m.																		
24 a 29 m.																		
30 a 35 m.																		
3 años																		
4 años																		
5 años																		

A Desarrollo adecuado para la edad R Riesgo de problema en el desarrollo SP Sospecha de problema en el desarrollo

Atención en Salud Bucal									
A partir de los 6 meses					Un año				
Dos años					Tres años				
Cuatro años					Cinco años				

Valoración de la Salud Visual - Agudeza Visual									
Tres años					Menor o igual a 20 normal				
Cuatro años					Menor o igual a 20 normal				
Cinco años					Menor o igual a 20 normal				

Suplementación con hierro (Menores de 6 meses con riesgo)				
1 mes				
2 a 3 meses				
4 a 6 meses				

Fortificación casera con micronutrientes en polvo 6 a 23 meses				
6 a 8 meses				
12 a 17 meses				
18 a 23 meses				

Suplementación con micronutrientes (Hierro y Vitamina A)							
2 años							
3 años							
4 años							
5 años							

Desparasitación				
1 año				
2 años				
3 años				
4 años				
5 años				

Tamizaje para Anemia - Hemoglobina (Según criterios de riesgo)				
			Resultado	

Educación para la Salud en la Primera Infancia			
Edad	Fecha	Tema	Observaciones

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

LAS VACUNAS SON SEGURAS Y SALVAN VIDAS ¡PONTE AL DÍA!

Carnë de Vacunación #118

Nombres y Apellidos: ELIAN MATHIAT MEDINA RIVERA

Tipo de Documento: RC X TI OTRO — No. de Documento: 1.122.344.520

Fecha de Nacimiento: 15 DÍA 11 MES 2024 AÑO

Sexo: Masculino — 40 sms

Grupo sanguíneo: — Rh:

Peso al nacer: 3890 — Talla: 55

Dirección: la elevada

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: leydi Maryeli Rivera Muñoz

Municipio de residencia: San miguel

Departamento: Putumayo

cc: 1122339732.

Nombres y Apellidos: _____ Tipo de Indentificación _____ No. ID: _____

Edad	Vacuna	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 ☐						
	BCG	Única	15	11	24	Serum	0332MA043	HACP				Diana P
	Hepatitis B	Recién nacido	15	11	24	Serum	0223Q014J	HACP				Diana P
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis	1ª	27	01	25	Biologicals	2328C06	HFLD				Isabel Arias
	*Pentavalente	1ª	27	01	25	Serum	2853X020B					
	Rotavirus	1ª	27	01	25	GSK	AROLEO24AA					
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	27	01	25	Pfizer	6X1912					
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis	2ª	28	03	25	Biologicals	2406C01	HFLD	Cita: 27-Marzo 2025			Isabel Arias
	Pentavalente	2ª	28	03	25	Serum	2853X020C					
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	28	03	25	Pfizer	HJ5277					
	Rotavirus	2ª	29	03	25	GSK	AROLEO24AA					
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis	3ª	28	05	25	Biologicals	2406C01	HFLD	Cita: 28-Mayo 2025			Isabel Arias
	Pentavalente	3ª	28	05	25	Serum	2853X020C					
	Influenza estacional	1ª	28	05	25	Sequirus	P100792794					
7 meses	Influenza estacional	2ª	08	07	25	Sequirus	P100792794	HFLD				Isabel Arias
12 meses	Sarampión, Rubéola , Paperas	1ª	20	NOV	25	Serum	0132N1408		Cita:			
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	20	NOV	25	PFIZER	LE0775	HFLD	21-NOV 2025			Isabel Arias
	Varicela	1ª	20	NOV	25	MERCK	1005288					
	Hepatitis A	Única	20	NOV	25	MSD	400B031					
	**Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis	1er Refuerzo							Cita: 13-FEB-2026			
	Pentavalente	1er Refuerzo										
	Sarampión, Rubéola , Paperas	Refuerzo										
	***Fiebre Amarilla	Única	19	08	25	Fiocruz	Y3D08	H.F.L.D.				Isabel A.
5 años	Poliomielitis	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
A partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH) Tetra ☐ Nona ☐											
Sin rango de edad	Covid-19											
Vacunas complementarias y otras dosis												

*Difteria-Tétanos-Tosferina-Hepatitis B-Haemophilus influenzae tipo b **De acuerdo al antecedente de primovacunación ***A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos

17

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

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION 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 Elian Mathios APELLIDOS Medina Rivera

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122.344520

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 18 MES: 11 AÑO: 2024 / EDAD: 6meses años cel: 3138405620

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. 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 aplicarle

¿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 (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: x Leydy Rivera

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

Nombres Laydy Mayerly Apellidos Rivera Muñoz

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1122339732

Firma: x Leydy Rivera.

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: Kelly Jiménez Zárate

Firma Kelly Jzr Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1075682134

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFIO

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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.339.732

RIVERA MUÑOZ

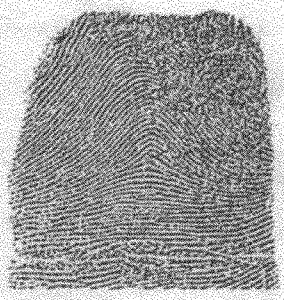
APELLIDOS

LEYDY MAYERLY

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-AGO-1991

VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
VALLE DEL GUAMUEZ (PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

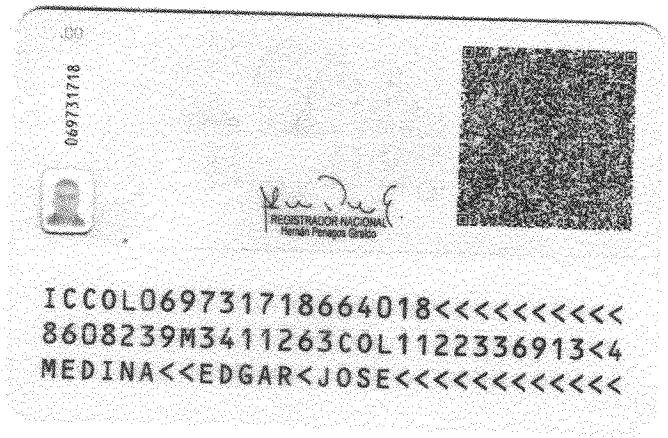
1.60	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

21-SEP-2009 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

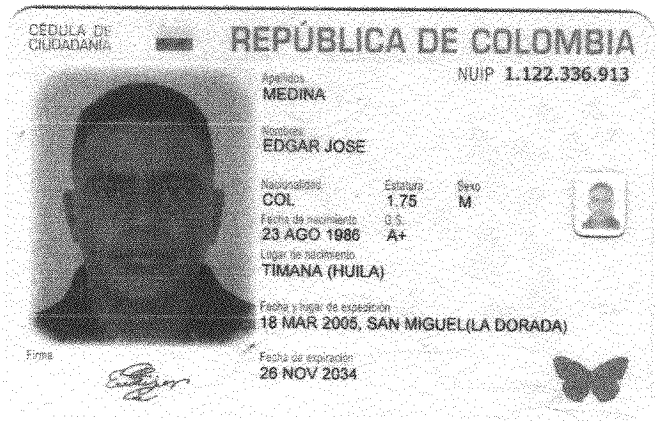
P-6401800-00196471-F-1122339732-20091113 0017975719A 1 30231067



069731718

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0697317186640l8<<<<<<<<<<
8608239M3411263COL1122336913<4
MEDINA<<EDGAR<JOSE<<<<<<<<<<<<



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.122.336.913

Apellidos
MEDINA

Nombres
EDGAR JOSE

Nacionalidad
COL

Estatura
1.75

Sexo
M

Fecha de nacimiento
23 AGO 1986

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
TIMANA (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
18 MAR 2005, SAN MIGUEL(LA DORADA)

Firma

Fecha de expiración
26 NOV 2034

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Leydy Rivera Identificado con C.C N° 1122339732 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Elian Mathias Medina 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

Madre o Acudiente
C.C 1.122.339.732

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, Leydy Mayerly Rivera, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122339732, obrando en calidad de:

Padre		Madre	X	Cuidador	

De la niña, niño o adolescente, Elian Mathias Medina, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI____, CE____, número 1122344520, 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: _____
Nombre: Leydy Rivera
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3138405620
Fecha: 7/04/2025
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 Elian Mathias Medina Rivera, identificado (a) con documento de identidad número 1122344520, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	—	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Leydy Mayerly Rivera, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122339732, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	—	Videos	—	Otros datos personales	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 E.I.C

Suscriben:

Firma:
Nombre: Leydy Mayerly Rivera
Calidad - Titular: X Representante legal:
Teléfono de contacto: 3138405620
Fecha: 1/04/2025
Municipio: San Miguel

CLASIFICADA

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel - Putumayo

Nombre completo de la niña o niño Elian Mathias Medina Rivera

Fecha de nacimiento Día 18 Mes 11 Año 224 **N° Documento de Identidad** 1122344520

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 8 Mes 04 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Alba Nidia Bravo

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 Elian Mathias Medina, se enwentra en el rango esperado, ya qe, cumple con las acciones acordes a su edad, y se observa qe el widador realiza juegos con él.

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

Mathias es un niño activo, se encuentra en el rango esperado, teniendo enwenta qe cumple con acciones acordes a su edad, como; responde con la mirada, cuando se le llama por su nombre es capaz de mantenerse sentado y gatea.

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)***

Elian Medina

	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 Sualitativa ⇨	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: Elian Mathias Medina IDENTIFICACIO: 1122344520 FECHA DE NACIMIENTO: 18/11/2024

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					
19/08 2025	v		8:30 am		Agente educativo le recuerda a la madre de participante que tiene pendiente crecimiento y desarrollo del niño. madre refiere que si le pueden ayudar a solicitar la cita.	Leydy Rivera	AIBA BRAVO.	Agente educativo se acerca al hospital a solicitar la cita del participante.	Agente le informa a la madre del niño que ya se le gestiono la cita y queda para el dia 22/08/2025 a las 3:30 pm	madre se compromete a llevar al niño al control correspondiente y traer copias a la maestra. cierre novedad
8/10 2025	~		7:00		madre de participante se comunica via telefonica con la profesora, para solicitar permiso de no asistencia el dia de hoy, debido a que operaron a su esposo y necesita algunos cuidados. y ella debe estar pendiente	Leydy Rivera	AIBA BRAVO.	Sensibilizar a la madre de la importancia de asistir a los encuentros.	Agente educativo se dirige a la casa para realizar la visita al participante. donde se evidencia el niño estar muy bien	madre se compromete a asistir a los encuentros, si la salud de su esposo mejora. cierre novedad

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Elian Medina IDENTIFICACIO: 1122344520 FECHA DE NACIMIENTO: 18/11/2024

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					