



Fundación

Alma de Vida

Fomentando caminos de esperanza

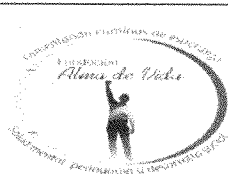
LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripción 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 <u>X</u> 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.
17	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
GESTION DOCUMENTAL
INSCRIPCION Y MATRICULA

Código: FO-GG-012
Versión: 001
Fecha: 25/03 /2025

FECHA SOLICITUD CUPO: 26-03-2025 FECHA INGRESO: 27-03-2025

UDS: Mis tiempos amiguitos 1 MUNICIPIO: San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:

Enelith Kataella Hernandez Cardona



TIENE REGISTRO CIVIL: SI ☒ NO ☐ NUIP No. 1122344333

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 20/10/2023 EDAD: 1 año MUNICIPIO: Puerto Asís

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: Vereda San Francisco ESTRATO: 1 ¿HA

ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: ☐ NO: ☒

¿CUAL?: N/A MOTIVO DEL RETIRO: N/A

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: ☐ NO: ☒ CUAL: N/A

EPS DEL PARTICIPANTE: Asmet Salud EPS SUBSIDIADO: ☒ CONTRIBUTIVO:

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: ☐ NO: ☒ DIAGNOSTICO: N/A

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: ☐ NO: ☒ CUAL: N/A

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: ☐ NO: ☒ CUAL: N/A

TIENE SISBEN: SI: ☒ NO: ☐ PUNTAJE: A4 DESPLAZADO: SI: ☐ NO: ☒

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: ☐ NO: ☒ RED UNIDOS: SI: ☐ NO: ☒

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: ☐ NO: ☒ CUAL: N/A

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Janier Steven Hernandez Rodriguez

No. IDENTIFICACION: 1087046370 DIRECCION RESIDENCIA: V/San Francisco

CELULAR: 3125049207 E.P.S: Asmet Salud EPS

OCUPACION U OFICIO: Independiente

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Karen Yuliett Cardona Meneses

No. IDENTIFICACION: 1115791060 DIRECCION RESIDENCIA: V/San Francisco

CELULAR: 3125049207 E.P.S: Emis Sanar SAS

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Karen Yuliett Cardona Meneses

NUMERO IDENTIFICACION: 1115791060 CELULAR: 3125049207

DIRECCION: V/San Francisco PARENTESCO: Madre

Karen Cardona
FIRMA DEL PADRE / ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

63700323

NUIP 1.122.344.333

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código X 6 Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURÍA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN MIGUEL

Datos del inscrito

Primer Apellido Segundo Apellido
HERNANDEZ CARDONA

Nombre(s)
ENELITH KATALELLA

Fecha de nacimiento Sexo (en letras) Grupo sanguíneo Factor RH
Año 2023 Mes OCT Día 20 FEMENINO O POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo
23108310705669

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
CARDONA MENESES KAREN YULIETH

Documento de identificación (Clase y número)
SIN INFORMACION

Nacionalidad
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
HERNANDEZ RODRIGUEZ JANIER STIVEN

Documento de identificación (Clase y número)
CC 1.087.046.370

Nacionalidad
COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
HERNANDEZ RODRIGUEZ JANIER STIVEN

Documento de identificación (Clase y número)
CC 1.087.046.370

Firma
Janier Hernandez

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

Año 2023 Mes NOV Día 17

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Janier Hernandez

Firma

Nombre y firma

17.NOV.2023 - LIBRO DE VARIOS ESPACIO PARA NOTAS



Adhesivo Copia
Registro Civil

35415955-8



ESTA REPRODUCCION
FOTOMECANICA ES FIEL COPIA SE
LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS
ARCHIVOS DE LA REGISTRADURIA



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

San Miguel (La Dorada) - Putumayo, 17 de noviembre de 2023
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES.

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador Municipal del Estado Civil



15 Sistema de Identificación de
Atención Social y Registro de Población (Sisbén)

Registro válido

Fecha de consulta:

21/10/2025

Ficha:

86757674952700007629

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ENELITH KATALELLA

Apellidos: HERNANDEZ CARDONA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344333

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

11/04/2024

Última actualización ciudadano:

11/04/2024

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:

MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección:

Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono:

4210537 - 3213138790

Correo Electrónico:

sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co



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	1122344333
NOMBRES	ENELITH KATALELLA
APELLIDOS	HERNANDEZ CARDONA
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	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/04/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 10/21/2025 02:03:04 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

TECNO

erte como, Ma

25/04/29 12

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres:

Enelith Katalella

Apellidos:

Hernandez Cardona

Fecha de nacimiento

20 / 12 / 2023

Historia Clínica:

1-722-344-333

Barrio/Vereda:

San Francisco

Responsable del niño:

Karen Cardona

Teléfono:

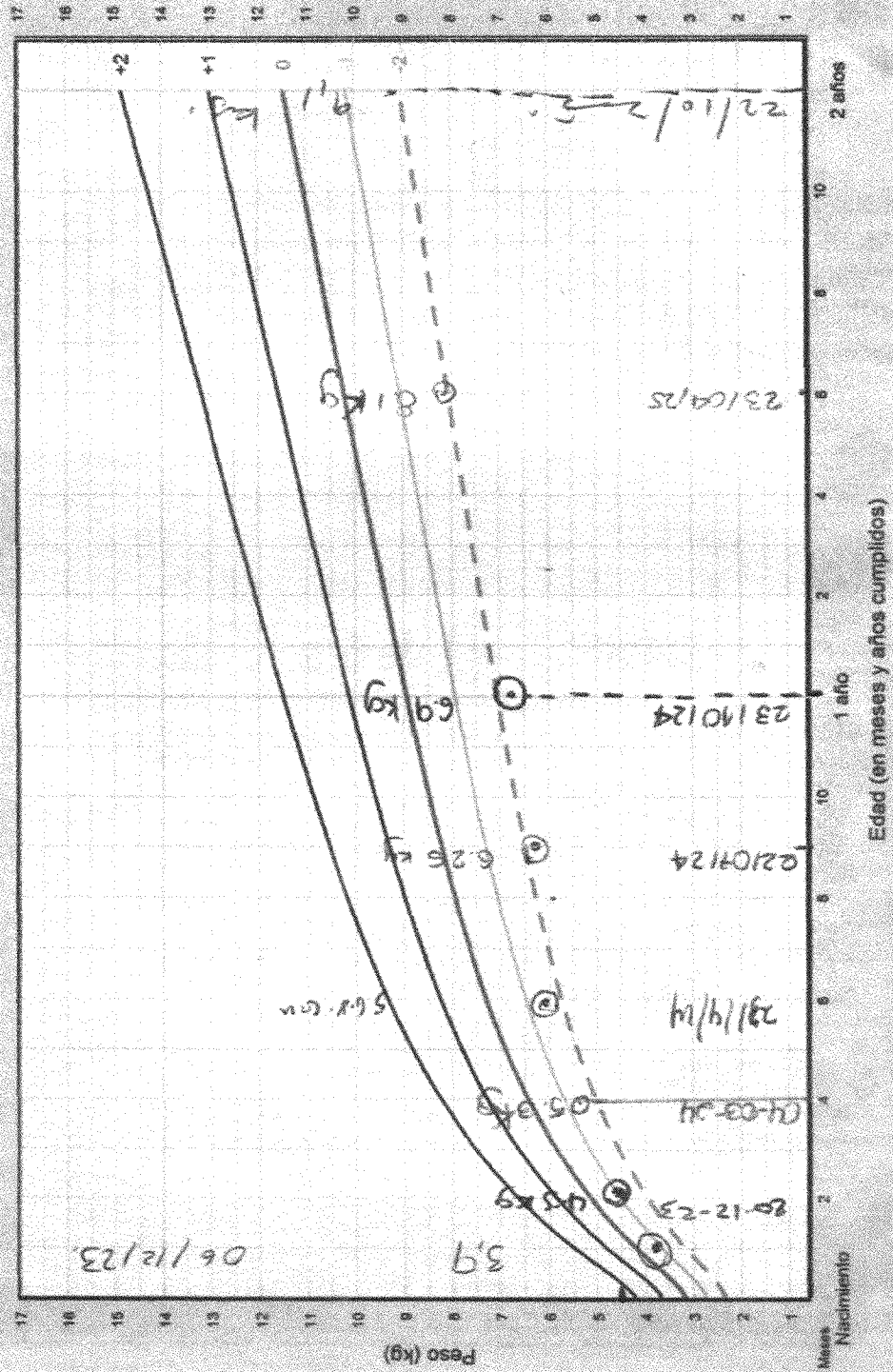
3125049200

EPS:

Asmet Salud

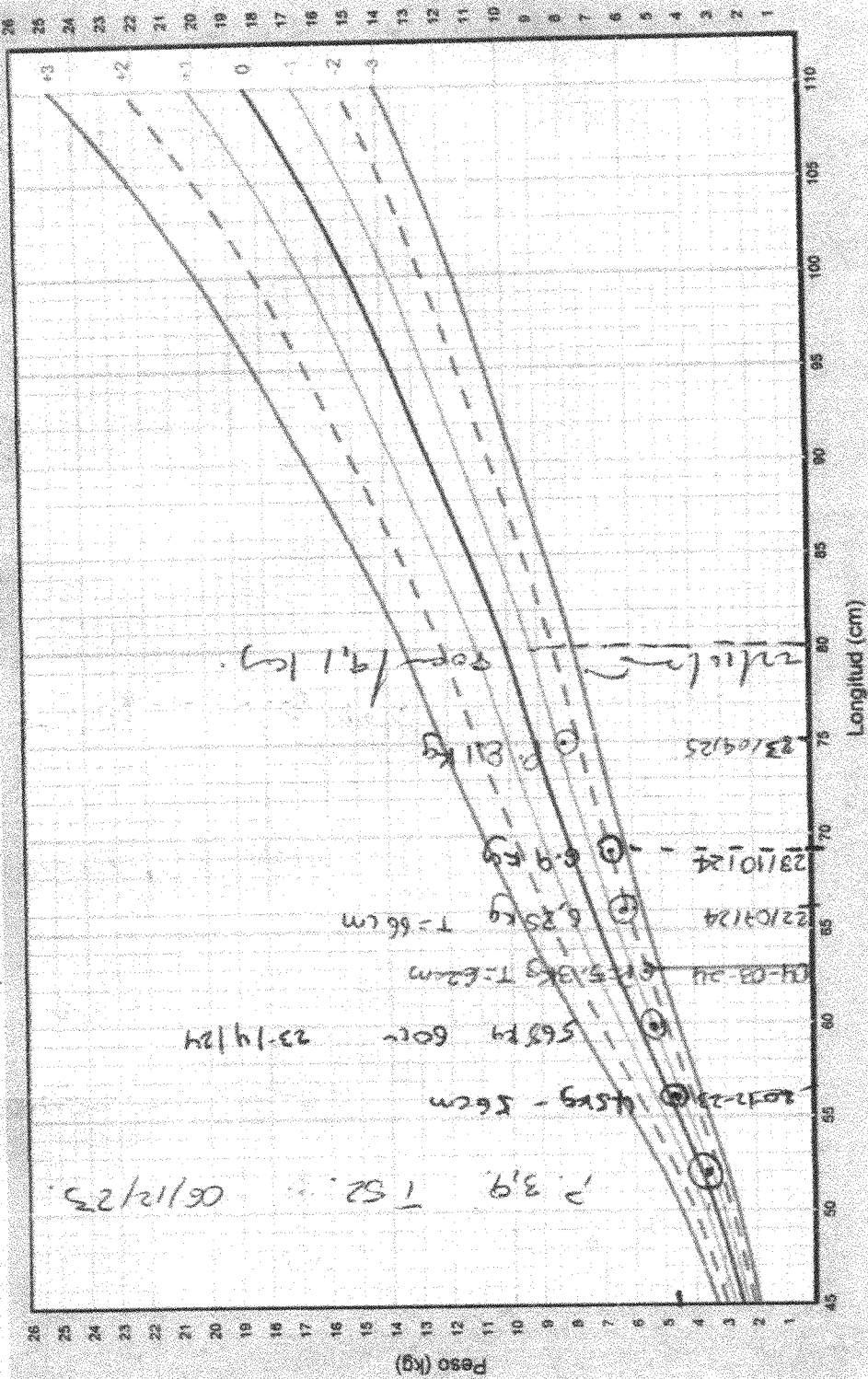
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



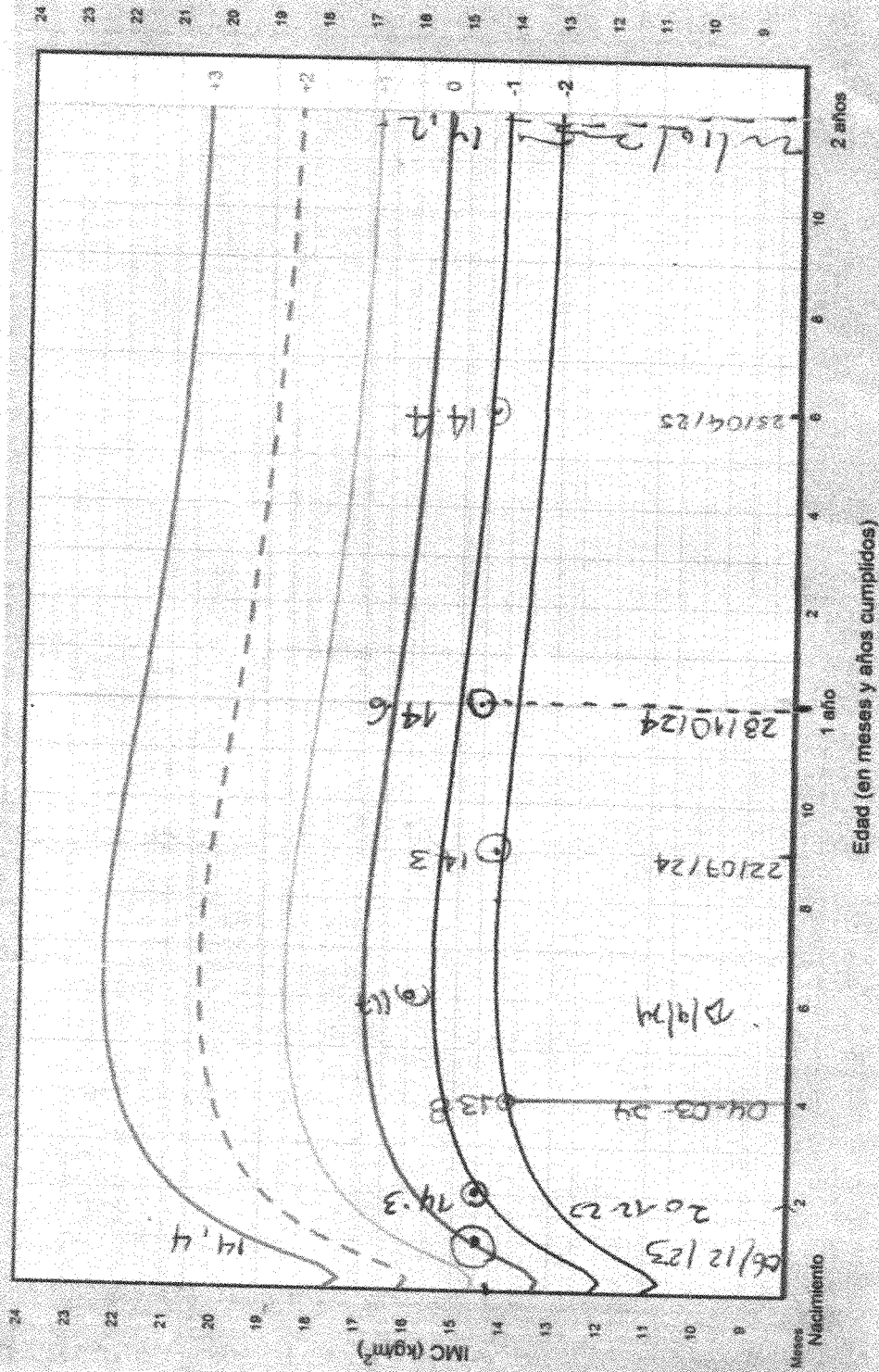
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

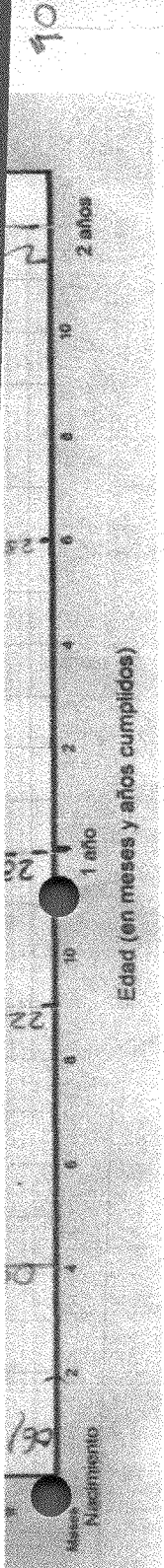


IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

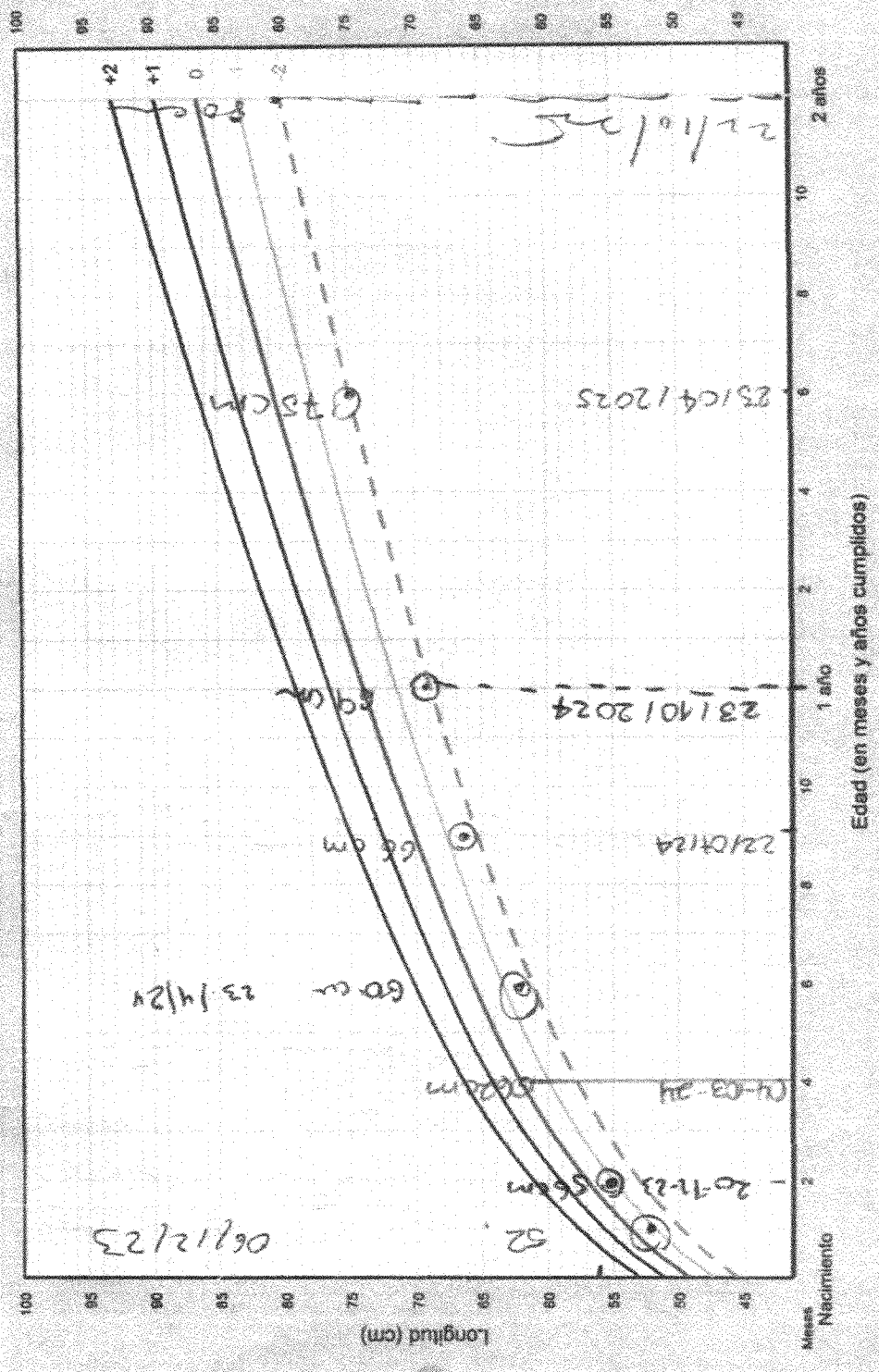


Talla para la Edad Niñas



Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Puntuación Z (2 a 5 años)

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
06/12/23	3.9	52	37	12	14.4	20/12/23	[Firma]
20-12-23	4.8	56	37.5	12.5	14.3	20-2-24	Juan Carlos
04-03-24	5.3	62	40	13	13.8	20-04-24	[Firma]
23/4/24	5.6	60	41	12	16	20 7 - 24	[Firma]
23/07/24	6.25	66	42.5	14	14.3	20/10/24	Rubén [Firma]
23/10/24	6.90	69	43	13	14.6	20/04/25.	[Firma]
23/04/25	8.1	75	45	15	14.4	20/10/25	P.L.García
22/10/25	9.1	80	47.	17	14.2	20/04/26	[Firma]

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

Tuberculosis meningea, Hepatitis B, Poliomielitis, Meningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus Influenzae tipo B, Difteria, Toserina, Tétanos, Diarrea por rotavirus; Neumonía, Otitis, Meningitis bacteriana causada por Neumococo, Enfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, Sarampión, Rubéola, Parotiditis, Varicela, Hepatitis A, Fiebre Amarilla y Virus del Papiloma Humano.



Busca ya las vacunas gratis, hazlo de una!

Ministerio de Salud y Protección Social

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

www.minsalud.gov.co @MinsaludCol

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL				
5 años	4 años	3 años	2 años	1 año
D	D	D	D	D
M	M	M	M	M
A	A	A	A	A

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES				
3.ª entrega	2.ª entrega	1.ª entrega		
D	D	D		
M	M	M		
A	A	A		

Edad	Fecha			Atención en salud por
	Día	Mes	Año	
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				

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

SEGUIMIENTO INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA				
RESULTADO TALLER NEONATAL				
TSH neonatal	Auditivo OEA/PEAA	Cardiopatía	Confiencia Compleja	Visual
Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Alterado	Alterado	Alterado	Alterado	Alterado
D	D	D	D	D
M	M	M	M	M
A	A	A	A	A

VALORACIÓN DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL				
5 años	4 años	3 años	2 años	1 año
D	D	D	D	D
M	M	M	M	M
A	A	A	A	A

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

Menor o igual a 20 normal

Menor o igual a 20 normal

Menor o igual a 20 normal

Menor o igual a 20 normal

Menor o igual a 20 normal

Menor o igual a 20 normal

Menor o igual a 20 normal

Menor o igual a 20 normal

Menor o igual a 20 normal

Menor o igual a 20 normal

Menor o igual a 20 normal

Menor o igual a 20 normal

Menor o igual a 20 normal

Menor o igual a 20 normal

Menor o igual a 20 normal

Menor o igual a 20 normal

Menor o igual a 20 normal

Menor o igual a 20 normal

Menor o igual a 20 normal

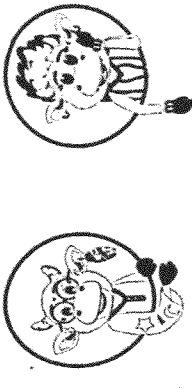
Menor o igual a 20 normal

Menor o igual a 20 normal

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL



Carné de Vacunación



Nombres y Apellidos: Eneilh.

Katkeila Hernandez.

☒ SI ☐ NO

Tipo de Documento

7722344333

No. de Documento

Fecha de Nacimiento 20 10 2023

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 2765 Talla: 48

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Karen Yulieth Coroba

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

cite 20 octubre 2023

Nombre y apellidos:

Tipo de identificación

No. ID:

Me protege de		Fecha de aplicación		Laboratorio		Número de lote		IPS vacunadora		Fecha próxima cita		Nombres y apellidos del vacunador	
		Dosis		Día Mes Año		Laboratorio		Si No		Día Mes Año		Nombre y apellido del vacunador	
Recién Nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	Recién nacido	20-10-23	20-10-23	Serum	0	3	2	3	20-12-23	Carolina O.	
2 meses	Hepatitis B			20-10-23	20-10-23	Serum	0	3	2	3	20-12-23	Carolina O.	
	Polio (VIP)			20-12-23	20-12-23	Biológ.	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	Hepatitis B			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	Difteria, Tétanos, Tosferina			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
4 meses	Diarréa por rotavirus			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteremia causada por Neumococo			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	PCV 10			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	PCV 13			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	Polio (VIP)			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
6 meses	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	Hepatitis B			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	Difteria, Tétanos, Tosferina			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	Diarréa por rotavirus			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteremia causada por Neumococo			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
7 meses	PCV 10			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	PCV 13			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	Polio (VIP)			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	Hepatitis B			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
12 meses	Difteria, Tétanos, Tosferina			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	Influenza estacional			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteremia causada por Neumococo			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	PCV 10			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
18 meses	PCV 13			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	Varicela			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	Hepatitis A			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	Influenza estacional			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	Polio (VIP)			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
5 años	Difteria, Tétanos y Tétano DPT			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	Pentavalente			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	Polio (VIP)			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	Polio (VIP)			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
6 años	Difteria, Tétanos, Tosferina			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	Varicela			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	Virus del papiloma humano (VPH)			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	Sin rango de edad			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	Covid-19			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
Vacunas	1er Refuerzo			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	2do Refuerzo			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	3er Refuerzo			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	4to Refuerzo			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra
	5to Refuerzo			20-12-23	20-12-23	serum	2	2	3	0	5	20 febrero 2024	la sandra

*A los 12 meses en municipios prioritizados de acuerdo a la normatividad vigente

*De acuerdo al antecedente de primovacunación

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

MinSA

CIUDAD La Dorada

FECHA: DÍA 20 MES 03 AÑO 2025 HORA: 9:30 am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Enelith Katalella APELLIDOS Hernandez Cardona

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☒ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 1.122.344.333

FECHA DE NACIMIENTO DÍA 20 MES 10 AÑO 2023 EDAD: 1 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE

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

Debido a la reacción

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar <u>Ninguna</u> 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:** _____ que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Karen Cardona

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

Nombres Karen Yulieth Apellidos Cardona Meneses

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.115.791.060.

Firma: _____

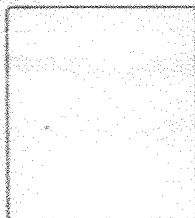
En caso de requerirse firma a ruego:

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: Jennifer Yulieth Cabezas Meneses

Firma _____ Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446069

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS):

HFCO

DEPARTAMENTO/DISTRITO:

Putumayo

MUNICIPIO:

San Miguel.

Nota: Cuando 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

KAREN YULIETH

BELEN DE LOS ANDAQUIES
(CAQUFTA)
Fecha y lugar de exposición:
18 SEPT 2023, SAN MIGUEL(LA DORADA)

Fecha de expiración
18 SEPT 2033

Karen Cardona

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



This micrograph shows a dense, granular texture, likely representing a polymer matrix with dispersed particles or a fine-grained material. The texture is uniform across the field of view.

ICCOL032076710064018<<<<<<<<<
0508296F3309184COL1115791060<2
CARDONA<MENESES<<KAREN<YULIETH

PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS		FRECUENCIA SEGUN LA EDAD EN MESES (M) 6 AÑOS (A)												
		5 DAS	1 M	23 M	45 M	64 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-30M	31-36M	3A	4A	5A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	<div style="text-align: center;"> Control del recién nacido por médico Atención en salud por medicina general Atención en salud por enfermería Atención en salud por Odontología Promoción y apoyo de la lactancia materna </div>												
	ODONTOLÓGICA	<div style="text-align: center;"> Aplicación de barniz de flúor Profilaxis y remoción de placa Aplicación de sellantes (Según Criterio) </div>												
	V	<div style="text-align: center;"> Vacunación </div>												
	<div style="text-align: center;"> PROTECCIÓN ESPECIAL </div>													
	<div style="text-align: center;"> OTROS </div>													

T.P. 1004358496
 ODONTOLÓGICA
 VALORACIÓN INTEGRAL

01-11-2011
 01-11-2011
 01-11-2011

CLINICA DANIEL CORDOBA
 C.R. EN SALUD ORAL
 ASES. 00000000-0000

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

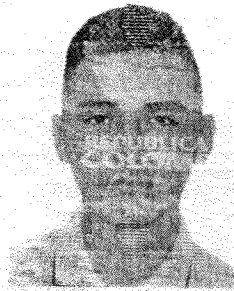
NUMERO 1.087.046.370
HERNANDEZ RODRIGUEZ

APELLIDOS
JANIER STIVEN

NOMBRES

Janier Hernandez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-NOV-2004

LINARES
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

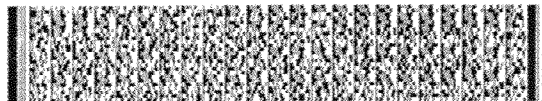
SEXO

01-DIC-2022 SAN MIGUEL (LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

[Signature]

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-8401800-01337007-M-1087046370-20221229

0093364405A 1

56475422



Fundación

Alma de Vida

Fomentando caminos de esperanza



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

Yo Karen Yulreth Cardona Identificado con C.C N° 1115.791.060 en
calidad de: padre o madre (☒), del niño o niña:
Enelith Katalella Hernandez o Gestante () Lactante (), con el
propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la
unidad comunitaria de atención: Ni's Hemos Amiguitos, 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 16 Días del mes de abril del
Año 2025.

Karen Cardona Moneses
Madre o Acudiente
C.C 1115 791060

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

Yo, Karen Yulieth Cardona, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.087.046.330 obrando en calidad de:

Padre		Madre	X	Cuidador	
-------	--	-------	---	----------	--

De la niña, niño o adolescente, Enelith Katalella Hernandez, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI CE, número 1.122.344.333, 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: Karen Cardona Meneses
Nombre: Karen Yulieth Cardona
Calidad - Titular: Representante legal X
Teléfono de contacto: 312 504 9207
Fecha: 18-04-2025
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"

	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 Enelith Katalella Hernandez Cardona, identificado (a) con documento de identidad número 1122.344.333, 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		Audios		Videos		Otros datos personales	
--------------	-------	--	--------	--	--------	--	------------------------	--

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Karen Yulieth Cardona M., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1115.791.060, 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		Audios		Videos		Otros datos personales	
--------------	-------	--	--------	--	--------	--	------------------------	--

La autorización comprende:

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

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

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

Los productos autorizados son originados por Fundación alma de vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Educación inicial campesina.

Suscriben:

Firma: Karen Cardona
Nombre: Karen Yulieth Cardona meneses
Calidad - Titular: Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3249360584
Fecha: 16-04-2025
Municipio: San Miguel

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

MODALIDAD PROPIA INTERCULTURAL, EIC_SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

UCA: Mis Tienes Amiguitos 7
Tipo Documento: RC X CC TI Otro
Nombres y apellidos: Gealib Katayella Hernandez Cardona Numero de documento: 11 22 34 4 3 3 3

FECHA DE TOMA	EDAD	PESO	TALLA	PB	DIAGNOSTICO
16-04-25	18 meses	8.1	75	15	Riesgo de desnutrición
13-05-2025	17 meses	8.21	75.2	15	Riesgo de desnutrición
19-06-25	20 meses	8.64	76	15.1	Peso adecuado para la talla
24-07-25	21 meses	8.81	77	15.	Peso adecuado para la talla
18-09-25	23 meses	9.3	79	15.3	Peso Adecuado para la talla



REGISTRO DE NOVEDADES
MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"



NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Suzan Cifuentes C NOMBRE UCA: Nuestros amigos!
NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Enelith Katalella Hernandez IDENTIFICACION: 1122344 333 FECHA DE NACIMIENTO: 20-OCT-23

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						
20-10-23	X		1030		Enchiladas que la niña preñada bajó peso para la Talla desde el hospital. Madre nos comenta que la niña tiene un peso bajo desde que nació el cual lo hemos mantenido durante meses. También de a conocer que la niña no come todas las comidas que contiene lactosa no porque no le gustan sino porque no le gustan. Realizamos un dialogo con la madre donde nos refiere que le gusta más el alimento sus comiditas con gajos y pichitos ya que son especiales para el Bienes ter y le salud de la niña. Madre no refiere que bajar bajó de peso pero comenta con buena salud ya que ella nose le enfermó.	Karen Cardona	Stella Caguiuy	Cuentamos a la madre sobre tenerle los bebés de acuerdo a una buena alimentación ya que es importante para la salud de la niña y que cuenta buena salud no se enferma tiene mucha energía para jugar.	- Realizamos toma de peso y talla y evidenciamos que la niña va mejorando poco a poco ya que madre refiere que le esta implementando esta implementando una vitamina con el nombre vitaminix 15 y otras vitaminas que le ha recomendado el pediatra. Realizamos seguimiento a la niña.	Madre se compromete a seguirnos informando sobre la salud de la niña para que cuenta con una buena salud.
	X						Stella Caguiuy	- Damos a conocer que le mas venden a la niña pesando y tallando para verificar su peso el cual ha bajado. Mejoramos poco a poco y hemos notado por la niña es participativa juega, pinta, tiene mucho animo para realizar las actividades.	- Realizamos toma de peso y talla y evidenciamos que la niña va mejorando poco a poco ya que madre refiere que le esta implementando esta implementando una vitamina con el nombre vitaminix 15 y otras vitaminas que le ha recomendado el pediatra. Realizamos seguimiento a la niña.	Madre se compromete a seguirnos informando sobre la salud de la niña para que cuenta con una buena salud.



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: _____ IDENTIFICACION: _____
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						
2025-05-25	+		11:		Realizamos Reunión con Madre de familia quien refiere que este le está bien de salud. Este mundo lo tenemos bien y se complementa con lo que tenemos en la Alameda si como los niños los padres son muy pocos.	Karen Cardona	Stella Longue	Orientamos a la madre de familia quien nos dijo en la reunión que le está bien y le estamos preguntando para la madre y la niña como ha venido. Durante estas reuniones se le está brindando educación que le tiene un buen nivel.	Realizamos seguimiento al mundo por saber del estado de salud de la niña. Realizamos una visita a la casa para ver el estado de salud de la niña.	Madre compromete a seguirnos informando sobre el estado de salud de la niña.
2025-05-25					Se le pide a la madre actualizar el documento de higiene oral porque ya debe asistir a la cita.	Karen Cardona		Se le hace la respectiva orientación y concientización de la importancia de asistir a la cita.	Realizamos seguimiento y permanecemos en contacto preguntando si ya realizó la solicitud.	La madre se compromete a sacar la cita y entregar la copia.

25
2/V



REGISTRO DE NOVEDADES
MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"



NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Suzan Cabentes Castro NOMBRE UCA: Mi Turnos Amiguitos
NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Enelth Katoleyra Hernandez Cardona IDENTIFICACION: 422 344 333 FECHA DE NACIMIENTO: 20-oct-23

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					
19-06-2025 15-08-25 08-08-25 15-08-25						Karen Cardona	<i>Suzan Cabentes Castro</i>	Se le hace la concientización nuevamente y se espera tener pronto el documento	Se pone una fecha límite para la entrega.	La madre se compromete a entregar el documento en el siguiente encuentro
19-06-2025	X		11			<i>Karen Cardona</i>	<i>Suzan Cabentes Castro</i>	Orientamos a la madre la familia a no perder los documentos de la niña o de los niños ya que no son buenos. Hemos venido realizando seguimientos y la niña va mejorando muy bien.		Debe seguir comprometida, a cuidar de la niña y estar presente y seguir cuidando muy bien. Seguimos atentos a la salud de la niña por el Ministerio de Salud.

de cero
a Siempre

26
P/N

Ciudad La Dorada San Miguel
Nombre completo de la niña o niño Enelith Katalella Hernandez Cardona
Fecha de nacimiento 20-10-2023 N° Documento de Identidad 1.122.344.333
Sexo Masculino ☐ Femenino ☒ Fecha de 1er día de atención en el año 16-04-2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Suzan Cifuentes Castro
Fecha de registro cualitativo 17-07-2025
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 ☒ **Perfil de desarrollo**
valoración cualitativa ☒ Alerta ☐ Esperado ☐ Avanzado ☐

Observaciones generales

De acuerdo a la valoración cualitativa realizada a Enelith cumple con todas las características para el desarrollo, según su edad.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Suzan Cifuentes Castro
Fecha de registro cualitativo 20-10-2025
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 ☒ **Perfil de desarrollo**
valoración cualitativa ☒ Alerta ☐ Esperado ☐ Avanzado ☐

Observaciones generales

Enelith Katalella se muestra más autónoma en algunos aspectos rutinarios del hogar. Reconoce con familiaridad a las personas más cercanas, disfruta y comprende juegos simples grupales.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Suzan Cifuentes Castro
Fecha de registro cualitativo 20-10-2025
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 ☒ **Perfil de desarrollo**
valoración cualitativa ☒ Alerta ☐ Esperado ☐ Avanzado ☐

Observaciones generales

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

Evaluación	Relación con los demás												Relación consigo mismo/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	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	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a												
0 a 6 meses	1	1	1	4	4	4	6	6	6	6	6	6	8	8	8	10	10	10	11	11	11	14	14	14	16	16	16	19	19	19	20	20	20	24	24	24	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25						
6 meses y 1 día a 12 meses	1	1	1	3	3	3	5	5	5	9	9	9	11	11	11	15	15	15	17	17	17	19	19	19	22	22	22	23	23	23	24	24	24	27	27	27	28	28	28	31	31	31	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32					
1 año y 1 día a 2 años	1	1	1	3	3	3	6	6	6	9	9	9	11	11	11	15	15	15	17	17	17	19	19	19	20	20	20	22	22	22	24	24	24	26	26	26	28	28	28	31	31	31	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32				
2 años y 1 día a 3 años	1	1	1	4	4	4	6	6	6	9	9	9	11	11	11	15	15	15	17	17	17	19	19	19	20	20	20	22	22	22	24	24	24	26	26	26	28	28	28	31	31	31	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32			
3 años y 1 día a 4 años	1	1	1	6	6	6	9	9	9	12	12	12	15	15	15	17	17	17	19	19	19	22	22	22	26	26	26	28	28	28	31	31	31	34	34	34	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36			
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1	1	1	3	3	3	4	4	4	6	6	6	8	8	8	8	8	8	9	9	9	11	11	11	13	13	13	15	15	15	18	18	18	19	19	19	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20			

= Procesos y subprocesos no fundamentales

= Procesos y subprocesos fundamentales