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: 25/03 /2025

FECHA SOLICITUD CUPO: 26-03-2025 **FECHA INGRESO:** _____

UDS: Mis Tiernos Amiguitos 1 **MUNICIPIO:** San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Hellen Samara Vargas Rodriguez

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1140016701

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 28-10-2022 **EDAD:** 2 años **MUNICIPIO:** Valle de Guamuez

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

DE RESIDENCIA: V/San Francisco **ESTRATO:** 1 **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: _____ NO: X

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

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: 87 **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: Nicolas Vargas Silva

No. IDENTIFICACION: 1006502203 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/San Francisco.

CELULAR: _____ **E.P.S:** Emssanar SAS

OCUPACION U OFICIO: Independiente.

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yesica Rodriguez Ramos

No. IDENTIFICACION: 1081182149 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/San Francisco

CELULAR: 322 725 2282 **E.P.S:** Emssanar SAS

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Yesica Rodriguez Ramos

NUMERO IDENTIFICACION: 1081182149 **CELULAR:** 322 725 2282

DIRECCION: V/San Francisco **PARENTESCO:** Madre

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
29520150-1

5961647 0

NUIP	1140016101

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **59616470**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradur	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de	Código	D	Q	Y
X									

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

COLOMBIA - PUTUMAYO - VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA) VALLE DEL GUAMUEZ H.S.C DE JESUS ***

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VARGAS **********	RODRIGUEZ **********

Nombre(s)

HELLEN SAMARA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes OCT Día 28	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - PUTUMAYO - VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA) **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	22109610163977 ******

Datos de 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

RODRIGUEZ RAMOS YESICA **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1081182149 **********	COLOMBIA ********

Datos de padre o madre (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

VARGAS SILVA NICOLAS **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1006502203 **********	COLOMBIA ********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VARGAS SILVA NICOLAS **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1006502203 **********	Nicolas Vargas Silva

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 2022 Mes NOV Día 29	CARMEN PATRICIA CASANOVA YANDI Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

NÚMERO DE PREPARACIÓN 111548752

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

4

Registro valido

Fecha de consulta: 30/09/2025

Ficha: 18610006461600000213

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: HELLEN SAMARA

Apellidos: VARGAS RODRIGUEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1140016101

Municipio: San José de la Fragua

Departamento: Caquetá

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 13/11/2018

Última actualización ciudadano: 02/06/2023

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: NANCY MACIAS FIERRO

Dirección: Carrera 4 No 3 - 25 Barrio el Centro

Teléfono: 3104887368

Correo Electrónico: sisben@sanjosedelfragua-caqueta.gov.co

5

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1140016101
NOMBRES	HELLEN SAMARA
APELLIDOS	VARGAS RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	VALLE DEL GUAMUEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	01/02/2025	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/30/2025 21:17:39	**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
Sagrado Corazón de Jesús



Carnet de Crecimiento y Desarrollo

Nombres: Hellen Samara

Apellidos: Vargas Rodriguez

Fecha de nacimiento: 28- oct - 2022

Lugar de nacimiento: Valle del Guamuez

Identificación: 1140016101

Barrio/vereda: U/ San Francisco (San Miguel)

Responsable del niño: Yesica Rodriguez

N° de Teléfono: 3223523123

E.P.S.: Emssanar

Grupo Sanguíneo: O+

Alcaldía de Valle del Guamuez
La nueva era progresa para ti

IAMI
Instituciones amigas de la mujer y la infancia

Gobierno Amigo

ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús

Nombre del menor: Hellen Vargas Palmeros

Identificación del menor: RC 1140016101

FECHA	PESO	TALLA	DX	FIRMA PROFESIONAL
29/11/22	6.9	60	Desarrollo Adecuado	M. Rueles.
01/03/23	7.2 Kg	05 cm	Adecuado	Dayco
28.04.23	7.700K	69 cm	Adecuad	Cpom
28.07.23	8.1kg	72cm	Adecuado	DMC
04/11/23	9.5 Kg	75 cm	Adecuado	Dayco.
16/04/24	10.4Kg	86.5 cm	P. Peso bajo T. talla baja	Dayco.
29.05.25	10.6 kg	88 cm	P. Peso bajo T. talla adecuada	Cpom
29/10/25	12.7 Kg	97.5cm	Adecuado	Dayco.

APGAR FAMILIAR

El APGAR FAMILIAR evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto y Recursos

FUNCIÓN	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algun problema o necesidad.					✓
Me satisfacela participación que mi familia brinda y permite					✓
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					✓
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza y amor					✓
Me satisface como compartimos en familia: El tiempo para estar juntos Los espacios en la casa El dinero					✓

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

Interpretación del puntaje:
-Normal: 17-20 puntos
-Disfunción leve: 16-13 puntos
-Disfunción moderada: 12-10 puntos
-Disfunción severa: Menor o igual a 9

FECHA DE VALORACIÓN	RESULTADO	INTERPRETACIÓN	CONDUCTA	FIRMA PROFESIONAL
01/03/23	17puntos	Flra Fa	Educacion	Dayco
04/11/23	18puntos	Flra Fa	Educación	Dayco

CUESTIONARIO DE AUTISMO EN LA INFANCIA - Modificado (M-CHAT)

Por favor, rellene lo que su hijo hace habitualmente. Trate de responder a todas las preguntas. Si la conducta es poco frecuente (ej. la ha observado una o dos veces), responda "No".

1. ¿Disfruta su hijo cuando se le balancea, se le hace saltar sobre sus rodillas...?		
2. ¿Muestra su hijo interés por otros niños?		
3. ¿Le gusta a su hijo subirse a las cosas, como p ej. las escaleras?		
4. ¿Disfruta su hijo jugando a cucu-tras o al escondite?		
5. ¿Su hijo simula alguna vez, por ejemplo, hablar por teléfono o cuidar a las muñecas o imagina otra cosa		
6. ¿Utiliza su hijo alguna vez su dedo índice para señalar pidiendo algo?		
7. ¿Utiliza su hijo alguna vez su dedo índice para señalar mostrando su interés en algo?		
8. ¿Puede su hijo jugar apropiadamente con juguetes pequeños (ej. coches o bloques) sin metérselos en la boca, toquetearlos o tirarlos únicamente		
9. ¿Le acerca su hijo alguna vez objetos para enseñárselos?		
10. ¿Le mira su hijo a los ojos durante más de uno o dos segundos?		
11. ¿Su hijo parece hipersensible a los ruidos? (ej. tapándose los oídos)		
12. ¿Responde su hijo con una sonrisa a su cara o a su sonrisa?		
13. ¿Le imita su hijo? (ej. poner una cara que su hijo imita)		
14. ¿Su hijo responde cuando se le llama por su nombre?		
15. Si usted señala un juguete al otro lado de la habitación, ¿su hijo lo mira?		
16. ¿Anda su hijo?		
17. ¿Mira su hijo a las cosas que está usted mirando?		
18. ¿Hace su hijo movimientos raros con los dedos cerca de su propia cara?		
19. ¿Trata de atraer su hijo la atención sobre su propia actividad?		
20. ¿Alguna vez ha sospechado que su hijo era sordo?		
21. ¿Entiende su hijo lo que dice la gente?		
22. ¿A veces su hijo se queda mirando fijamente al vacío o deambula sin ningún propósito?		
23. ¿Mira su hijo a su casa para observar su reacción cuando se enfrenta con algo desconocido?		

FECHA DE VALORACIÓN	RESULTADO	INTERPRETACIÓN	CONDUCTA	FIRMA PROFESIONAL
16/04/23	Sm Fe	Sm Fe	Educación	Duque

LISTA DE CHEQUEO DE FACTORES DE RIESGO DE LAS ENFERMEDADES DEL OIDO ALTERACIONES AUDITIVAS, VESTIBULARES Y DE LA COMUNICACIÓN

Recién nacidos de 0 a 7 días de vida (6 meses a 2 años con factores de riesgo)	
FACTORES DE RIESGOS DE PÉRDIDA AUDITIVA EN NEONATOS Y LACTANTES	
Antecedentes familiares de sordera	NO
Bajo peso al nacer	NO
Espectro Óculo-Auriculo-Vertebral o Síndrome de Goldenhar	NO
Hipoxia neonatal	NO
Infecciones del oído	NO
Labio y/o paladar hendido	NO
Malformación anatómica auricular y/o CAE	NO
Incompatibilidad de RH	NO
Procesos bacterianos tratados con antibióticos ototóxicos	NO
Procesos virales prenatales	NO
Recién nacido prematuro	NO
Reflejos auditivos alterados	NO
Retraso del desarrollo motor	NO
Secuelas de meningitis	NO
Síndrome de Down	NO
Trastorno respiratorio	NO
Traumas perinatales	NO
Traumas prenatales	NO
Apgar bajo	NO
Permanencia en unidad de cuidado intensivo	NO
Malformaciones congénitas de cabeza y cuello	NO
Síndromes relacionados con desordenes auditivo-vestibulares	NO
Tamizaje metabólico anormal	

Primera infancia (0 días de vida a los 5 años)	
FACTORES DE RIESGOS DE PÉRDIDA AUDITIVA EN PREESCOLARES	
Infecciones del oído	
Malformación anatómica auricular	
Exposición a ruido de alta intensidad	
Trastorno auditivo por cambios presión atmosférica	
Traumas en zona temporal de la cabeza	
Respuestas auditivas disminuidas	
Sensación de presión o dolo en el oído	
Antecedente de supuración de los oídos	
Estenosis de conducto auditivo externo	
Audición fluctuante	
Problemas de socialización	
Trastornos del comportamiento	
Trauma craneoencefálico	
Ingesta de sustancias tóxicas	
Fallas de comprensión auditiva	
Antecedente familiar de sordera	
Bajo peso al nacer	
Espectro Óculo-Auriculo-Vertebral o Síndrome de Goldenhar	
Labio y/o paladar hendido	
Malformación anatómica auricular y/o CAE	
Incompatibilidad sanguínea (RH)	
Procesos bacterianos tratados con antibióticos aminoglucosidos (ototóxicos)	
Procesos virales prenatales	
Bajo rendimientos académico	
Retraso del desarrollo motor del lenguaje	
Secuelas de meningitis	
Síndrome de Down	
Síndromes relacionados con desordenes auditivo-vestibulares	
Trastorno respiratorio	
Traumas perinatales	
Traumas prenatales	

FECHA DE VALORACIÓN	RESULTADO	INTERPRETACIÓN	CONDUCTA	FIRMA PROFESIONAL
01/03/23	Sm F.E	Sm F E	Educación	Duque
04/11/23	Sm Fe	Sm Fe	Educación	Duque

LISTA DE CHEQUEO DE FACTORES DE RIESGO DE LAS ENFERMEDADES DEL OÍDO, ALTERACIONES AUDITIVAS, VESTIBULARES Y DE LA COMUNICACIÓN

INFANCIA	
FACTOR DE RIESGO, PERDIDA AUDITIVA EN ESCOLARES Y UNIVERSITARIOS	
Infecciones en el oído	
Malformación anatómica auricular	
Exposición a ruido	
Inhalación de químicos	
Transtorno auditivos con cambios presión atmosférica	
Traumas en zona temporal de la cabeza	
Pérdida de la audición	
Tinnitus. (a partir 6 años)	
Sensación de presión o dolor en el oído	
Antecedente de supuración de los oídos	
Percepción del sonido alterada (reclutamiento) (a partir de los 6 años)	
Pérdida de equilibrio. (a partir de los 6 años)	
Vértigo (a partir de los 6 años)	
Estenosis de conducta	
Ataxia y vértigo (a partir de los 5 años)	
Nausea y vértigo (a partir de los 5 años)	
Audición fluctuante	
Problemas de socialización	
Trastornos del comportamiento	
Hipersensibilidad a los sonidos	
Nistagmus	
Trauma craneoencefálico	
Ingesta de sustancias tóxicas	
Diabetes	
Hipertensión	
Depresión	
Secuelas neurológicas	
Fallas en la concetración, atención y memoria	

FECHA DE VALORACIÓN	RESULTADO	INTERPRETACIÓN	CONDUCTA	FIRMA PROFESIONAL

TAMIZAJE AUDITIVO

Instrumento de valoración auditiva y de lenguaje para niños de 0 a 12 años :
VALE "SOMOS TODOS OÍDOS"

- Riesgos generales: **SI**__ **NO** X **CUALES**_____
- Condiciones estructurales: Orejas, labios, lengua, nariz, paladar, ojos, dientes (acorde a la edad), cuello, hombros: Presentes e integros
  SI ← **NO**__ **HALLAZGOS**_____
- Compresión: **PASA** ← **NO PASA**__
- Expresión: **PASA** ← **NO PASA**__
- Interacción: **PASA** ← **NO PASA**__
- Vestibular: **PASA** ← **NO PASA**__

Conducta Educación.

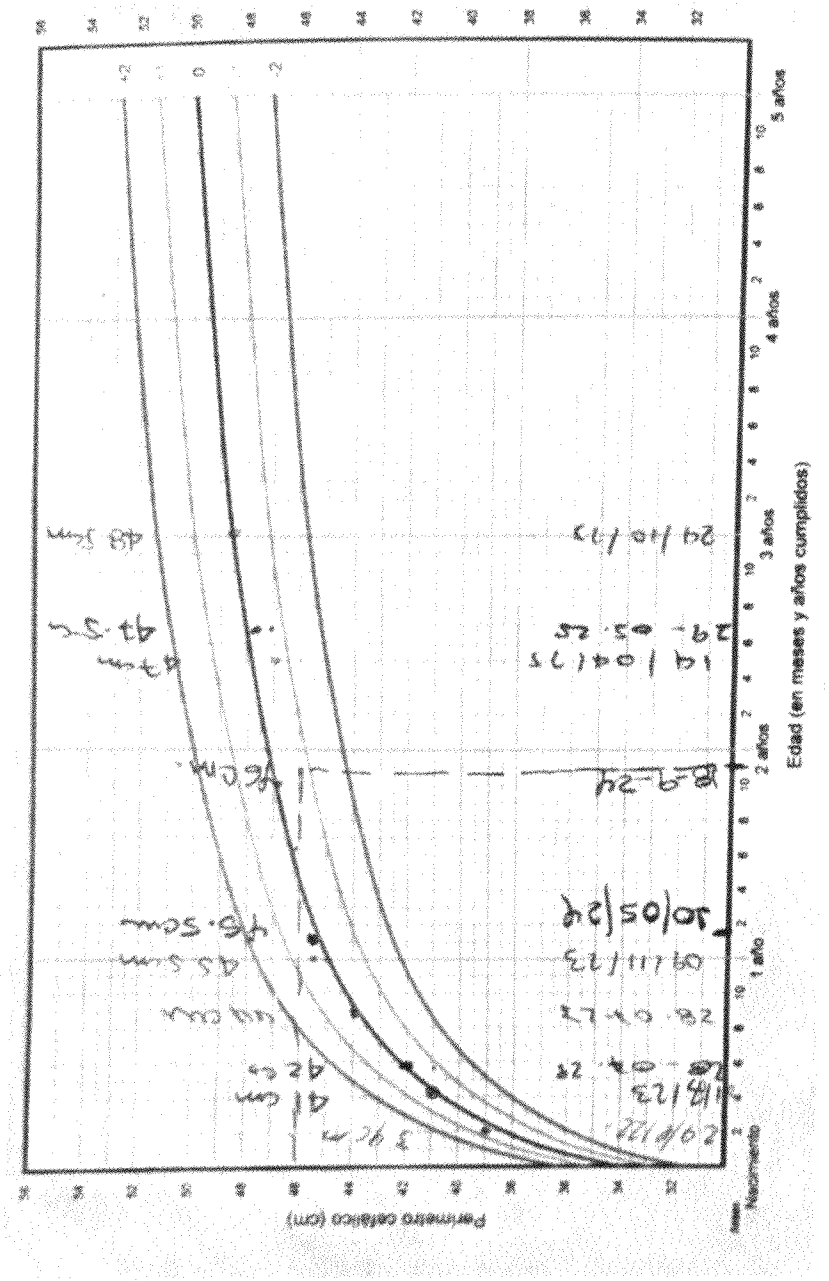
Dayra Córdoba M
R M 1 085 29? 098
MEDICO GENERAL

TAMIZAJE VISUAL (MAYORES DE 3 AÑOS): **EVALUACIÓN VISUAL TABLA DE SNELLEN**

EDAD	FECHA	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO	CONDUCTA
3	29/10/15	20/20	20/20	Educación
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

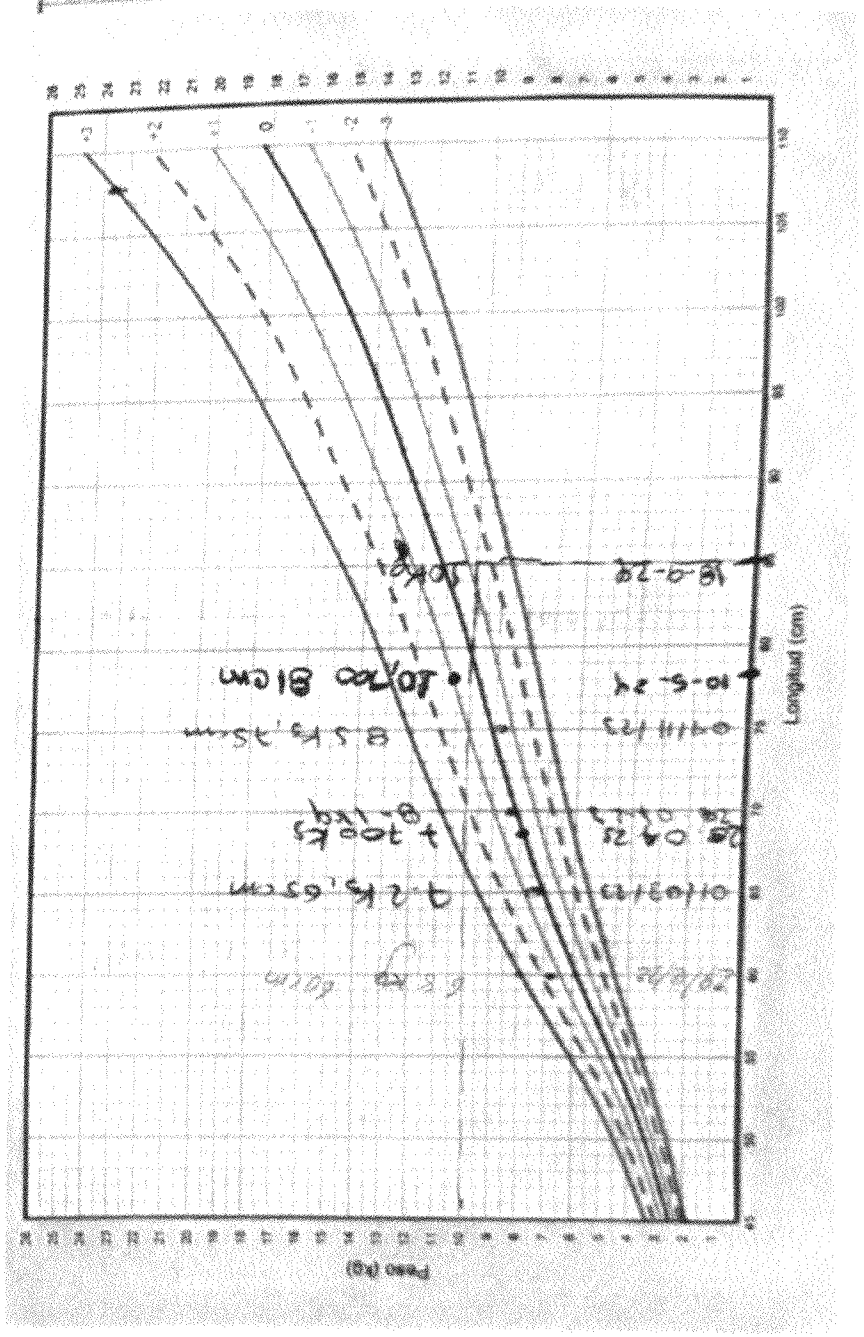
Perimetro Cefalico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



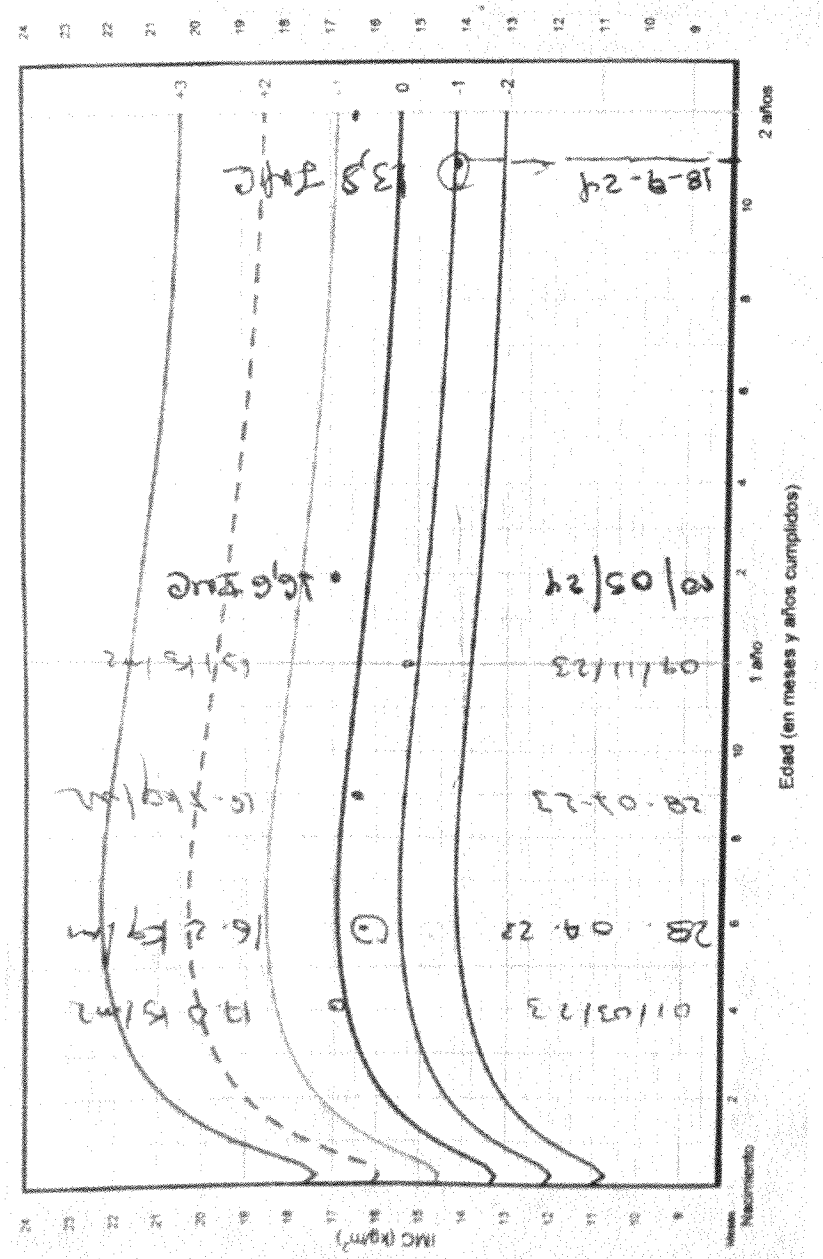
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



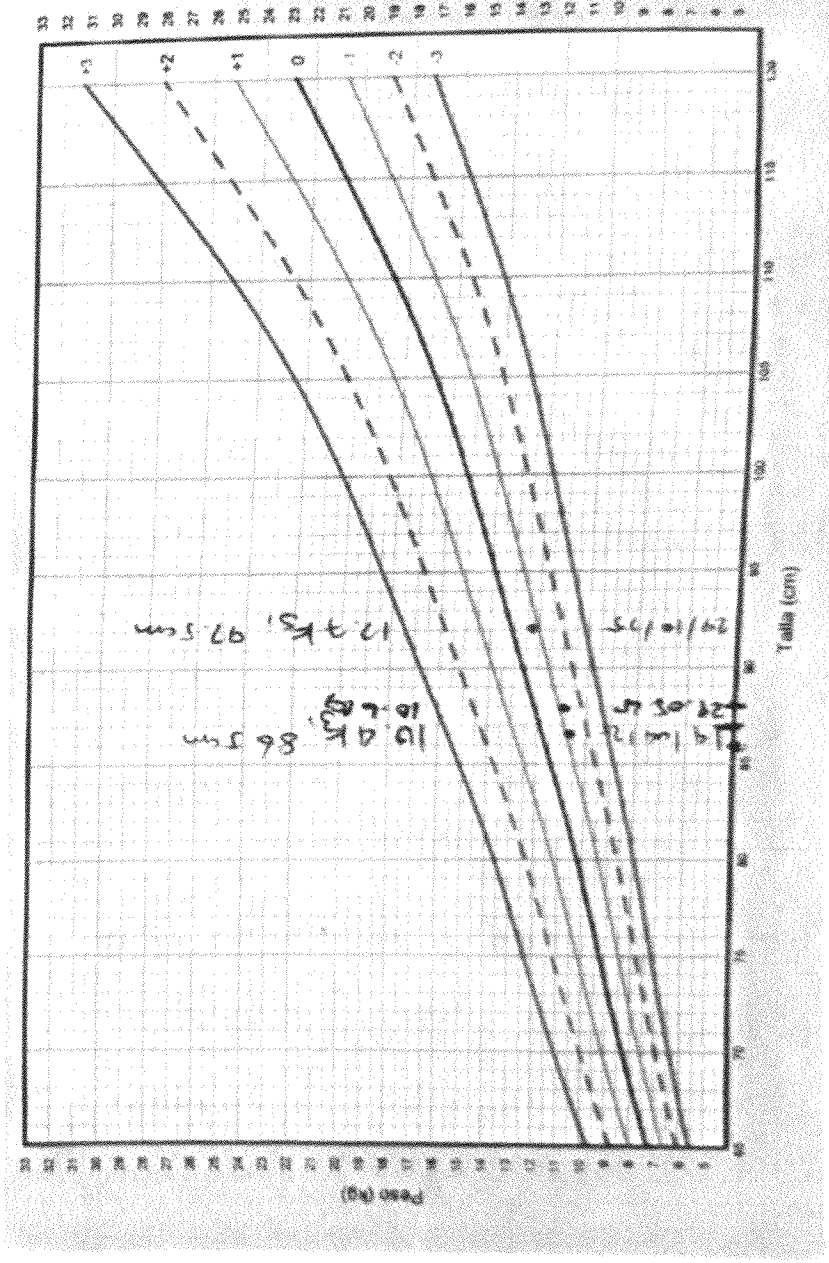
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



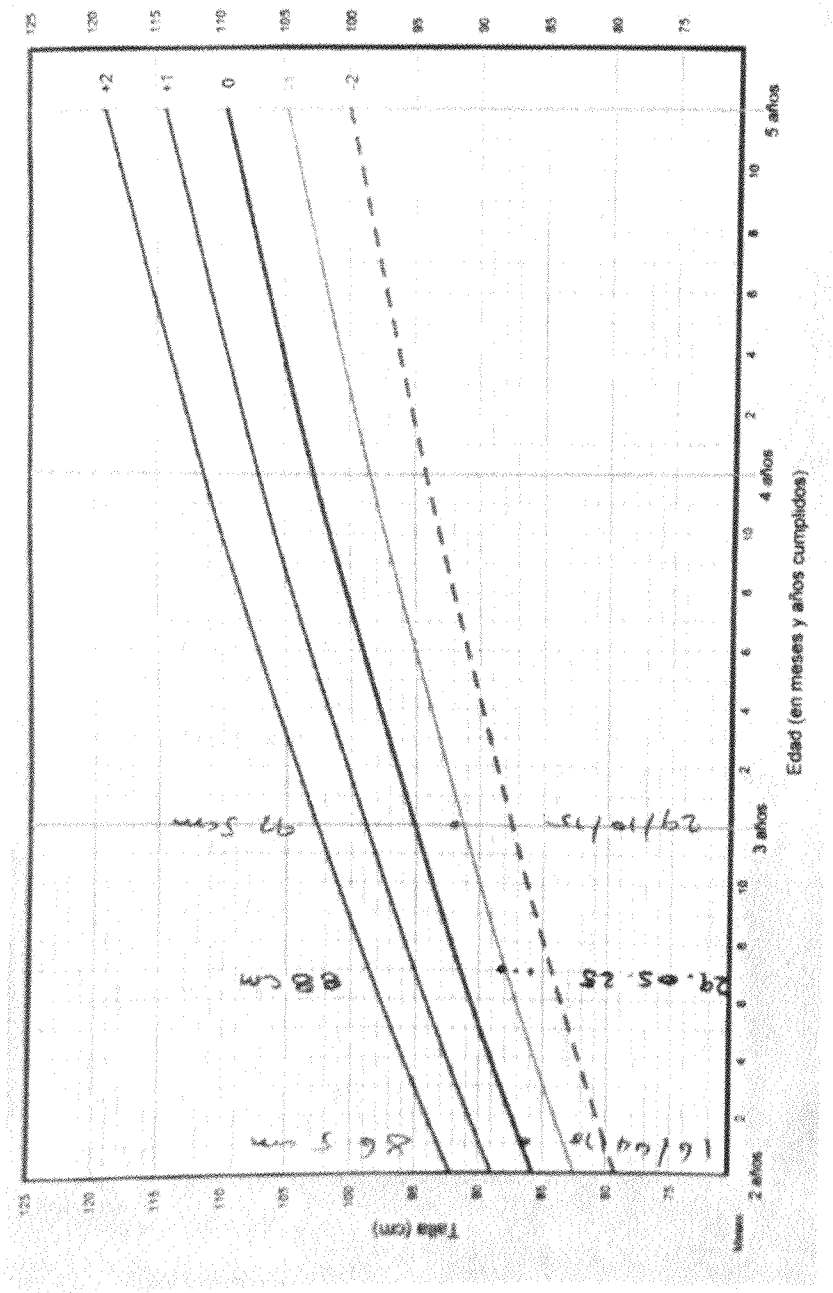
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



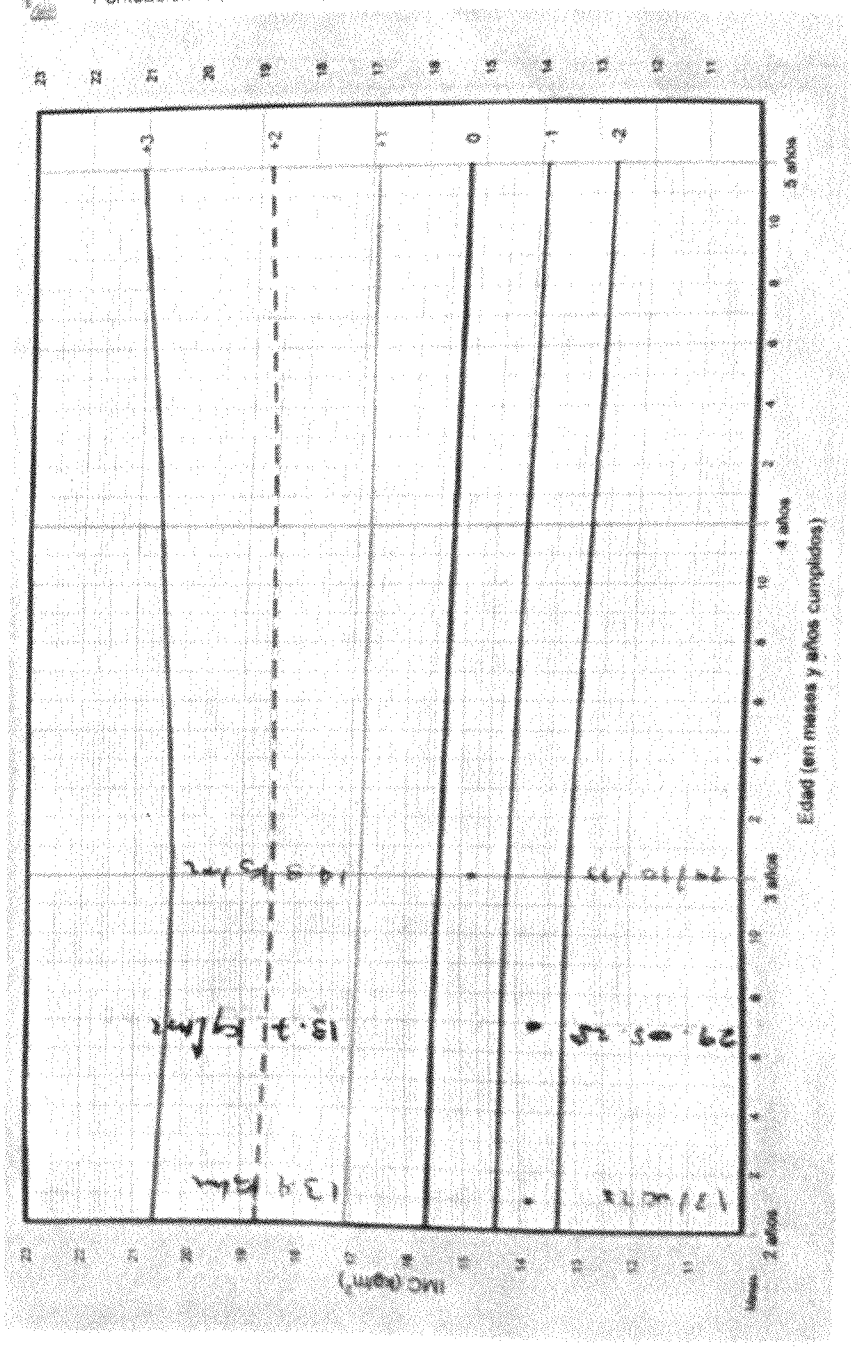
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



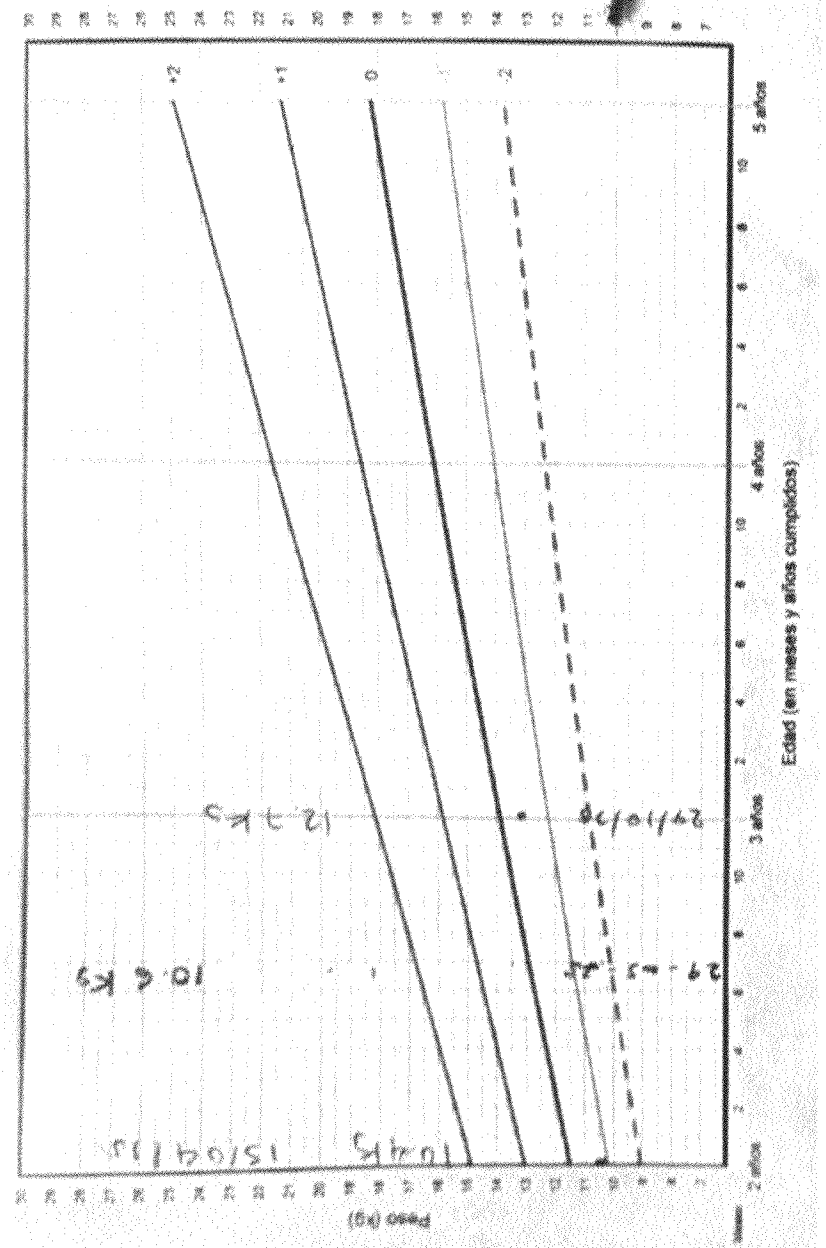
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



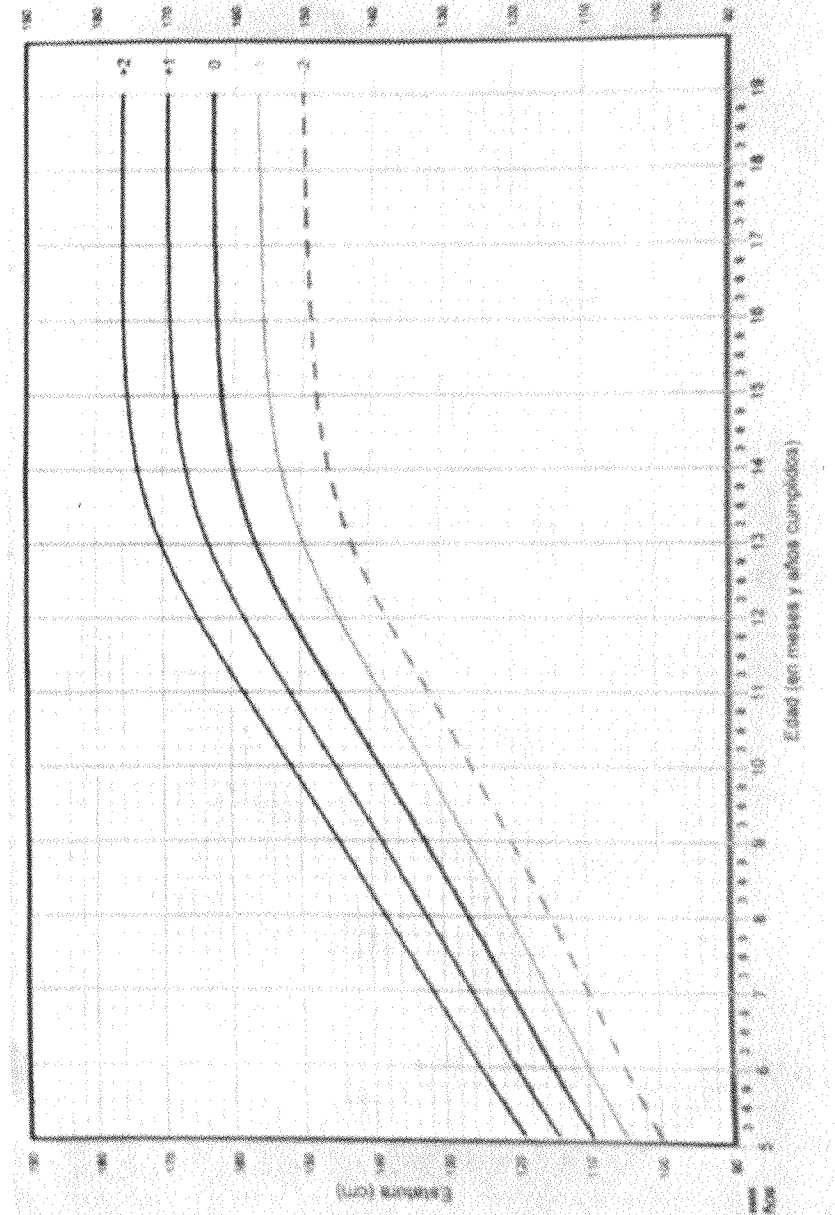
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (5 a 17 años)



CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO	
				SI	NO
01	Mar 20	2023	7am Medico		
28	Abril	2023	8 am x EMG		
28	Julio	2023	8 am x p		
9	Noviembre	2023	7:00 am x med		
10	Mayo	2024	7:40 am x Medico		
10	Septiembre	2024	7:00 am Medico		
10	Febrero	2025	7:00 am		
5	Marzo	7:00 am x	Medico		
16	Abril	2025	11:00 am x		
29	Mayo	2025	10:00 am x		
29	Octubre	2025	11:00 am x Mayo		
29	Oct	2026	2:00 pm x		

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer — **Fecha:**

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida — **Fecha:**

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

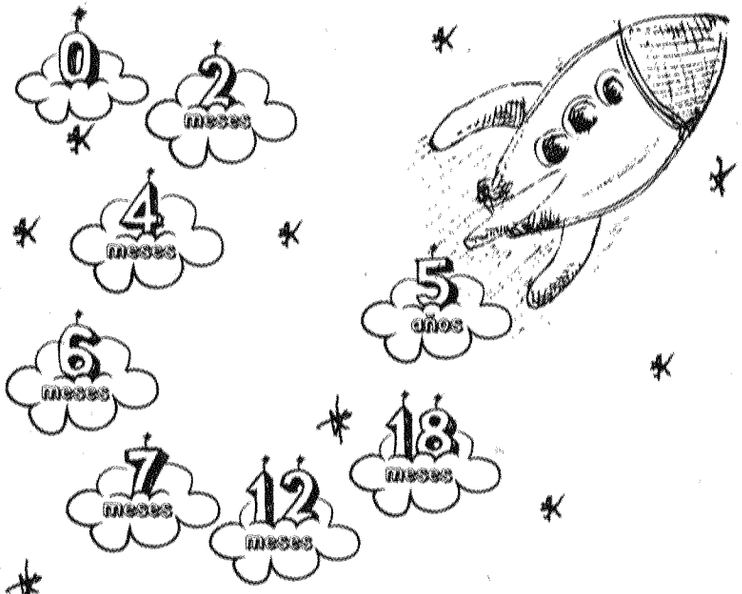
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

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



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI
Porque tan vida hay que protegerla hoy

de cero a siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

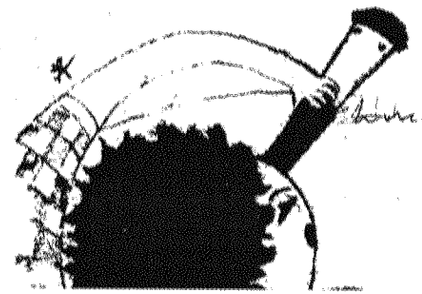
Vacunas al día, se la ponemos fácil

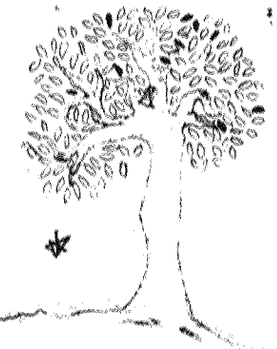
CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Heiley Sanmira Vargas E
Fecha de nacimiento: 28 / octubre / 2021
Nº de certificado de nacido vivo: 2210961011377
Registro civil: 11400161021
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: O positivo
Peso al nacer: 3260 Talla: 52.3 cm.
Dirección: V/ San Francisco
Teléfono: 3223573123
Responsable: Yesica Ruchiqui
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas





PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: Hellen Samara Vargas Rodriguez Registro Civil: 71400161 01

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación (Día Mes Año)	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita (Día Mes Año)	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐		28 10 22	Serum	037 IMA 031	E.S.E H.S.C.J		Hong Eugenio Auxiliar Enfermeria
	Tuberculosis B.C.G.	Única	28 10 22	Serum	0321Q013D	ESE H.S.C.J	28/12/22	
	Hepatitis B	Recién nacido						
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	1ª	29-12-22	BIOLOGICAL	214101H	ESE H.S.C.J		
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	29-12-22	Serum	2851Y022B	ESE H.S.C.J		
	Rotavirus	1ª	29-12-22	GSK	ASPNB342AA	ESE H.S.C.J		
	Neumococo 13.	1ª	29-12-22	PFIZER	FR4897	ESE H.S.C.		
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐		1 Mar 23				27 FEB 2023	
	Polio (Oral - IM)	2ª	1 Mar 2023	Biological	2206012	ESE H.S.C.J	01 MAR 2023	
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	7 marzo 23	Serum	2851K021D	ESE H.S.C.J		
	Rotavirus	2ª	7 marzo 23	GSK	AROLOO91AA	E.S.E H.S.C.J		
	Neumococo	2ª	7 marzo 23	pfizer	EX8580	ESE H.S.C.J	28 MAR 2023	
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	28 Abril 2023	Biological	2206012	ESE H.S.C.J.		Owen Ceron.
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	28 Abril 2023	Serum	2851X010C	ESE H.S.C.J		Owen Ceron.
	Influenza	1ª	22 junio 23	elrecreos	05023007	PG Pfizer	MAYO 2023	Marco Aurio Bermudez
7 Meses	Influenza	2ª	22-07-23	GSK	U005280C1	HFLD		Lucia C
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	09 NOV 23	Serum	0132N048B	ESE H.S.C.J	CITA:	Mayor Hoz
	Fiebre Amarilla	1ª U	09 NOV 23	Sanofi	W3E22	ESE H.S.C.J	28-octubre	Mayor Hoz
	Neumococo	1R Refuerzo	09 NOV 23	Pfizer	FY9925	ESE H.S.C.J	2023.	Mayor Hoz
	Influenza	Anual	10-05-2024	Butantan	2406999-00	HFLD		Isabel A.
	Hepatitis A	ÚNICA	09 NOV 2023	M.S.D	W027736	ESE H.S.C.J		Mayor Hoz O.
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo	10-05-2024	serum	2852Y014B	HFLD	28 Abril 2024	Isabel A.
	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo	10-05-2024	Biologicals	2233005	HFLD		Isabel A.
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	10-05-2024	serum	0132N048B	HFLD	CITA: 5 AÑOS.	Isabel A.
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela.	1ra.	09 NOV 23	M.S.D	X006537	ESE H.S.C.J		Mayor Hoz Dora

Estas vacunas son gratuitas

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

Bucaramanga 28 octubre. 2023.

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 todes — Minsalud

CIUDAD La Dorada FECHA: DÍA 21 MES 04 AÑO 2025 HORA: 9:30 am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Hellen Samara APELLIDOS Vargas Rodriguez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.140.016.101.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA 28 MES: 10 AÑO: 2022 / EDAD: 2 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) Miedo 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 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:** _____ que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona x Yesica Rodriguez Ramos

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

Nombres Yesica Apellidos Rodriguez Ramos

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☑ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.081.182.149.

Firma: x Yesica Rodriguez Ramos

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: Jenifer Yulieth Cabezas Meneses

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HPD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel.

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO **1.081.182.149**

RODRIGUEZ RAMOS

APELLIDOS

YESICA

NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-MAY-2004**

VILLAVIEJA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

11-JUL-2022 SAN JOSE DEL FRAGUA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-4402000-01321108-F-1081182149-20220927 **00868**43870A 1 55131720

CONTROL DE CITAS

Este carné es un documento de identificación como usuario de los servicios del Hospital; tratelo con cuidado y no lo pierda pues su duplicado tiene un valor de $2.000

Debe ser puntual en el cumplimiento de su cita de Higiene Oral. Si no se presenta en la hora fijada perderá su turno y tendrá que sacar una nueva cita.

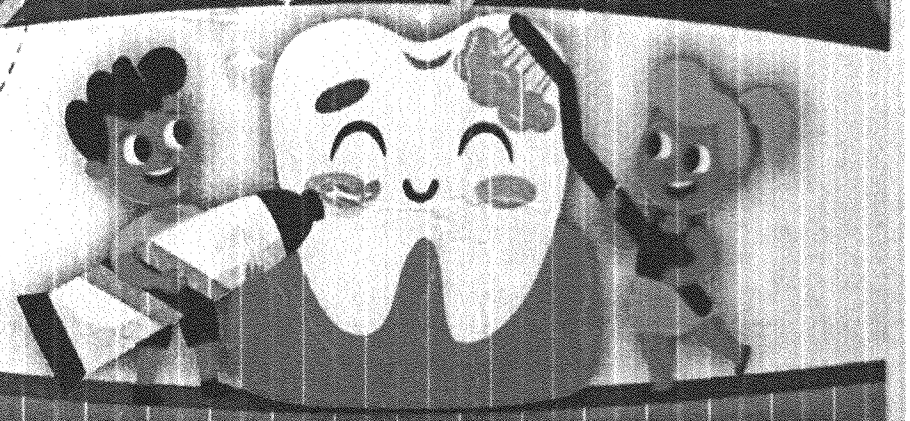
De la asistencia a su cita depende del éxito del tratamiento.

Si por atender a un usuario de cuidado urgente, usted sufre alguna demora en ser atendido, rogamos nos excuse.

Calidad y oportunidad en los servicios

E.S.E.
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús

HIGIENE ORAL



NOMBRES Y APELLIDOS
Helen Somera Vargas

IDENTIFICACIÓN
1140016101

Nº. HISTORIA CLÍNICA
103

DOMICILIO
Y/ San Francisco

¡Una buena higiene oral para una salud total!

CP	F	S	D	PRÓXIMA CITA	PRÓXIMA CITA
✓	✓			27 - Nov 2023	27 mayo 2024
✓	✓			16 Julio 2024.	16 Enero 2025
✓	✓			06 Junio 2025	01 - Diciembre 2025

Adriana Chacón
Higienista Oral

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.502.203**

VARGAS SILVA

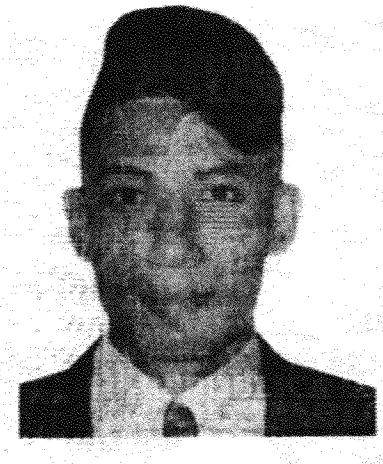
APELLIDOS

NICOLAS

NOMBRES

Nicolás Vargas Silva.

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-FEB-2001**

FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

19-FEB-2019 SAN JOSE DEL FRAGUA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-4402000-01220767-M-1006502203-20210304 **0073671315A 1** 9914880120

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

21

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

Yo Yesica Rodriguez Ramos Identificado con C.C N° 1.081182.149. en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Hellen Samara Vargas o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Hijos hermosos 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 Dias del mes de abril del Año 2025.

Yesica Rodriguez

Madre o Acudiente

C.C 1.081.182.149

UNIDAD: MIS TIERNOS AMIGUITOS 1

¿DÓNDE VIVE LA FAMILIA?

BIENESTAR FAMILIAR

Dibuja un mapa donde se ubique el lugar de vivienda de la familia, lugares significativos cercanos a la vivienda, forma de recorrido hacia LA UNIDAD (lugar de encuentro). Registra el tiempo del recorrido entre el hogar y el lugar del encuentro grupal.

FAMILIA: _____

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

Yo, Yesica Rodriguez Ramos, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.081.182.149 obrando en calidad de:

Padre		Madre	X	Cuidador	

De la niña, niño o adolescente, Hellen Samara Vargas R., identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI____, CE____, número 1.140.016.101, 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: Yesica Rodriguez
Nombre: Yesica Rodriguez Ramos
Calidad - Titular: ____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 322 725 2282
Fecha: 16-04-2025
Municipio: San Miguel.

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

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 Hellen Samara Vargas Rodriguez, identificado (a) con documento de identidad número 1.140.016.101, 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, Yesica Rodriguez Ramos, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.081.182.149, 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 hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

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

Suscriben:

Firma: Yesica Rodriguez
Nombre: Yesica Rodriguez Ramos
Calidad - Titular: _____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 322 725 2282
Fecha: 16-04-2025
Municipio: San Miguel

UNIDAD: MIS TIERNOS AMIGUITOS 1

¿DÓNDE VIVE LA FAMILIA?

BIENESTAR FAMILIAR

Dibuja un mapa donde se ubique el lugar de vivienda de la familia, lugares significativos cercanos a la vivienda, forma de recorrido hacia LA UNIDAD (lugar de encuentro). Registra el tiempo del recorrido entre el hogar y el lugar del encuentro grupal.

FAMILIA: _____

24
R/V

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Suzan Cifuentes Castro NOMBRE UCA: Mi Tierno Amiguitos I

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Helen Samara Vargas Rodriguez IDENTIFICACIO: 1140016801 FECHA DE NACIMIENTO: 28-Oct-2022

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					
19-06-2025	X			12:30	Realizamos Dialogos con la Madre de familia quien Refiere que la niña Cuenta con salud y Apetito es Juiciosa en la Alimentacion Madre es Comprensible al momento de La alimentacion	Yesica Rodriguez Ramos.	Stella Cuellar	Orientamos a La Madre de familia donde a conocer los Tiempos de una buena alimentacion para su niña lo Cual es importante para el C y D. de Lunita Tambien le damos recomendaciones sobre tener una buena Documentacion al dia		Madre de Familia es Atento a nuestra sugerencias Madre de familia Se compromete a entregar La Documentacion 27-06-2025

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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					

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Dorada, San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Hellen Samara Vargas Rodriguez

Fecha de nacimiento 28 - 10 - 2022 **N° Documento de Identidad** 1.140.016.101

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 valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ◉ Avanzado ○

Observaciones generales

Según el analisis cualitativo realizado a Hellen, la menor se encuentra en perfil esperado, realiza acciones acordes a 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 valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ◉ Avanzado ○

Observaciones generales

Hellen Samara a demostrado ser más autonoma en las actividades cotidianas. Disfruta compartir con sus pares, sigue normas sencillas de convivencia. Reconoce algunos colores, formas y tamaños.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

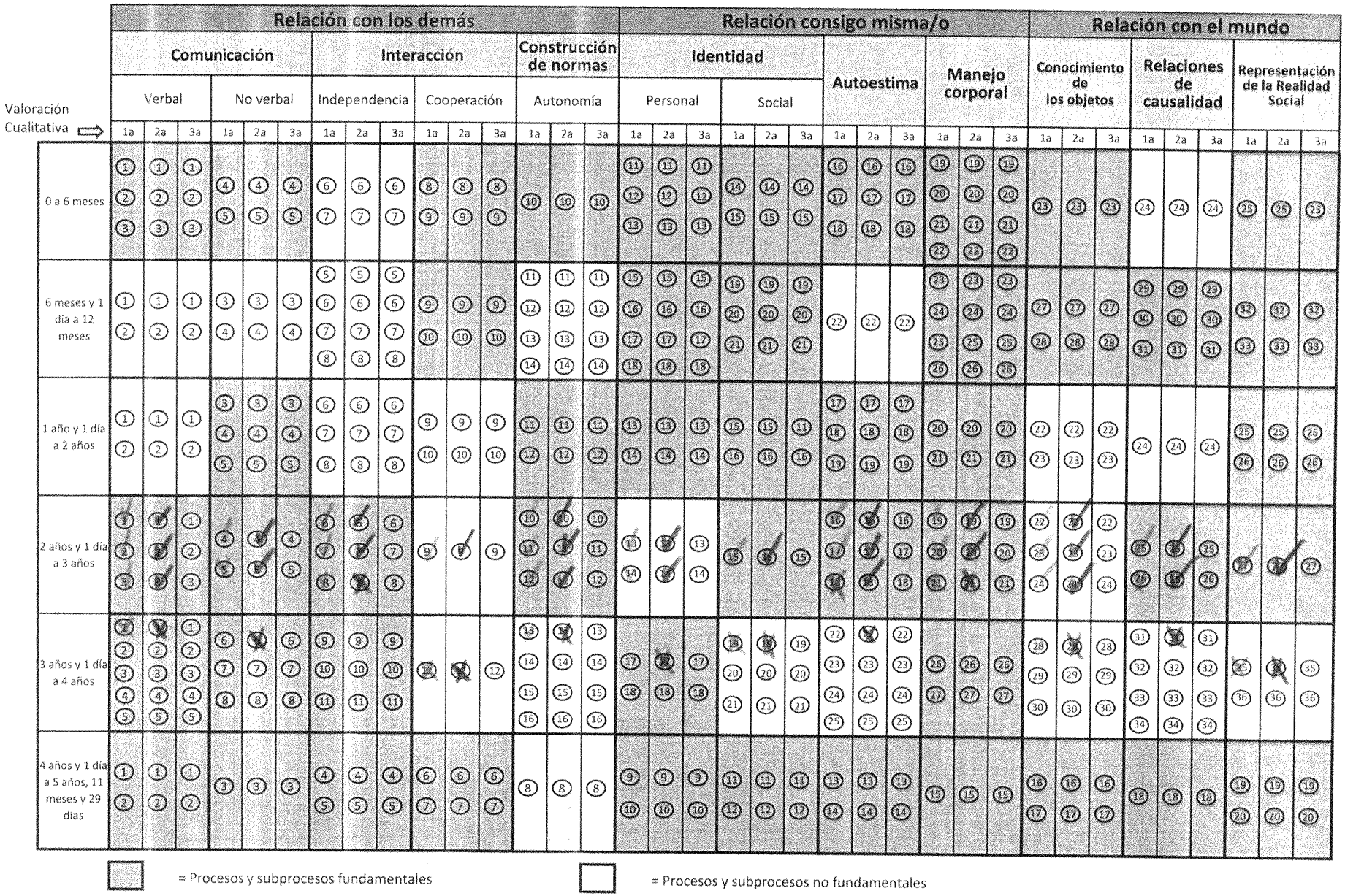
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL