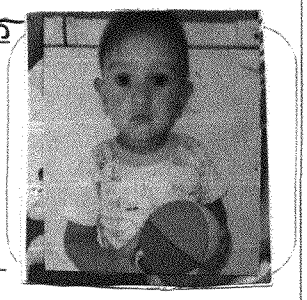
LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con fotografía del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras).
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar _X_ en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización) ___SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7) ___Pertenecientes a Res UNIDOS ___Pertenecientes a Familias en Acción ___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición ___Remitidos por SNBF ___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado) ___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.) ___Niños y niñas con discapacidad. ___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión. ___Población migrante en condición de vulnerabilidad. ___Activos en ruta de reincorporación.
5	Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente: (ADRESS)
6	Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo).
6	Copia del carnet de vacunación.
7	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
8	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
9	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
10	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
11	Fotocopia de un recibo de servicios públicos domiciliarios cuando sea necesario (aplica para zona urbana y en zona rural solo si se cuenta con servicios públicos)
12	Certificado de asistencia a consulta de salud bucal (Niños y niñas mayores de 6 meses)
13	Certificado del examen de agudeza visual (Niños y niñas mayores de 4 años)
14	Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años)
15	Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal.
16	Formato de veracidad de la información ficha de caracterización.
17	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
18	Formato de autorización uso de imágenes.
19	Planilla seguimiento nutricional
20	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
21	Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa,

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



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

UDS: Mis tiernos amiguitos 1 **MUNICIPIO:** San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Dilan Estiven Garzon Yela

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1122343906

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 16-01-2022 **EDAD:** 3 años **MUNICIPIO:** Puerto Asis

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:** N/A

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

EPS DEL PARTICIPANTE: Emssanar SAS **SUBSIDIADO:** X **CONTRIBUTIVO:**

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X **DIAGNOSTICO:** N/A

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: N/A

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: N/A

TIENE SISBEN: SI: X NO: __ PUNTAJE: A4 **DESPLAZADO:** SI: __ NO: X

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: __ NO: X **RED UNIDOS:** SI: __ NO: X

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: __ NO: X CUAL: N/A.

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ruben Dario Garzon Garzon

No. IDENTIFICACION: 1006 912 760 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/San Francisco

CELULAR: 320 820 1796 **E.P.S:** Emssanar S.A.S

OCUPACION U OFICIO: Independiente.

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gladys Idaly Yela Torres

No. IDENTIFICACION: 1004714426 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/San Francisco

CELULAR: 320 820 1706 **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: Gladys Idaly Yela Torres

NUMERO IDENTIFICACION: 1004714426 **CELULAR:** 320 8207706

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

Gladis Yela

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

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 1573557

NUIP 1.122.343.906

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

GARZON YELA DILAN ESTIVEN

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguineo
Año	2	0	2	2	Mes	E	N	E	Día	1	6	MASCULINO	O +

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

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	2	Mes	F	E	B	Día	0	1	0061322431

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

YELA TORRES GLADYS IDALY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.004.714.426	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

GARZON GARZON RUBEN DARIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.812.760	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

GARZON GARZON RUBEN DARIO

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.812.760

Espacio para notas

VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)

Código: X 6 Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año	2	0	2	2	Mes	F	E	B	Día	0	1

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA

Registrador del Estado Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil

29831289-4

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

4

Registro válido

Fecha de consulta: 21/10/2025

Ficha: 867576749527000000799

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DILAN ESTIVEN

Apellidos: GARZON YELA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343906

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/10/2021

Última actualización ciudadano: 22/02/2022

Última actualización vía registros administrativos: 25/11/2023

***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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

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	1122343906
NOMBRES	DILAN ESTIVEN
APELLIDOS	GARZON YELA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	16/01/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/21/2025 02:08:17	**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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos

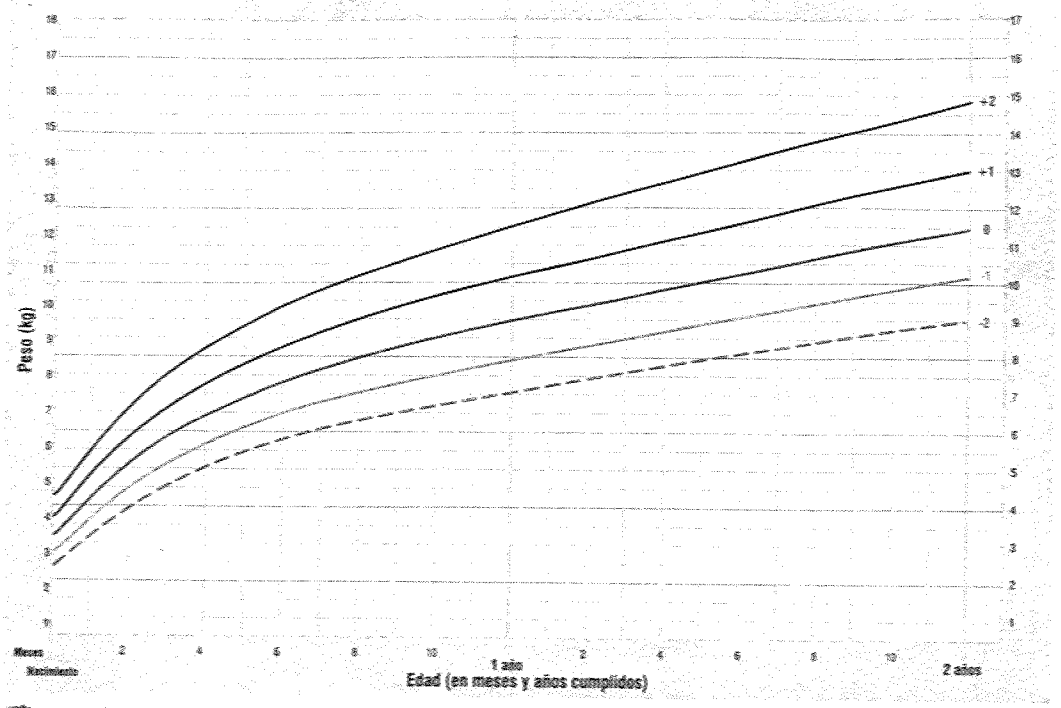
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Dilan Estiven	Apellidos: Garzon Yela
Fecha de nacimiento: DÍA 16 | MES 04 | AÑO 2022	Historia Clínica: 1.122.343.906
Barrio/Vereda: San Francisco.	Responsable del niño: Glady Yela
Teléfono:	EPS:

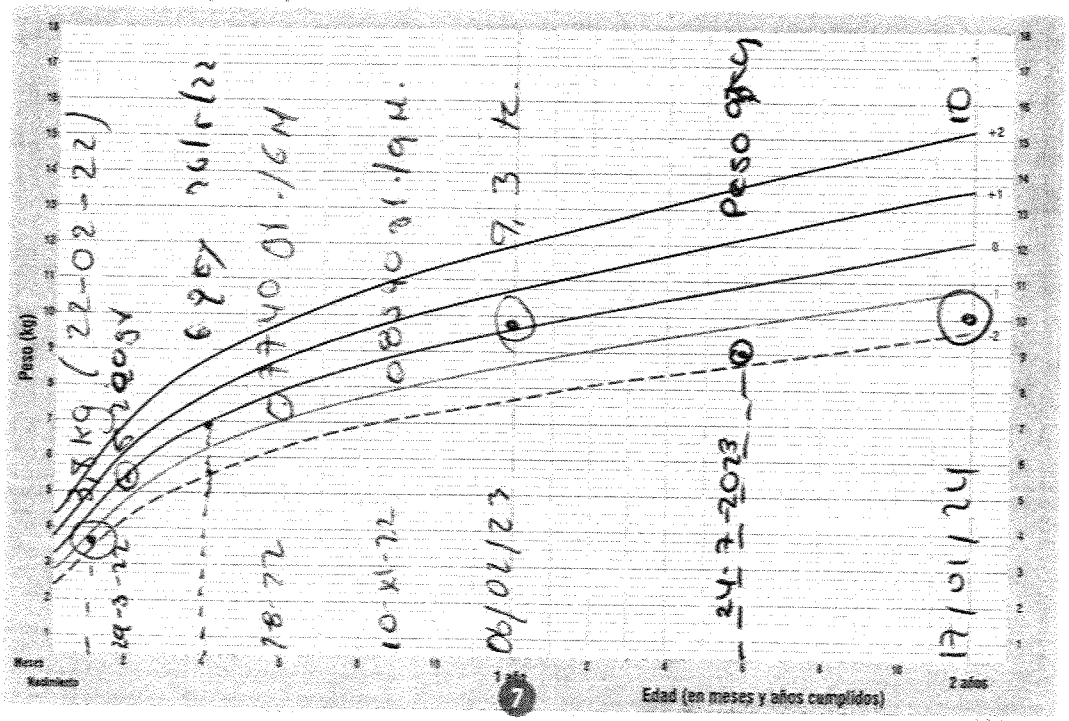
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



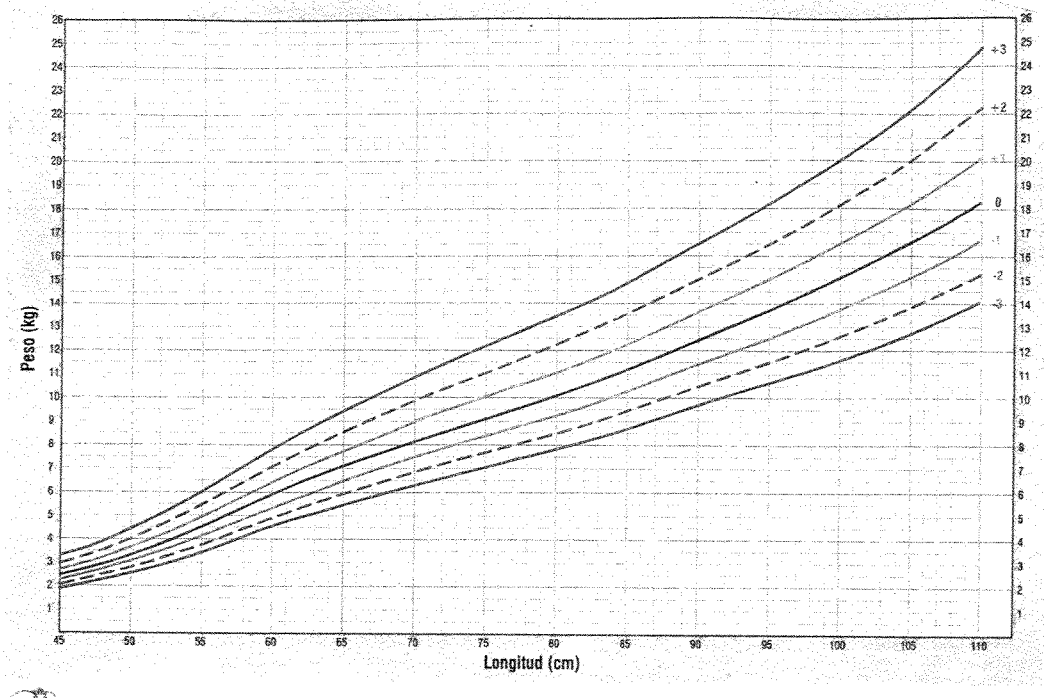
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



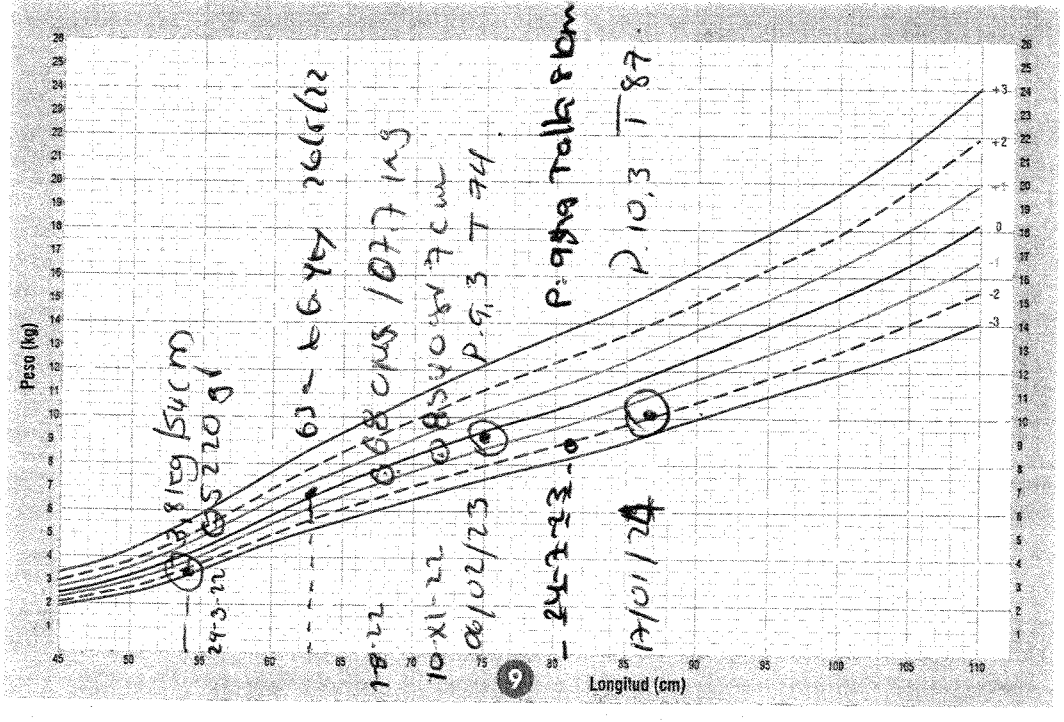
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



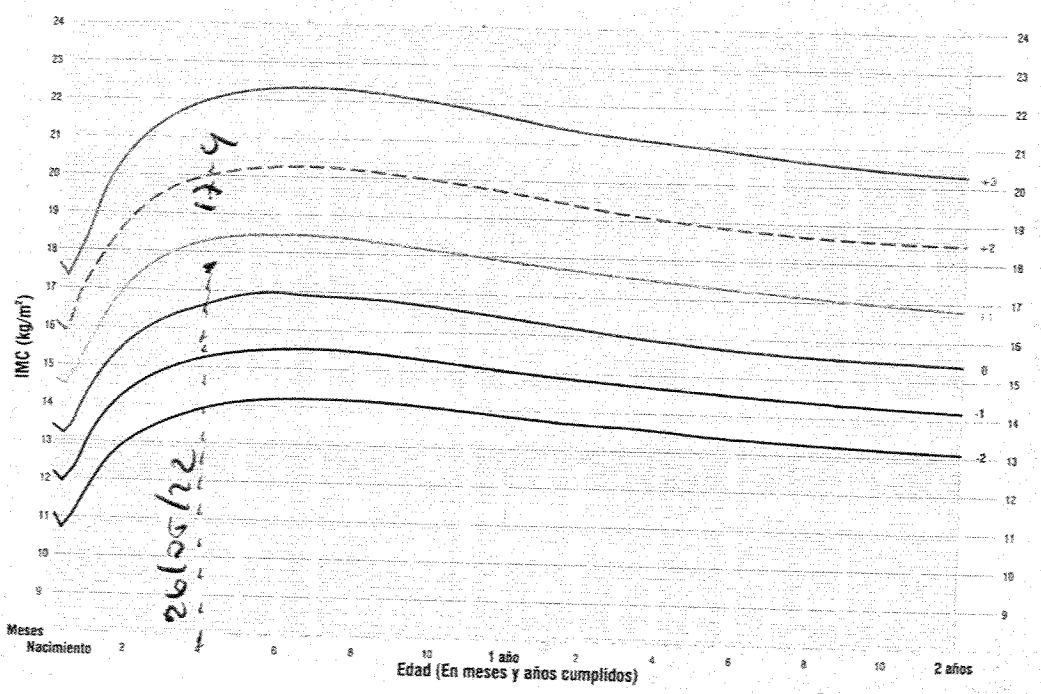
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



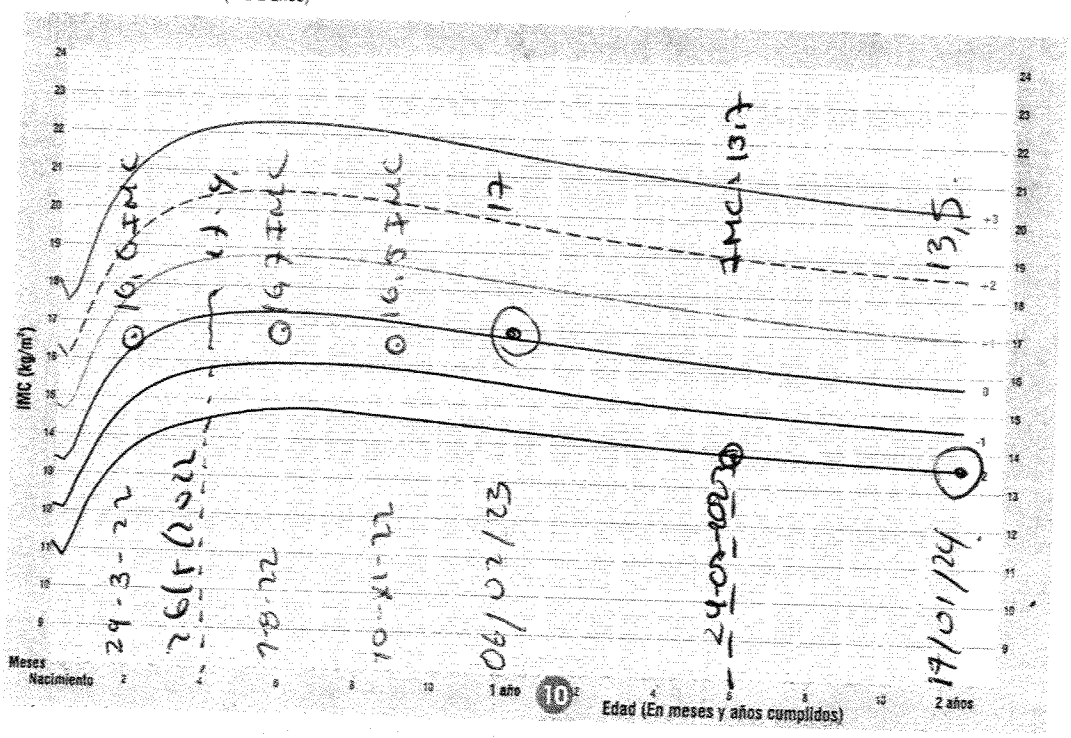
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



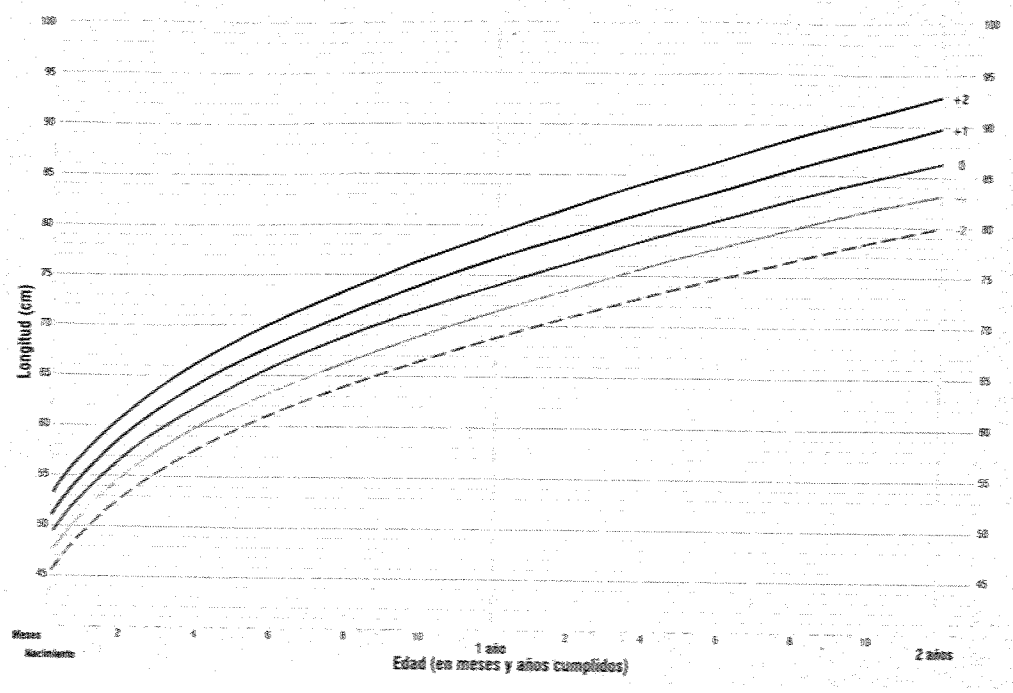
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



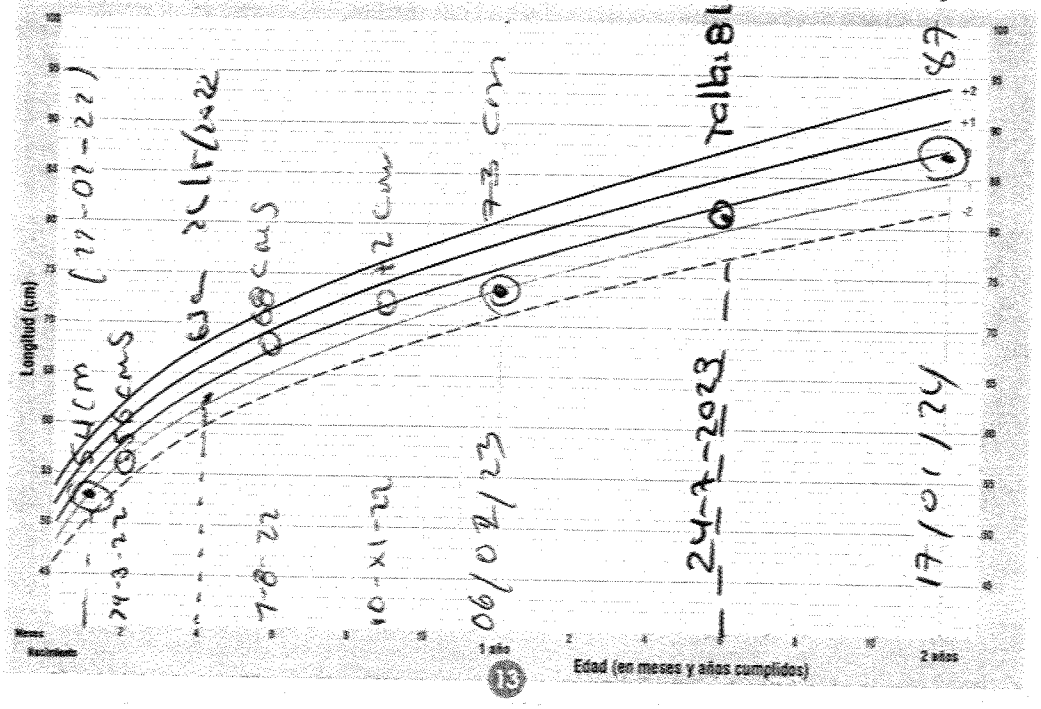
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



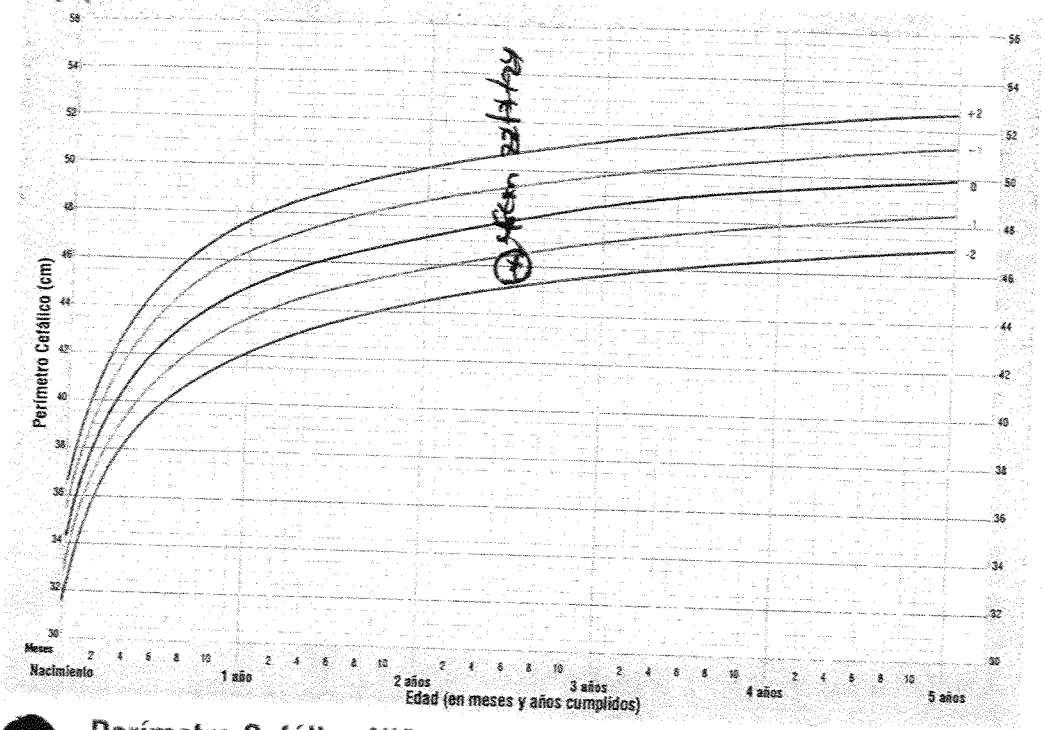
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



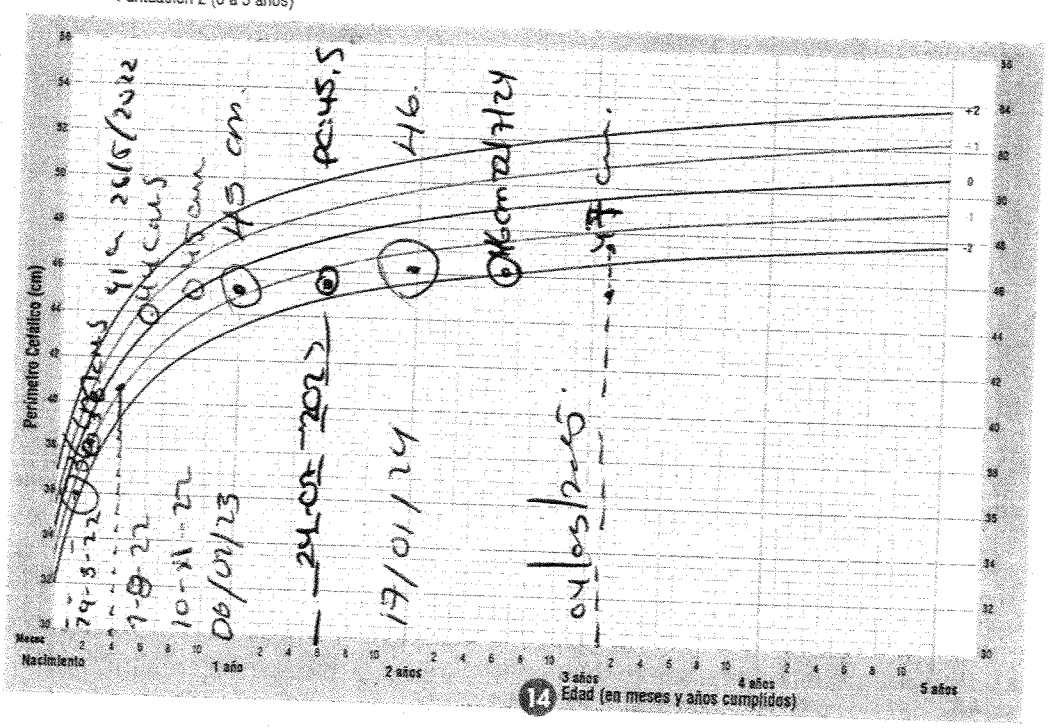
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



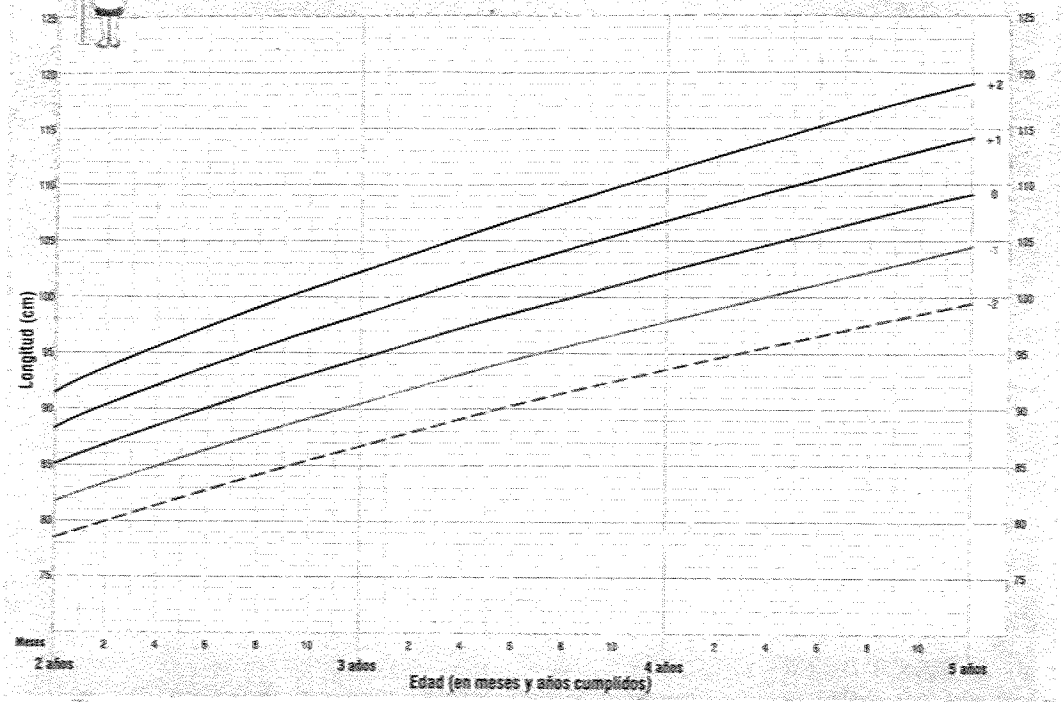
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



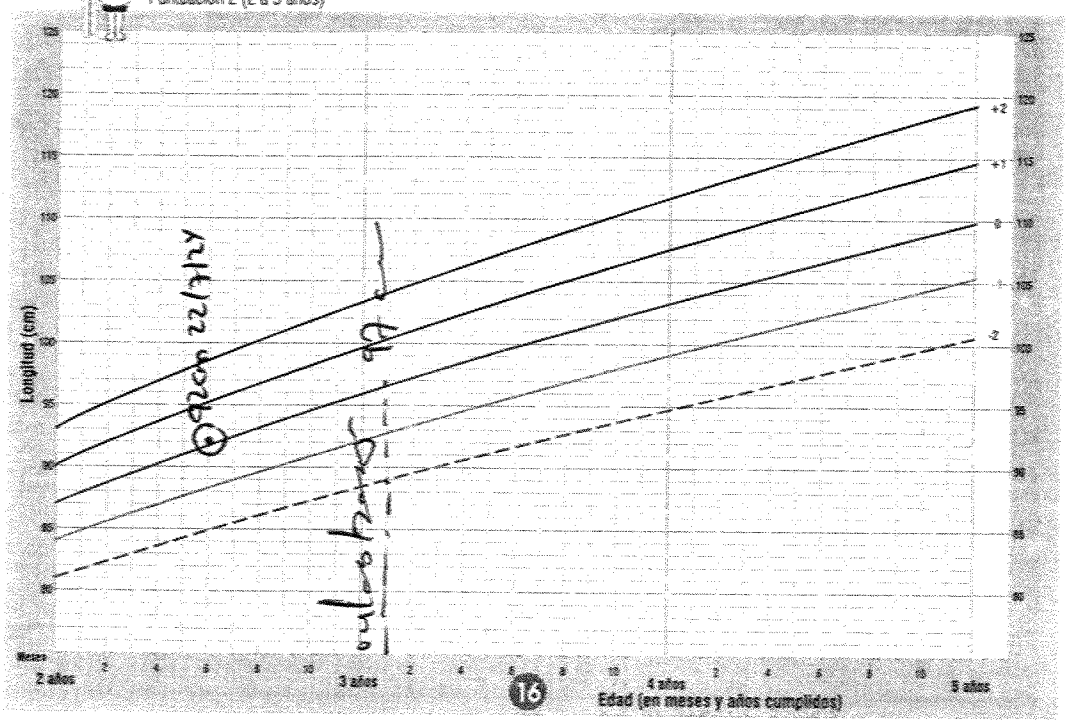
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



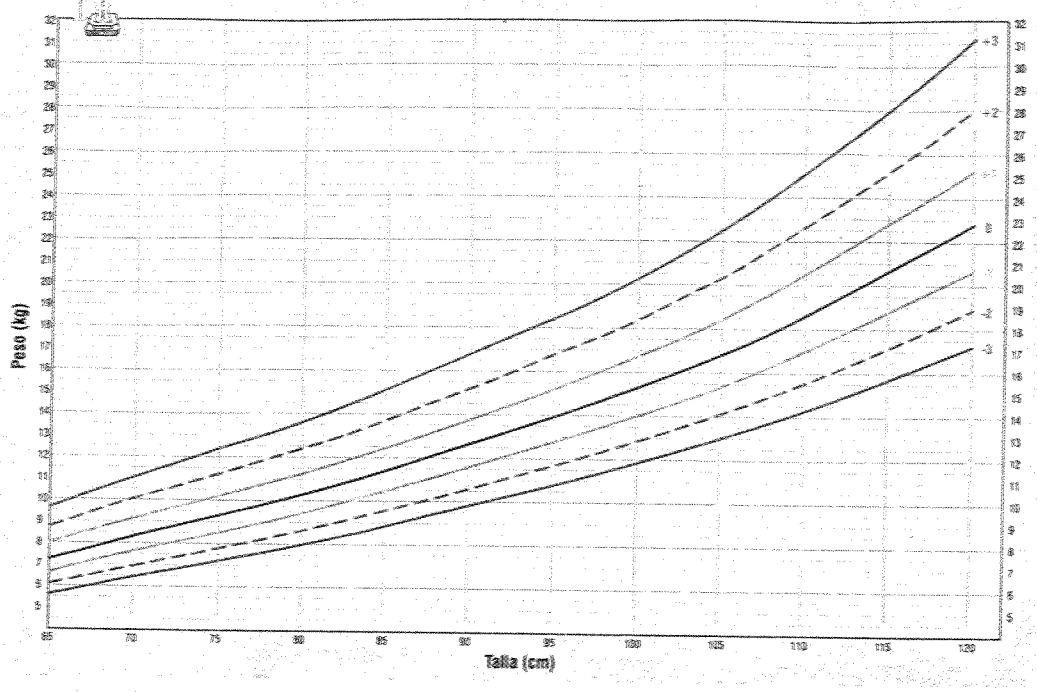
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



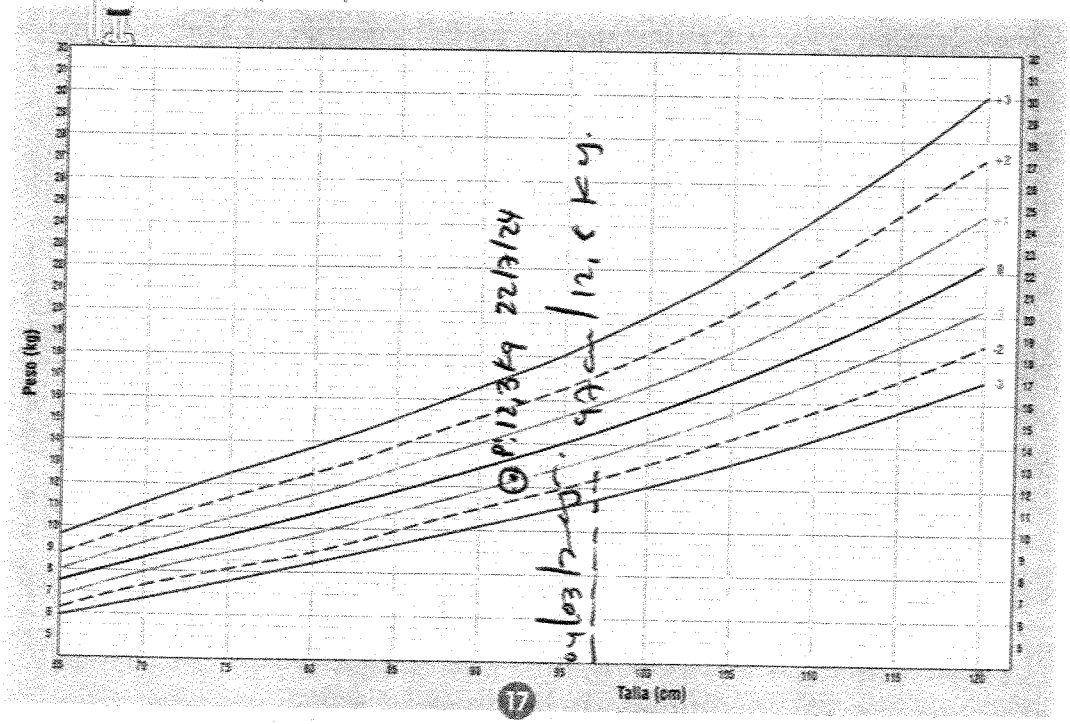
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niños

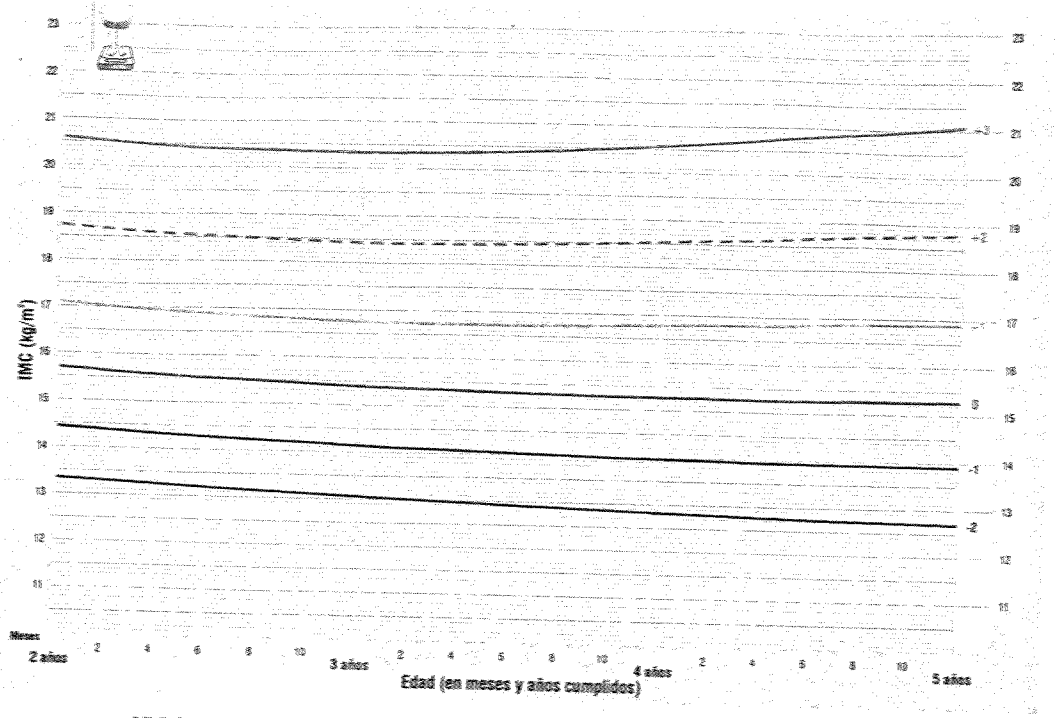
Puntuación Z (2 a 5 años)



14

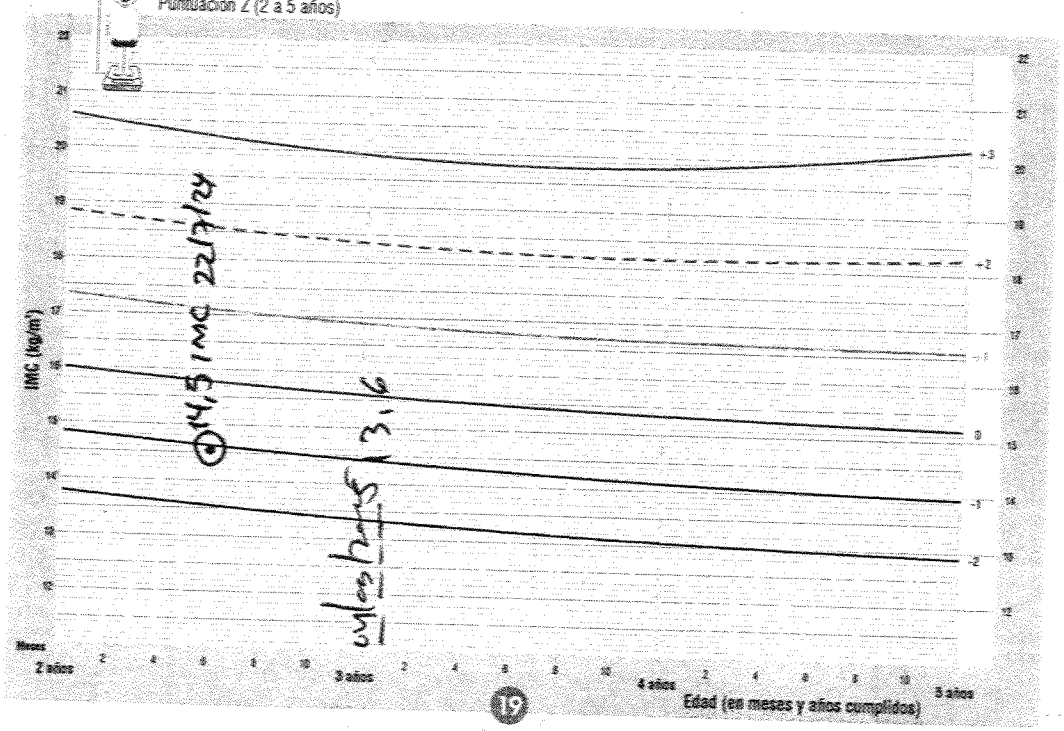
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



15

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
22	03	2022	enfem		
29	05	2022	Mo.		
26.	Julio.	2022	Enf.		
1	NOVIEMB	2022	Medico	Si	
06	FEBRERO	2023	Medico.	Si ✓	
16	Julio	2023	Enf.	Si ✓	
(2) 16	Enero	2024	Medico	Si ✓	
0 17	Abril	2024	Enf.	Cantal Peso	
17	Julio	2024	Enf.	Si ✓	Milena C
16	ENERO	2025	Medico		X
04	03	2025	Ilce	✓	
16	01	2026.			

Dra. Magaly Cabrera
Médico General
R.M. 67027189-Univalle
Peso = 11.1 gr.
Talla 88 cm

16
R/V

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resulado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardipopatia Congénita Compleja	Normal		Alterado				
	Visual	Normal		Alterado				
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA								

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

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

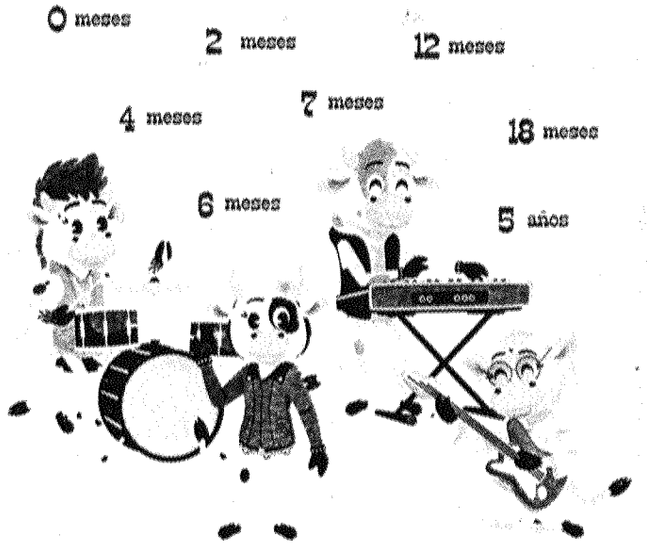
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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



Ministerio de Salud y Protección Social

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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Dilan Estiven Garzon Ye

Fecha de nacimiento: 16/01/22

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1122343906

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: "O" Positivo

Peso al nacer: 2925 Talla: 50

Dirección: San francisco

Teléfóno 1: 3208201796

Teléfóno 2: 3112121284

Responsable: Gladys Idalr Yela

Municipio de residencia: San miguel

Departamento: Putumayo

Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: Dilan Estiven Garzon Yela.

Tipo identificación: Registro civil

No. ID: 1122343906

Edad	Me protege de		Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido				Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
	Tuberculosis meningea (BCG)		Única	17	01	22	Serum	037 0mA 09 C	Clinica				Conda Eduwin
	Hepatitis B		Recién nacido	17	01	22	Serum	032 0X0 17 C	Futumayo				
2 meses				Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)		1.ª	16 Marzo 2022			Biologicals.		PS Afiliados				
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	16 Marzo 2022			J850 X035 B.		PS Afiliados.				
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	1.ª	/	/	/	/	— — — — — — — — —					
	PENTAVALENTE	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª										
	Diarrea por rotavirus		1.ª	16 Marzo 2022			6 S K	A P O L C 8 5 8 A A	PS Afiliados				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		1.ª	16 Marzo 2022			6 S K	A S P N B 3 1 5 B A	PS Afiliados				
4 meses				Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)		2.ª	16 Mayo 22			Biologicals	2 1 0 5 0 0 7	PS Afiliados				
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	16 Mayo 22			Serum	2 8 5 0 X 0 3 8 D	PS Afiliados				
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	2.ª	/	/	/	/	— / — — — —					
	PENTAVALENTE	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª										
	Diarrea por rotavirus		2.ª	16 Mayo 22			6 S K	A D O L C 8 5 8 A A	PS Afiliados				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		2.ª	16 Mayo 22.			6 S K.	A S P N B 3 1 5 K C.	PS Afiliados				
6 meses				Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)		3.ª	16 Julio		22	Biologicals	2 1 1 5 0 0 6	PS Afiliados				
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	16 Julio		22	Serum	2 8 5 1 X 0 3 5 D	PS Afiliados				
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	3.ª	/	/	/	/	/ / / / /					
	PENTAVALENTE	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª										
	Influenza estacional		1.ª	16 Julio		22	Green Cross	V 5 0 2 2 0 0 8	PS Afiliados				
7 meses	Influenza estacional		2.ª	30 Agosto		22	Green Cross	V 5 0 2 2 0 0 8	PS Afiliados				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		1.ª	18 Enero		23	Serum	0 3 1 N 3 3 2 1					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		Refuerzo	18 Enero		23	S S K	A S P N B 3 4 2 A B					
	Varicela		2.ª	18 Enero		23	Merck	W 0 2 2 0 8 2 —					
	Hepatitis A		Única	18 Enero		23	M S D.	W 0 0 4 8 0 2 —					
	Influenza estacional		Anual	7 Junio		23	Green Cross	V 5 0 2 3 0 0 J	PS Afiliados				Alino E.
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)		1.er refuerzo	11 Junio		23	Biologicals	2 2 0 6 0 1 2	PS Afiliados				Alino E.
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		1.er refuerzo	11 Junio		23	Serum	J 8 5 7 9 0 2 2.	Dr Afiliados				Alino E.
	Fiebre amarilla		Única	18 Enero		23	Sanofi	V 3 E 3 7.					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)		2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		2.ª	14	09	23	Serum	0 1 3 2 N 0 7 1 A	HLD				Eduard IB
	Varicela		Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)		1.ª										
			2.ª										
			3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis	SR.		Unica	11 Mayo 2023			Serum	0 1 2 W 0 1 7.					

Manuel Alvin Casanova R. Tec. aux. en Enfermería CC: 5244513

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.

Cita 16 enero 2023

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

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

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Dilan Estiven APELLIDOS Garzon Vela

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.343.906

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 16 MES: 01 AÑO: 2022 / EDAD: 3 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: _____

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

Nombres Gladys Idaly Apellidos Vela Torres

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☑ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.004.714.426

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: 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): HFLD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel.

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.004.714.426

YELA TORRES
APELLIDOS

GLADYS IDALY
NOMBRES

Gladis Yela
FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-AGO-1993
PROVIDENCIA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

01-JUN-2012 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6401800-00399364-F-1004714426-20120913 0031118408A 1 25663157

RECOMENDACIONES

- Cepillate los dientes despues de cada comida
- mantenga una dieta balanceada baja en azucares y carbohidratos
- Cambia tu cepillo de dientes cada 2 meses si tiene gripa o tos, cambialo inmediatamente

Tu sonrisa refleja lo que tu eres

I.A.M.I. INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y DE LA INFANCIA

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

MI CARNET DE HIGIENE ORAL

E.P.S.	Emssanar
Nombres:	Dilan Estiven
Apellidos:	Garzon Yela
Sexo:	X F
Fecha de Nacimiento:	16 01 23
Identificación:	1223439406
Dirección:	N.H.C.

Servimos con amor

FECHA	PROCEDIMIENTO				PRÓXIMA CITA
	CP	S	F	D	
06-02-23	X		X		06-08-23
08-08-23	X		X		08 febrero-24
15-08-24	X		X		15-09-24
18-09-24	X		X		18-03-25
04-08-25	X	X	X		04 Sep-2025
10-05-25	X	X	X		10-11-25.

Stephanny Ortega
ODONTOLOGA
Reg. 52 - 570

FECHA	PROCEDIMIENTO				PRÓXIMA CITA
	CP	S	F	D	
06-02-23	X		X		06-08-23
08 08-23	X		X		08 febrero-24
15 03-24	X		X		13-09-24
18-09-24	X		X		18-03-25
04 03 25	X	X	X		04 Sep-2025
10-03-25	X	X	X		10-11-25.
27-10-25	X		X		27-04-26

Stephanny Ortega
ODONTOLOGA
Reg. 52-570

2

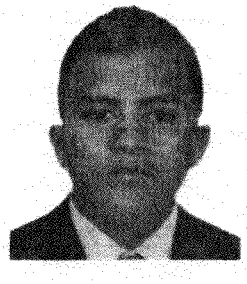
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.812.760**
GARZON GARZON

APELLIDOS
RUBEN DARIO

NOMBRES
Dario Garzon

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-MAY-1993**
PUERTO LEGUIZAMO
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

21-MAY-2013 CON NUEVA LOJA ECU
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-8833020-01220558-M-1006812760-20210304 **00736**58173A 1 9914842906

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

Yo Gladys I. Yela Identificado con C.C N° 1004.714.426 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Dilan Estiven Garzón. o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Nos tienos 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.

Gladis Yela
Madre o Acudiente
C.C 1004714426

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

Yo, Gladis Idaly Yela T., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.004.714.426 obrando en calidad de:

Padre		Madre	X	Cuidador	

De la niña, niño o adolescente, Dilan Estiven Garzon Yela, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI____, CE____, número 1.122343906, 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: Gladis Yela
Nombre: Gladis Idaly Yela
Calidad - Titular: ____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 320 820 1706
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 Dilan Estiven Garzon Yela, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.343.906, 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, Gladys Idaly Yela Torres, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004.714.426, 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: Gladys Yela
Nombre: Gladys Yela Torres
Calidad - Titular: X Representante legal:
Teléfono de contacto: 3237038678
Fecha: 16-abril-2025
Municipio: San Miguel

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

NOMBRE: Dilon stiven Garzon Yela FECHA DE NACIMIENTO: 16-01-2022 UDS: Tierras Amagorfas 1

FECHA DE CONTROL	PESO (KG)	TALLA (CM)	PB (CM)	DIAGNOSTICO	REMITIDO POR MALNUTRICIÓN SI/NO	FIRMA SALUD Y NUTRICIÓN
13-05-2025	12.9	96	15	Riesgo a Desnutrición	si	stella Cuyuy Q
18-06-2025	12.9	96	15	Riesgo a Desnutrición	si	stella Cuyuy Q
24-07-2025	14	98.5	15.1	Peso adecuado para la talla		
18-09-2025						

26
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: Mis tiernos amiguitos 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Dilan Estiven Garzon IDENTIFICACIO: 1.122 343. 906 FECHA DE NACIMIENTO: 16-01-2022

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					
13-05-2025	X		10:		Realizamos Encuentro con La Familia donde la madre Nos da a conocer sobre la Salud del niño nos da a conocer donde nos Refiere que ha estado un poquito Enfermo por Cambio de Clima le ha dado Gripe y no ha tenido una Alimentacion Adecuada que Refiere que no le gusta los Alimentos de granos ya que no le gustan y por la gripe a dejado de comer.	Gladis Vera	Stella Cagnoy (1)	Realizamos un dialogo con la madre quien Refiere que no le han gustado los alimentos de granos. Orientamos a la madre a Brindarle una buena Alimentacion con proteinas y vegetales Granos tambien para que tenga una buena alimentacion ya que el niño esta Bajito de peso.		Madre se compromete a seguir cuidando de el niño ya que es importante para La salud del niño.
	X				-Damos a Conocer a La Madre ya que hemos pesado y tallado al niño y evidenciamos que ha subido peso porque en la ultima toma era bajito ahora en este momento el niño va subiendo su estado Le hemos Tomado perimetro y evidenciamos que ha subido su masa Corporal seguiremos dando a conocer y orientar en La Alimentacion Necesaria para el niño y para Prevenir enfermedades.	Gladis Vera	Stella Cagnoy (1)	Damos Orientaciones para prevenir algun tipo de enfermedad por no saber dar o Brindar una buena Alimentacion -Evidenciamos que el niño tiene animo para tomar los Alimentos y tambien le gusta jugar, saltar y es creativo y participativo	-Realizaremos Seguimiento Nutricional sea llamada -Mensaje o prencensialmente Un encuentro en el hogar para dar a conocer La importancia de buenos habitos saludables para el niño.	Madre se Comprometa a Seguirnos Informando sobre el estado de salud.

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					
19.06.2025	x		10:00		Realizamos Dialogo con La madre de Familia quien Refiere que tiene un buen Apetito Cuenta con salud. y ella le Brinda Alimentos Adecuados para el Cuidado de su niño, y una buena habitacion.	Gladis Vera	Stella Cuenca	Orientamos a la madre de familia a Brindarle Alimentacion Adecuada para el Bienestar del niño. No Consumiendo comidas que no tengan Alimento. como por ejemplo Mecato o bebidas como gaseosas. Cierra Novedad	- Realizaremos seguimiento via wasap y llamadas Telefonicas para ver como sigue el niño ya que evidenciamos q" se encuentra Bien de salud.	Madre se compromete a seguirnos Informando sobre la salud del niño.

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

27 PV

Ciudad La Dorada, San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Dilan Estiven Garzon Yela

Fecha de nacimiento 16 - 01 - 2022 **Nº Documento de Identidad** 1.122.343.906

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 16 - 04 - 25

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

Dilan a demostrado cumplir con las acciones de acuerdo a su edad, Realiza las actividades y tiene las habilidades adecuadas según la evaluación

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 - 25

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

Dilan ha demostrado más independencia, Organiza su juguetes y sigue normas básicas de convivencia. Es curioso y mantiene conversaciones con sus pares.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

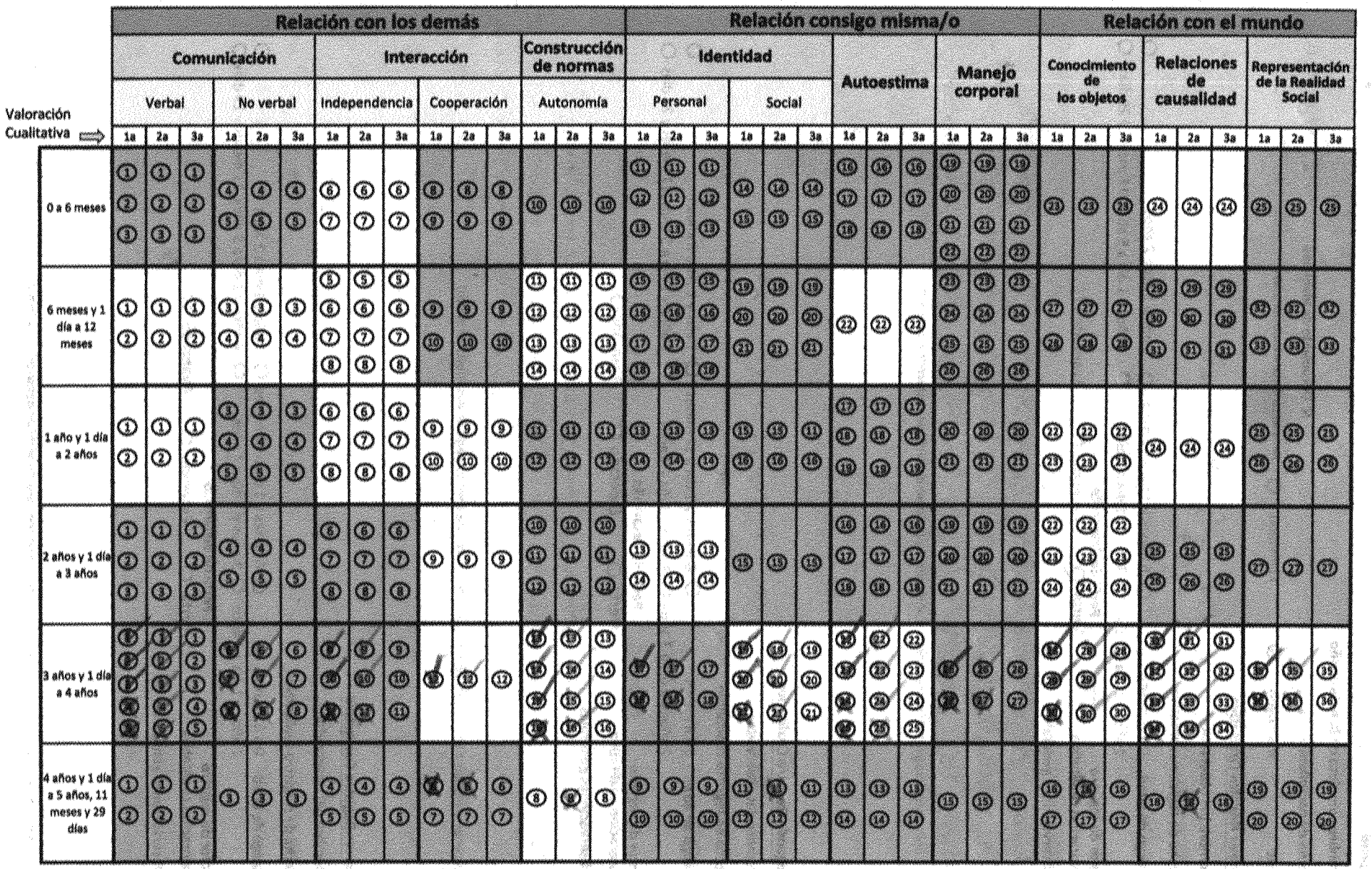
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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


Relación con los demás
Relación consigo misma/o
Relación con el mundo
Comunicación
Interacción
Construcción de normas
Identidad
Autoestima
Manejo corporal
Conocimiento de los objetos
Relaciones de causalidad
Representación de la Realidad Social
Verbal
No verbal
Independencia
Cooperación
Autonomía
Personal
Social
Valoración Cualitativa
1a
2a
3a
0 a 6 meses
6 meses y 1 día a 12 meses
1 año y 1 día a 2 años
2 años y 1 día a 3 años
3 años y 1 día a 4 años
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días
= Procesos y subprocesos fundamentales
= Procesos y subprocesos no fundamentales