LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripción y Matricula con ffotografía 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).
7	Copia del carnet de vacunación.
8	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
9	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
10	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
11	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
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	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
17	Formato de autorización uso de imágenes.
18	Planilla seguimiento nutricional
19	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
20	OTROS:Formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa (Cuando aplique

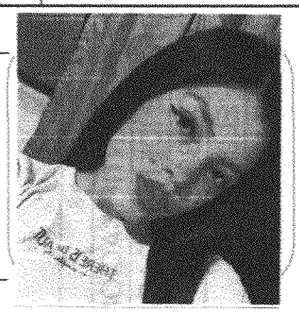
	FUNDACION ALMA DE VIDA	Código: FO-GG-012
	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 25/03 /2025

2

Control
23 - Nov - 25

CUPO: _____ FECHA INGRESO: Agosto

amiguitos1 MUNICIPIO: San Miguel



LIDOS DEL PARTICIPANTE:

Helen Brigith López Rojas

TIENE REGISTRO CIVIL: SI___ NO X **NUIP No.** _____

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? _____

Mayor de edad.

FECHA NACIMIENTO: 02-01-2004 **EDAD:** 21 a 7M. **MUNICIPIO:** Pasto

DEPARTAMENTO: Nariño **PAIS:** Colombia. **DIRECCION**

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

¿CUAL?: _____ **MOTIVO DEL RETIRO:** _____

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: ___ NO: X CUAL: _____

EPS DEL PARTICIPANTE: Emssanar **SUBSIDIADO:** ____ **CONTRIBUTIVO:**

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: ___ NO: X **DIAGNOSTICO:** _____

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: _____

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: ___ NO: X CUAL: _____

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: ___ NO: X CUAL: _____

TIENE SISBEN: SI: X NO: ___ PUNTAJE: _____ **DESPLAZADO:** SI: _ NO: X **VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:** SI: _ NO: _____ **RED UNIDOS:** SI: ____ NO: ___

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: ___ NO: X CUAL: _____

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: N/A

No. IDENTIFICACION: N/A **DIRECCION RESIDENCIA:** _____

CELULAR: N/A **E.P.S:** N/A

OCUPACION U OFICIO: N/A

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: N/A

No. IDENTIFICACION: N/A **DIRECCION RESIDENCIA:** _____

CELULAR: N/A **E.P.S:** NA

OCUPACION U OFICIO: N/A

EMPRESA DONDE LABORA: NA

NIVEL DE ESCOLARIDAD: NA **PROFESIÓN:** _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Emerson Patilla. Diaz

NUMERO IDENTIFICACION: 1.006.789.390 **CELULAR:** 313843 81.11

DIRECCION: Vereda San Francisco **PARENTESCO:** Esposo.

Helen Lopez
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIV

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.081.052.272

Apellidos
LOPEZ ROJAS

Nombres
HELEN BRIGITH

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.58	F

Fecha de nacimiento
02 ENE 2004

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
PASTO (NARIÑO)

Fecha y lugar de expedición
12 ENE 2022, PASTO

Firma
Helen Lopez

Fecha de expiración
24 ABR 2034

CO

045433722

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL045433722423001<<<<<<<<<<
0401021F3404241COL1081052272<6
LOPEZ<ROJAS<<HELEN<BRIGITH<<<<

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 08/08/2025

Ficha: 867576741052800013176

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **HELEN BRIGITH**

Apellidos: **LOPEZ ROJAS**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **1081052272**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 24/06/2025

Última actualización ciudadano: 24/06/2025

Última actualización vía registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

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

Profe: Susan Afuentes

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1081052272
NOMBRES	HELEN BRIGITH
APELLIDOS	LOPEZ ROJAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	NARIÑO
MUNICIPIO	PASTO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	27/01/2004	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/08/2025 11:22:07	**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 CLÍNICO MATERNO - PERINATAL - CLAP - OPS/OMS

H. Tul. D

Nombres y Apellidos: Helen Beatth Lopez Rojas
Dirección: U/Dios Peña
Teléfono: 3138438111
Ocupación: Ama de Casa
Estado Civil: Emsoltero
Fecha de nacimiento: 02/01/2004

ANTECEDENTES

Fecha de Parto Anterior: 04/02/22

GESTACIÓN ACTUAL

Talla	Peso anterior	Peso	Presión arterial	Edema	Albúmina	Glucosa
155	60	100425				95.5

Hemoclasificación	Citología	Consejería y solicitud VIH	Resultado	Prueba rápida sífilis	Hb<20 sem	Hb<28 sem	Ag SHB	Test de Sullivan mg/dl	Total consultas prenatales
O		1 ✓	✓	1 ✓	12				

	Día	Mes	Año	Edad gest.	Peso	Presión arterial	Altura uterina	Posición / Fetos	FCF	Movim. fetales	Ta	Proteínas	Edemas	Firma	Signos de alarma, exámenes, tratamientos	Nombre y código del profesional
1	15	05	25	5	62.5	110/70	17	—	—	—	✓	✓	✓	++	Todo lo primero 1GA	
2	12	06	25	9	64	110/75	24	—	—	—	✓	✓	✓		P/exámenes 1GA	
3	17	07	25	14.5	65.5	110/70	24	—	—	—	✓	✓	✓	++	Eco de tallanatomico exámenes II Trimestre	
4	15	08	25	18.6	66.5	110/75	22	C	150	—	✓	✓	✓	++	Micronutrientes - Urocultivo	
5	15	09	25	23.2	70	100/60	25	CEF	150	+	✓	✓	✓	++	CTG. - Gotas Gineco IGM Toxoplasma P/ Ginecó	
6	23	10	25	28.5	69.5	110/70	28	CEF	143	+	✓	✓	✓	++	Exame M Vaginal cultivo	
7																
8																
9																
10																
11																
12																

PARTO / ABORTO

Carnet	Hospitalizaciones durante el embarazo	Complicaciones antenatales	Inicio	Ruptura de membranas anteparto	Horas entre ruptura y parto	Edad gest. al parto	Presentación
SI NO	SI NO			Integras / Rotas		Semana / Días	Cefálica / Pelviana / Transversa

Acompañante en T. de P.	Nacimiento	Gemelar	Hora del parto	Terminación	Indicación principal de inducción o parto operativo	Posición parto	Episiotomía	Enema Rasurado	Desgarros

EL COLOR SIGNIFICA ALERTA

CITAS
CONTROLES PROGRAMADOS

DIA	MES	OBSERVACIONES
15	05-25	Ingreso.
15	06-25	Control.
12-07-25		Control.
17-08-25		Control
16-09-25		Control
15-10-25		Control
28	11	2025

8
R/V

Este carné es válido en Colombia.
Podrá ser solicitado para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados, los cuales podrá consultar en la página oficial de la Secretaría de Salud de su entidad territorial.

Salud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Helen Brigith

Apellidos: lopez Rojas.

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1 0 8 1 0 5 2 2 7 2

Fecha de nacimiento: Día 0 2 Mes 0 1 Año 2 0 0 4

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1	CITAS A Partir de las		
	2	22 semanas		
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	17-07-25 USU585002 Kerly J		
	Anual			
Covid 19				
Otras				

9
R/V

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO
2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

Servimos con amor

CARNET RIAS

JUVENTUD

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor

Nombres y apellidos: Helen Brigith Lopez Rojas

Doc. de Identidad: 1081052272 EPS: Emssanar

Teléfono: 3138438111 Domicilio: Villa peña

PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN AÑOS										
	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Atención por médico general											
Atención en salud bucal por odontología (1 vez cada 2 años)				24-7-2025							
Tamizaje de cáncer de cuello uterino (Citología) de acuerdo al riesgo (según riesgo y esquema)											
Colposcopia cervicouterina (si aplica)											
Biopsia cervicouterina (si aplica)											
Tamizaje de riesgo cardiovascular											
Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría anticoncepción - (según riesgo)											
Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría anticoncepción - control (según riesgo)											
Profilaxis y remoción de placa bacteriana				19-8-2025							
Detartraje supragingival											
Vacunación (según esquema vigente)											

Lizeth Jiménez T.
Enfermera Profesional
Reg. 2245
Universidad de Caldas

10

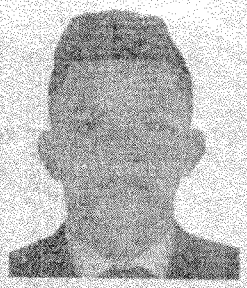
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.006.789.390

PORTILLA DIAZ
APELLIDOS

EMERSON ALXANDER
NOMBRES

Emerson Portilla
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-ENE-2002
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

20-ENE-2020 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401800-01132095-M-1006789390-20200213 0070094082A 1 53567974

	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	11/07/2024
BIENESTAR FAMILIAR	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 _____, identificado (a) con documento de identidad número _____, 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, Helen Brigith Lopez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1081.052.272, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

La autorización comprende:

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

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

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

Los productos autorizados son originados por 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: Helen Lopez
Nombre: Helen Brigith Lopez
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 313 643 8111
Fecha: 04-08-25
Municipio: San Miguel

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

12

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

Yo Helen Brigith Lopez Identificado con C.C N° 1.081.052.272 en calidad de: padre o madre ( ), del niño o niña: _____ o Gestante (X) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención Los hermosamiguitos 1, 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 01 Días del mes de agosto del Año 2025.

Helen Lopez
Madre o Acudiente
C.C 1.081.052.272

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, Helen Brigith Lopez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.081.052.272, obrando en calidad de:

Padre		Madre		Cuidador	

De la niña, niño o adolescente, _____, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) ___, TI___, CE___, número_____, 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: Helen Lopez
Nombre: Helen Brigith Lopez
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3138438111
Fecha: 01-08-25
Municipio: San Miguel

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACIÓN INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Suzan Cifuentes Casto NOMBRE UCA: Mis tiernos amiguitos 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Helen Brigith Lopez R. IDENTIFICACIÓN: CC 1.081.052.272 FECHA DE NACIMIENTO: 02-01-2004

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					
17-Oct-25	X		X		Se llama a la participante para preguntar si asistio a la cita del control. La gestante afirma que debe practicarse algunos examenes para asistir, esta esperando que le autoricen para realizarselos. La cita le quedo para el dia jueves 23 de octubre a las 2:pm. Se la volvieron a programar	Helen Lopez	Susan Cifuentes.		Se le pide a la madre estar pendiente de las autorizaciones y se le pide enviar las fotos del Control apenas termine.	La madre se compromete a entregar los documentos apenas los tenga.

REGISTRO DE NOVEDADES

REGISTRO DE NOVEDADES

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"
MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

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

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: _____ IDENTIFICACIO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

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
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					
FECHA DEL REPORTE	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

22 KN

Ciudad La Dorada, San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Deymar Andres Partilla Cardenas

Fecha de nacimiento 16 - 04 - 2025 **N° Documento de Identidad** 1.122.344.602

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

Deymar en la primera valoración se encuentra en el perfil esperado, teniendo en cuenta que cumple con su rango de edad. ya que, realiza varias acciones de acuerdo 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

Deymar Andres a demostado avances significativos que van acorde a sue edad, se encuenta en el pesfil espeado porque realiza acciones significativas de acuerdo a la guia de valoracion

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

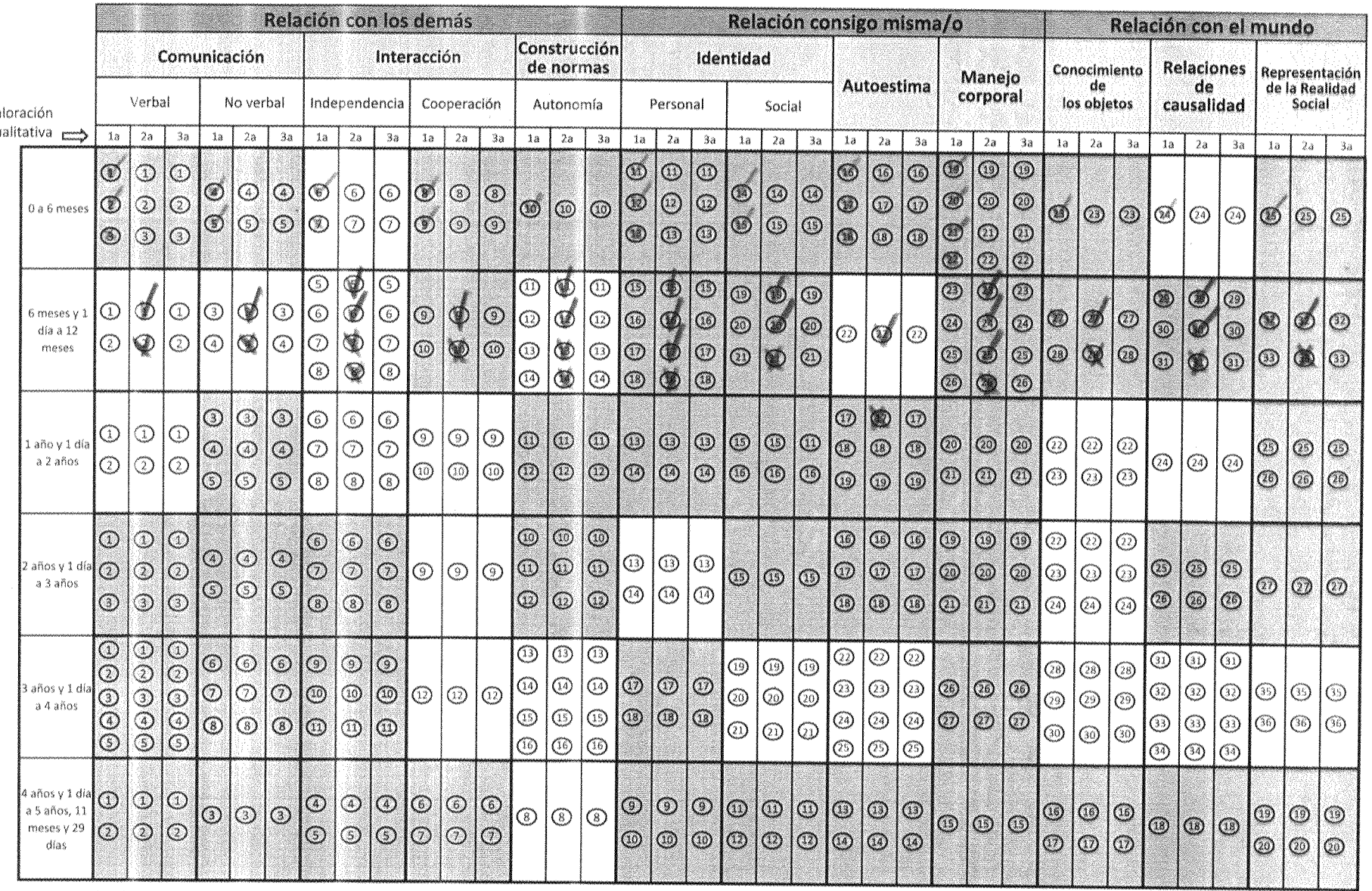
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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