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: 27/03/2025 **FECHA INGRESO:** 07/04/2025

UDS: Mis grandes soñadores **MUNICIPIO:** San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Dylan Ismael Valladolid Davigama

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1126144108

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 19/Ago/2021 **EDAD:** 3años **MUNICIPIO:** N/A

DEPARTAMENTO: N/A **PAIS:** Ecuador **DIRECCION DE RESIDENCIA:** V/Puente Internacional **ESTRATO:** N/A **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: X NO: __

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

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

EPS DEL PARTICIPANTE: Mallamas **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: A3 **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: Daniel Adrian Valladolid Requelme

No. IDENTIFICACION: 2100480819 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/Puente I

CELULAR: 0990287046 **E.P.S:** N/A

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yeili Yuliana Davigama Naseguia

No. IDENTIFICACION: 1.123.320.916 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/Puente I

CELULAR: 0961127103 **E.P.S:** Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Yeili Yuliana Davigama Naseguia

NUMERO IDENTIFICACION: 1.123.320.916 **CELULAR:** __

DIRECCION: V/Puente Internacional **PARENTESCO:** Madre

Yuliana Davigama
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Dayana Ramirez
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP	1126144108

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57321609

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
			X			Y 4 Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VALLADOLID	DOVIGAMA

Nombre(s)
DYLAN ISMAEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes AGO Día 19	MASCULINO	O	+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	2150704977

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos
VALLADOLID REQUELME DANIEL ADRIAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE 2100480819	ECUATORIANA

Datos del 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
DOVIGAMA NASEQUIA YEILI YULIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 1123320916	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
DOVIGAMA NASEQUIA YEILI YULIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
TI 1123320916	

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2021 Mes DIC Día 09	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
DANIEL ADRIAN VALLADOLID REQUELME Firma	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

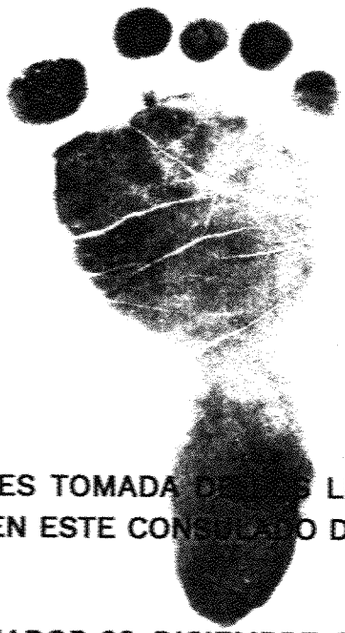
- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

* 57321609 *

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

OBSERVACIONES: Las huellas plantares, se tomarán únicamente a los inscritos menores de un año, las huellas digitales, deben tomarse a todos los inscritos, exceptuando los menores de un mes que presentan dificultades técnicas para dicha toma (Decreto 1873 de 1971, artículo 2o.)

HUELLAS PLANTARES

PIE IZQUIERDO	PIE DERECHO
	

HUELLAS DIGITALES

INDICE IZQUIERDO	INDICE DERECHO

NOTA: QUE ESTA FOTOCOPIA ES TOMADA DE LOS LIBROS DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO QUE SE LLEVAN EN ESTE CONSULADO DE COLOMBIA EN NUEVA LOJA, ECUADOR.

LAGO AGRIO-NUEVA LOJA-ECUADOR 09-DICIEMBRE-2021.

ATENTAMENTE,

MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES
CÓNSUL DE COLOMBIA
EN NUEVA LOJA, ECUADOR.

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 22/07/2025

Ficha: 86757024477900000895

A3

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DYLAN ISMAEL

Apellidos: VALLADOLID DOVIGAMA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1126144108

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/07/2023

Última actualización ciudadano: 04/07/2023

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**

A1→A5	B1→B7	C1→C18	D1→D21
Pobreza extrema	Pobreza moderada	Vulnerabilidad	Ni pobre ni vulnerable

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

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	1126144108
NOMBRES	DYLAN ISMAEL
APELLIDOS	VALLADOLID DOVIGAMA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	01/08/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/30/2025 10:32:05	**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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO

LA DORADA

Servimos con amor

Barrio el Paraíso
La Dorada - San Miguel
Putumayo

hfronterizop@yahoo.es

313-4821413

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



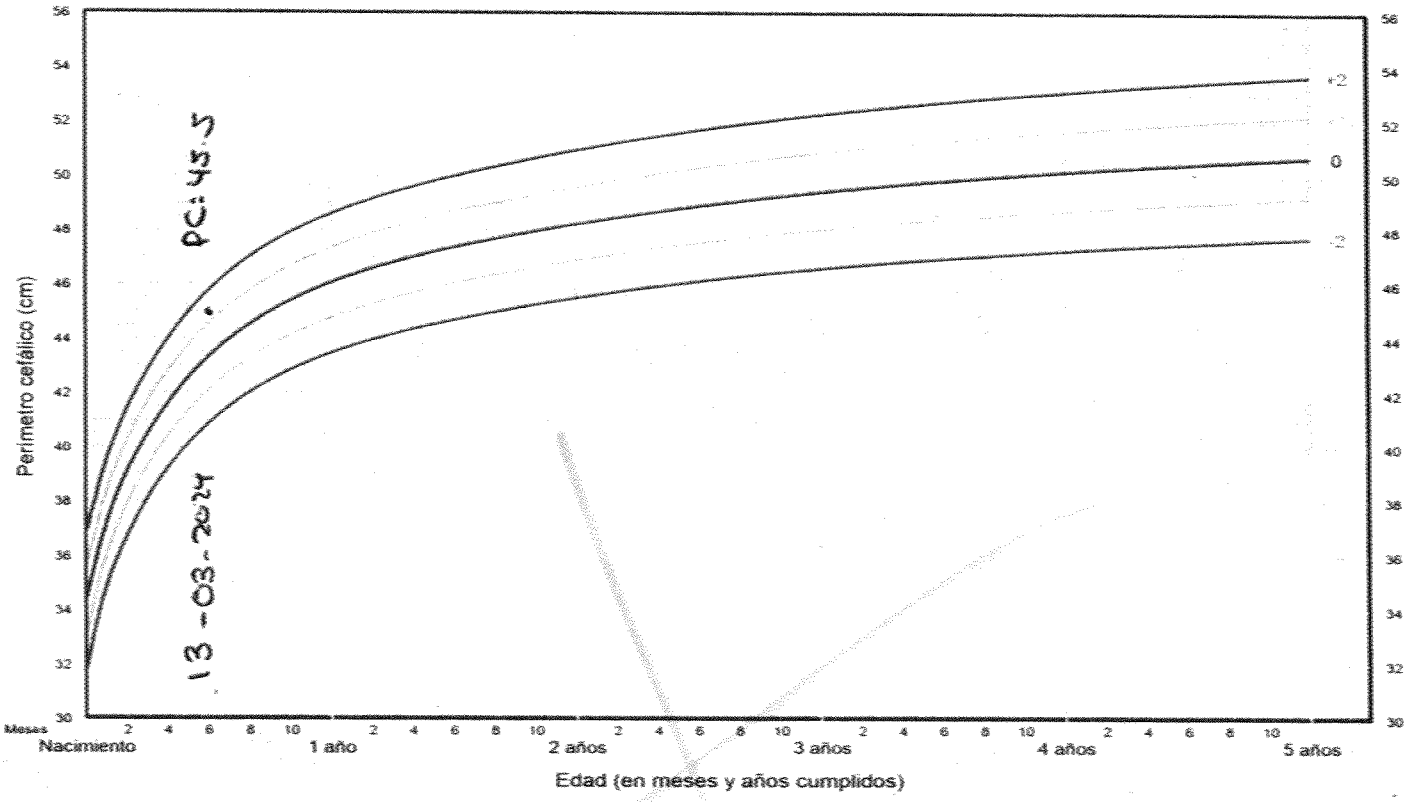
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Dylan Ismael	Apellidos: Valladolid Dorogama
Fecha de nacimiento: 19 | 05 | 2021	Historia Clínica: 1126144105
Barrio/Vereda: Puente Internacional	Responsable del niño: Yeilin yuliana Dorogama
Teléfono: 3125631847	EPS: Mallamas

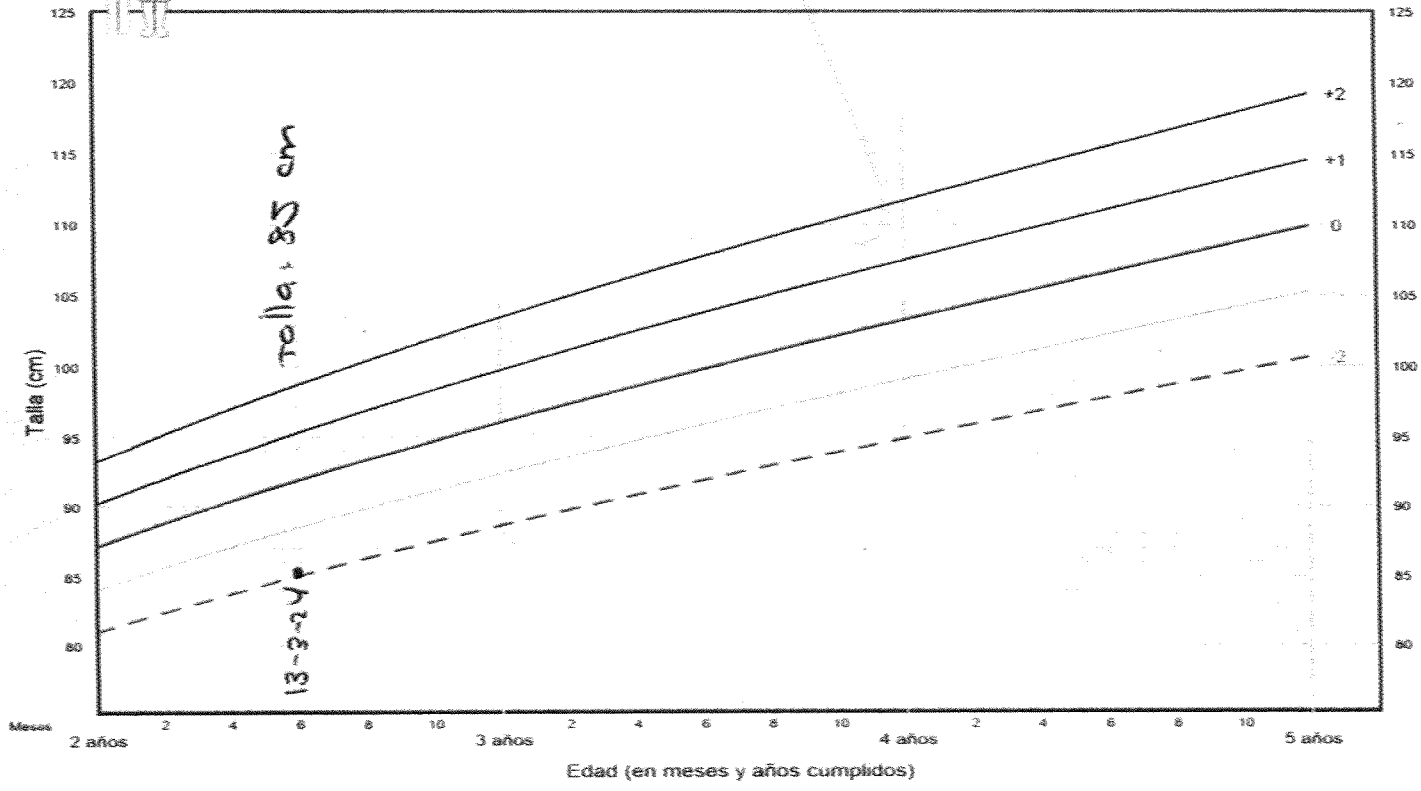
Perímetro Cefálico Niños

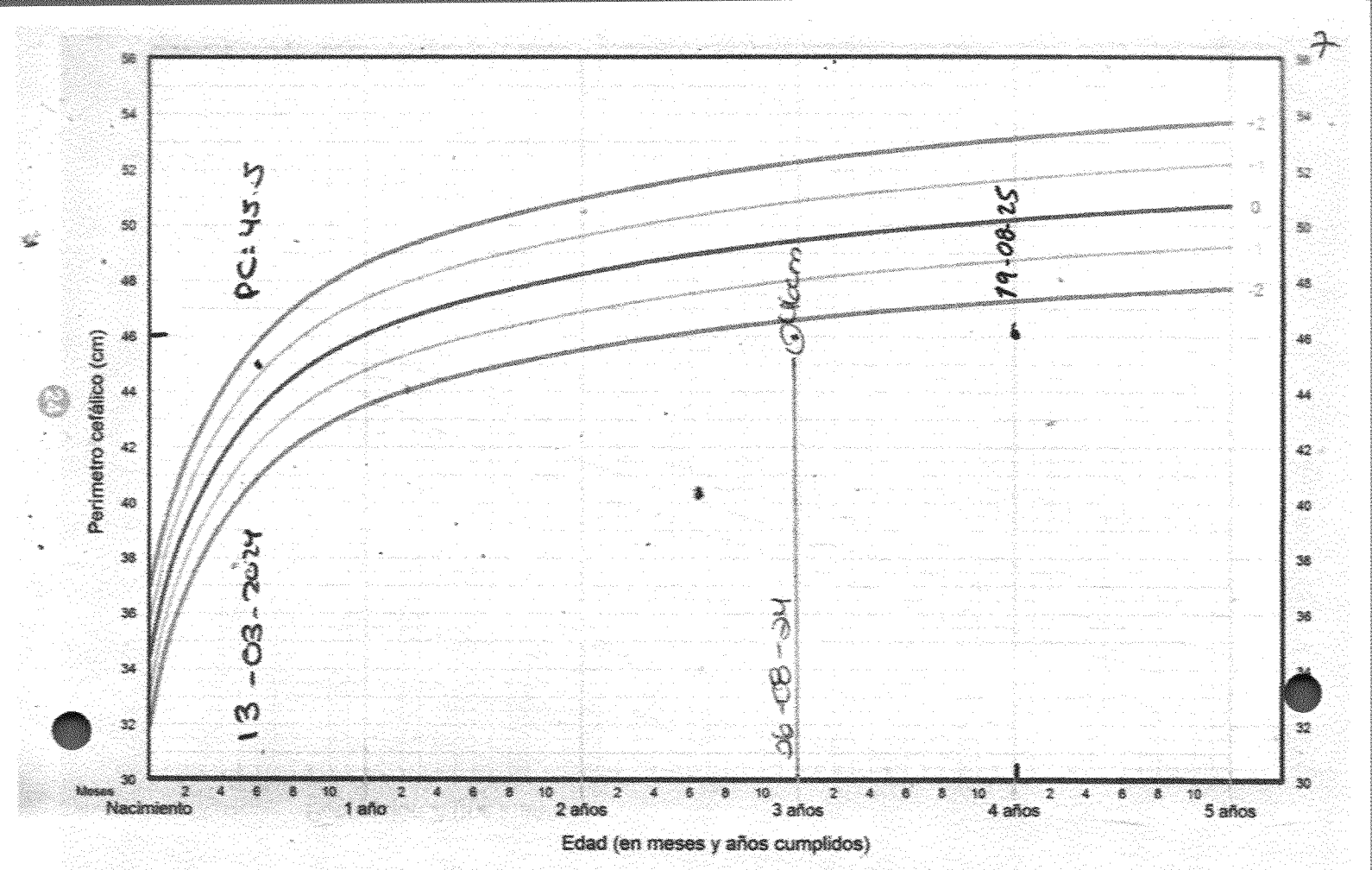
Puntuación Z (0 a 5 años)

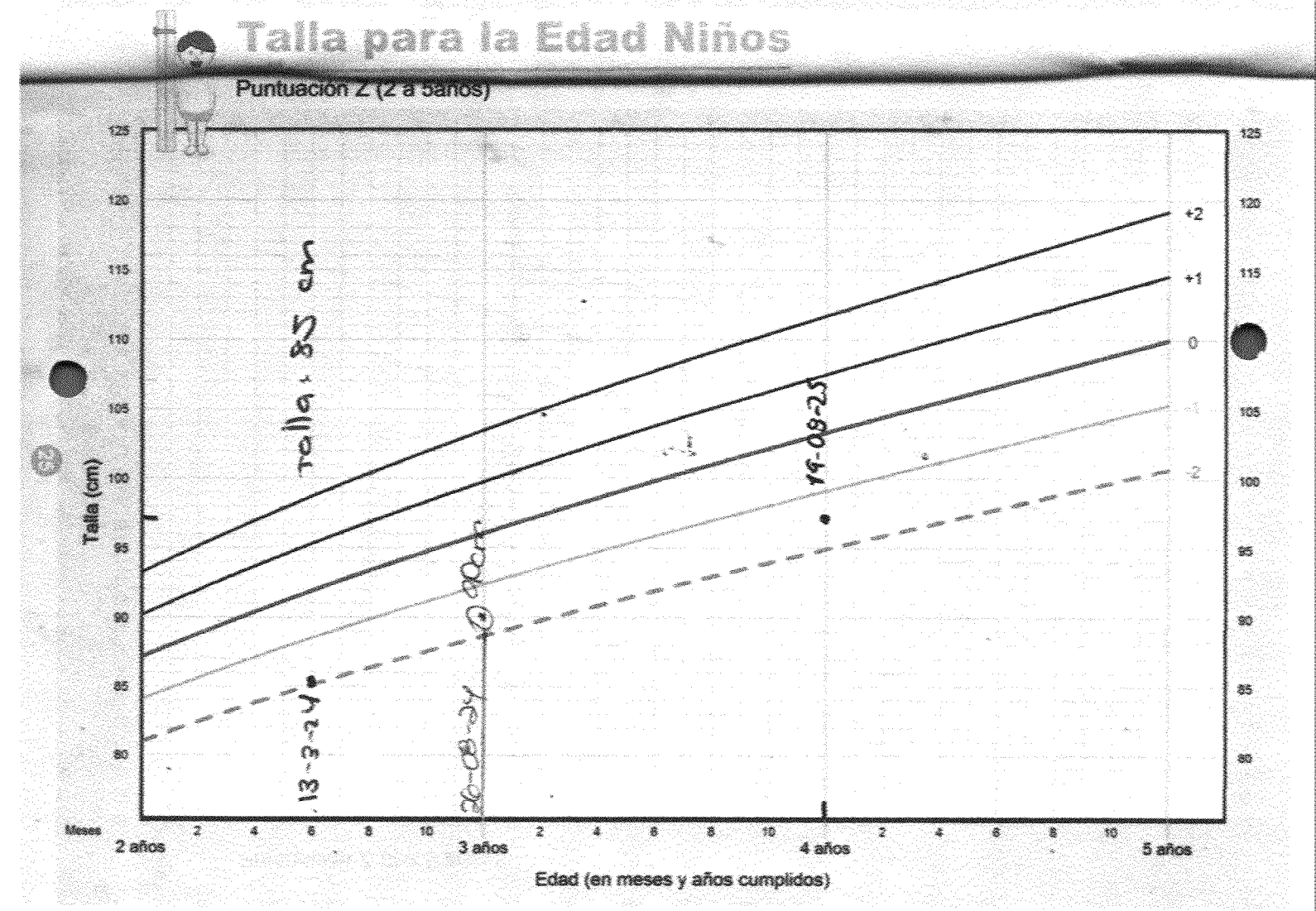


Talla para la Edad Niños

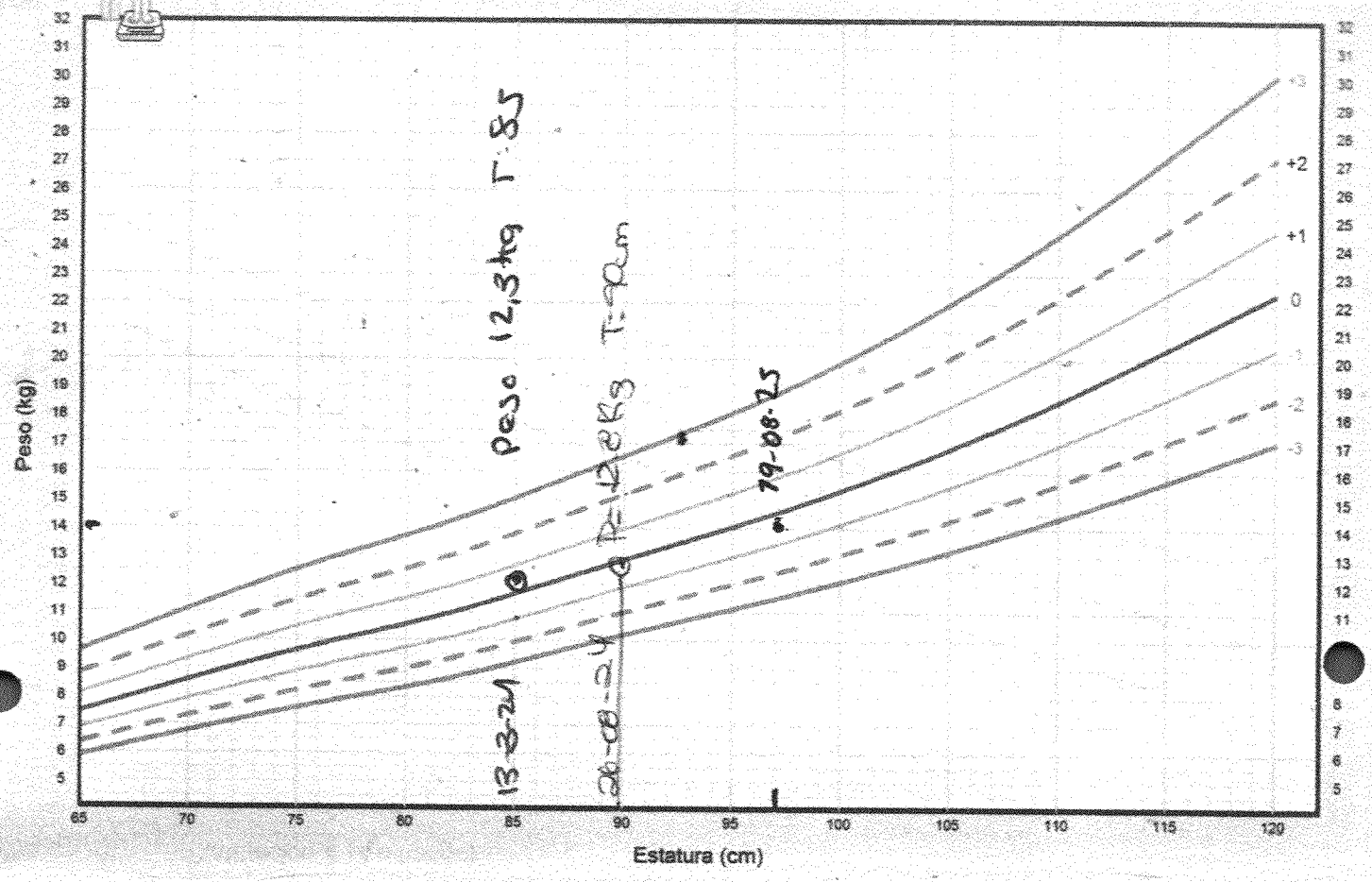
Puntuación Z (2 a 5años)




PC: 45.5
13-03-2024
26-08-24
19-08-25
Perímetro cefálico (cm)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

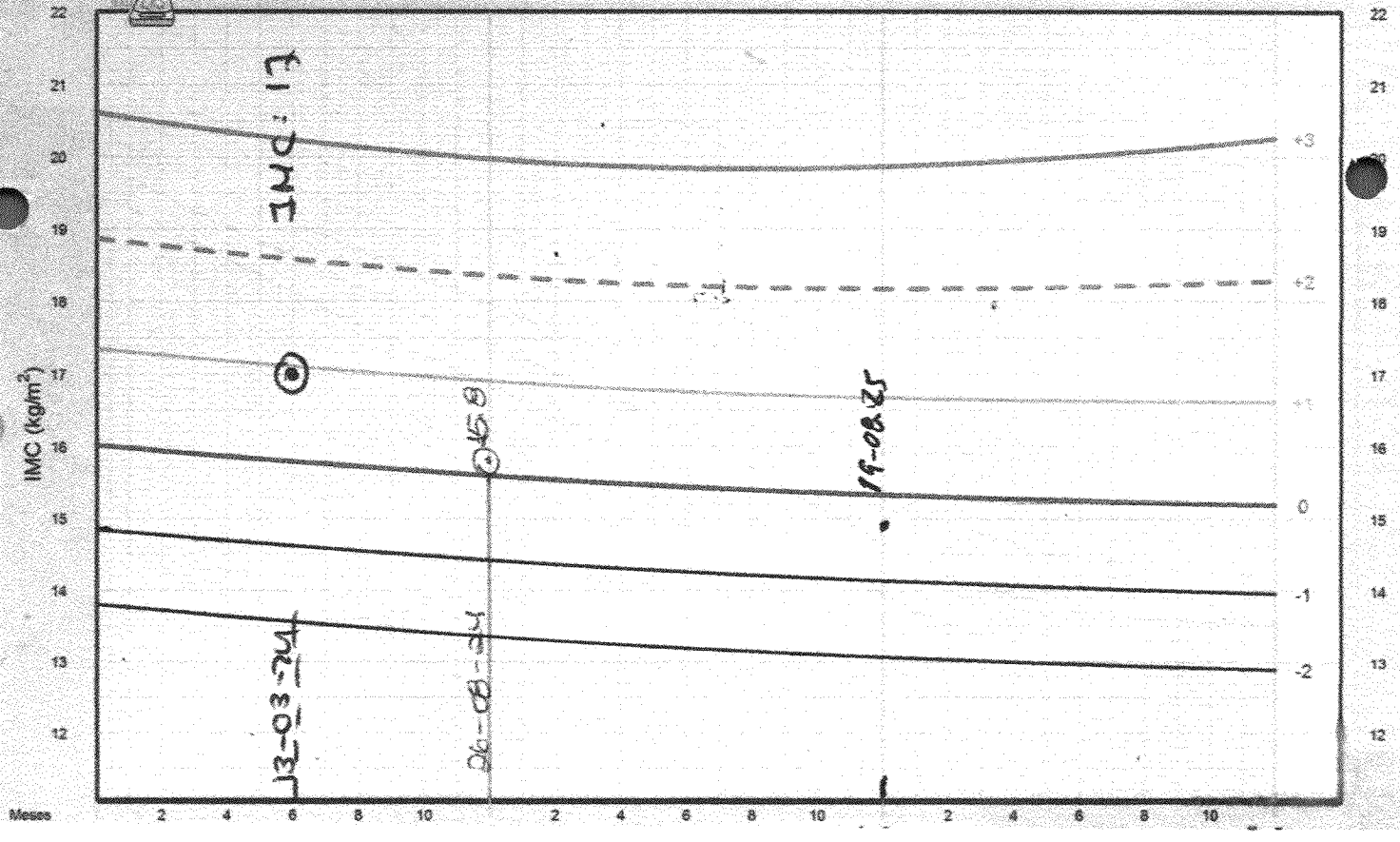

Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5años)
Talla: 85 cm
13-3-24
20-08-24
19-08-25
+2
+1
0
Talla (cm)
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
07	09	2023		✓	
13	03	2024		✓	
19	08	2024	Medico	✓	
19	08	2025			
19	08	2026	Medico		

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
09-09-23	11,5	82	45	15	17,1	13-03-24	Manuel Sobarl
13-03-24	12,3	85	45,5	15	17	19-08-24	Diana Ramos
26-08-24	12.8	90	46	16	15.8	19-08-25	
19-08-25	14	97	46	16	14.9	19-08-26	Victor Baza

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardiopopatía 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			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

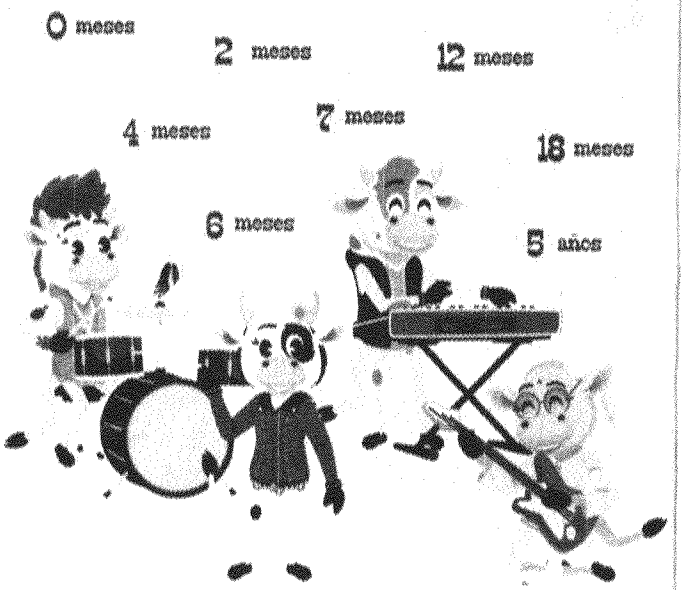
3 años						
4 años						
5 años						

*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 Ismael Valladolid.

Fecha de nacimiento: 19/08/2021

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1126144108.

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: Talla:

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable:

Municipio de residencia: San miguel

Departamento: Putumayo

Busca ya las vacunas ¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: **Tipo identificación:** **No. ID:**

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 Si ☐ No ☐						
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	26	08	2021	UCM. cabas cango		Ecuador				Ecuador
	Hepatitis B	Recién nacido	19	08	2021	Ecuador		Ecuador				Ecuador.
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	21	02	2022	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	19	10	2021	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	19	10	2021	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	19	10	2021	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	Diarrea por rotavirus	1.ª	19	10	2021	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	19	10	2021	Ecuador		Ecuador				Ecuador
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	31	03	2022	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	23	12	2021	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	23	12	2021	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	23	12	2021	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	Diarrea por rotavirus	2.ª	23	12	2021	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	23	12	2021	Ecuador		Ecuador				Ecuador
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	27	05	2022	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	21	02	2022	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	21	02	2022	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	21	02	2022	Ecuador		Ecuador.				Ecuador
	Influenza estacional	1.ª	27	07	2022	Ecuador		Ecuador				Ecuador
7 meses	Influenza estacional	2.ª	29	06	22	Pulmotan 2 9 0 0 9 7 9 0 0		HTN				Jeniffer.
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	29	08	2022	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	21	02	2023	Ecuador		Ecuador				Ecuador.
	Varicela	2.ª	21	11	2022	Ecuador		Ecuador				Ecuador.
	Hepatitis A	Única	21	11	22	Ecuador.		Ecuador				Ecuador.
	Influenza estacional	Anual	6	14	15	- Julio - 2022						
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☒)	1.º refuerzo	23	02	2023	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	23	02	2023	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	Fiebre amarilla	Única	14	08	2022	Ecuador		Ecuador				Ecuador
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	06	03	2023	Ecuador		Ecuador	cita (6) 5 años			Ecuador.
	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												

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.

Nombres y Apellidos: **Tipo identificación:** **No. ID:**

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	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	26	08	2021	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ UCM cabos cango		Ecuador				Ecuador
	Hepatitis B	Recién nacido	19	08	2021	Ecuador		Ecuador				Ecuador.
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	21	02	2022	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ Ecuador		Ecuador				Ecuador
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	19	10	2021	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	19	10	2021	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	19	10	2021	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	Diarrea por rotavirus	1.ª	19	10	2021	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	19	10	2021	Ecuador		Ecuador				Ecuador
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	31	03	2022	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ Ecuador		Ecuador				Ecuador
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	23	12	2021	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	23	12	2021	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	23	12	2021	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	Diarrea por rotavirus	2.ª	23	12	2021	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	23	12	2021	Ecuador		Ecuador				Ecuador
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	23	05	2022	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ Ecuador		Ecuador				Ecuador
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	21	02	2022	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	21	02	2022	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	21	02	2022	Ecuador		Ecuador				Ecuador
7 meses	Influenza estacional	1.ª	27	03	2022	Ecuador		Ecuador				Ecuador
12 meses	Influenza estacional	2.ª	29	06	29	Butantan 2400979100		HTH				Jennifer.
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	24	08	2022	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	21	02	2022	Ecuador		Ecuador				Ecuador.
	Varicela	2.ª	21	11	2022	Ecuador		Ecuador				Ecuador.
	Hepatitis A	Única	21	11	22	Ecuador.		Ecuador				Ecuador.
	Influenza estacional	Anual	02	08	2024	Butantan 2400979100		HTH				Kenya
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☒)	1.º refuerzo	23	02	2023	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	23	02	2023	Ecuador		Ecuador				Ecuador
	Fiebre amarilla	Única	24	08	2022	Ecuador		Ecuador				Ecuador
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	06	03	2023	Ecuador		Ecuador (calcados Sanos)				Ecuador.
	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												

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.

12
12/V

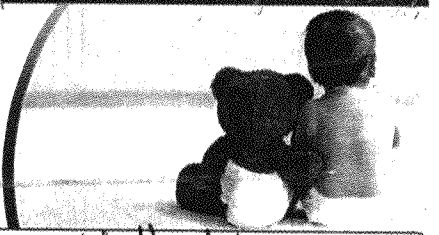
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO
2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor

Nombres y apellidos: Dylan Ismael Valladolid

Doc. de identidad: RC 1126144108 EPS: Nallamas

Teléfono: 3224145529 Domicilio: V/ Dos peña

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud bucal por odontología											04-10-24		
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna											04-04-25		
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor									07-09-23 07-Marzo-24		X		
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana									12-Marzo-24 13 Sept 2024				
		Aplicación de sellantes (según criterio)											X X		
	V	Vacunación											23-04-2025 23-10-2025		

Liliana Maribel Cordoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 2011

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraiso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Dylan Ismael Valbuena Obregoma
Doc. de Identidad: 1126144708
EPS: Mallamas
Teléfono:
Domicilio: Puente Internacional

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)													
			5 DIAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería												14-8-2025	
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor											23-4-2024		
		Profilaxis y remoción de placa											23-10-2025		
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación Agudeza visual 20/20 normal 19-8-2025													

14

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

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-COV-2 / COVID-19

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos — Minsalud

CIUDAD San miguel FECHA: DÍA 1 MES 05 AÑO 2025 HORA: 11:09 am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Dylan Ismael APELLIDOS valladolid zuñiga.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1126144108.

FECHA DE NACIMIENTO DIA: 19 MES: 08 AÑO: 2021 / EDAD: 4 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)

No acepta por 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 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: Daniel Valladolid.

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

Nombres Daniel Adrian Apellidos Valladolid Requeme.

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☒ Número 1100480879.

Firma: Daniel Valladolid.

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: Jenifferi Yuleth Cabezas Meneses

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): UFCD.

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.

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
DOVIGAMA NASEQUIA

NUIP 1.123.320.916

Nombres
YEILI YULIANA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.55

Sexo
F

Fecha de nacimiento
21 SEPT 2004

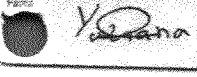
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
ORITO (PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición
10 OCT 2022, SAN MIGUEL(LA DORADA)

Fecha de expiración
10 OCT 2032

Firma

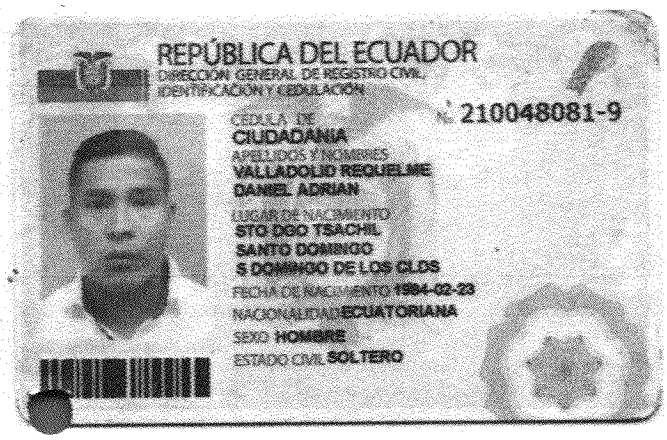


.co

007970098

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL007970098664018<<<<<<<<<<
0409212F3210101COL1123320916<9
DOVIGAMA<NASEQUIA<<YEILI<YULIA



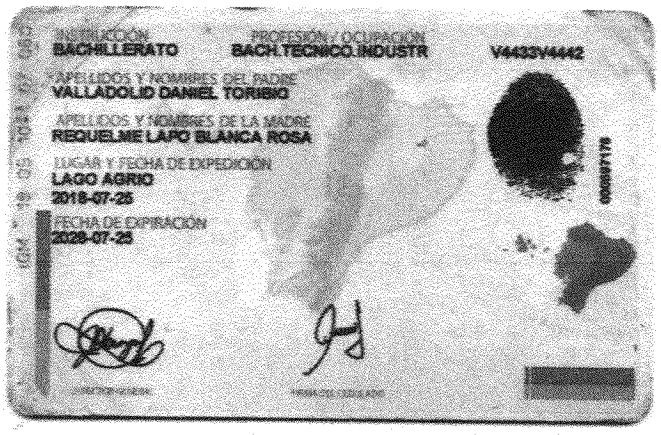
REPÚBLICA DEL ECUADOR
DIRECCION GENERAL DE REGISTRO CIVIL,
IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN

CÉDULA DE CIUDADANIA
N. 210048081-9

APELLIDOS Y NOMBRES
VALLADOLID REQUELME
DANIEL ADRIAN

LUGAR DE NACIMIENTO
STO DGO TSACHIL
SANTO DOMINGO
S DOMINGO DE LOS COLS

FECHA DE NACIMIENTO 1994-02-23
NACIONALIDAD ECUATORIANA
SEXO HOMBRE
ESTADO CIVIL SOLTERO



INSTRUCCIÓN
BACHILLERATO

PROFESIÓN / OCUPACIÓN
BACH.TECNICO.INDUSTR

V4423V4442

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
VALLADOLID DANIEL TORIBIO

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
REQUELME LAPO BLANCA ROSA

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN
LAGO AGRIO
2018-07-25

FECHA DE EXPIRACIÓN
2028-07-25

0000871179

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Yeili Yuliana valladolid Identificado con C.C N° 2100480819 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Dylan Ismael valladolid o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: mis grandes soñadores 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 04 del Año 2025.

Yuliana

Madre o Acudiente
C.C 1123320916

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 DYLAN ISMAEL VALLADOLID DOUGAMA, identificado (a) con documento de identidad número 1126144108, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios		Videos		Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, _____, quien suscribe el presente documento, 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	

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 oro, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa ETC

Suscriben:

Firma: Yohana Dolyama
Nombre: Yohana Dolyama
Calidad - Titular: _____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 096 1127103
Fecha: 02/abril/2025
Municipio: San Miguel

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Maiquelin Moira NOMBRE UCA: Mis grandes soñadores.

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Dylan Ismael Valladolid IDENTIFICACIO: 1126144108 FECHA DE NACIMIENTO: 19/agosto/2021

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					
06/05 2025	X				El niño Dylan Valladolid tiene documentos sin actualizar control y desarrollo odontologica las vacunas estan para cumplir los 5 años.	Juliana Dovigama	La madre se acerco a la gente para preguntar que tanto hace Falta de documentacion.			la madre quedo en un compromiso de traer el dia 13-05-2025 los documentos que hacen Falta.
13-05 2025	X					Juliana Dovigama.		la madre cumplio con los compromisos y se cierra novedad.		

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Maiquey Mora NOMBRE UCA: Mis grandes soñadores.

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Dilan y mael IDENTIFICACIO: 1176144108. FECHA DE NACIMIENTO: 19/agosto/2021

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					
9/07/2021			10:00		El participante Dylan Valladolid no cuenta con control y desarrollo	Yeili Dougama		• La agente le informa a la madre que le hace falta control y desarrollo a su participante Dylan • Se cierra novedad el dia 23/07/2021	•	• La madre se compromete llevar papeles de control y desarrollo en el proximo encuentro

de cero a Siempre

20 24

Ciudad San miguel la dorada

Nombre completo de la niña o niño Dylan Ismael Valladolid Daugama

Fecha de nacimiento 19 08 2021 **N° Documento de Identidad** 1126144108

Sexo Masculino ◉ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 2 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Marquey Fernanda Mora

Fecha de registro cualitativo 3 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

Dylan se encuentra en perfil esperado ya que realiza los items y acciones fundamentales con cade a su edad Dylan le gusta mucho dibujar participar en actividades.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Marquey Mora

Fecha de registro cualitativo 06 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

Dylan se encuentra en perfil esperado ya que cumple los items y realiza las acciones fundamentales con cade a su edad.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

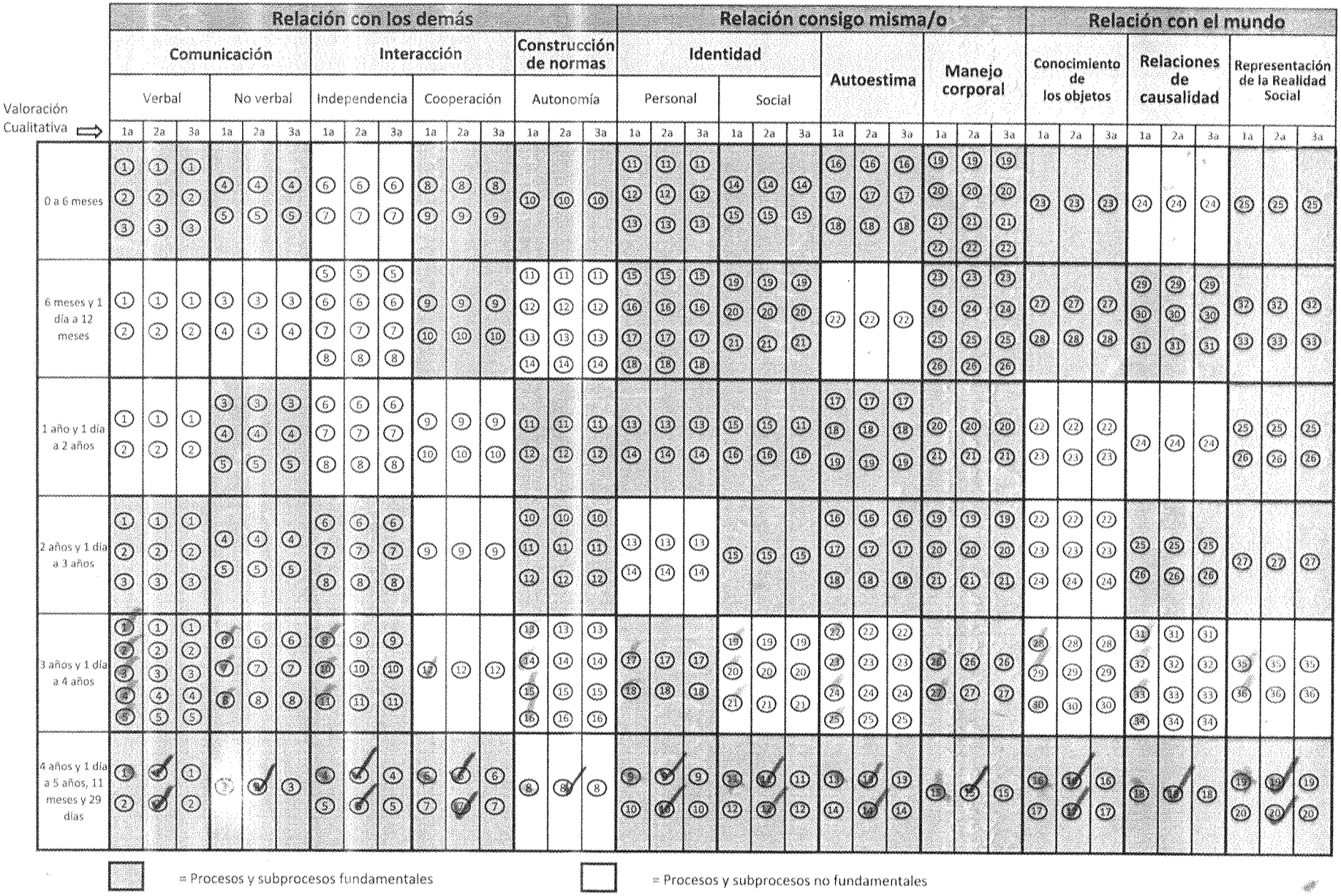
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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