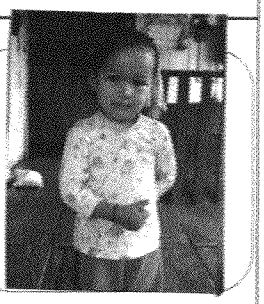
# LISTA DE CHEQUEO
# DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

| 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)<br>___SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7)<br>___Pertenecientes a Res UNIDOS<br>___Pertenecientes a Familias en Acción<br>___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición<br>___Remitidos por SNBF<br>___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado)<br>___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.)<br>___Niños y niñas con discapacidad.<br>___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión.<br>___Población migrante en condición de vulnerabilidad.<br>___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:** 01/04/2025

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

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:**
Fenyuer Ospina Ramirez

**TIENE REGISTRO CIVIL:** SI X NO __ **NUIP No.** 1.122.344.194

**¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL?** N/A

**FECHA NACIMIENTO:** 16/Feb/2023 **EDAD:** 2 años **MUNICIPIO:** Pasto

**DEPARTAMENTO:** Nariño **PAIS:** Colombia **DIRECCION DE RESIDENCIA:** V/Puente Internacional **ESTRATO:** N/A **¿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:** 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: B7 **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:** Martin Emilio Ospina Ospina
**No. IDENTIFICACION:** 71.450.444 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/Puente I.
**CELULAR:** 313 497 0478 **E.P.S:** Emssanar
**OCUPACION U OFICIO:** Agricultor
**EMPRESA DONDE LABORA:** N/A
**NIVEL DE ESCOLARIDAD:** Bachiller. **PROFESIÓN:** N/A

**DATOS DE LA MADRE**

**NOMBRES Y APELLIDOS:** Angie Paola Ramirez Carrillo
**No. IDENTIFICACION:** 1.006.315.509 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/Puente I
**CELULAR:** 313 497 0478 **E.P.S:** Mallamas
**OCUPACION U OFICIO:** Ama de Casa
**EMPRESA DONDE LABORA:** N/A
**NIVEL DE ESCOLARIDAD:** Ninguna **PROFESIÓN:** N/A

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE:** Martin Emilio Ospina Ospina
**NUMERO IDENTIFICACION:** 71.450.444 **CELULAR:** ____
**DIRECCION:** V/Puente Internacional **PARENTESCO:** Padre

Martin Ospina
**FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

Dayana Ramirez
**FIRMA AGENTE EDUCATIVO**

NUIP 1.122.344.194

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63693460

*6369346*

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 6 Z

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| OSPINA | RAMIREZ |

Nombre(s): FENYVER

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2023 Mes FEB Día 16 | FEMENINO | B | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA NARIÑO PASTO

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 230262210340286 |

**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: RAMIREZ CARRILLO ANGIE PAOLA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.006.515.509 | COLOMBIA |

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

Apellidos y nombres completos: OSPINA OSPINA MARTIN EMILIO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 71.450.444 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ CARRILLO ANGIE PAOLA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 1.006.515.509 | Angie Paola |

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos:

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número): Firma

| Fecha de Inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2023 Mes MAR Día 02 | ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST<br>Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Martin OSPINA<br>Firma | Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

~~02.MAR.2023 - LIBRO DE VARIOS - NO. 001.~~

dispapeles 60395

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Adhesivo Copia Registro Civil 36588661-8

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA ORGANIZACIÓN ELECTORAL

**San Miguel (La Dorada) - Putumayo, 03 de julio de 2024**

**VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES.**

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

**Fecha de consulta:** 22/07/2025

**Ficha:** 86757025480800000071

# B7

## GRUPO SISBÉN IV

**Pobreza moderada**

DATOS PERSONALES

**Nombres:** FENYVER

**Apellidos:** OSPINA RAMIREZ

**Tipo de documento:** Registro civil

**Número de documento:** 1122344194

**Municipio:** San Miguel

**Departamento:** Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 17/11/2017

**Última actualización ciudadano:** 16/03/2023

**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 | No pobre ni vulnerable |

"La información de su encuesta debe ser revisada por inconsistencias presentadas en los procedimientos atribuibles a la recolección de información. La oficina Sisben debe realizar en un plazo no mayor a 12 meses, un proceso para dar solución a este hallazgo. En caso de que la oficina no realice este proceso en el plazo mencionado, se realizará un bloqueo preventivo de su encuesta. Si requiere mayor información por favor comunicarse con la oficina Sisbén de su municipio"

## 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 | 1122344194 |
| NOMBRES | FENYVER |
| APELLIDOS | OSPINA RAMIREZ |
| 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 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI | SUBSIDIADO | 16/02/2023 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| **Fecha de Impresión:** | 09/30/2025 10:31:24 | **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.



E.P.S. INDIGENA
MALLAMAS

"La Oportunidad Sana para una Comunidad con Futuro"

OSPINA RAMIREZ FENYVER
Nombres y Apellidos Completos
Doc. Identificación: RC 1122344194 Género: F
Fecha Nacimiento: 16/02/2023 Nivel Sisben:
Fecha Afiliación: 16/02/2023 Discapacidad: NA - N
Vigencia: INDEFINIDO | Carnet N°: 8676799908370894
Dirección: CORREGIMIENTO SAN MIGUEL PUTUMAYO
Ips Primaria: ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - PRINCIPAL



ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD INDIGENA "MALLAMAS EPS-I"
Personería Jurídica No. 0017 de 2001 del Ministerio del Interior - DGAI

POR SER INDIGENA EL PORTADOR DE ESTE CARNÉ
NO DEBERÁ PAGAR COPAGOS NI CUOTAS MODERADORAS

Es indispensable la presentación de este carné para acceder a los servicios contemplados en el POS-S
Valido únicamente en la Red Prestadora de Servicios contratada por MALLAMAS EPS-I

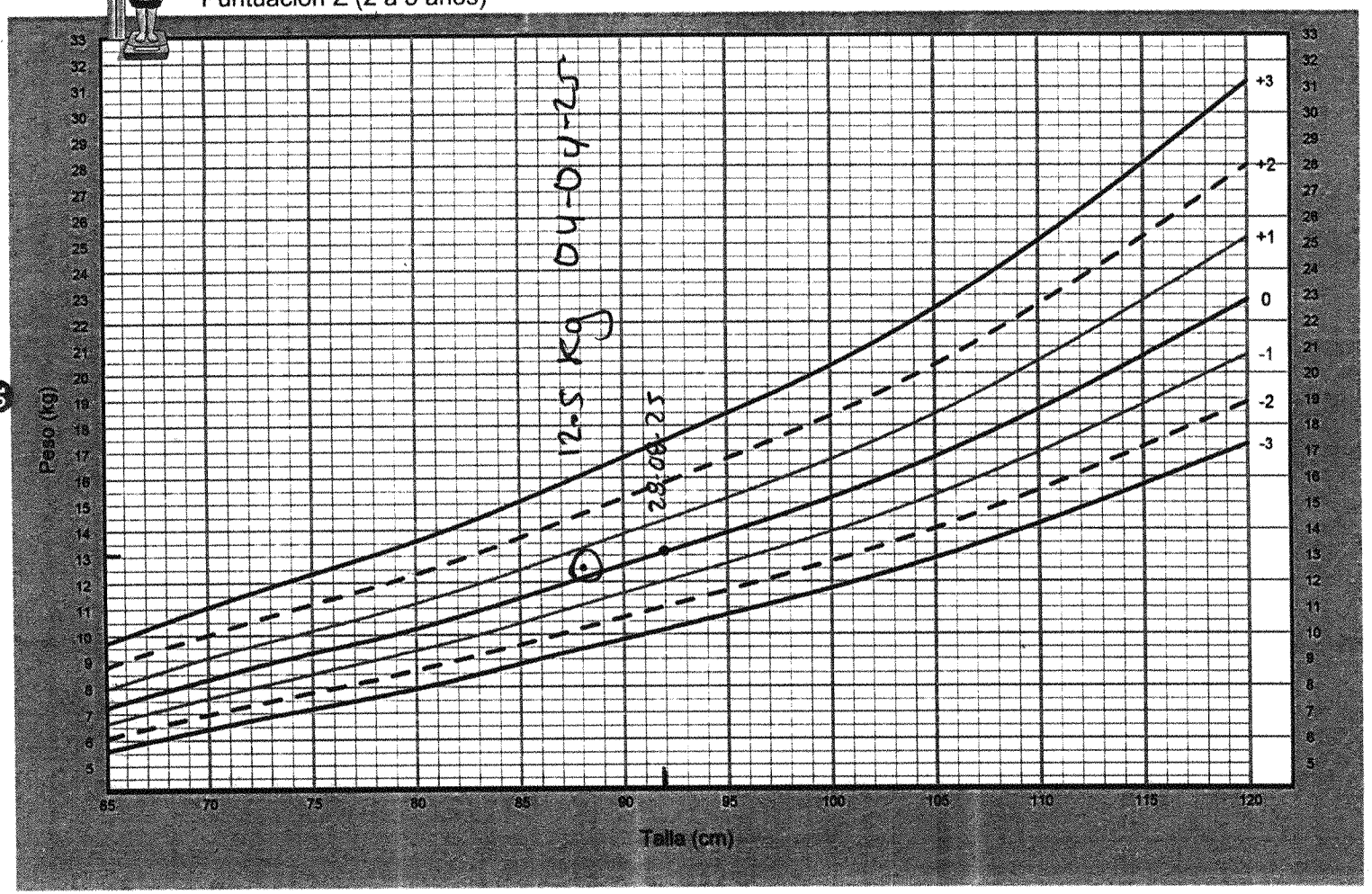
GERENTE MALLAMAS EPS-I

LÍNEA GRATUITA NACIONAL 018000 918701 - 7300 Y EN PASTO



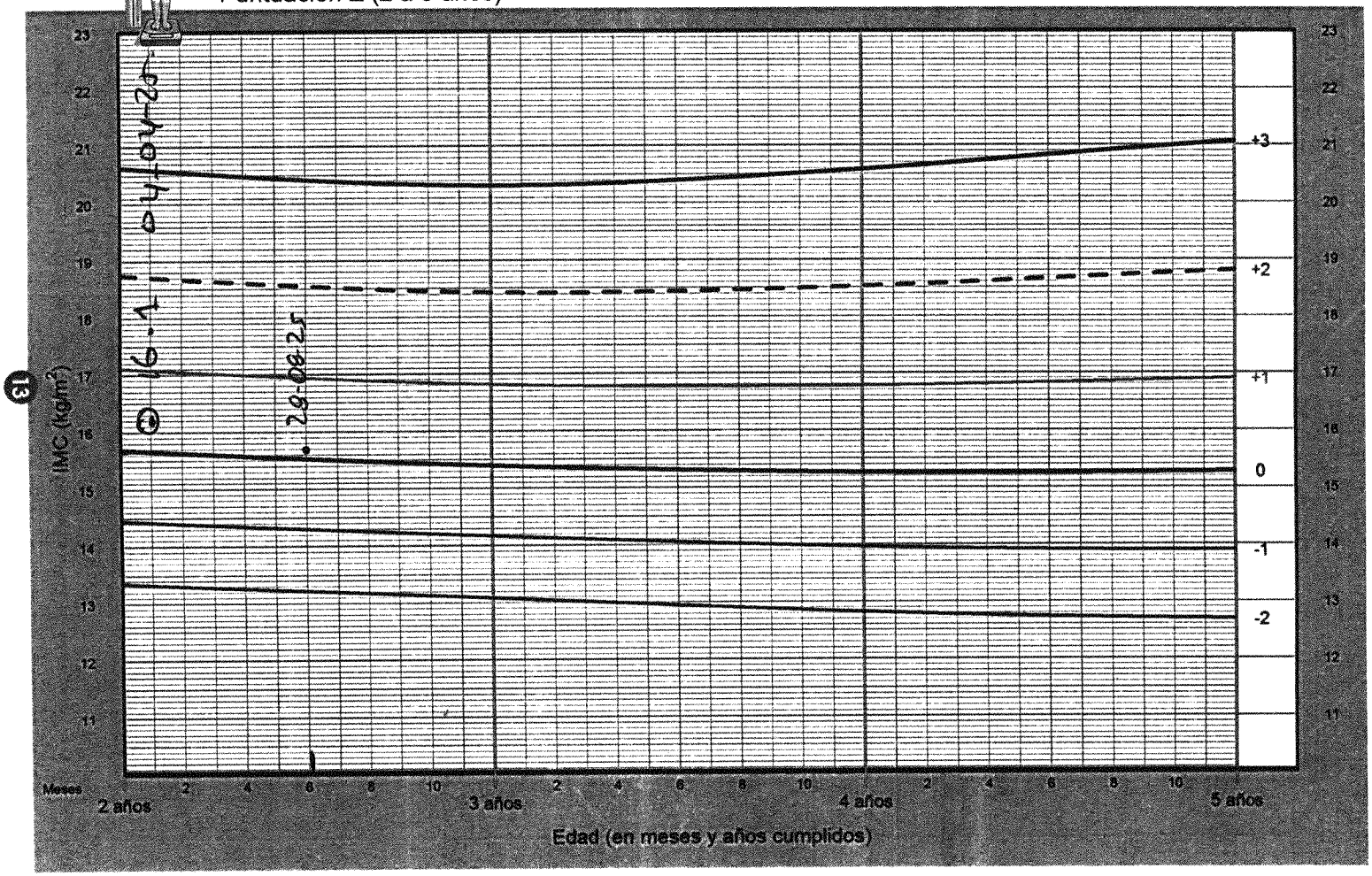
# Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



# IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



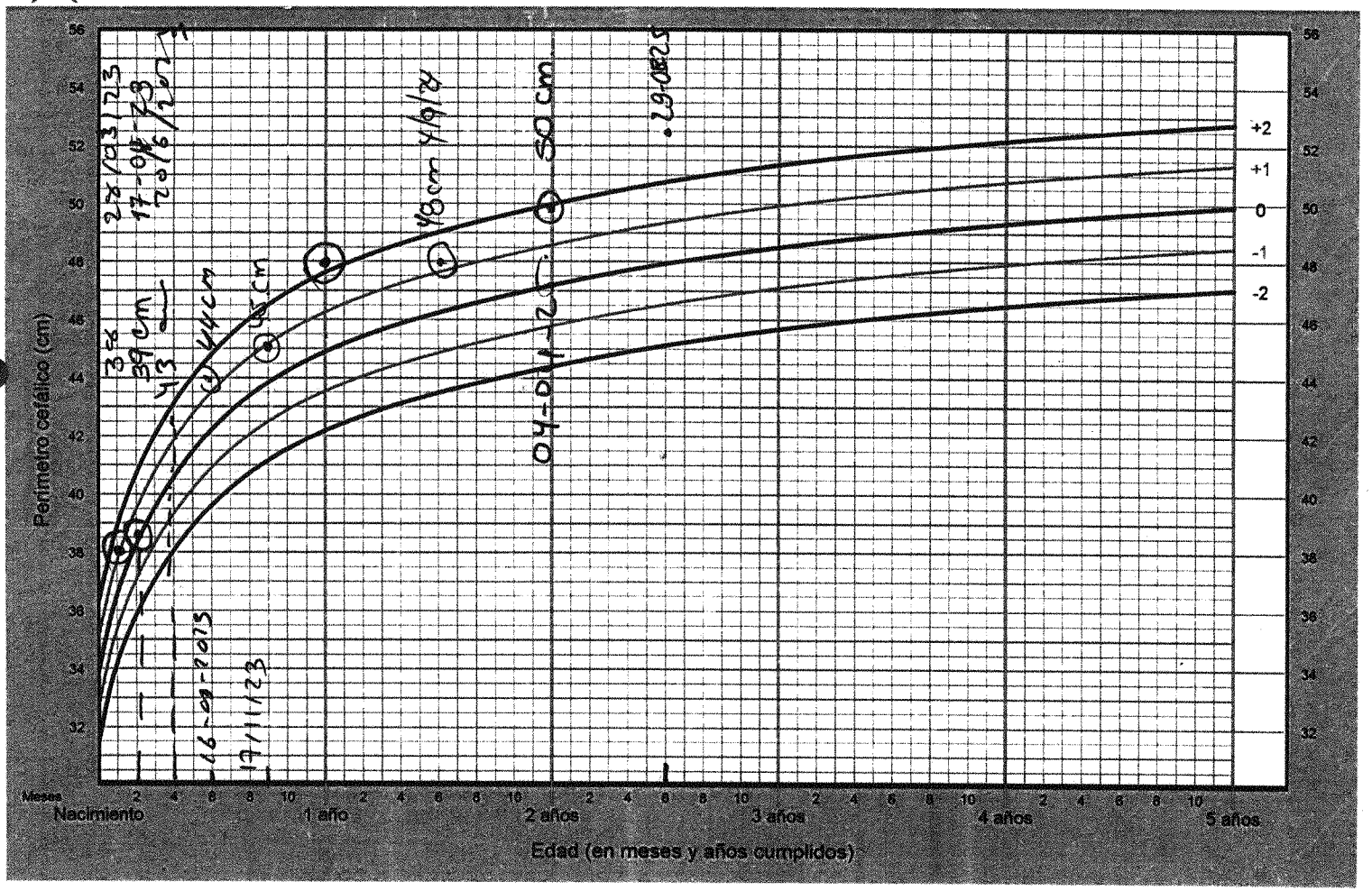

13

@ 16.4 a 4 años-25

• 29-08-25

# Perímetro Cefálico Niñas

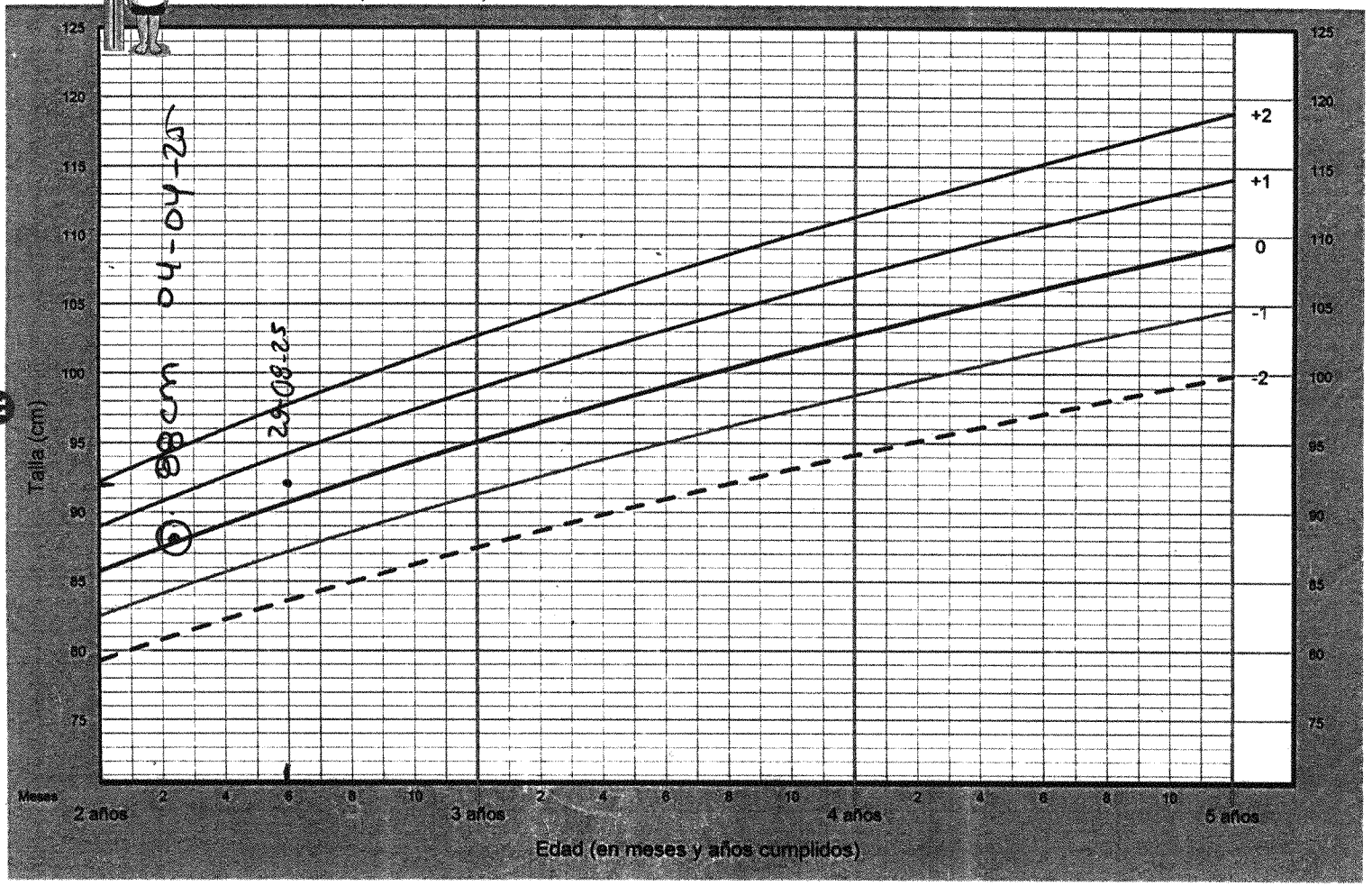
Puntuación Z (0 a 5 años)





# Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



| Fecha de atención | Peso | Talla | Perímetro cefálico | Perímetro braquial | IMC | Fecha del próximo control | Firma del |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 28/08/23 | 4,1 | 55 | 38 | 13 | 14 | 16/04/23 | Dra. Mayra Cabrera Médico General R.M. 67027189-Univalle |
| 17-04-23 | 5.2 | 57 | 39 | 14 | 16,0 | 19-06-23 | |
| 20/06/2023 | 7,1 | 63 | 43 | 17 | 17,9 | 16/08/2023 | |
| 17/11/23 | 9.3 | 70 | 45 | 15 | 19.1 | 16/02/24 | |
| 19/02/24 | 9,8 | 75 | 48 | 16 | 17,4 | 16/JUL/24 | Dra. Mayra Cabrera Médico General R.M. 67027189-Univalle |
| 04/09/24 | 11.4 | 80 | 48 | 14,5 | 17,8 | 16/02/2025 | Milena C |
| 04/04/25 | 12.5 | 88 | 50 | 16.5 | 16,1 | 16/08/25 | |
| 28-08-25 | 13.3 | 92 | 51 | 16 | 15.7 | 16/02/26 | Victor Baza |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

# CARNÉ DE VACUNACIÓN

| | VACUNAS | FECHA | LOTE NUMERO | LABORATORIO | I.P.S. | PRÓXIMA CITA | VACUNADOR | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| R.N. | HEPATITIS B | 16/02/23 | 0 32G0170 | SERUM | HOON | | | Deisy Flores |
| | BCG | 16/02/23 | 0371 H A03 | I SERUM | HOON | | | Deisy Flores |
| 2 MESES | DIFTERIA TETANOS TOS FERINA | 16 ABRIL M. | 285X040C | | | cita 17 JUNIO 2023 | Jennifer Cabezas Enfermera 3007728227 | |
| | HEPATITIS B | 16 ABRIL M. | 285X040C | Serum | | | | |
| | H. INFLUENZA B | 16 ABRIL M. | 285X040C | Serum | | | | |
| | POLIO | 16 ABRIL M. | 2206012 | Biologicals | HFLD | | | |
| | ROTAVIRUS | 16 ABRIL M. | AR01209AAD | 65K | | | | |
| | NEUMOCOCO | 16 ABRIL M. | FK4X50 | PFIZER | | | | |
| 4 MESES | DIFTERIA TETANOS TOS FERINA | JUNIO | 285X040C. | Serum | | | | |
| | HEPATITIS B | JUNIO | 285X040C. | Serum | | | | |
| | H. INFLUENZA B | JUNIO | 285X040C. | Serum | | | | |
| | POLIO | JUNIO | 2238016A | BIOLOGICALS | | HFLD | | KAREN A. |
| | ROTAVIRUS | JUNIO | AR01209AAA | 65K | | | | |
| | NEUMOCOCO | JUNIO | AX8558 9 | 65K | | | CITA: | |
| 6 MESES | DIFTERIA TETANOS TOS FERINA | | | | | | 20-AGOSTO 2023 | |
| | HEPATITIS B | 20-09-23 | Serum | 285IX040C | | | HFLD | Jennifer Cabezas. |
| | H. INFLUENZA B | 20-09-23 | Serum | 285IX040C | | | HFLD | |
| | POLIO | 20-09-23. | Serum | 285IX040C | | | HFLD | |
| | | 20-09-23. | Biologicals | 2205016A | | | HFLD. | |
| 6 A 23 MESES | INFLUENZA ESTACIONAL 1 DOSIS | 20-08-23 | Green | V5052300 1 | | | HFLD | Jenifer C. |
| | INFLUENZA ESTACIONAL 2 DOSIS | 07/05/24 | Butantan | 2400797 00 | | | HFLD | Eduard B |
| | INFLUENZA ESTACIONAL REF. | 12 | 06-24 | Butantan | 2400979 00 | | HFLD | cita 07 junio 124 Jenifer. |
| 12 MESES | SARAMPION RUBEOLA PARODITIS | 19/02/24 | 0132N048B | Serum | HFLD | | Jeniffer Cabezas | |
| | VARICELA | 19-02-24 | X006537 | Merck | HFLD | | | |
| | NEUMOCOCO | 19-02-24 | FU9925 | Pfizer | HFLD | | | |
| | HEPATITIS A | 19-02-24 | 400277316 | GSD | HFLD | | | |
| 18 MESES | DIFTERIA TETANOS TOS FERINA | 04 09 2024. | 285X011D | Serum. | HFLD | | Jeniffer Cabezas | |
| | POLIO | 04 09 2024 | 2239003. | Biologicals | HFLD | | Jeniffer Cabezas | |
| | FIEBRE AMARILLA | 19-02-24 | W3E221N | Sanofi | HFLD | | Jeniffer Cabezas | |
| 5 AÑOS | DIFTERIA TETANOS TOS FERINA | | | | | | | Esquema completo |
| | POLIO | | | | | | | |
| | SARAMPION RUBEOLA | 04 09 2024. | 0132N074A | Serum. | HFLD | | Jeniffer Cabezas | |

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

**JINA A. BELALCAZAR FLOREZ**
Gerente

*Servimos con amor*

**CARNET RIAS** **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

*Servimos con amor*



Nombres y apellidos: Fenyfer Ospina Ramirez

Doc. de identidad: 1122344194 EPS: Mallamas

Teléfono: 3134970478 Domicilio: San luiz de la frontera

| | | PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS | FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) Ó AÑOS (A) | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 8 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 | | | | | 28-10-22 | | | | | | | | |
| | | Atención en salud bucal por odontología | | | | | | | | | | | | | |
| | | Promoción y apoyo de la lactancia materna | | | | | | | | | | | | | |
| PROTECCIÓN ESPECÍFICA | ODONTOLOGÍA | Aplicación de barniz de fluor | | | | | | 17-02-2021 | 19-Agosto-24 | | 28-09-25 | 22-02-2026 | | | |
| | | Profilaxis y remoción de placa bacteriana | | | | | | | | | | | | | |
| | | Aplicación de sellantes (según criterio) | | | | | | | | | | | | | |
| | V | Vacunación | | | | | | | | | | | | | |

Liliana Andrade
ODONTÓLOGA
R.C. 1.086.361.390

Liliana Maribel Cordoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 2011

14
E/V

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 | Minsalud

CIUDAD San miguel FECHA: DÍA 1 MES 05 AÑO 2023 HORA: 10:30 am

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:**

NOMBRES Fenyuer APELLIDOS Ospina Ramirez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122 344 194

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 16 MES: 02 AÑO: 2023 / EDAD: 2. años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE

**INFORMACIÓN PREVIA.** La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

**DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA** (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

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<br>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: Yarlin Ospina

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

Nombres MARTIN EMILIO Apellidos OSPINA OSPINA

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1006515309

Firma: Yarlin Ospina.

**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 _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador: Jeniffer Yulieth Cabezas Meneses

Firma Jeniffer Cabezas Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126146069

**DATOS DE LA INSTITUCIÓN**

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): AFFD

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

NUIP 1.006.515.509

Apellidos
RAMIREZ CARRILLO

Nombres
ANGIE PAOLA

Nacionalidad
COL.

Estatura
1.50

Sexo
F

Fecha de nacimiento
23 DIC 1996

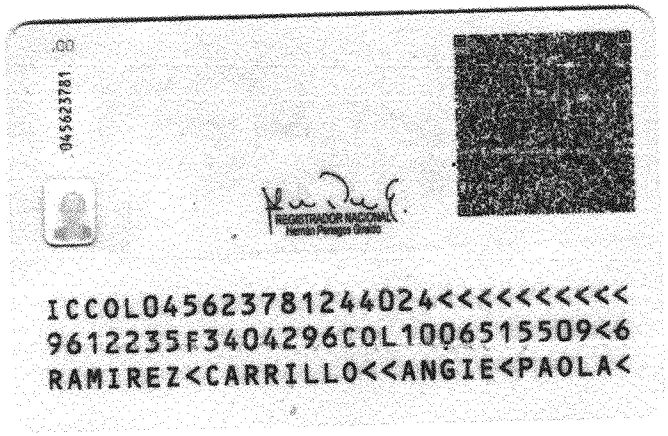
G.S.
A+

Lugar de nacimiento
FLORENCIA (CAQUETA)

Fecha y lugar de expedición
11 MAYO 2015, SOLITA

Firma
Angie Paola

Fecha de expiración
29 ABR 2034



CO

045623781

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL045623781244D24<<<<<<<<<<<
9612235F3404296COL1006515509<6
RAMIREZ<CARRILLO<<ANGIE<PAOLA<



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 71.450.444

Apellidos
OSPINA OSPINA

Nombres
MARTIN EMILIO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.75

Sexo
M

Fecha de nacimiento
12 MAR 1964

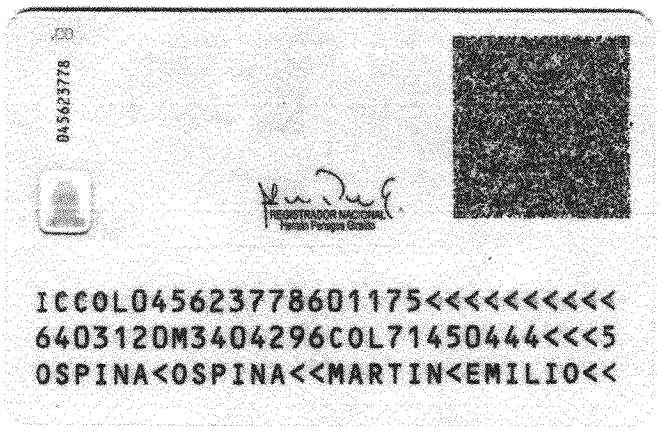
G.S.
B+

Lugar de nacimiento
MEDELLIN (ANTIOQUIA)

Fecha y lugar de expedición
25 ABR 1983, MACEO

Firma
Martin ospina

Fecha de expiración
29 ABR 2034



0456237778

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0456237786O1175<<<<<<<<<<
6403120M3404296COL71450444<<<5
OSPINA<OSPINA<<MARTIN<EMILIO<<

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Anyi paola Ramirez Identificado con C.C N° 1006515509 en calidad de: padre o madre ( X ), del niño o niña: Feriyuer espina Ramirez 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.

Anyi Paola Ramirez Carrillo
**Madre o Acudiente**
C.C 1006515509

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>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 JENNIFER OSPINA RAMIREZ, identificado (a) con documento de identidad número 1122649194, 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 cuba, 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: Angie Paola Ramirez
Nombre: Angie paola ramirez
Calidad - Titular: _____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 313 497 0478
Fecha: 02/ abril/2025
Municipio: San Miguel

79
R/V

# REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Maiquelin Moia NOMBRE UCA: mis grandes soñadores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Fenyua ospina IDENTIFICACIO: 1122344194 FECHA DE NACIMIENTO: 16 - Feb / 2023

| 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 2023 | X | | | | la usuaria Fenyuer ospina le hace falta la actualizacion de odontologia. | angie ospina | | la madre le informa a la agente que la niña tiene cita programada. | | la madre se compromete a llevar la niña a la cita programada. |
| 8-05 2023 | X | | | | La usuaria Fenyuer ospina le hace falta la actualizacion de higiene oral y vacunas. | angie ospina | | se le informa nuevamente a la madre que firmo el compromiso de entregar la actualizacion de vacunas y cumplio con la cita Programada | por medio de llamada se Tiene en cuenta recordar a la madre de llevar la documentacion para el siguiente encuentro | la madre se compromete llevar la documentacion completa del la niña. para el dia 11 de Junio 2023. |

# REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

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

| DEL TE | 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 | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

20 R/L

# REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACIÓN INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Maquay Mora NOMBRE UCA: MW grandes sembradores.

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Fenyuer ospina IDENTIFICACIO: 1122344194. FECHA DE NACIMIENTO: 16-FEB1 2023

| 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 | | | | | |
| 1-06 2025 | x | | 9:22 | | | angie paola. | | La madre cumplio con el compromiso y se cierra novedad. | | |
| 11-06 2025 | x | | 9:30 | | • La participante FENYUER le hace falta carnet de higiene oral. | angie paola | | • La agente le informa a la madre que hace falta lo de higiene oral. • informa la madre que se le perdio el carnet el dia 16 de agosto llevara control y higiene oral se cierra novedad en el segundo encuentro del mes de agosto. | • La agente estara recordando por medio de llamada de acistir al control y higiene oral. | • se compromete llevar a la cita programada de control y esquemo. e higiene oral. |

# REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Margely Mora NOMBRE UCA: Mis Querubes Sonadores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Fenwe Espina IDENTIFICACIO: 1123441941 FECHA DE NACIMIENTO: 16-02-2023

| 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 | | | | | |
| 20-08 2025 | x | | | | • La madre no asistio a la cita de control y desarrollo e higiene oral | Paola Ramirez | | • El padre de la participante llama a la agente para ver si puede sacar una cita para control y higiene oral la cita de higiene queda para el dia 20 agosto, y control 22 agosto se deja novedad al cumplir con el compromiso de la cita. | • La agente estara Recordando a la madre por medio de llamada. de asistir a la cita. | - El padre se compromete llevar a la niña a las citas programadas. |

# REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Maiquen Maia NOMBRE UCA: Mis grandes Soñadores.

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Fenyuer Opina IDENTIFICACIO: 1122344294 FECHA DE NACIMIENTO: 16-02-2013

| 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 | | | | | |
| 12-09-2025 | X | | 4:30 pm | | - la madre de la participante se le olvido sacar la copia de las tejillas donde va anotado peso y talla. | Papa Ramiro | | • la agente le informa que debe tejilla de control y desarrollo el cual se cierra novedad cuando la madre entregue lo Faltante. | • la agente realizara una visita a la madre y la niña, donde entregara el documento de la hoja de tejilla Faltante | - madre se compromete sacar la copia Faltante para entregar a la profesora.<br>• Se cierra novedad la madre cumplio con el compromiso. 12-09-2025. |
| | | | | | | | | | | |

# REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

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

| FECHA DEL REPORTE | SE PRESENTO NOVEDAD | | HORA | | TIPO DE NOVEDAD | FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | ACCIONES EMPRENDIDAS | ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES | COMPROMISOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | AM | PM | DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

de cero a Siempre

**Ciudad** San miguel la dorada

**Nombre completo de la niña o niño** Fenyuer ospina Ramirez

**Fecha de nacimiento** 16 02 2023 **N° Documento de Identidad** 1122344194.

**Sexo** Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** 02 04 2025

Primer Registro Cualitativo

**Nombre del observador** Maiquely Fernanda Mora

**Fecha de registro cualitativo** 03 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**

Fenyuer se encuentra en perfil esperado ya que realiza los items acciones y dimenciones con corde a su edad, Fenyuer es una niña activa, le gusta mucho relacionarce con los objetos y amigos.

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

Segundo Registro Cualitativo

**Nombre del observador** Maiquely 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**

Fenyuer se enwentra en perfil esperado ya que realiza los items y acciones, dimenciones con corde a su edad, Fenyuer le gusta participar en las actividades como pintar hacer bolitas de papelillo y relacionarce con los amigos.

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)***

| Valoración Cualitativa ⇨ | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a |
| 0 a 6 meses | 1 2 3 | 1 2 3 | 1 2 3 | 4 5 | 4 5 | 4 5 | 6 7 | 6 7 | 6 7 | 8 9 | 8 9 | 8 9 | 10 | 10 | 10 | | 11 12 13 | 11 12 13 | 11 12 13 | 14 15 | 14 15 | 14 15 | 16 17 18 | 16 17 18 | 16 17 18 | 19 20 21 22 | 19 20 21 22 | 19 20 21 22 | 23 | 23 | 23 | 24 | 24 | 24 | 25 | 25 | 25 |
| 6 meses y 1 día a 12 meses | 1 2 | 1 2 | 1 2 | 3 4 | 3 4 | 3 4 | 5 6 7 8 | 5 6 7 8 | 5 6 7 8 | 9 10 | 9 10 | 9 10 | 11 12 13 14 | 11 12 13 14 | 11 12 13 14 | | 15 16 17 18 | 15 16 17 18 | 15 16 17 18 | 19 20 21 | 19 20 21 | 19 20 21 | 22 | 22 | 22 | 23 24 25 26 | 23 24 25 26 | 23 24 25 26 | 27 28 | 27 28 | 27 28 | 29 30 31 | 29 30 31 | 29 30 31 | 32 33 | 32 33 | 32 33 |
| 1 año y 1 día a 2 años | 1 2 | 1 2 | 1 2 | 3 4 5 | 3 4 5 | 3 4 5 | 6 7 8 | 6 7 8 | 6 7 8 | 9 10 | 9 10 | 9 10 | 11 12 | 11 12 | 11 12 | | 13 14 | 13 14 | 13 14 | 15 16 | 15 16 | 11 16 | 17 18 19 | 17 18 19 | 17 18 19 | 20 21 | 20 21 | 20 21 | 22 23 | 22 23 | 22 23 | 24 | 24 | 24 | 25 26 | 25 26 | 25 26 |
| 2 años y 1 día a 3 años | 1 2 3 | 1 2 3 | 1 2 3 | 4 5 | 4 5 | 4 5 | 6 7 8 | 6 7 8 | 6 7 8 | 9 | 9 | 9 | 10 11 12 | 10 11 12 | 10 11 12 | | 13 14 | 13 14 | 13 14 | 15 | 15 | 15 | 16 17 18 | 16 17 18 | 16 17 18 | 19 20 21 | 19 20 21 | 19 20 21 | 22 23 24 | 22 23 24 | 22 23 24 | 25 26 | 25 26 | 25 26 | 27 | 27 | 27 |
| 3 años y 1 día a 4 años | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 6 7 8 | 6 7 8 | 6 7 8 | 9 10 11 | 9 10 11 | 9 10 11 | 12 | 12 | 12 | 13 14 15 16 | 13 14 15 16 | 13 14 15 16 | | 17 18 | 17 18 | 17 18 | 19 20 21 | 19 20 21 | 19 20 21 | 22 23 24 25 | 22 23 24 25 | 22 23 24 25 | 26 27 | 26 27 | 26 27 | 28 29 30 | 28 29 30 | 28 29 30 | 31 32 33 34 | 31 32 33 34 | 31 32 33 34 | 35 36 | 35 36 | 35 36 |
| 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días | 1 2 | 1 2 | 1 2 | 3 | 3 | 3 | 4 5 | 4 5 | 4 5 | 6 7 | 6 7 | 6 7 | 8 | 8 | 8 | | 9 10 | 9 10 | 9 10 | 11 12 | 11 12 | 11 12 | 13 14 | 13 14 | 13 14 | 15 | 15 | 15 | 16 17 | 16 17 | 16 17 | 18 | 18 | 18 | 19 20 | 19 20 | 19 20 |

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales