Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

# LISTA DE CHEQUEO
# DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

| No. | DOCUMENTOS |
|---|---|
| 1 | Ficha de Inscripcion y Matricula con fotografía del usuario. |
| 2 | Lista de chequeo documentos participantes |
| 3 | Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras). |
| 4 | Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar _X_ en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización)<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, |

321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

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



**FECHA SOLICITUD CUPO:** 27/03/2025 **FECHA INGRESO:** 1-04-2025

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

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:**
Zoe Valentina Paez Alvarado

**TIENE REGISTRO CIVIL:** SI___ NO X **NUIP No.** 1550480253

**¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL?** Tiene cedula de extranjeria

**FECHA NACIMIENTO:** 20/Agos/2021 **EDAD:** 3 años **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?:** OIMF **MOTIVO DEL RETIRO:** N/A

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

**EPS DEL PARTICIPANTE:** N/A **SUBSIDIADO:** ___ **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: ___ NO: X PUNTAJE: N/A **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:** Jober Jonathan Paez Yumbo

**No. IDENTIFICACION:** 150123024-5 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/Puente I

**CELULAR:** 313 363 6801 **E.P.S:** N/A

**OCUPACION U OFICIO:** Oficios Varios

**EMPRESA DONDE LABORA:** N/A

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

## DATOS DE LA MADRE

**NOMBRES Y APELLIDOS:** Nelva Maribel Alvarado Andi

**No. IDENTIFICACION:** 150093164-5 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/Puente I

**CELULAR:** 313 363 6801 **E.P.S:** N/A

**OCUPACION U OFICIO:** Ama de casa

**EMPRESA DONDE LABORA:** N/A

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

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE:** Nelva Maribel Alvarado Andi

**NUMERO IDENTIFICACION:** 150093164-5 **CELULAR:** 313 363 6801

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

Nelva Alvarado
**FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

Dayana Ramirez
**FIRMA AGENTE EDUCATIVO**

Latitud
N
0°15'14.55984"
Longitud
W
76°52'41.52756"
Distancia
11198yd
Altitud
307 yd a.s.l.



Zoe

3

CÉDULA DE IDENTIDAD

REPÚBLICA DEL ECUADOR

DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL, IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN

APELLIDOS
PAEZ
ALVARADO

CONDICIÓN CIUDADANA/NINA

NOMBRES
ZOE VALENTINA

NACIONALIDAD
ECUATORIANA

FECHA DE NACIMIENTO
28 AGO 2021

LUGAR DE NACIMIENTO
NAPO ARCHIDONA
ARCHIDONA

FIRMA DEL TITULAR

NUI.1550480253

No Firma

SEXO
MUJER

No. DOCUMENTO
040230106

FECHA DE VENCIMIENTO
28 OCT 2032

NATACAN
122294

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
PAEZ YUMBO JOSER JONATHAN

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
ALVARADO ANDI NELVA MARISEL

ESTADO CIVIL
SOLTERO

CÓDIGO DACTILAR
XXXXXXXXX

TIPO SANGRE N/R

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN
LAGO AGRIO 25 OCT 2022

DIRECTOR GENERAL

I<ECU0402301068<<<<<1550480253
2108209F3210259ECU<<<<<<<<<<<1
PAEZ<ALVARADO<<ZOE<VALENTINA<<

# LIBRETA INTEGRAL DE SALUD



- [ ] Salud infantil/crecimiento y desarrollo niñas menores de cinco años
- [ ] Esquema de vacunas

Ministerio de Salud Pública

HCU: 5 H O P Q A 9 9 2 0 2 1 0 8 2 0 2

C.C.:

Nombres: Zoe Valentina

Apellidos: Paez Alvarado

Fecha de nacimiento: 20 | 08 | 2021

Teléfono domicilio: 3212077581

Teléfono celular:

Dirección domicilio: Puente internacional

Nombre de la madre/padre: Alvarado Nelva

Paez Jober

Zona: 1

Distrito: 21D02

Cantón: Lago Agrio

Provincia: Sucumbios

Establecimiento de salud: General Farfan

Unicódigo: 1 9 8 6

**Seguro de salud:**

- [ ] Seguro de la Policía
- [ ] Seguro de las Fuerzas Armadas
- [ ] IESS
- [ ] Seguro Social Campesino
- [ ] Otro:
- [x] Ninguno

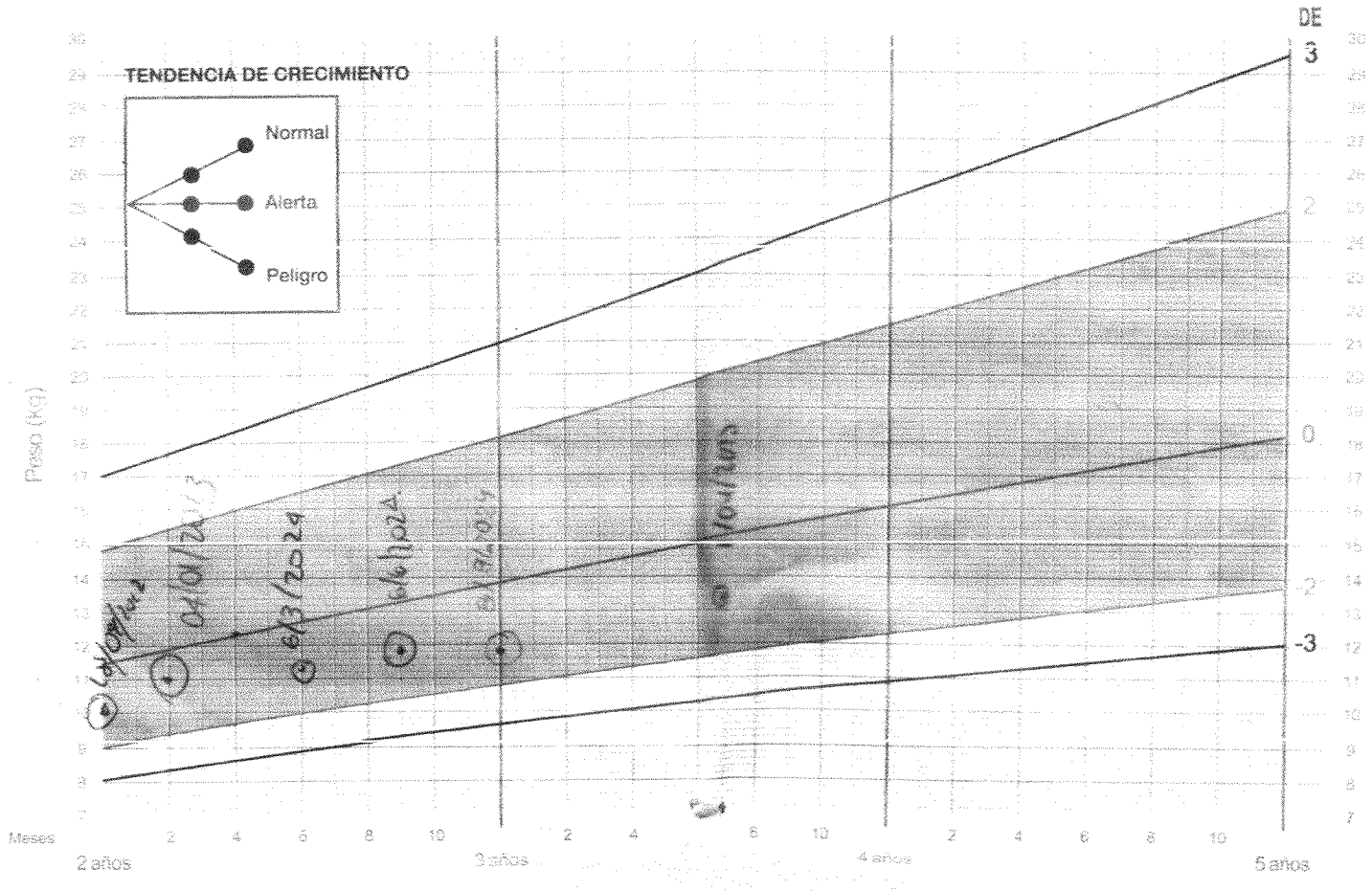
**ES UN DERECHO RECIBIRLA Y SU DEBER CUIDARLA**

República del Ecuador

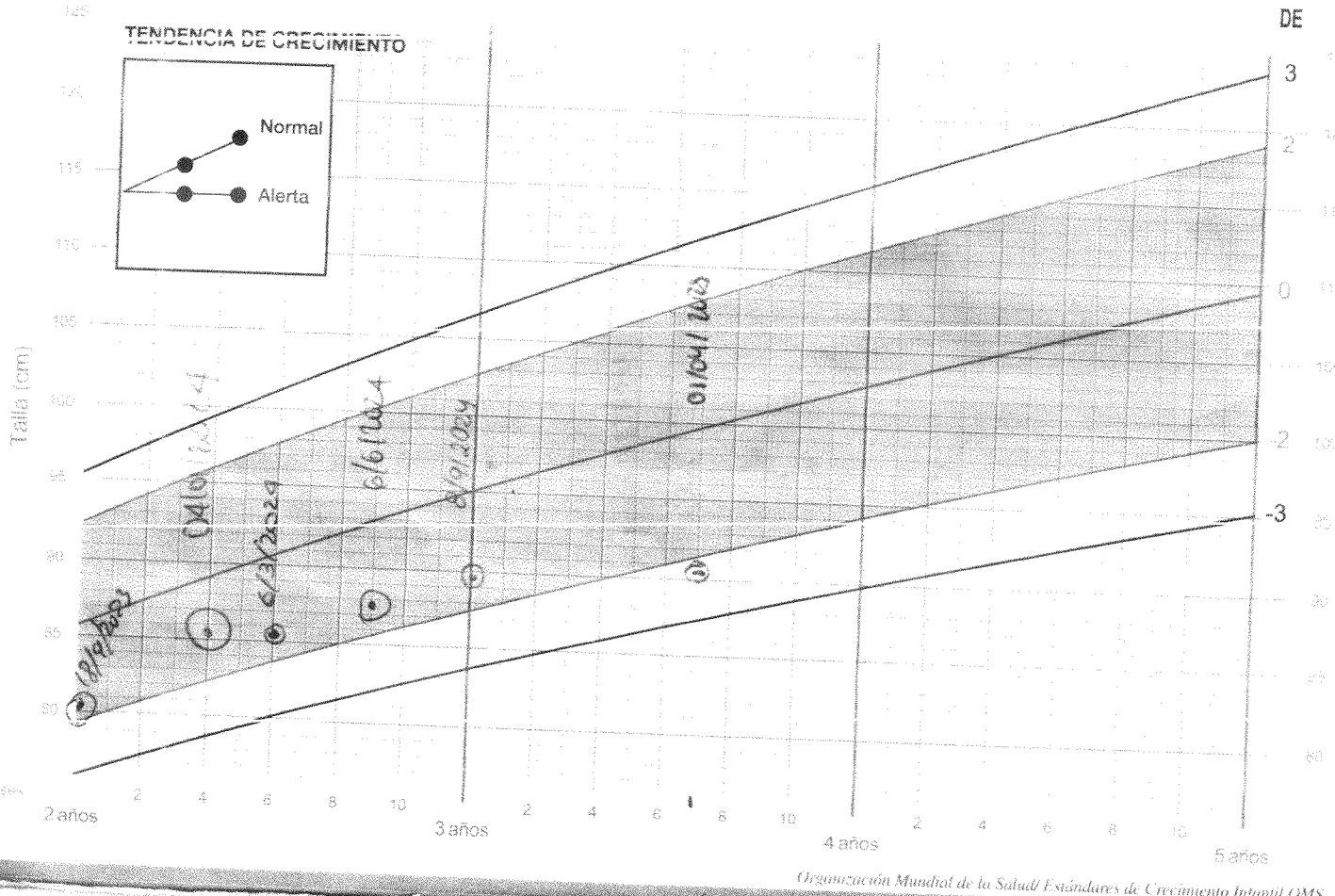
Gobierno del Encuentro

Juntos lo logramos

# Peso/edad - Niñas de 2 a 5 años

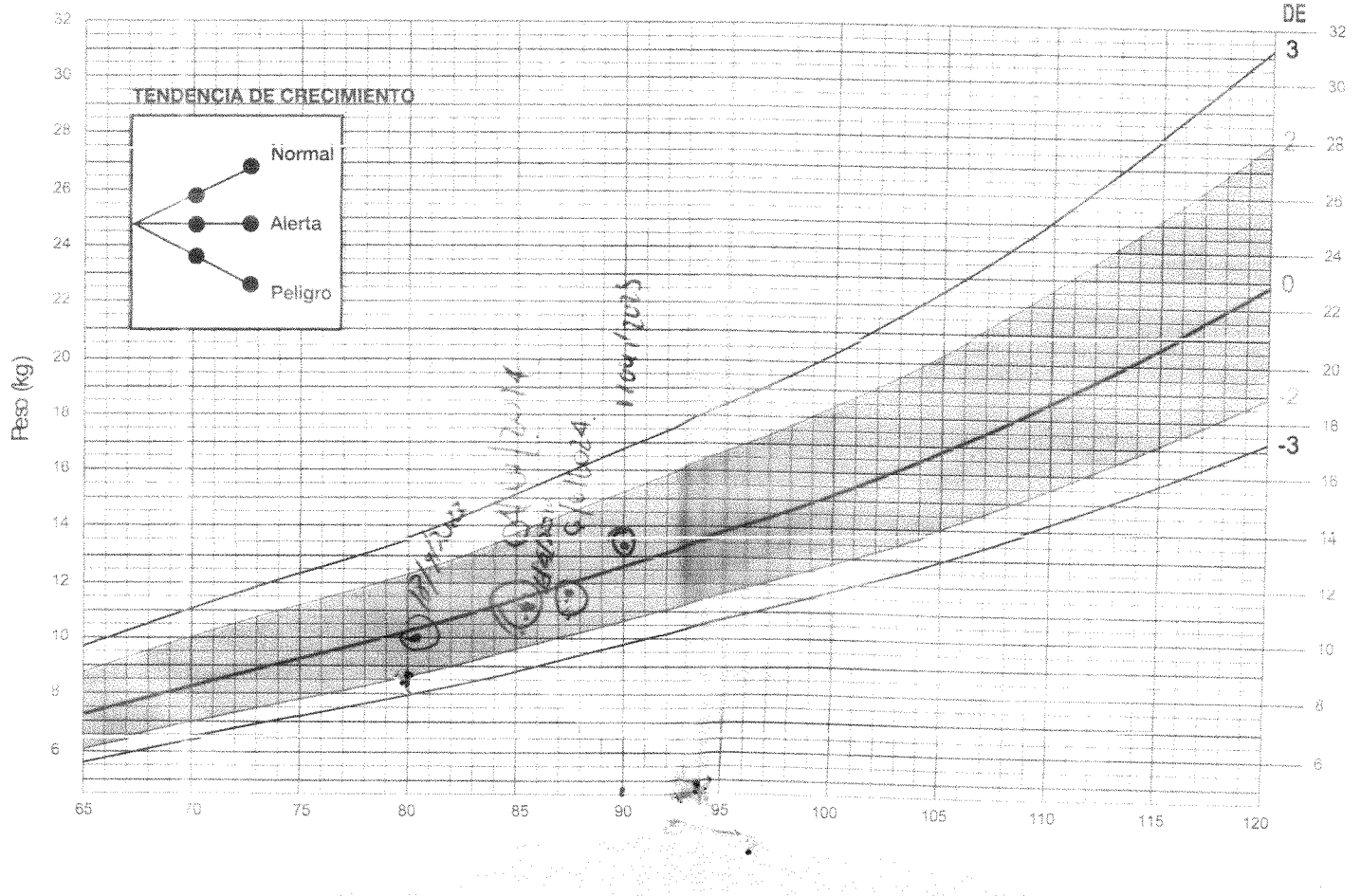


# Talla/edad - Niñas de 2 a 5 años




*Organización Mundial de la Salud/ Estándares de Crecimiento Infantil OMS*

## ~~Peso~~/talla - Niñas de 2 a 5 años



# Control de crecimiento y desarrollo de su hija de 36 a 47 meses de edad

| Fecha día | mes | año | Edad (meses) | Peso (Kg) | Talla (cm) | Hemoglobina (g/dL) | Alimentación variada | Hierro en jarabe | Vitamina A | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 06 | 3 | 2024 | 3 m | 11.7 | 87.1 | — | Si | — | NO | Control + Vacunas + VIT A |
| 06 | 09 | 24 | 3m | 12.3 | 90 | | | | | |
| 01 | 04 | 25 | 3m | 13.05 | 90.4 | 11.4 | Si | — | Si | Control + Vit A + Próximo control |
| 01 | 10 | 25 | 4m | 13.85 | 94 | | Si | — | Si | Control + Vit A + Próximo control en 6 meses |

01-04-26 Próximo Control

## RESUMEN CUARTO AÑO (36 a 47 meses de edad)

Vacunación completa: si ◯ no ◯

Tamizaje visual: si ◯ no ◯

Tamizaje auditivo: si ◯ no ◯

Suplementación completa: si ◯ no ◯

Controles de salud según norma* si ◯ no ◯
* Mínimo (2 consultas)

**Estado nutricional**

**Antropometría** Son las dimensiones del cuerpo humano con el propósito de valorar el crecimiento
- Normal ◯
- Baja talla ◯
- Bajo peso ◯
- Sobrepeso/obesidad ◯

**Anemia** si ◯ no ◯

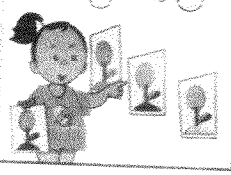
**Hitos del desarrollo**

Repite las palabras que se les dice:
Manzana - casa - perro - silvar - plátano - peinilla - frutas - pared
si ◯ no ◯

Dibuja a los 40 meses de edad (tres años aproximadamente)
si ◯ no ◯



Reconoce a los colores a los 46 meses de edad (tres años y medio aproximadamente)
si ◯ no ◯



**Tamizaje de neurodesarrollo:**
si ◯ no ◯
Resultado normal:
si ◯ no ◯

◯ *Alerta*

*Arrulle a la niña, háblele suavemente, sonríale, tómela en los brazos, cántele, póngale música suave, transmítale amor y calma en un ambiente tranquilo.*

# Control de crecimiento y desarrollo de su hija de 48 a 59 meses de edad

| Fecha día | mes | año | Edad (meses) | Peso (Kg) | Talla (cm) | Hemoglobina (g/dL) | Alimentación variada | Hierro en jarabe | Vitamina A | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 03 | 11 | 25 | | | | | | | | |
| | 8:20AM | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

## RESUMEN QUINTO AÑO (48 a 59 meses de edad)

Vacunación completa: si ◯ no ◯

Tamizaje visual: si ◯ no ◯

Tamizaje auditivo: si ◯ no ◯

Suplementación completa: si ◯ no ◯

Controles de salud según norma*: si ◯ no ◯
* Mínimo (2 consultas)

**Estado nutricional**

Antropometría: Son las dimensiones del cuerpo humano con el propósito de valorar el crecimiento

- Normal ◯
- Baja talla ◯
- Bajo peso ◯
- Sobrepeso/obesidad ◯

Anemia: si ◯ no ◯

**Hitos del desarrollo**

Repite las frases que le dicen: si ◯ no ◯

Frases:
- En la tienda venden manzanas verdes.
- El sol de la mañana sale por detrás de la montaña.
- Hay flores blancas y amarillas en el jardín de mi escuela.

Cuenta los diez dedos de su mano: si ◯ no ◯

◯ *Alerta*

**Tamizaje de neurodesarrollo:** si ◯ no ◯ Resultado normal: si ◯ no ◯

*Estimule a la niña, háblele suavemente, sonríale, tómela en los brazos, cántele, póngale música suave, transmítale amor y calma en un ambiente tranquilo.*

20c

5
10

## CARNET DE VACUNACIÓN CONTRA POLIOMIELITIS, SARAMPIÓN Y RUBEOLA

Nombre y apellido: Zoe Valentina Paez — Edad — C.I. 56.626.099

**DOSIS** contra sarampión y rubeola (SR) — Fecha: 19/3/10 — Vacunador/Centro de vacunación: Lic. F.A. — Lote:

**DOSIS** contra poliomielitis, vacuna oral (bOPV) — Fecha: 19/4/10 — Vacunador/Centro de vacunación: Lic. F.A. — Lote:

**DOSIS** contra poliomielitis, vacuna inyectable (fIPV) — Fecha: — Vacunador/Centro de vacunación: — Lote:

**PESO E.G.**
adec. ○
peq. ●
gde. ●

**APGAR (min)**
1er ☐☐
5to ☐☐
10mo ☐☐ n/a ○

**REANIMACIÓN**

| | no | si | | no | si |
|---|---|---|---|---|---|
| estimulac. | ○ | ● | tubo endotraq. | ○ | ○ |
| aspiración | ○ | ○ | masaje c. | ○ | ○ |
| máscara | ○ | ○ | medicación | ○ | ○ |
| bolsa | ○ | ○ | | | |

**ATENDIÓ**

| | médico | obst. | enf. | auxil. | estud. | empír. | otro |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PARTO | ○ | ○ | ○ | ● | ● | ● | ● |
| NEONATO | ○ | ○ | ○ | ● | ● | ● | ● |

**LUGAR DE PARTO**
Establecimiento de salud ○ — Domicilio ● — Otro ○

**MÉTODO CANGURO**

| Amerita | Se aplica |
|---|---|
| no ○ | si ○ |
| si ● | no ● |

**EXAMEN FÍSICO** — NORMAL: no ○ / si ●

**DEFECTOS CONGÉNITOS**
CIE 10 ☐☐☐☐ — no ○ menor ○ mayor ○

Tipificación R.N. .....

**Vitamina K** no ● si ○

**Profilaxis Ocular** no ● si ○

**ENFERMEDADES**
ninguna ○ 1 ó más ●
CIE 10 ☐☐☐☐ .....
☐☐☐☐ .....

**TAMIZAJE METABÓLICO**
Se realiza ○
No se realiza ●
n/a ○

**TAMIZAJE AUDITIVO**
Pasa OI ○ OD ○
No pasa OI ● OD ●
No se hace ●

**EGRESO RN**

Apego inmediato: no ○ si ○

Ligadura de cordón al cesar pulsaciones: no ○ si ○

Meconio 1er. día: no ○ si ○

Lactancia inmediata: no ● si ○

PESO AL EGRESO ☐☐☐ g

FECHA AL ALTA ☐☐☐

ALIMENTO AL ALTA
lactancia exclusiva ○
parcial ○
artificial ○
leche humana ○

Responsable egreso materno / nombres completos / sell

○ Alerta

## Esquema de vacunación niñas de 5 a 15 años

| Tipo vacunas | Dosis | Edad óptima de vacunación | Fecha de aplicación | | | Edad de aplicación | Lote | Nombres del vacunador | Establecimiento de salud |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | día | mes | año | | | | |
| bOPV | 5ta. dosis | 5 años | | | | | | | |
| *DPT | *6ta. dosis | 5 años | | | | | | | |
| HPV | 1ra. dosis | 9 años (niñas) | | | | | | | |
| | 2da. dosis (6 meses después de la 1ra. dosis) | | | | | | | | |
| dT adulto | 3er. refuerzo | 15 años | | | | | | | |

* DPT 5ta dosis o 2do refuerzo, se aplica y se registra siempre y cuando se verifique en el carnet que se ha recibido las 3 dosis de pentavalente y la 4a dosis con DPT; caso contrario proceder con la aplicación de, 1a dosis al primer contacto; 2a. dosis al mes de la primera dosis; 3a. dosis a los 6 meses después de las segundas dosis; 4a. dosis al año de la 3a dosis; 5a dosis al año de la cuarta dosis en otras vacunas.

## Otras vacunas (de 0 a 15 años)

| Tipo vacunas | Dosis | Edad óptima de vacunación | Fecha de aplicación | | | Edad de aplicación | Lote | Nombres del vacunador | Establecimiento de salud |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | día | mes | año | | | | |
| SR | Completa | 1 a | 12 | 07 | 23 | | | Lic P.M | |
| SPR | Completa | 2 a | 17 | 07 | 23 | | | Lic P.M | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Observaciones: .....

## Esquema de vacunación niñas menores de un año

| Tipo Vacunas | Dosis | Edad óptima de vacunación | Fecha de aplicación día | mes | año | Edad de aplicación | Lote | Nombres del vacunador | Establecimiento de Salud |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *BCG (Meningitis) | 1 dosis | dentro de las 24 horas | 21 | 08 | 21 | 24h | 03706110 | Paula C. | HFID. |
| Hepatitis B (HB cero) | 1 dosis | dentro de las 24 horas | 21 | 08 | 21 | 24h | 03206141A | Paula C. | HFID. |
| **Rotavirus (Diarrea) | 1ra. dosis | 2 meses | 08 | 11 | 21 | 2m | illegible | Lic. V.C | C.S.C. |
| | 2ra. dosis | 4 meses | | | PERDIÓ | | | | |
| Pentavalente (Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis, Neumonia) | 1ra. dosis | 2 meses | 08 | 11 | 21 | 2m | 22010032A | Lic. V.C | C.S.C. |
| | 2da. dosis | 4 meses | 21 | 06 | 22 | 10m | 22102121A | Lic V.T | C.S.G.F. |
| | 3ra. dosis | 6 meses | 27 | 07 | 22 | 11m | illegible | Licda V.T | C.S.G.F. |
| ***fIPV (Poliomielitis) | 1ra. dosis | 2 meses | 08 | 11 | 21 | 2m | illegible | Lic. V.C | C.S.C. |
| | 2da. dosis | 4 meses | 21 | 06 | 22 | 10m | illegible | Lic V.T | C.S.G.F. |
| **bOPV (Poliomielitis) | 3ra. dosis | 6 meses | 27 | 07 | 22 | 11m | illegible | Licda V.T | C.S.G.F. |
| Neumococo conjugada (Neumonia, Meningitis, Otitis) | 1ra. dosis | 2 meses | 08 | 11 | 21 | 2m | illegible | Lic. V.C | C.S.C. |
| | 2da. dosis | 4 meses | 21 | 06 | 22 | 10m | illegible | Lic. V.T | C.S.G.F. |
| | 3ra. dosis | 6 meses | 27 | 07 | 22 | 11m | illegible | Licda V.T | C.S.G.F. |

* BCG dosis única: se administraría hasta los 11 meses 29 días.
** Rotavirus. La segunda dosis podrá administrarse hasta los 7 meses de edad (7 meses 29 días).
*** El intervalo entre fIPV (1) y fIPV (2) debe ser de 8 semanas.
**** DT solo ante casos de reacción anafiláctica al componente pertusis de la vacuna pentavalente que incluye componente DPT.
***** El uso de vacuna HB pediátrica en niñas que tuvieron reacción anafiláctica a la vacuna pentavalente. Se administrará HB pediátrica más DT pediátrica.

## Esquema de vacunación niñas de 12 a 23 meses

| Tipo Vacunas | Dosis | Edad óptima de vacunación | Fecha de aplicación día | mes | ao | Edad de aplicación | Lote | Nombres del vacunador | Establecimiento de Salud |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SRP (Sarampión, Rubeola, Parotiditis) | 1a. dosis | 12 meses | 21 | 09 | 22 | 1a1m | 01305 1A | Lic H. C | C.S.G.F |
| | 2a. dosis | 18 meses | 28 | 02 | 23 | 1a6m | 01305 151A | Lcda. HC | C.S.G.F |
| Fiebre amarilla | 1a. dosis | 12 meses | 21 | 09 | 22 | 1a1m | U3P56 | Lic H C | C.S.G.F. |
| Varicela | 1a. dosis | 15 meses | 21 | 12 | 22 | 1a1m | U02961C | Lic. B.N | C.S.G.F |
| DPT (Difteria, Tosferina, Tétanos) | 1er. refuerzo (4a. dosis) componente DPT | 18 meses | 28 | 02 | 23 | 1a6m | illegible | Lcda. HC | C.S.G.F |
| bOPV (Poliomielitis) | 1er. refuerzo (4a. dosis) | 18 meses | 28 | 02 | 23 | 1a6m | 2040522 | Lcda. HC | C.S.G.F |

## Esquema de vacunación niñas de 5 a 15 años

| Tipo vacunas | Dosis | Edad óptima de vacunación | Fecha de aplicación día | mes | año | Edad de aplicación | Lote | Nombres del vacunador | Establecimiento de salud |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| bOPV | 5ta. dosis | 5 años | | | | | | | |
| *DPT | *5ta. dosis | 5 años | | | | | | | |

# Otras vacunas

## Esquema de vacunación ante shock anafiláctico por componente pertúsico

| Tipo vacunas | Dosis | Edad óptima de vacunación | Fecha de aplicación | | | Edad de aplicación | Lote | Nombres del vacunador | Establecimiento de salud |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | día | mes | año | | | | |
| *DT pediátrica | 1ra. dosis | Captación | | | | | | | |
| | 2da. dosis | 2 meses después de la 1ra. dosis DT | | | | | | | |
| | 3ra. dosis | 6 meses después de la 2da. dosis DT | | | | | | | |
| **Hepatitis B | 1ra. dosis | Captación | | | | | | | |
| | 2da. dosis | 2 meses después de la 1ra. dosis HB pediátrica | | | | | | | |
| | 3ra. dosis | 6 meses después de la 2da. dosis HB pediátrica | | | | | | | |

Observaciones: .....

.....

*DT sólo ante casos de reacción anafiláctica a la vacuna pentavalente que incluye componente DPT
**HB pediátrica (sólo ante casos de reacción anafiláctica a la vacuna pentavalente que incluye componente DPT)

## Esquema de vacunación influenza estacional

| Tipo vacunas | Dosis | Edad óptima de vacunación | Fecha de aplicación | | | Edad de aplicación | Lote | Nombres del vacunador | Establecimiento de salud |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | día | mes | año | | | | |
| 6 a 11 meses | Influenza estacional | 1ra. dosis | | | | | | | |
| | | 2da. dosis (al mes de la 1ra. dosis) | | | | | | | |
| 12 a 23 meses | | Una dosis | 28 | 02 | 23 | 10 6m | V502220 22 | Leda HC | CSBF |
| 2 años (24 a 35 meses) | | Una dosis | 13 | 06 | 23 | 1 | V502300 1 | Karen | HCIO. |
| 3 a 5 años (36 a 59 meses) | | Una dosis | | | | | | | |

cita +5 años.

Ministerio de Salud Pública

Coordinación Zonal 1

Dirección Distrital 21D02 Lago Agrio-Salud

***CENTRO DE SALUD "GENERAL FARFÁN"***

# CERTIFICADO ODONTOLOGICO

Certifico que: Paez Alvarado Zoe Valentina paciente se presentó esta casa de salud

Nro. HCL: 1550480253

Diagnóstico: Z012 Examen Odontológico

Otros: Z2,99 Medida profiláctico no especificada

Es todo cuanto puedo certificar y decir en honor a la verdad.

General Farfán 03 de octubre del 2025

Atentamente

21D02 Lago Agrio P.S. El Cóndor
Judy Morillo Fabara
ODONTÓLOGA RURAL
Nº Reg. Senescyt: 1005-2024-2986238

Odont. JUDY LILIBETH MORILLO FABARA

**ODONTÓLOGA RURAL DEL CENTRO DE SALUD GENERAL FARFÁN**

15

Ministerio de Salud Pública

Coordinación Zonal 1

Dirección Distrital 21D02 Lago Agrio-Salud

***CENTRO DE SALUD "GENERAL FARFÁN"***

# CERTIFICADO MEDICO

Certifico que: Paez Alvarado Zoe Valentina paciente fue atendido en esta casa de salud

Nro. HCL: 1150480253

Diagnóstico: Z001 Control de Salud de rutina del niño

Otros: Se realiza tamizaje Visual con Resultados OD: 20/20 OI: 20/25

Es todo cuanto puedo certificar y decir en honor a la verdad.

General Farfán 03 de Octubre del 2025

Atentamente

DISTRITO DE SALUD 21D02 LAGO AGRIO-SALUD
C.S General Farfán
Dra. Xiomara Vallejo P.
MEDICO RURAL
C.I. 1751060078

Dra. VALLEJO PACHECO XIOMARA MICAELA

**Médico Rural del Centro de Salud General Farfán**

16
ON

**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 2025 HORA: 10:40 am

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:**

NOMBRES Joe valentina APELLIDOS paez Alvarado

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☒ OTRO ☐ NÚMERO: 1550480253

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 20 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<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: Neiva Alvarado

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

Nombres Neiva Maibel Apellidos Alvarado Andi

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☒ OTRO ☐ Número 1560932164-5

Firma: Neiva Alvarado.

**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 1126446069

**DATOS DE LA INSTITUCIÓN**

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HTD.

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel.

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



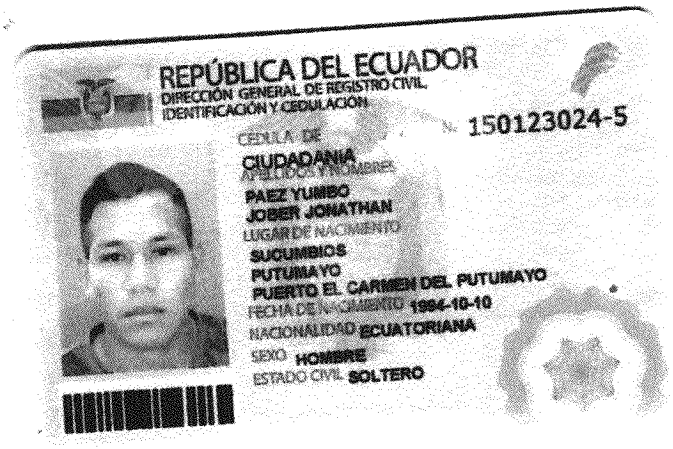
REPÚBLICA DEL ECUADOR
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL, IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN

No. 150093164-5

CÉDULA DE CIUDADANÍA
APELLIDOS Y NOMBRES
ALVARADO ANDI NELVA MARIBEL
LUGAR DE NACIMIENTO
NAPO
ARCHIDONA
ARCHIDONA
FECHA DE NACIMIENTO 1998-09-20
NACIONALIDAD ECUATORIANA
SEXO MUJER
ESTADO CIVIL SOLTERO



INSTRUCCIÓN
BACHILLERATO
PROFESIÓN / OCUPACIÓN
EMPLEADO PRIVADO
V334333243
APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
ALVARADO NARVAEZ CESAR BOLIVAR
APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
ANDI HUATATOCA BEATRIZ ROSARIO
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN
EL CHACO
2017-12-18
FECHA DE EXPIRACIÓN
2027-12-18
DIRECTOR GENERAL
FIRMA DEL CEDULADO



REPÚBLICA DEL ECUADOR
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL
IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN

CÉDULA DE CIUDADANÍA N.° 150123024-5

APELLIDOS Y NOMBRES
PAEZ YUMBO
JOBER JONATHAN

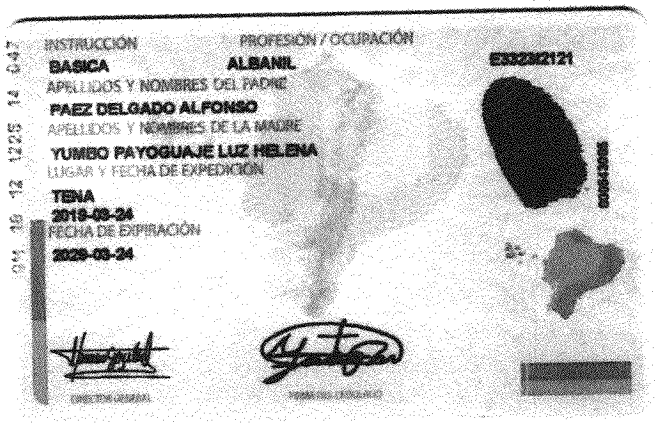
LUGAR DE NACIMIENTO
SUCUMBIOS
PUTUMAYO
PUERTO EL CARMEN DEL PUTUMAYO

FECHA DE NACIMIENTO 1994-10-10

NACIONALIDAD ECUATORIANA

SEXO HOMBRE

ESTADO CIVIL SOLTERO



INSTRUCCIÓN
BASICA

PROFESIÓN / OCUPACIÓN
ALBANIL

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
PAEZ DELGADO ALFONSO

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
YUMBO PAYOGUAJE LUZ HELENA

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN
TENA
2019-03-24

FECHA DE EXPIRACIÓN
2029-03-24

E332342121

DIRECTOR GENERAL

FIRMA DEL CIUDADANO

Fundación Alma de Vida
Fomentando vientres de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Neiva Alvarado. Identificado con C.C N° 1500931647-5 en calidad de: padre o madre ( X ), del niño o niña: Zoe valentina paez. o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mis grandes señoritos 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.

Neiva Alvarado.
**Madre o Acudiente**
**C.C** 1500931647-5

| 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 Zoe valentina paez alvarado, identificado (a) con documento de identidad número 1150482053, 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 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 ETC

**Suscriben:**

Firma: _____
Nombre: Nelva Alvarado
Calidad - Titular: _____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3133636801
Fecha: 01-04-2025
Municipio: San miguel

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

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

# REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Marquey Mora NOMBRE UCA: Mi grandes Sonadores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Zoe Valentina Paez IDENTIFICACIO: 1550480253 FECHA DE NACIMIENTO: 10/ 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 | | | | | |
| 23/07 2023 | | | 9/08 2023 | | • La agarra Zoe Valentina no acostira al encuentro | | | -La madre le informa a la agente por medio de mensaje que no acostira al encuentro por motivo de trabajo. Se cierra novedad en el Siguiente encuentro. | | -Se compromete acostar en el Siguiente encuentro. |
| 13-08 2023 | | | | | | | | • Se cierra novedad la participante acosto al encuentro. | | |

# REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Maqueiy Mora NOMBRE UCA: Mis Grandes Soñadores.

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Zoe Valentina paez IDENTIFICACIO: 1550480253 FECHA DE NACIMIENTO: 20-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 2023 | X | | | | La mamá Zoe paez le hace falta actualización de documento de odontología, control y desarrollo. | Nelva alvarado. | | Se habla con la madre de llevar la actualización de los documentos la cita de odontología esta para el dia 01-10-2023. | | la madre se compromete llevar la documentación al dia y llevar la niña a la cita programada. |
| 13-05 2023 | X | | 9:13 | | | Nelva alvarado | | se cierra novedad la madre cumplio con los compromisos | | |

# REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

22 e/c

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Maiquely mora NOMBRE UCA: Mis grandes soñadores.

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Zoe valentina paez. IDENTIFICACIO: 1330480253 FECHA DE NACIMIENTO: 20-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 | | | | | |
| 22-10 2021 | | | 9:00 | | La madre de la paticipante Zoe. no asistio al encuentro. | Nelva Alvarado | | · La paticipante Zoe no asistio al encuentro ya que la madre no podria asistir al encuentro por motivo que ella tiene una actividad en la escuela pues el sol, el cual se comunico con la agente por medio de mensaje whatsapp. | | · La madre se compromete asistir en el siguiente encuentro.<br>· Se acepta novedad la madre asistio al encuentro en horas de las 11:40 am |
| | | | | | | | | | | |

# 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

23 VIV

**Ciudad** San miguel la dorada

**Nombre completo de la niña o niño** Zoe valentina Paez Alvarado

**Fecha de nacimiento** 20 08 2021 **N° Documento de Identidad** 1550480253

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

**Primer Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Marquelin 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**

Zoe se encuentra en Perfil esperado ya que realiza los items y acciones fundamentales con acde a su edad Zoe es una niña activa le gusta mucho participar en actividades le gusta dibujar y mostrar a su mama lo que realiza.

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

**Segundo Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Marquelin Mora

**Fecha de registro cualitativo** Día 06 Mes 10 Año 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**

Zoe se encuentra Pafil esperado ya que se encuentra en los items y acciones fundamentales con acde a su edad la niña Zoe es muy activa participativa le gusta mostrar el desarrollo de sus actividades.

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

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales