LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con otografía 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) _X_ 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. N/A
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: 23-Enero FECHA INGRESO: 1-02-2025

UDS: Semillitas del futuro MUNICIPIO: San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Jhon Freddy Viveros Jurado

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. _____

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? 1126460892

FECHA NACIMIENTO: 8/02/2022 EDAD: 3 años MUNICIPIO: La Hormiga

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION DE RESIDENCIA: V/la Cruz ESTRATO: 1 ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: _____ NO: X

¿CUAL?: _____ MOTIVO DEL RETIRO: _____

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

EPS DEL PARTICIPANTE: Nueva EPS 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: _____

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Arlinson Andres Viveros

No. IDENTIFICACION: 1143985634 DIRECCION RESIDENCIA: Huila

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

OCUPACION U OFICIO: Oficios Varios.

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: NA

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yuliza Berthila Jurado Caicedo

No. IDENTIFICACION: 1126457972 DIRECCION RESIDENCIA: V/la cruz

CELULAR: 3227271126 E.P.S: Nueva EPS

OCUPACION U OFICIO: Oficios Varios

EMPRESA DONDE LABORA: Independiente

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachillerato PROFESIÓN: _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Yuliza Berthila Jurado C.

NUMERO IDENTIFICACION: 1126457972 CELULAR: 3227271126

DIRECCION: V/ La cruz PARENTESCO: Madre.

Yuliza Jurado
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

PAOLA CAICEDO
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copias Registro Civil 37627753-0

61322338

NUIP	1.126.460.892

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61322338

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** Y 7 A

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

REGISTRADURIA DE VALLE DEL GUAMUEZ - COLOMBIA - PUTUMAYO - VALLE DEL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VIVEROS	JURADO

Nombre(s)

JHON FREDDY

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes FEB Día 08	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
PRESENTACION PERSONAL Y FIRMA DEL FOLIO	

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

JURADO CAICEDO YULIZA BERTHILA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.126.457.972	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

VIVEROS PALECHOR ARLINSON ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.143.985.634	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

JURADO CAICEDO YULIZA BERTHILA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.126.457.972	Yuliza Jurado C.

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 2022 Mes ABR Día 08	CARMEN PA[illegible]A CASANOVA YANDI - Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
ARLINSON ANDRES VIVEROS P. Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

08.ABR.2022 - SERIAL REEMPLAZA A - 0061322253 - 17.FEB.2022. LIBRO DE VARIOS NO 016 FOLIO NO.082 - PADRE SE PRESENTA CON CONTRASEÑA DE DUPLICADO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 03/10/2025

Ficha: 86865049478000004475

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JHON FREDDY

Apellidos: VIVEROS JURADO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1126460892

Municipio: Valle del Guamuéz

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

Última actualización ciudadano: 11/05/2022

Última actualización vía registros administrativos: 11/05/2022

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: BELSY MILDRED GOMEZ ERASO

Dirección: Calle 7 No 5 - 20

Teléfono: 4282059 - 3134307915

Correo Electrónico: sisben@valledelguamuez-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	1126460892
NOMBRES	JHON FREDDY
APELLIDOS	VIVEROS JURADO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	VALLE DEL GUAMUEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/02/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/03/2025 22:20:09	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

CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO SI	ASISTIO NO
13	Febrero	2023	2 pm x mor.		
10	Agosto	2023	2 pm x mor.		
8	febrero	2024	2:00 pm x mor.		
9	Agosto	2024	11:00 am x cre		
28	Marzo	2025	10:30 a m x med		
9	Febrero	2026	10:30 a m x tera		

E.S.E.
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús

CARNET DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

NOMBRES: Jhon Fabian

APELLIDOS: Jurado Tarapues

FECHA DE NACIMIENTO: 8 de julio de

LUGAR DE NACIMIENTO:

HISTORIA CLÍNICA: 1126460892

BARRIO / VEREDA: Alto Palmira

RESPONSABLE DEL NIÑO:

N° DE TELÉFONO: 3217328757

E.P.S:

GRUPO SANGUÍNEO: O+

¡Mamita Segura! Lo mejor de nosotros para ti

IAMI INSTITUCION AMIGA DE LA MUJER Y LA INFANCIA

AIEPI Porque mi vida hay que protegerla hoy

DATOS DEL RECIÉN NACIDO

PESO AL NACER: 2899 grs PC 34 cms.
TALLA AL NACER: 49 cm
REANIMACION: SI ____ NO x
PRUEBA TSH: Cordón Umbilical / Sericeo
1 ra Muestra : fecha: 08-02-22 resultado: 19.7 mUIL
2 da Muestra: fecha: 01-06-22 resultado: 4.50 mUIL
descartado Hipotiroidismo
APGAR 8/9/10

PT 32cm
PA 30 cm
PB 10 cm

DATOS FAMILARES

DATOS DE LA MADRE

APELLIDOS: Jumbo caicedo
NOMBRES: Julisa
FECHA DE NACIMIENTO: Día 20 Mes V Año 98
GRUPO SANGUINEO: O RH +
ENFERMEDADES HEREDITARIAS: NO
CONTROL PRENATAL # 7
COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO:

PARTO

LUGAR DE ATENCIÓN: H.S.C.J. ESE
SEMANAS DE GESTACION: 39 RN a termino x
RN a pretermino
RN a postermino

CESÁREA SI ____ NO x

Gesta #1.

DATOS DEL PADRE

APELLIDOS: Viveros palechor
NOMBRES: Arlinson Andres
FECHA DE NACIMIENTO: Día 8 Mes I Año 97
GRUPO SANGUINEO O RH +

ANTECEDENTES FAMILIARES DE INTERÉS QUE PUEDAN INFLUIR EN LA SALUD DEL NIÑO.

Enfermedades de Interés

(Escribir fechas)

Alérgicas: Penicilina
Toxicas:
Quirúrgicas:
Hospitalizaciones:

Algunos Exámenes de Importancia

Agudeza Visual

Fecha:
Resultados:

Observaciones:

VENTAJAS DE LA LECHE MATERNA

Ventajas para el niño en los dos primeros años

El calostro es la primera leche que produce la madre después del parto, lo protege contra infecciones, enfermedades y es un laxante natural para el recién nacido.

La leche materna garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia y fortalece el vínculo afectivo.

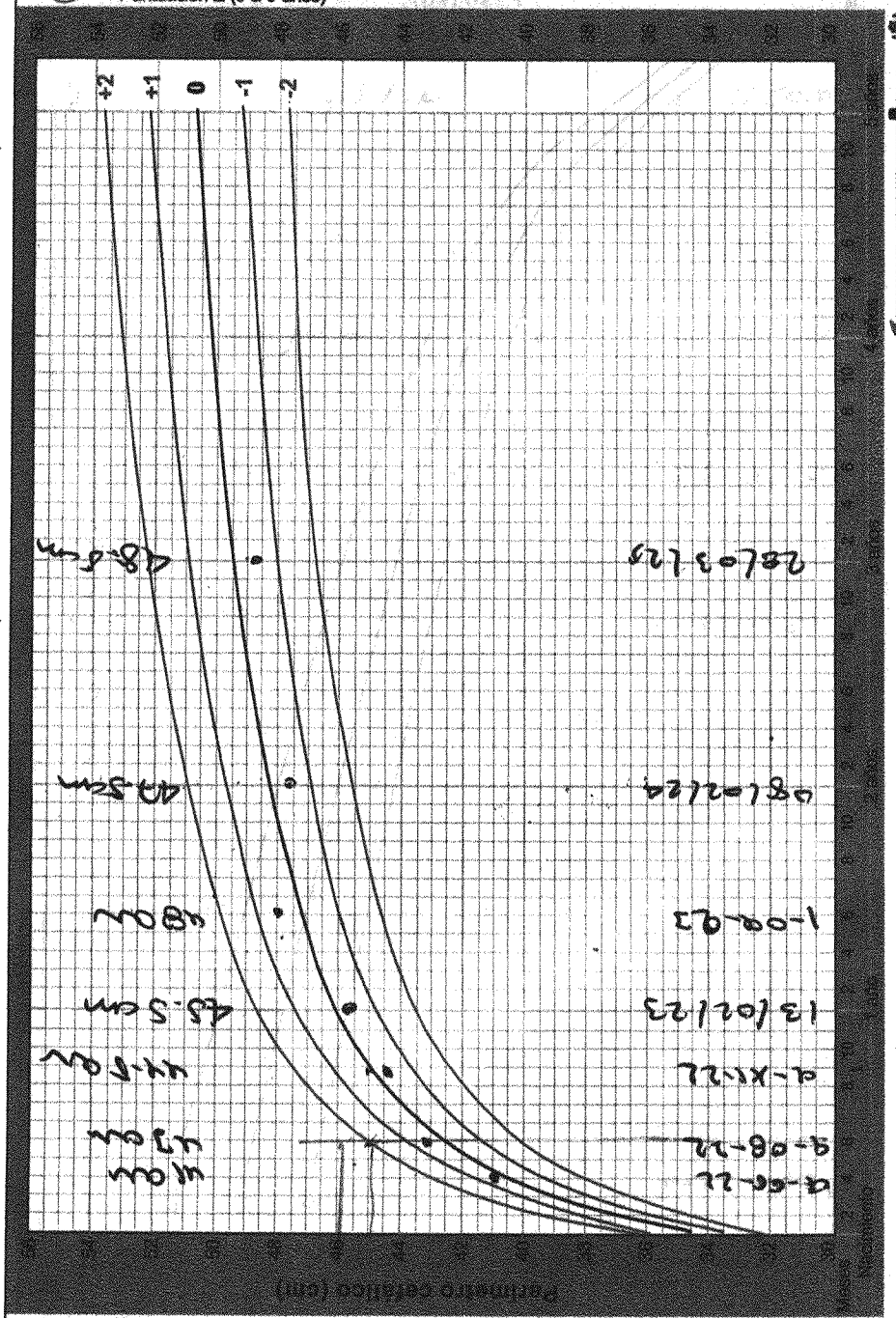
La leche materna protege al niño de alergias, enfermedades de la piel, desnutrición, obesidad, diabetes juvenil y deficiencia de micro nutrientes.



FECHA	PESO	TALLA	DX	FIRMA PROFESIONAL
9-02-22	6.6 kg	54 cm	Adecuado	
9-06-22	7.0 kg	64 cm	Adecuado	
9-08-22	7.4 kg	67 cm	Adecuado	
9-11-22	8-9 kg	70 cm	Adecuado	
13/02/23	9.8 Kg	75 cm	Adecuado	Dayco.
1-09-23	12.0 kg	81 cm	R-10 hemoglobina	
08/02/24	14.1 Kg	84 cm	R. Sobrepeso	Dayco.
15/04/2024	15.5 Kg	87 cm	Obesidad	
28/03/25	16.3 Kg	78 cm	R. Sobrepeso	Dayco

Perímetro cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



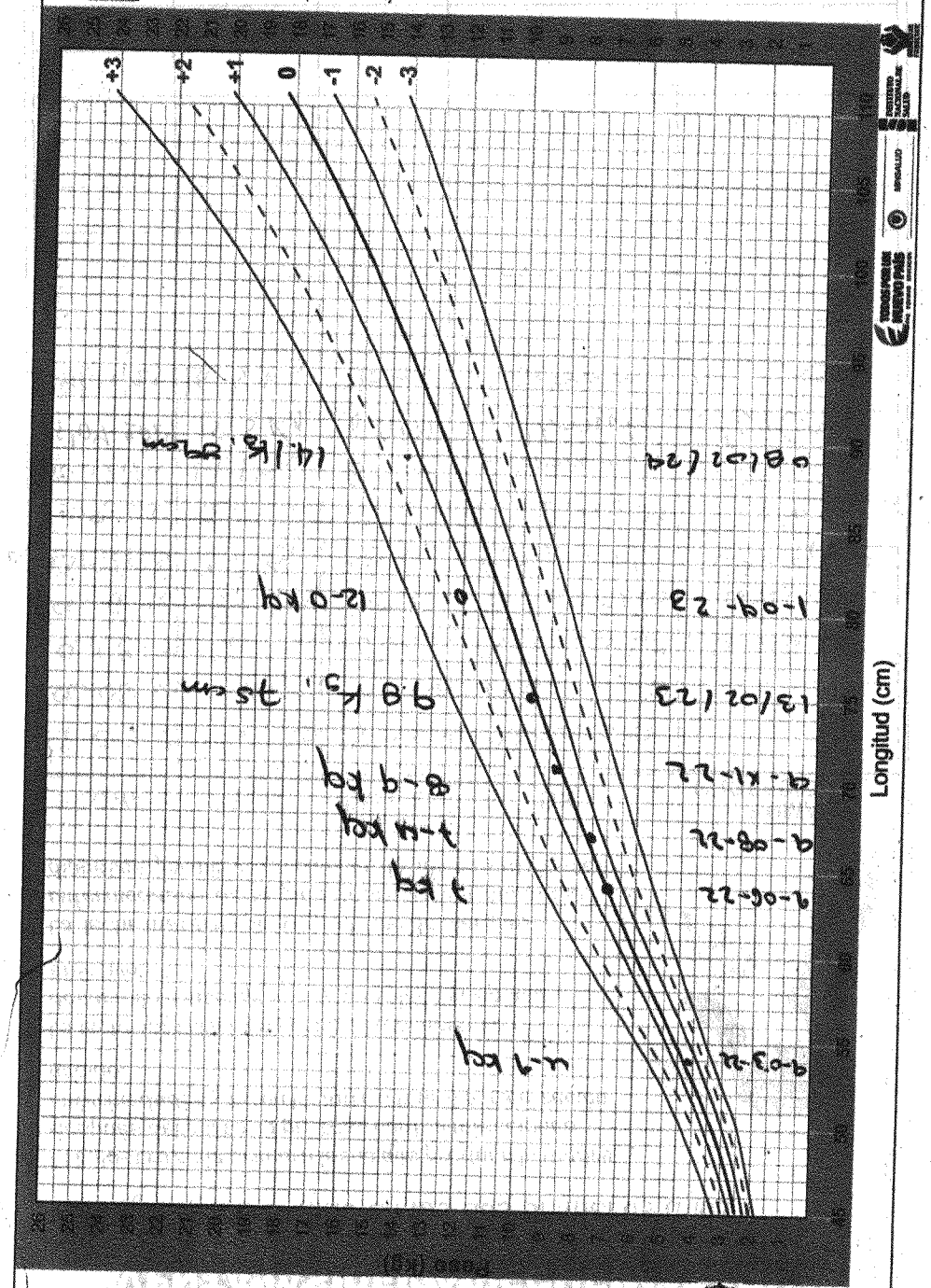
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Organización Mundial de la Salud

Resolución número 00002465 - Junio 14 de 2016

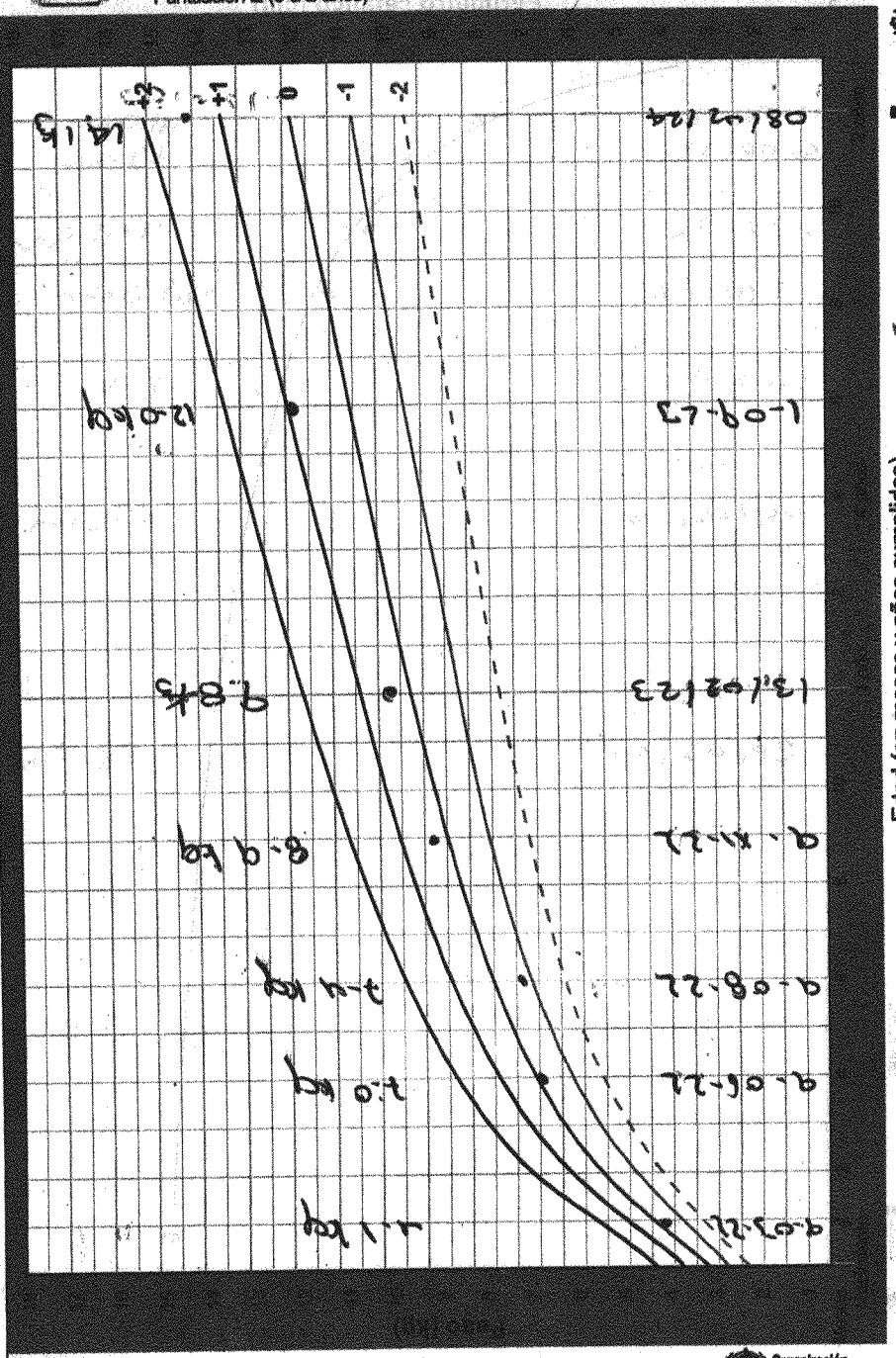
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

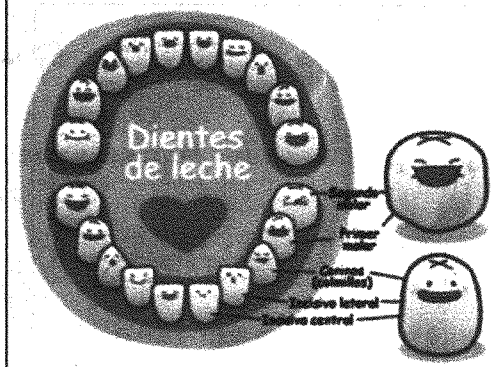


Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

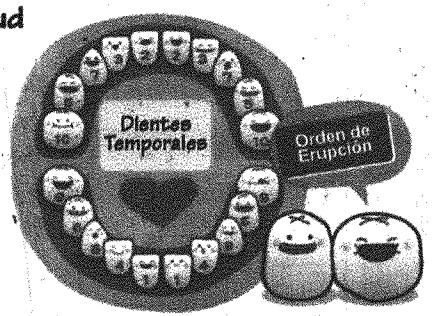


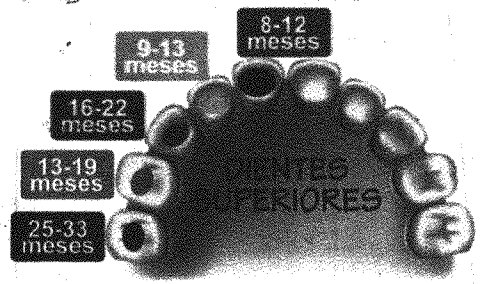
CUIDADOS PARA PREVENIR LA CARIES EN LA PRIMERA INFANCIA



Procure no dar dulces o caramelos cristalizados porque dañan el esmalte de los dientes.

La primera visita al profesional de salud Oral debe hacerse a los dos años aproximadamente.

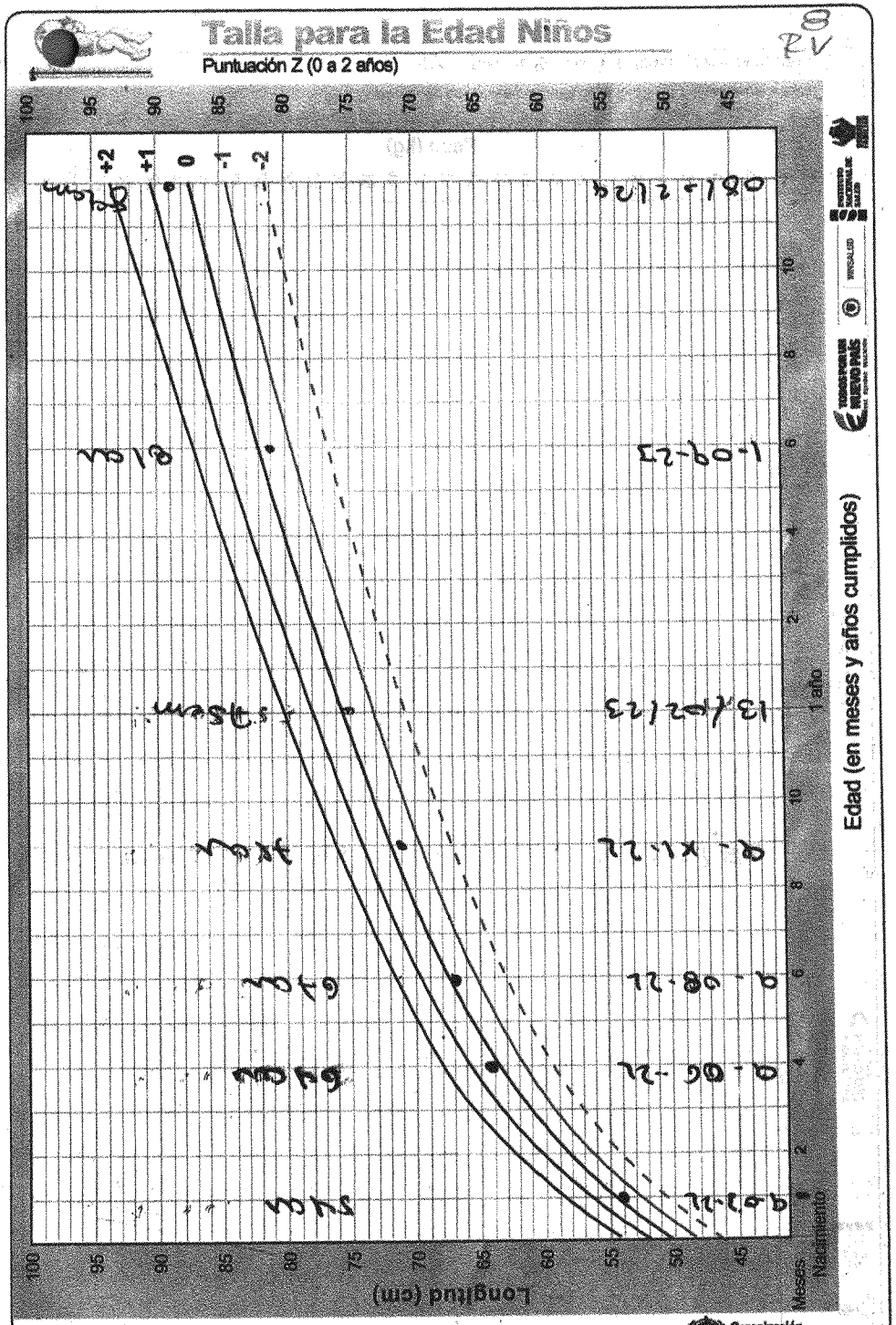




Los primeros dientes debe limpiarlos con algodón o una gasa húmeda. Cuando los dientes temporales estén completos debe enseñar al niño la forma correcta de cepillarse los dientes y el uso de la seda dental, ayudandolo hasta cuando pueda hacerlo bien.



Incisivo Central Incisivo Lateral Canino Primer Molar Primer Molar



Patrones de crecimiento infantil de la OMS Organización Mundial de la Salud

Resolución número 00002465 - Junio 14 de 2016

Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

Talla (cm)

Peso (kg)

Meses

Años

Organización Mundial de la Salud

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

17 Resolución número 00002465 - Junio 14 de 2016

IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

Edad (en meses y años cumplidos)

IMC (kg/m2)

Meses

Nacimiento

1 año

2 años

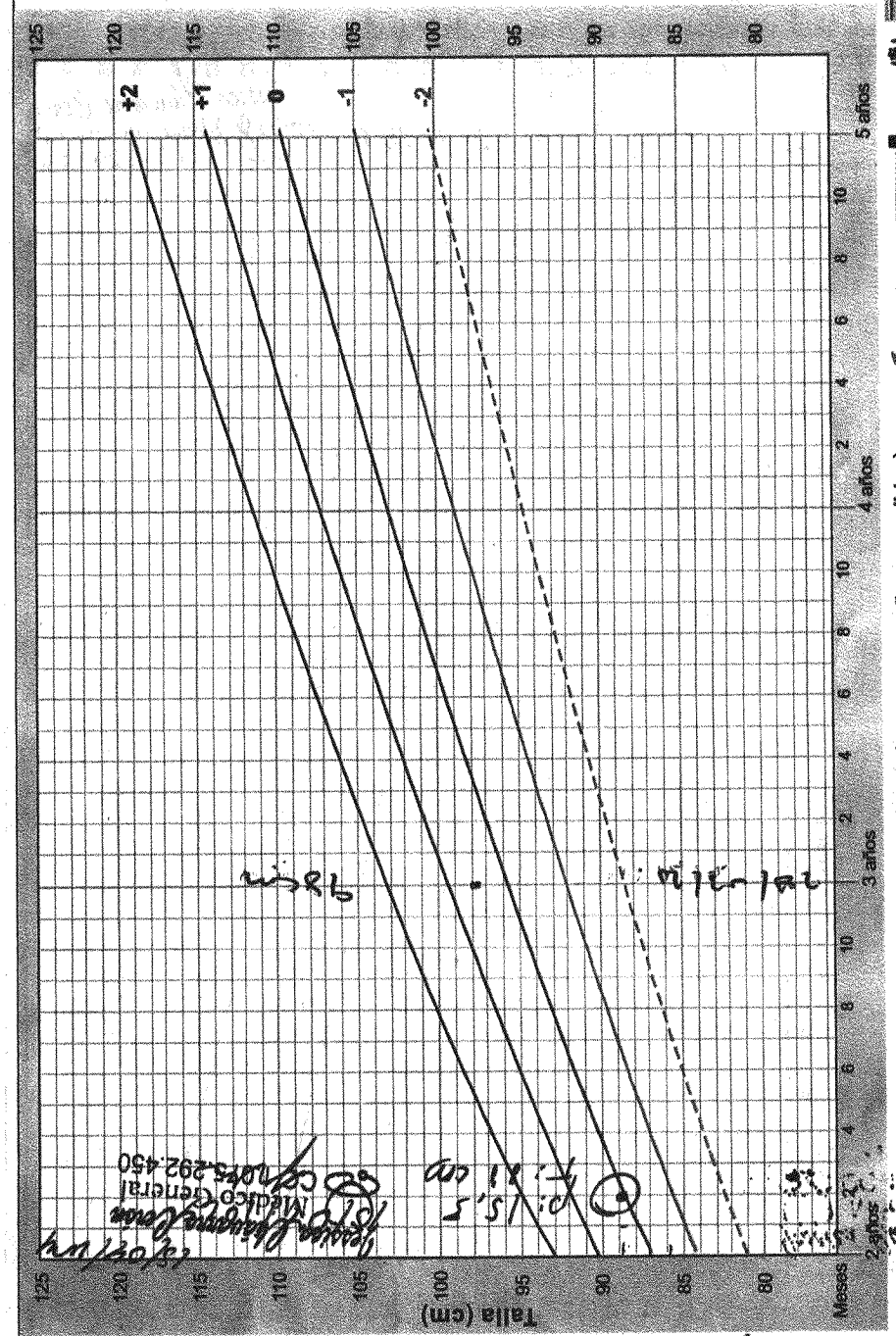
Organización Mundial de la Salud

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

16 Resolución número 00002465 - Junio 14 de 2016

Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

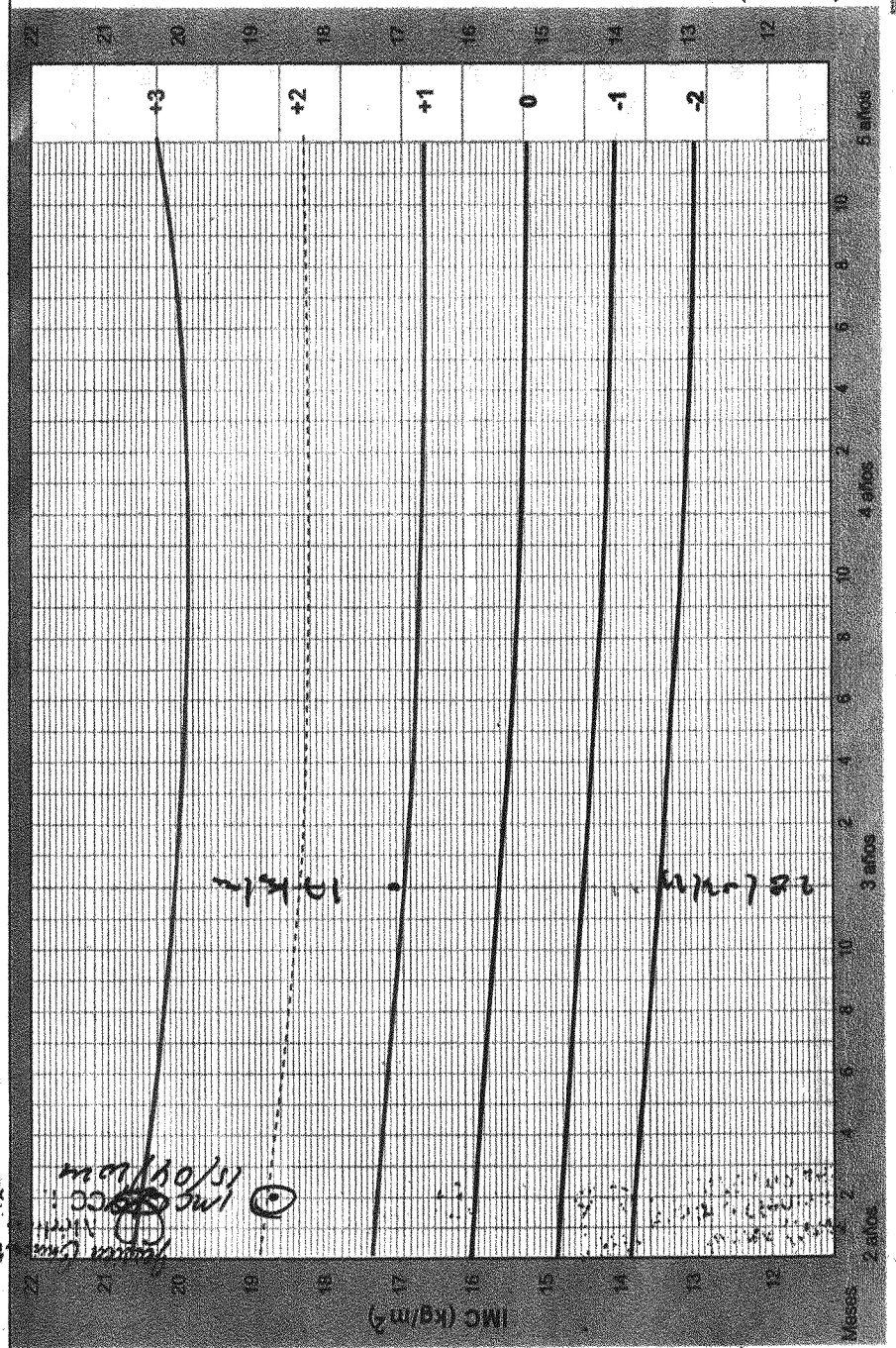


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Organización Mundial de la Salud

IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Organización Mundial de la Salud

Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (5 a 17 años)
Edad (en meses y años cumplidos)
Estatura (cm)
Meses
Años
-2
-1
0
+1
+2
Patrones de crecimiento infantil de la OMS
Organización Mundial de la Salud
Resolución número 00002465 - Junio 14 de 2016
21

Peso para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Edad (en meses y años cumplidos)
Peso (kg)
Meses
2 Años
3 Años
4 Años
5 Años
-2
-1
0
+1
+2
28/03/29
16.3 Kg
15.5
Patrones de crecimiento infantil de la OMS
Organización Mundial de la Salud
Resolución número 00002465 - Junio 14 de 2016
20

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

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

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	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	D	M	A	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A	D	M	A
4.ª entrega	D	M	A	D	M	A
5.ª entrega	D	M	A	D	M	A

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

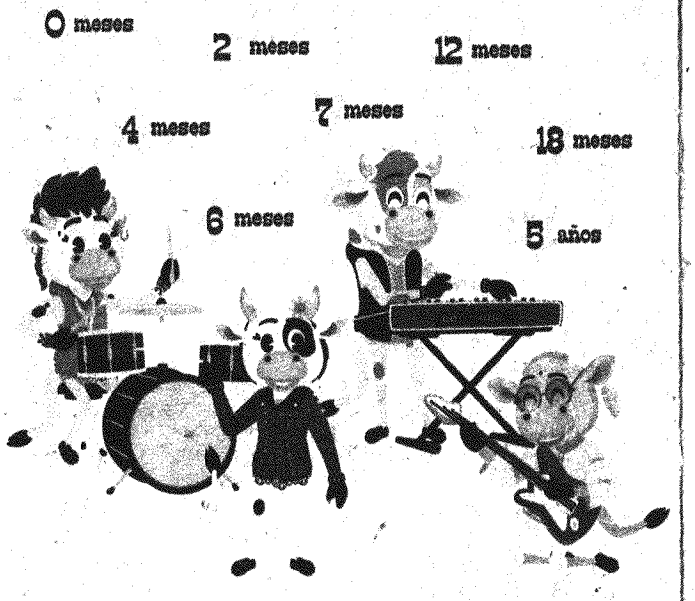
3 años	D	M	A	OI	OD
4 años	D	M	A	OI	OD
5 años	D	M	A	OI	OD

*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: Jhon Freddy Viveros Jurado

Fecha de nacimiento: 08-Feb-2022

Nº de certificado de nacido vivo: 1695978805

Registro civil: 1126460892.

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 2890 Talla: 49 39 Semana.

Dirección: V/ Alto Palmira

Teléfono 1: 321 492 58 34

Teléfono 2: 3217378753.

Responsable: Yulisa Bertila Jurado

Municipio de residencia: V/ Guamuez

Departamento: Putumayo

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: Jhon Freddy Viveros Jurado

Tipo Identificación:

No. ID: 1126460892.

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
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ NO ☐									
Recién nacido	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	08	Feb	2022	Serum	03702M0911C	ESE HSCJ				Olga Ocho
	Hepatitis B	Recién nacido	08	Feb	2022	Serum	03202K0117C	ESE HSCJ				Olga Ocho
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ NO ☐									
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	4	Mayo	22	Bilthoven	2121004	ESE HSCJ				Diego Bravo
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	4	Mayo	22	Serum	2855070380	ESE HSCJ	08 Feb 2022			Diego Bravo
	Hepatitis B	1.ª	4	Mayo	22	Serum	2855070380	ESE HSCJ				Diego Bravo
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	4	Mayo	22	Serum	2855070380	ESE HSCJ				Diego Bravo
	Diarrea por rotavirus	1.ª	4	Mayo	22	GSK	A20CC89240AB	ESE HSCJ				Diego Bravo
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	4	Mayo	22	GSK	A1PN33402AB	ESE HSCJ				Diego Bravo
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ NO ☐									
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	7	Julio	2022	Bilthoven	2121004	ESE HSCJ	4 Julio 2022			Diego Bravo
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	7	Julio	2022	Serum	2855100230	ESE HSCJ	Bam			Diego Bravo
	Hepatitis B	2.ª	7	Julio	2022	Serum	2855100230	ESE HSCJ				Diego Bravo
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	7	Julio	2022	Serum	2855100230	ESE HSCJ				Diego Bravo
	Diarrea por rotavirus	2.ª	7	Julio	2022	GSK	A2CC0041A0	ESE HSCJ				Diego Bravo
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	7	Julio	2022	GSK	A1PN33402AB	ESE HSCJ				Diego Bravo
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ NO ☐									
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	31	agos	2022	Biological	2140003	ESE HSCJ	29 Agosto 22			Solandy Erazo
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	31	agos	2022	Serum	2855100222A	ESE HSCJ				Solandy Erazo
	Hepatitis B	3.ª	31	ago	2022	Serum	2855100222A	ESE HSCJ				Solandy Erazo
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	31	agos	2022	Serum	2855100222A	ESE HSCJ				Solandy Erazo
	Influenza estacional	1.ª	31	agos	2022	Green Cross	V5002220C08	ESE HSCJ	3 oct 2022			Diana Cadena
7 meses	Influenza estacional	2.ª	4	Oct	2022	EC	V5CC2220C0F	ESE HSCJ				Diana Cadena
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	14	Febrero	2023	Serum	0131N0382A	ESE HSCJ	8 Febrero 2027			Diana Cadena
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	14	Febrero	2023	GSK	A5PN3B3902AD					Diana Cadena
	Varicela	2.ª	14	Febrero	2023	MSD	2005240892					Diana Cadena
	Hepatitis A	Única	14	Febrero	2023	MSD	W00048082					Diana Cadena
	Influenza estacional	Anual							20 Mayo 2023			Diego Bravo
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	26	Agosto	2022	Bilthoven	2210816	ESE HSCJ				Diego Bravo
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	26	Agosto	2022	Serum	2855170253C	ESE HSCJ				Diego Bravo
	Fiebre amarilla	Única	14	Febrero	2023	Sanofi	V3N21	ESE HSCJ				Diana Cadena
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo							8 Febrero 2027			
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	26	Agosto	23	Serum	0131207 1A	ESE HSCJ				Diego Bravo
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª						Busca ya las vacunas				
		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.

Firma diligenciamiento covid19
26 Agosto 23

Proxima cita 8 Febrero 2027 (5 Años)

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 La Dorada FECHA: DÍA 13 MES 5 AÑO 2025 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Jhon Freddy APELLIDOS Viveros Jurado

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1126460892

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 8 MES: 2 AÑO: 2022 EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Nueva EPS

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)

¿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:** X que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Yuliza Jurado

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

Nombres Yuliza Jurado Apellidos Caicedo

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126457972

Firma: Yuliza Jurado.

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: Eduard IB

Firma Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004768431

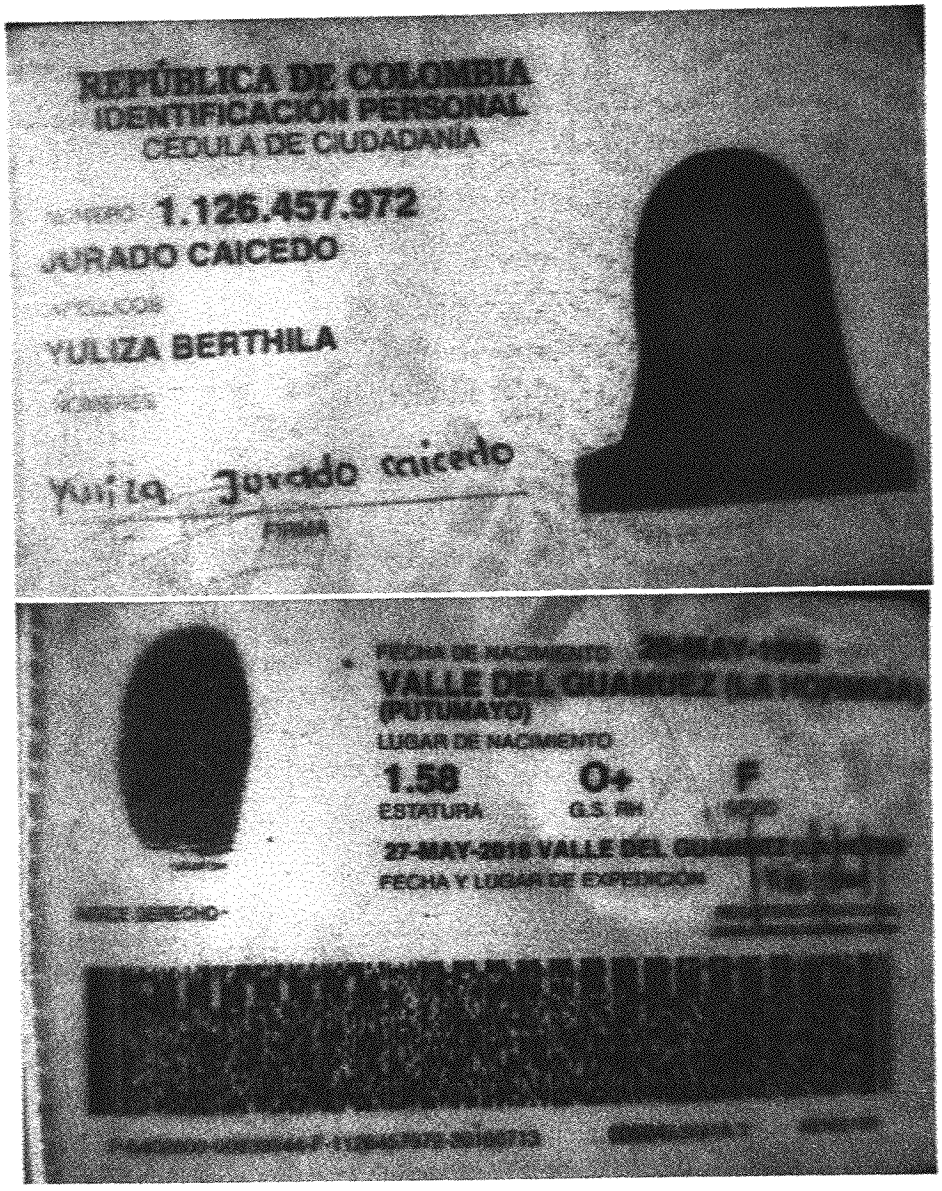
DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HPLD

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 DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.126.457.972
JURADO CAICEDO
APELLIDOS
YULIZA BERTHILA
NOMBRES

Yuliza Jurado Caicedo
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
27-MAY-2016 VALLE DEL GUAMUEZ (PUTUMAYO)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO

CONTROL DE CITAS

Este carné es un documento de identificación como usuario de los servicios del Hospital, trátelo con cuidado y no lo pierda pues su duplicado tiene un valor de $2.000

Debe ser puntual en el cumplimiento de su cita de Higiene Oral. Si no se presenta en la hora fijada perderá su turno y tendrá que sacar una nueva cita.

De la asistencia a su cita depende del éxito del tratamiento.

Si por atender a un usuario de cuidado urgente, usted sufre alguna demora en ser atendido, rogamos nos excuse.

Calidad y oportunidad en los servicios

E.S.E. **Hospital**
Sagrado Corazón de Jesús

HIGIENE ORAL



NOMBRES Y APELLIDOS: Jhenfredy Viveros

IDENTIFICACIÓN: 1122460892 | Nº. HISTORIA CLÍNICA: 118

DOMICILIO: V/ Alto Palmira

¡Una buena higiene oral para una salud total!

CP	F	S	D	PRÓXIMA CITA	PRÓXIMA CITA
✓	✓			30-10-2023	30 Abril 2024
✓	✓			19-Marzo-2025	19-Septiembre-2025
✓	✓			10-10-25	10-Abril 2026

Adriana Chaux
Higienista Oral
4110E9CE

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Yuliza Bethila Jurado C. Identificado con C.C N° 1126457972. en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Jhon Freddy Viveros Jurado o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Semillitas del Mome 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 4 Días del mes de Abril del Año 2025.

Yuliza Jurado Carcedo
Madre o Acudiente
C.C 1126457972.

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 Jhon Freddy Viveros Jurado, identificado (a) con documento de identidad número R.C. 1126462892 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Yuliza Berthila Jurado Caicedo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número C.C. 1126457972, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

La autorización comprende:

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

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

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

Los productos autorizados son originados por Fundación Alma de vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Educación Inicial Campesina.

Suscriben:

Firma: Yuliza Jurado Caicedo
Nombre: Yuliza Berthila Jurado Caicedo
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3227271126
Fecha: 4-Abril-2025
Municipio: La Dorada - San Miguel

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

16
RV

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACIÓN INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Paola Caicedo NOMBRE UCA: Semillitas del Futuro

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Jhon Freddy Viveros Jurado IDENTIFICACIO: 1126460892 FECHA DE NACIMIENTO: 8-Febrero-2022

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
7-octubre				9:00am	Usuario no asiste a la cita programada de Higiene Oral. 10-octubre Madre hace entrega de la documentación actualizada por tal razón se aperta la novedad.	Yuliza Jurado.	PAOLA CAICEDO		Maestra indaga a la madre por medio telefonico si asistio a la cita el dia 7-octubre, la cual refiere que no, ya que tuvo un percance con su moto, para ya le reprogramaron la cita para el dia 10-octubre.	Madre se compromete a llevar al niño puntualmente a la cita programada. y hacer entrega de la documentacion actualizada el dia 10-octubre.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACIÓN INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Paola Caicedo NOMBRE UCA: Semillitas del Futuro

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Jhon Freddy Viveros Jurado IDENTIFICACIO: 1126460892 FECHA DE NACIMIENTO: 8-Febrero-2022

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
14-septiembre			9:am		Usuario tiene desactualizada la atención en salud, (higiene oral)	Yuliza Jurado	Paola Caicedo	Maestra indaga el motivo del incumplimiento de la atención, la madre refiere que tuvo algunos compromisos por eso no pudo dar cumplimiento a la atención.	Maestra sensibiliza a la madre acerca de la importancia de asistir puntualmente a las citas programadas.	Madre se compromete a solicitar cita nuevamente el día 24-Septiembre.
24-sept				2:pm	Maestra recuerda el compromiso de solicitar la cita para higiene oral.	Yuliza Jurado	Paola Caicedo	Maestra indaga si solicito la cita, la madre refiere que se la asignaron para el 7-octubre.		Madre se compromete a asistir puntualmente a la cita asignada y a entregar la documentación actualizada el día 10-octubre

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACIÓN INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Paola Caicedo NOMBRE UCA: Semillitas del futuro

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Jhan Freddy Viveros Jurado IDENTIFICACIO: 1126460892 FECHA DE NACIMIENTO: 8-02-2022

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
10-Junio	X		X		Usuario no asiste al encuentro comunitario	Yuliza Jurado C.	Paola CAICEDO	Madre informa por medio telefonico que no asistirá al encuentro porque se encuentran de viaje. y regresará el 11-Junio	Maestra se acerca al hogar del usuario, el día 11-Junio y verifica que el estado de salud del niño es bueno se cierra la novedad.	informar a la maestra sobre el estado de salud del niño y asistir al Proximo encuentro
17-Junio					Usuario asiste al encuentro en compañia de su madre en excelentes condiciones de salud, por tal motivo se cierra la novedad.	Yuliza Jurado	PAOLA CAICEDO		Maestra sensibiliza a la madre acerca de la importancia de asistir a los encuentros comunitarios	Madre se compromete a asistir puntualmente a los encuentros comunitarios

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACIÓN INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Paola Caicedo NOMBRE UCA: Semillitas del Futuro

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Jhon Freddy Viveros Jurado IDENTIFICACIO: 1.126460.892 FECHA DE NACIMIENTO: 08-02-2022

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
4-Abril-2025	Y				Usuario no cuenta con la vacuna de la influenta estacional anual.	Yulieth Jurado	PAOLA CAICEDO	Maestra indaga el motivo por el cual no cuenta con la vacuna, la madre refiere que en ese momento no estaba disponible el biológico y la pierde por la edad	Maestra sensibiliza a la madre sobre la importancia de vacunar a tiempo al niño	Madre se compromete a seguir cumpliendo con las atenciones en salud.
4-Abril-2025	x				Usuario asiste al 1er encuentro comunitario con su madre.	Yulieth Jurado	PAOLA CAICEDO	Maestra recalca la importancia de acompañar al niño en su proceso de desarrollo integral	Maestra felicita a la madre por su puntualidad y responsabilidad	Madre se compromete a seguir asistiendo puntualmente a los encuentros

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO de cero a Siempre

Ciudad La Dorada - San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Jhon Freddy Viveros Jurado

Fecha de nacimiento 8 02 2022 **N° Documento de Identidad** 1126460892

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 4 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Paola Caicedo

Fecha de registro cualitativo 7 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

Jhon Freddy se encuentra en el nivel de desarrollo esperado por realizar actividades propias al rango de edad en el que se encuentra.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Paola Caicedo

Fecha de registro cualitativo 9 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

Jhon Fredy realiza actividades acordes a su edad tales como: Acompañar con gestos corporales y faciales las canciones o rondas, sabe el nombe de algunos de sus compañeros. lo cual indica que su desarrollo es adecuado.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

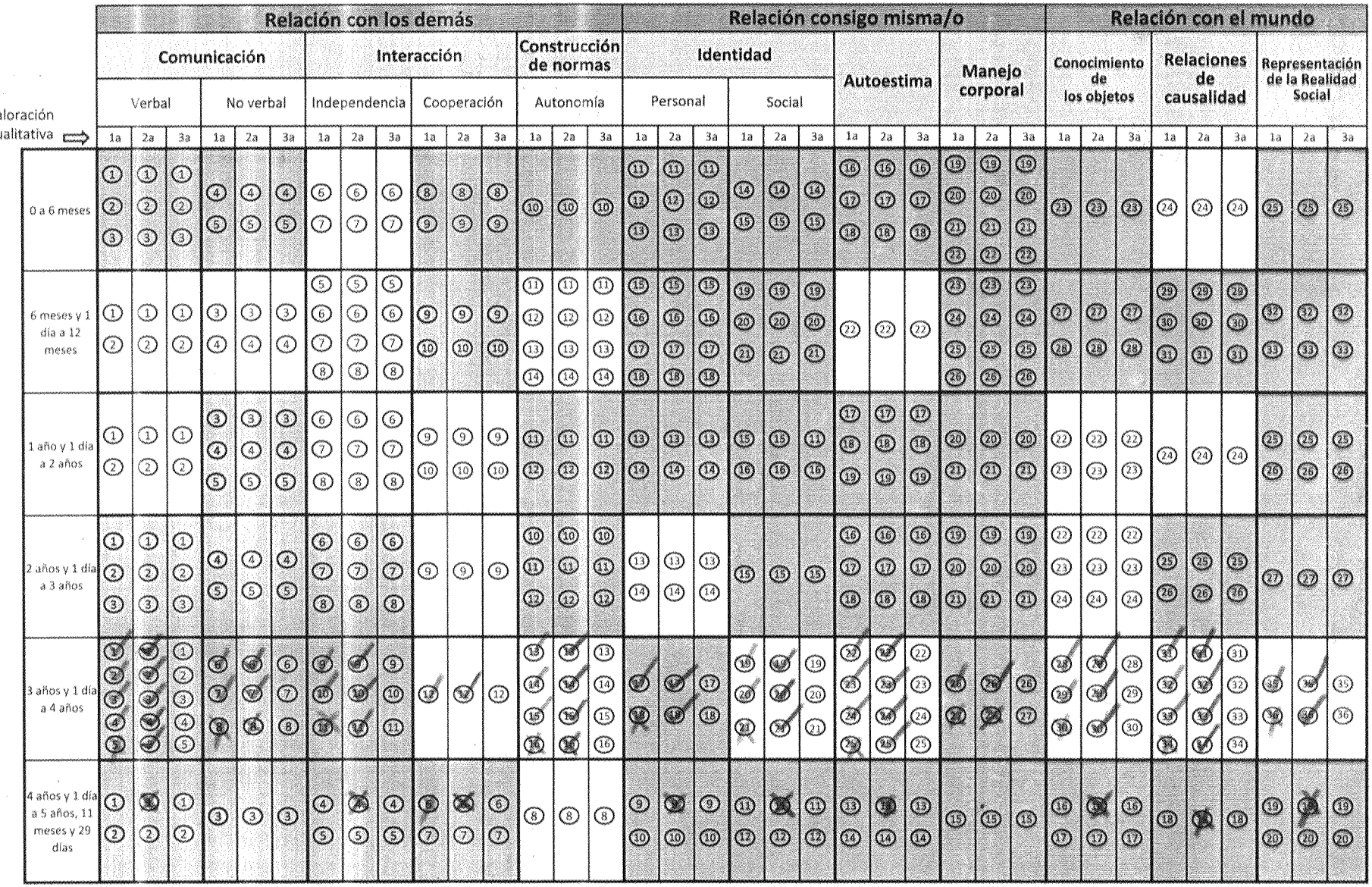
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

Jhon T