LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con fotografía del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras).
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar _X_ en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización) ___SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7) ___Pertenecientes a Res UNIDOS ___Pertenecientes a Familias en Acción ___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición ___Remitidos por SNBF ___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado) ___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.) ___Niños y niñas con discapacidad. ___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión. ___Población migrante en condición de vulnerabilidad. ___Activos en ruta de reincorporación.
5	Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente: (ADRESS)
6	Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo).
6	Copia del carnet de vacunación.
7	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
8	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
9	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
10	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
11	Fotocopia de un recibo de servicios públicos domiciliarios cuando sea necesario (aplica para zona urbana y en zona rural solo si se cuenta con servicios públicos)
12	Certificado de asistencia a consulta de salud bucal (Niños y niñas mayores de 6 meses)
13	Certificado del examen de agudeza visual (Niños y niñas mayores de 4 años)
14	Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años)
15	Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal.
16	Formato de veracidad de la información ficha de caracterización.
17	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
18	Formato de autorización uso de imágenes.
19	Planilla seguimiento nutricional
20	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
21	Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa,

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



FECHA SOLICITUD CUPO: 25-03-2025 **FECHA INGRESO:** 1-4-25

UDS: Querubines 1 **MUNICIPIO:** San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Madelyn Celeste Chiran Arteaga

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1030084347

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 13-03-2024 **EDAD:** 1 Año **MUNICIPIO:** Mocoa.

DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** Colombia. **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: Y/Mesas del sabalito. **ESTRATO:** NA **¿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: Mallamas **SUBSIDIADO:** X **CONTRIBUTIVO:**

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X **DIAGNOSTICO:** ____

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: ____

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: ____

TIENE SISBEN: SI: __ NO: __ PUNTAJE: NA **DESPLAZADO:** SI: __ NO: X

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: ____ NO: X **RED UNIDOS:** SI: ____ NO: X

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: X NO: __ CUAL: Sol de los pastos.

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jhonatan Ferney Chiran Aza.

No. IDENTIFICACION: 1006789243 **DIRECCION RESIDENCIA:** Sabalito.

CELULAR: 3178132829 **E.P.S:** Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller **PROFESIÓN:** Agricultor

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yacni Nayeli Arteaga Narvaez.

No. IDENTIFICACION: 1006789727 **DIRECCION RESIDENCIA:** Sabalito

CELULAR: 3178132829 **E.P.S:** Emssana

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller **PROFESIÓN:** Ama de casa

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: ____

NUMERO IDENTIFICACION: ____ **CELULAR:** ____

DIRECCION: ____ **PARENTESCO:** ____

Nayeli Arteaga
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Nardi G.
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

Adhesivo Copia Registro Civil
36303378-8

5956999777

NUIP 1030084347

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59569977

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de	Código	A	H	E
X									

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

COLOMBIA - PUTUMAYO - MOCOA MOCOA-H REGIONAL J M H **********

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CHIRAN **********	ARTEAGA **********

Nombre(s)

MADELYNE CELESTE **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes MAR Día 13	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - PUTUMAYO - MOCOA **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	24033410896837 ******

Datos de 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

ARTEAGA NARVAEZ YACNI NAYELI **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1006789121 **********	COLOMBIA ********

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

Apellidos y nombres completos

CHIRAN AZA JHONATAN FERNEY **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1006789243 **********	COLOMBIA ********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CHIRAN AZA JHONATAN FERNEY **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1006789243 **********	

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 2024 Mes MAR Día 19	MARIA CAMILA CRUZ MEJIA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	MARIA CAMILA CRUZ MEJIA Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:TOMO 2; FOLIO 33;19/03/2024

NÚMERO DE PREPARACIÓN 1154482332

4

Registro Civil de Nacimiento

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

HUELLAS PLANTARES

PIE IZQUIERDO	PIE DERECHO



HUELLAS DIGITALES

INDICE DERECHO	Imposibilidad física de capturar la huella
INDICE IZQUIERDO	Imposibilidad física de capturar la huella

Yacni Nayeli

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	1030084347
NOMBRES	MADELYNE CELESTE
APELLIDOS	CHIRAN ARTEAGA
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	14/03/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/12/2025 08:37:02	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 07/05/2025

Ficha: 867576741052800011043

A5

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MADELYNE CELESTE

Apellidos: CHIRAN ARTEAGA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1030084347

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/11/2024

Última actualización ciudadano: 18/11/2024

Última actualización via registros administrativos:

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

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...Sanos



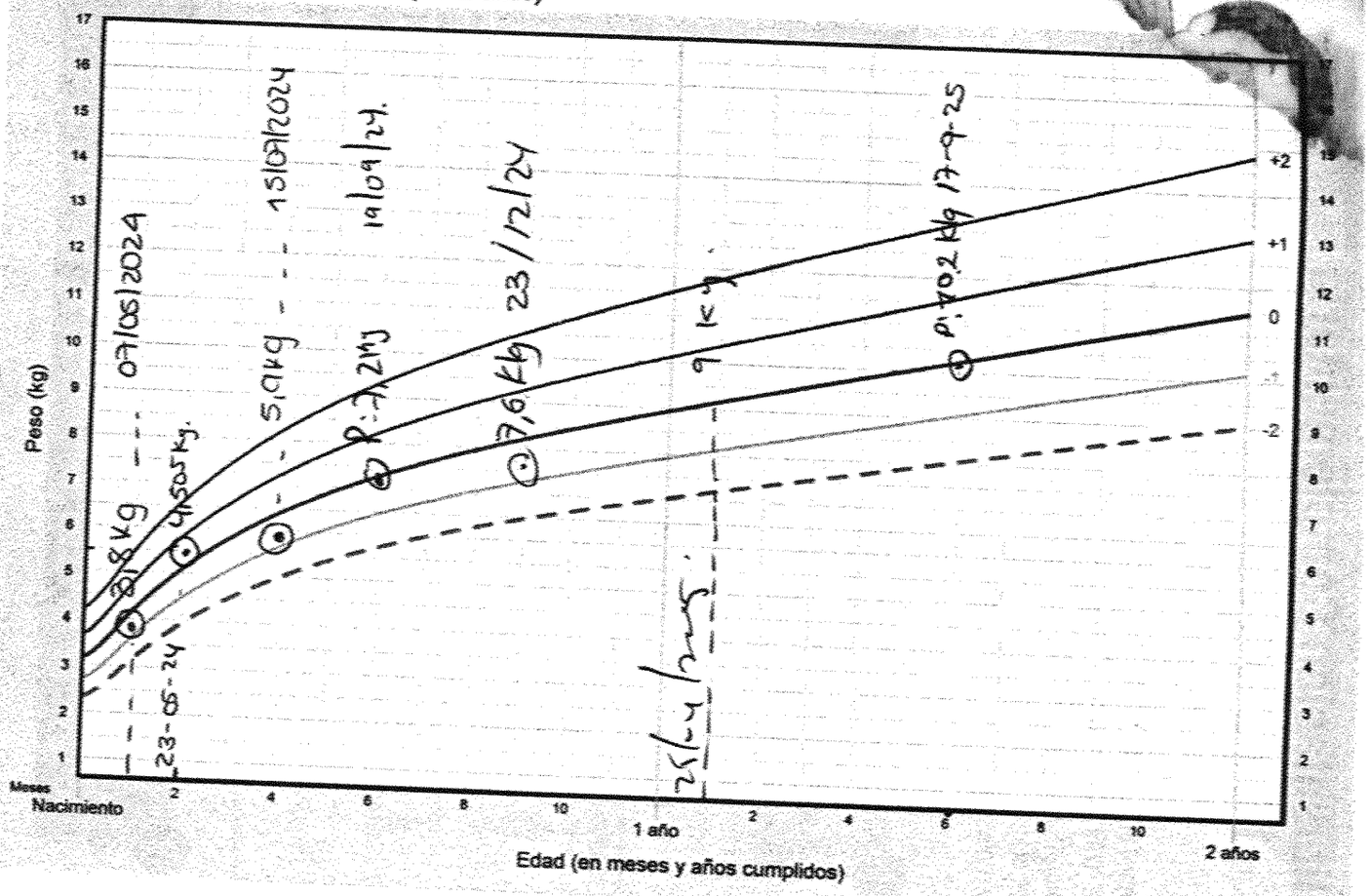
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Madelyne Celeste	Apellidos: Chiran Arteaga
Fecha de nacimiento: 13 (DÍA) | 03 (MES) | 2024 (AÑO)	Historia Clínica: 1030084347
Barrio/Vereda: V/ Sabalito	Responsable del niño: Nayeli Arteaga
Teléfono: 317 813 2829.	EPS: Mallamas

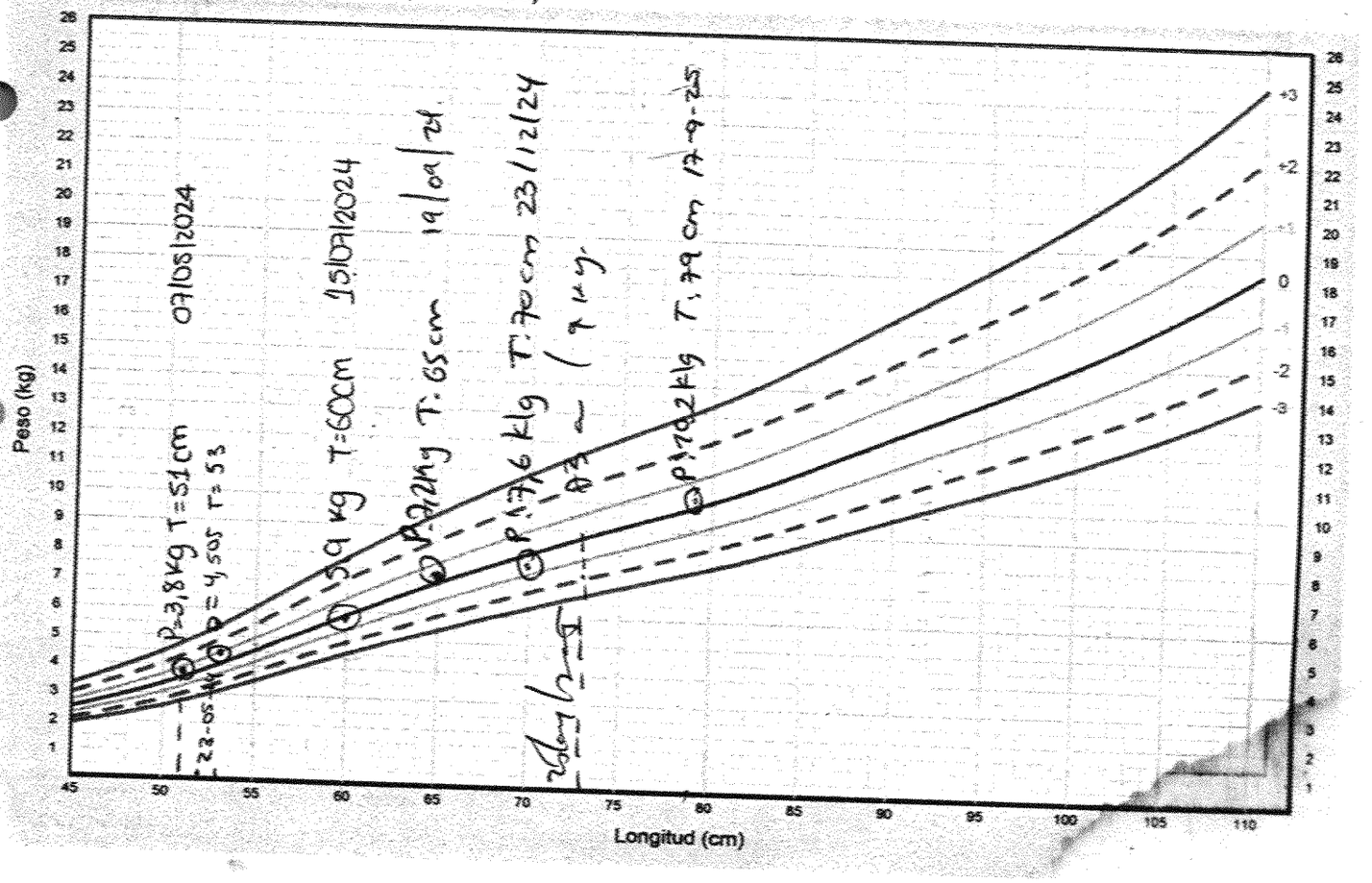
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



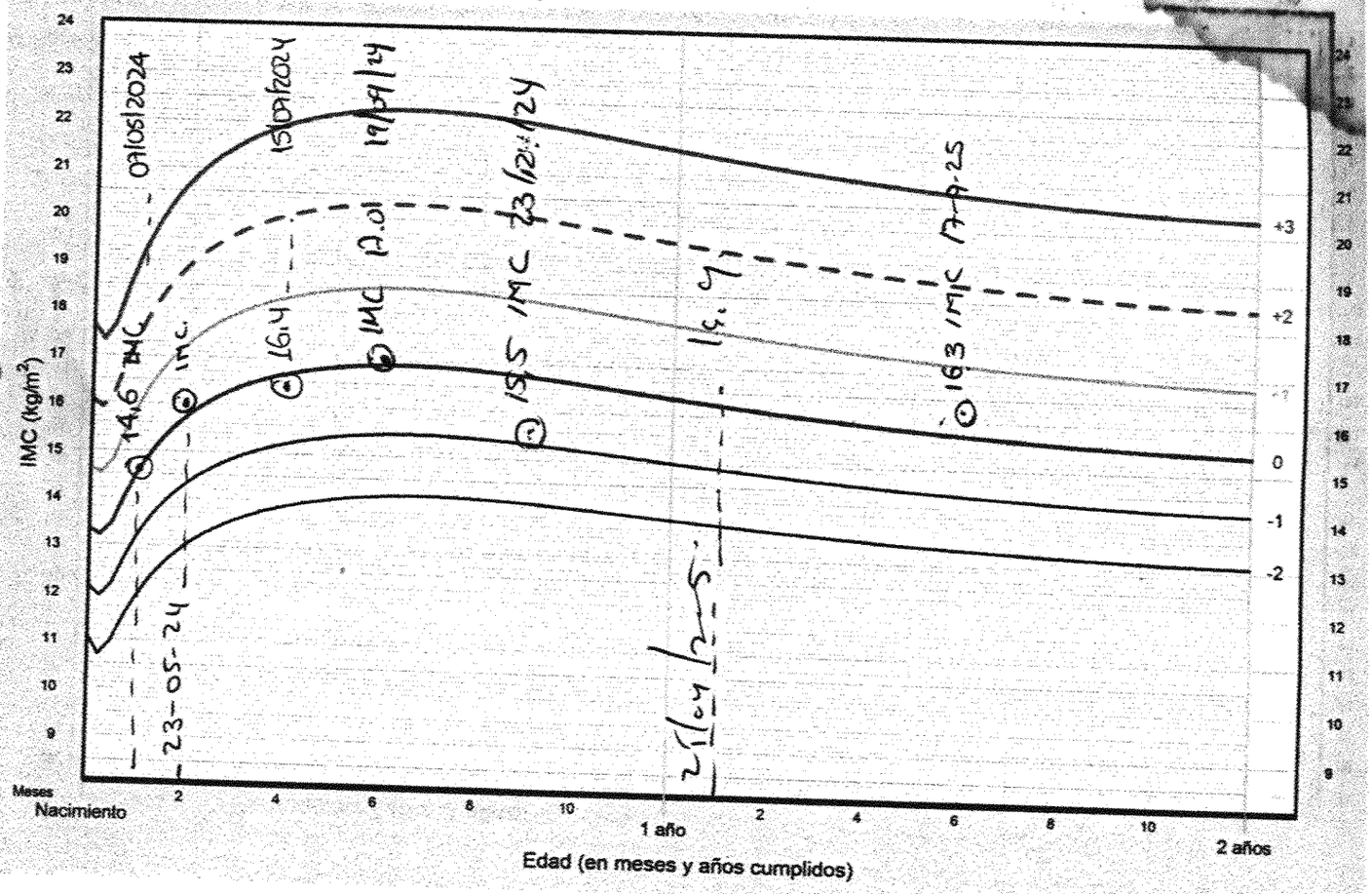
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



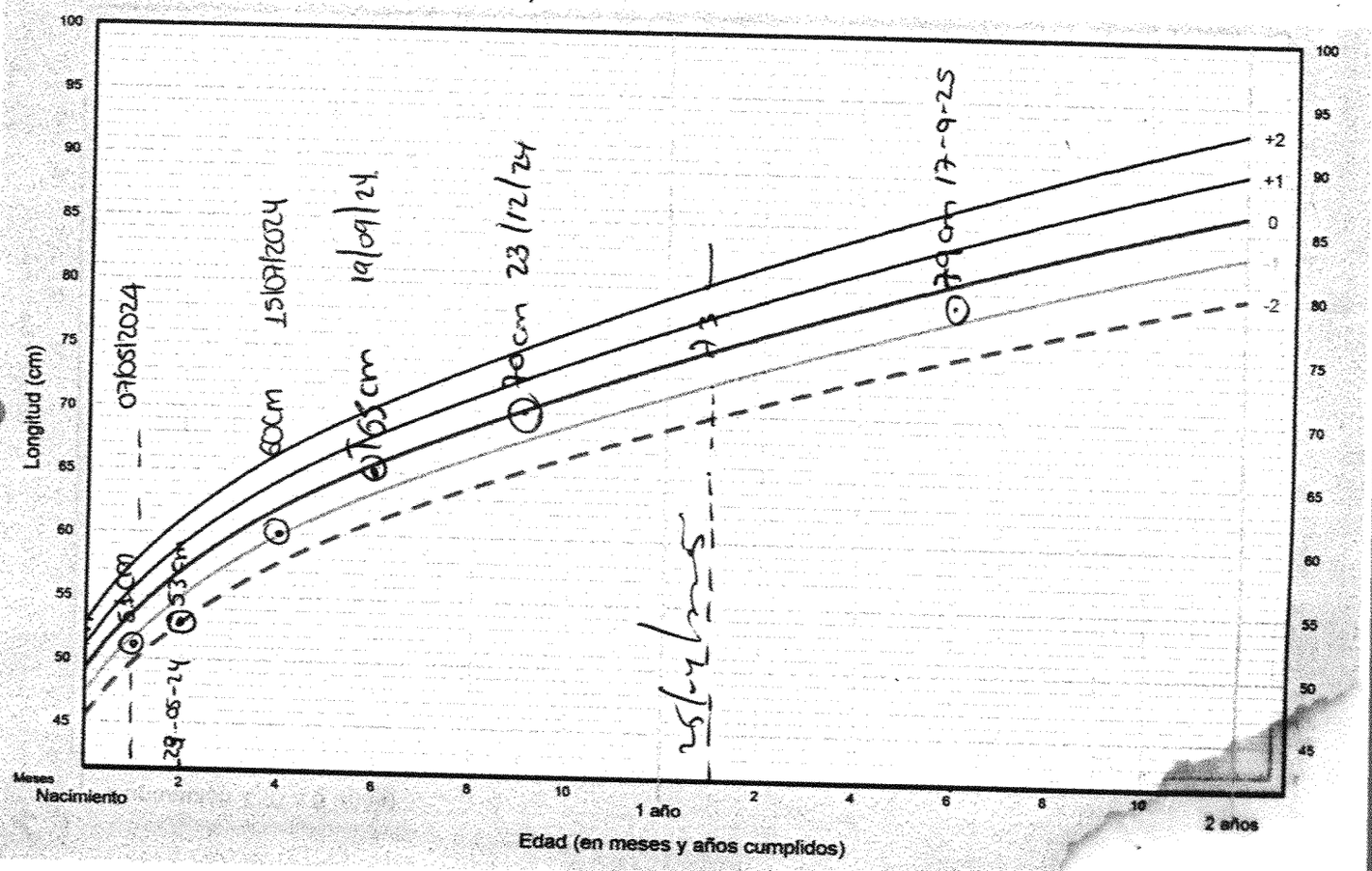
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



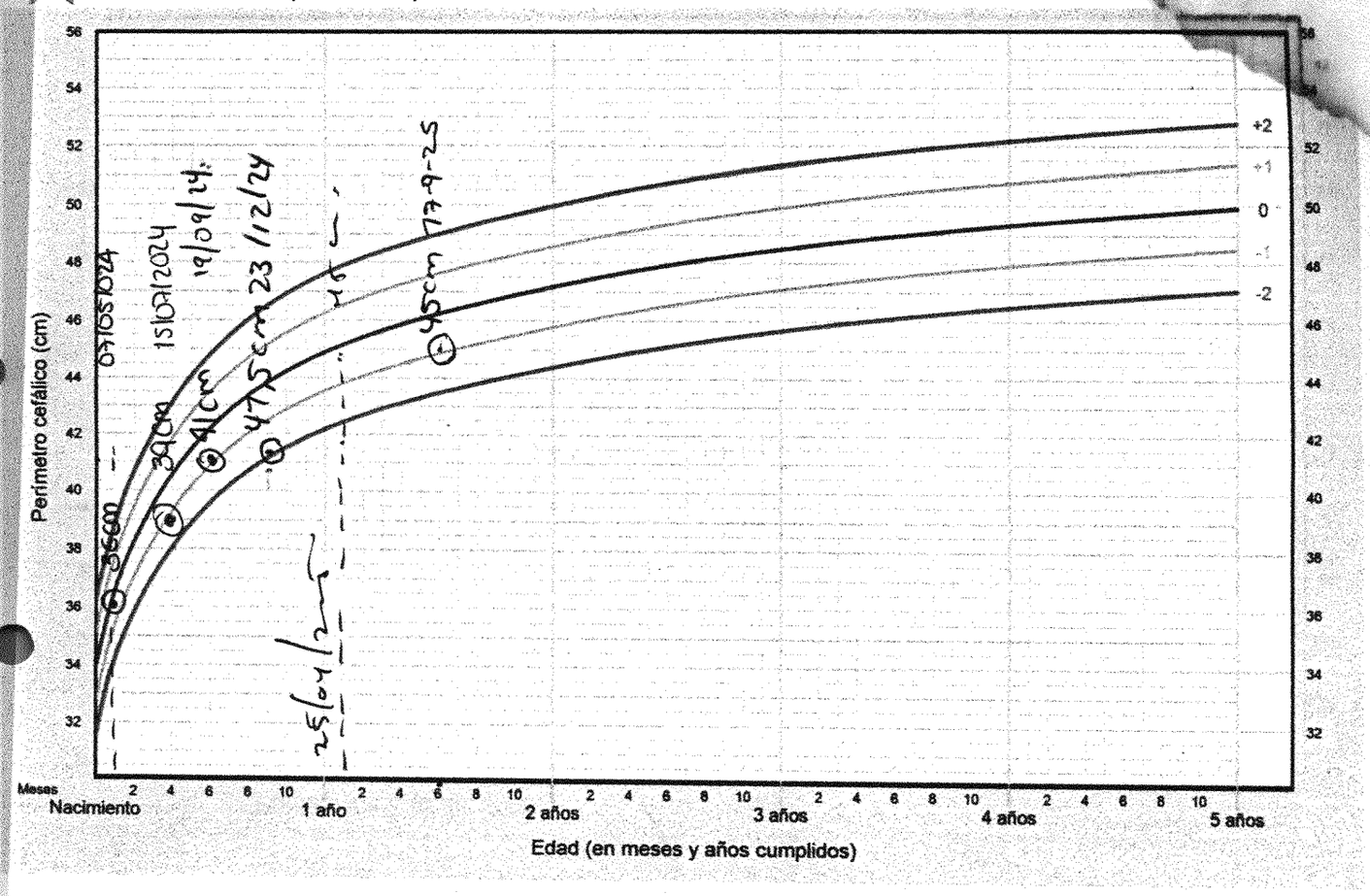
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



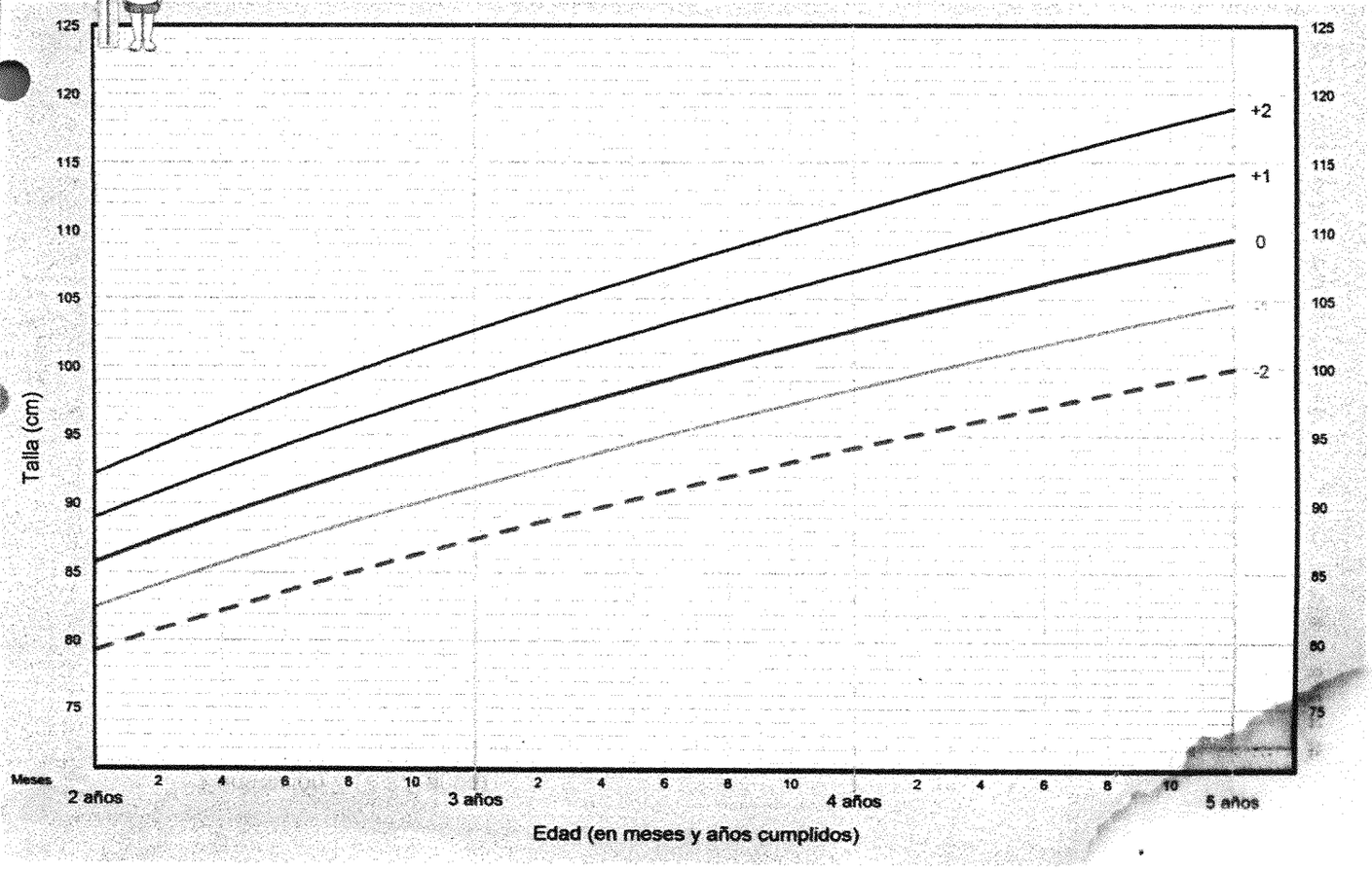
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
13	Mayo	2024	Enfermería	✓	
13	Julio	2024	Medico	✓	
19	Septiembre	2024	Enfermería	✓	
23	diciembre	2024	Enferme	Sin Milena C.	
13	Marzo	2025	Medico		X
25	04	2025	Md	✓	
17	09	2025	Enfer	Sin Milena C	
13	03	2026	Medico	Cita	

Paola López Enfermera Registro 1083926718

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
01/06/2024	3.8 kg	51 cm	36 cm	13 cm	14,6	13/05/2024	MGFdo
23/05/2024.	4.3 kg	53 cm	36 cm	12 cm	16.	13/07/24	Raul Ruiz
15/07/2024	5.9 kg	60 cm.	39cm	15 cm	16,4	16/09/24.	Paola López Enfermera Registro 1083926718
19/09/24	7,2 kg	65cm	41 cm	16 cm	17.0	13/12/24	Milena C.
23/12/2024	7.6 kg	70	41,5	14	15,5	13/03/2025	Milena C.
25/04/25		73	46	15	16,9	15/07/25	
17-09-2025	10.2	79	45	14	16,3	13-03-2026	Milena C.

77
elv

Vacunar Oportunamente con todas las dosis a tus hijos, **Garantiza la Protección** frente a enfermedades como:

Tuberculosis meningea, **H**epatitis B, **P**oliomielitis, **M**eningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus Influenzae tipo B, **D**ifteria, **T**osferina, **T**étanos, **D**iarrea por rotavirus; **N**eumonía, **O**titis, **M**eningitis bacteriemia causada por Neumococo, **E**nfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, **S**arampión, **R**ubéola, **P**arotiditis, **V**aricela, **H**epatitis A, **F**iebre Amarilla y **V**irus del Papiloma Humano.



Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

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)

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años			
4 años			
5 años			

	SI*	NO*	
	SI*	NO*	
	SI*	NO*	

*Menor o igual a 20 normal

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

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

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración Nutricional			Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla			
Al mes								
2 a 3 meses								
4 a 5 meses								
6 a 8 meses								
9 a 11 meses								
12 a 17 meses								
18 a 23 meses								
24 a 29 meses								
3 años								
4 años								
5 años								

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ESE HOSPITAL I.M.H
PROGRAMA . PAI
MOCOA





Carné de Vacunación





Nombres y Apellidos: Arteaga Narvaez
Madelyne Celeste

RC | TI | OTRO — Tipo de Documento: 1030084347 — No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 13 | Mai | 2024

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: O+

Peso al nacer: 2050 Talla: 46

Dirección: V/ Sabalito

Teléfono 1: 316 820 3896

Teléfono 2: 317 8132829

Responsable: Yuleni Nayeli Arteaga Narvaez

Municipio de residencia: Sanmiguel

Departamento: Putumayo.

Nombres y Apellidos: 3223493718 Jenifer

Tipo de Indentificación _____ No. ID: _____

	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio		Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién Nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	26	MAY	2024	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ Serum	0	3 7 3 N 6 0 4 7	ESE HOSPITAL J.M.H		MOCOA		Rosa Vasquez
	Hepatitis B	Recién nacido	14	MAY	2024	Serum	0	3 2 3 Q 8 0 5 F	PROGRAMA PAI MOCOA		MOCOA		Rosa Vasquez
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	15	05	2024	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ Biological	2	2 3 3 0 0 5					
	Pentavalente Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	15	05	2024	Serum	2	8 5 2 X 0 1 4 B	E.S.E H.F.L.D				Sady Martinez
	Pentavalente Hepatitis B	1ª	15	05	2024	Serum	2	8 5 2 X 0 1 4 B					
	Pentavalente Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	15	05	2024	Serum	2	8 5 2 X 0 1 4 B					
	Diarrea por rotavirus	1ª	15	05	2024	GSK	A	E 0 L 0 7 5 0 A					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	15	05	2024	Pfizer	F	4 4 9 2 5					
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª	15	07	2024	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ Biolog	2	2 3 9 0 0 1					
	Pentavalente Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	15	07	2024	Serum	2	8 5 2 X 0 1 4 B	E.S.E H.F.L.D	CITA: 15-JULIO 2024.			Yenifer Cabezas
	Pentavalente Hepatitis B	2ª	15	07	2024	Serum	2	8 5 2 X 0 1 4 B					
	Pentavalente Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	15	07	2024	Serum	2	8 5 2 X 0 1 4 B					
	Diarrea por rotavirus	2ª	15	07	2024	GSK	A	E 0 L 0 8 3 8 A					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	15	07	2024	Pfizer	F	4 4 9 2 5					
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª	19	09	24	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ Biologicals	2	2 3 9 0 0 3		Cita: 15-Sept 2024.			Jenifer Cabezas
	Pentavalente Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	19	09	24	Serum	2	8 5 2 4 0 1 1 D	E.S.E H.F.L.D				
	Pentavalente Hepatitis B	3ª	19	09	24	Serum	2	8 5 2 4 0 1 1 D					
	Pentavalente Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	19	09	24	Serum	2	8 5 2 4 0 1 1 D					
	Influenza estacional	1ª	17	06	25	Seqirus	P	0 0 0 7 9 2 7 9 4	H.F.L.D				Keily Jimenez
7 meses	Influenza estacional	2ª	18	07	25	Seqirus	P	1 0 0 7 9 2 7 9 4	H.F.L.D				Keily Jimenez
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	18	03	25	Serum	0	1 3 2 N 0 7 4 A		Cita: 19-marzo 2025.			Yenifer Cabezas
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	18	03	25	Pfizer	H	1 5 2 7 7	E.S.E H.F.L.D				
	Varicela	1ª	18	03	25	MERCK	4	0 1 5 4 3 7					
	Hepatitis A	Única	18	03	25	MSD	1	0 2 2 0 7 0 4 5					
	*Influenza estacional	Anual							H.F.L.D				
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	16	Sep	25	Biologicals	2	7 2 3 0 0 3	H.F.L.D	Cita: 19-Septiembre 2025. Cita: 5-AÑOS CUMPLIDOS.			Isabel Arco
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo	17	sep	25	Serum	2	8 5 7 X 0 1 3 E	H.F.L.D				Yenifer C. Isabel Arco
	**Fiebre Amarilla	Única	18	03	25.	Fiocruz	2	3 1 V 7 C 0 0 S7	H.F.L.D				
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	17	Sep	25	Serum	0	1 3 3 N 1 1 9 B	H.F.L.D				
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo											
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo											
	Varicela	Refuerzo											
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª											
		2ª											
		3ª											
Sin rango de edad	Covid-19	1ª											
		2ª											
		1er Refuerzo											
		2do Refuerzo											
Vacunas complementarias y otras dosis													

*De acuerdo al antecedente de primovacunación **A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

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

Medicamento: Palivizumab. **Hijo de:** Yacni Nayeli Arteaga.

Nombres y Apellidos: Madelyne Celeste Chiran Arteaga

Número de identificación: 1006789211 **Fecha de nacimiento:** 13/03/24

Nombre de acudiente: Madre Yacni Arteaga. **Número de contacto:** 3168203896

Institución: UCI neonatal mecasalud.

Dósis	Fecha	Peso (g)	Lote / Fecha VTO	Responsable	Próxima aplicación
1	19/03/24	1805.	399083	[illegible]	19/04/24
2	19/03/24	2785	394481	[illegible]	19/05/24.
3	21-05-24	4425	Lote 399083 FV: 05-2025	[illegible]	21-06-24.
4	12.07-24.	5.820gr	407292 07-26	[illegible]	12.08-24.
5					

13

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 - La Dorada FECHA: DÍA 6 MES 05 AÑO 2025 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Modelyn celeste APELLIDOS Chiran Arteaga

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 7030084347

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 13 MES: 03 AÑO: 2024 EDAD: 2. años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas.

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 hace vacunar 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 Ninguna Dosis 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: Nayeli Arteaga Narvaez

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

Nombres Yacni Nayei Apellidos Arteaga Narvaez.

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 7000789727

Firma: Nayeli Arteaga.

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: Isabel Arias Frayo

Firma Isabel Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004695938

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): TIFUO

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 1.006.789.121
ARTEAGA NARVAEZ
APELLIDOS
YACNI NAYELI
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-JUL-2002
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
29-JUL-2020 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO

P-6401800-01154145-F-1006789121-20200827 0071570900A 1 53568367

15



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.006.769.243
CHIRAN AZA

APELLIDOS
JHONATAN FERNEY

NOMBRES

Jhonatan Chiran
FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 08-FEB-2002
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.77 B+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
09-MAR-2020 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1900103-01139737-M-1006769243-20200603 0078773443A 1 3324944

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

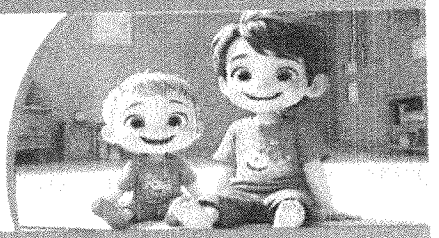
Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS — **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 848.002.389-9

Mi prioridad es tu salud...



Nombres y Apellidos: Madeline Celeste Chiran Arteaga.
Doc. de Identidad: 1030084347
EPS: Mallamas
Teléfono: 3178132829
Domicilio: V/ Sabalito.

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general					10-24								
		Atención en salud por enfermería Valentina Gutierrez Torrijo													
		Atención en salud por Odontología Odontologa T.P. 1004358490													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor	LILIANA [illegible] CORDOBA AUX. EN SALUD ORAL REG. B600498-2018						06-06-2023 06-12-2025						
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Yacni Nayeli Arteaga N Identificado con C.C N° 1006789121 en calidad de: padre o madre (Madre), del niño o niña: Madelyn celeste chiran A o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Querubines 1, me comprometo a cumplir con los siguientes lineamientos:

1. Llevar personalmente o enviar con un adulto responsable debidamente autorizado, al niño o niña al encuentro en el horario establecido.
2. En caso de inasistencia, se debe diligenciar una excusa por una justa causa, dirigida a la maestra responsable de la unidad con anticipación.
3. En caso de que el usuario tenga cita o control médico, informar con anticipación a la maestra responsable para su registro.
4. Cuando el usuario vaya a llegar tarde al encuentro por una justa causa informar oportunamente a la maestra.
5. Participar y colaborar en todas las actividades programadas por la unidad comunitaria de atención, y el servicio ofrecido por el ICBF y la Fundación Alma de vida, pues estas son con el objetivo de mejorar la atención del niño o niña y sus familias.
6. Cuando tenga alguna queja, reclamo o sugerencia, seguir el CONDUCTO REGULAR: Maestra, Psicosocial o Auxiliar de enfermería, coordinador, Fundación e ICBF, teniendo en cuenta:
   - ✓ Hacerlo en el momento en el que ocurra el motivo o causa de la queja, reclamo o sugerencia.
   - ✓ Hacerlo con respeto, buenos modales y fines constructivos, que contribuyan al mejoramiento del servicio que ofrece a unidad de atención.
   - ✓ Tratarlo sólo en unidad, con la persona que corresponda de acuerdo al Conducto Regular y nunca hacer comentarios dañinos en la calle.
   - ✓ También se puede hacer a través del Buzón de Sugerencias.
7. Revisar los complementos nutricionales en el momento de entrega por parte de la maestra y reportar inmediatamente si se presenta novedades.

Se firma en San Miguel, a los 4 Días del mes de Abril del Año 2025.

Nayeli Arteaga
Madre o Acudiente
C.C 1006789121

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PARTICIPACIÓN	F10.MO6.PP	21/05/2019
		Versión 4	Página 1 de 2

Yo, Yacni Nayeli Arteaga N., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006789121, obrando en calidad de:

Padre		Madre	✓	Cuidador	

De la niña, niño o adolescente, Madelyn Celeste Chiran Arteaga, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI___, CE___, número 1038[illegible]84347, manifiesto que:

Sí	✓	No	

AUTORIZO a la niña, niño o adolescente a participar en la oferta de la Dirección de Niñez y Adolescencia
Con la suscripción de este permiso manifiesto que me informaron que, durante la participación, en la oferta de la Dirección de Niñez y Adolescencia se:

1. Captarán, tomarán, almacenarán y editarán imágenes personales o fotografías de los participantes
2. Realizarán videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
3. Divulgarán y publicarán las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

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

Suscriben:

Firma: Nayeli Arteaga
Nombre: Yacni Nayeli Arteaga N.
Calidad - Titular: X Representante legal: ___
Teléfono de contacto: 3178132829
Fecha: 4-4-2025
Municipio: San Miguel

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 Madelyn celeste Chiran Arteaga, identificado (a) con documento de identidad número 1030084343 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos		Otros datos personales	✓

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Yaeni Nayeli Arteaga Narvaez quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006789121, 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 Fundacion Mana 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 E.L.C.

Suscriben:

Firma: Nayeli Arteaga
Nombre: Yaeni Nayeli Arteaga Narvaez
Calidad - Titular: x Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3178132829
Fecha: 4-4-2025
Municipio: 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.

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

Autorización	Fotos		Audios		Videos		Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

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

Suscriben:

Firma: Yadira Gomez
Nombre: Yadira Paola Gomez M.
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3156958542
Fecha: _____
Municipio: _____

COPIA NO CONTROLADA

20
2/V

Ciudad Dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Madeline Celeste Chiran Arteaga

Fecha de nacimiento 13 03 2024 **N° Documento de Identidad** 1030084347

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Nardi Garcia

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

La niña se encuentra dentro del perfil esperado teniendo en cuenta que comple con los items Fundamentales que se encuentran dentro de su rango de edad.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Nardi García

Fecha de registro cualitativo 8 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

La niña realiza las actividades de desplazamiento, y juego acorde a la edad, coordinando sus movimientos de motricidad y coordinación, en actividades cotidianas.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

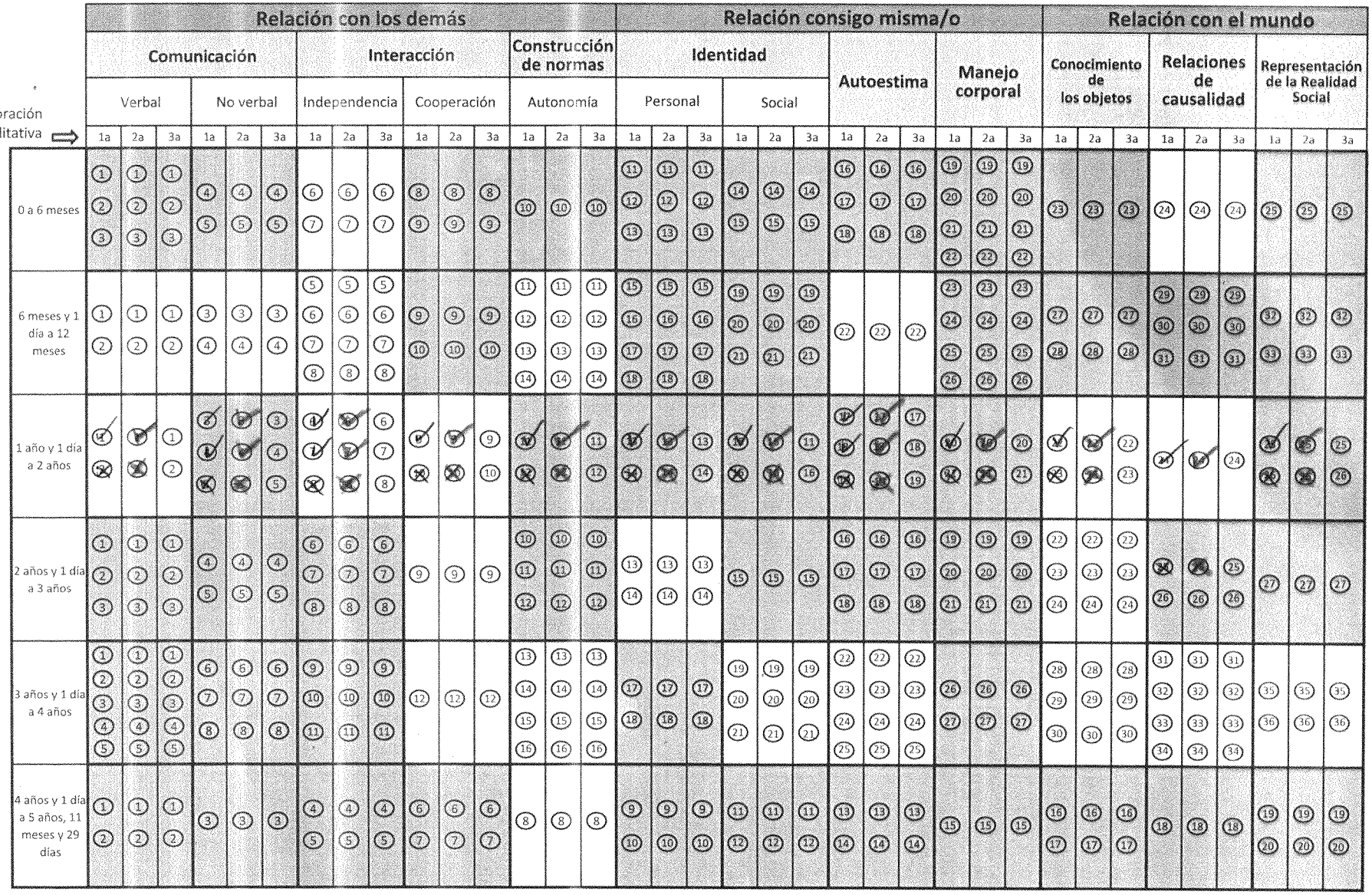
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

27 R/V

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Nordi. Garcia castillo NOMBRE UCA: Querobines 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Madelyne celeste chiran. A IDENTIFICACIO: 13-03-2021 FECHA DE NACIMIENTO: 1030084347

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					
6-5-25	x			x	Se dialogo con la madre para pedirle copia del carnet de vacunas de la parte primera donde estan registrados los datos de la madre de la niña, ya se lo entrego el registro de la aplicacion de las vacunas.	Nayeli Arteaga	Nordi Garcia	se llama a la madre para recordarle de las copias que se deben entregar para la carpeta.	visitar a la madre para recordarle del compromiso el dia del encuentro en el hogar. la madre manifesta que ya le llevara el proximo encuentro el carnet de vacunas.	La madre se compromete a llevar la copia. la madre ya entrego copia del carnet de vacunas al dia.
					ya esta completo el carnet de vacunas. Ya esta completa la copia del carnet de vacunas. Damaris. ya entrego la copia del carnet pendiente.	Nayeli Arteaga	Nayeli	ya esta completa la copia del carnet de vacunas esta al dia y completa en la carpeta.	novedad esta semana.	la novedad se firmara. ya que la papeleria esta compita.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Nardi Goreda. NOMBRE UCA: Querubines 2.

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Madeline celeste IDENTIFICACIO: 1030080347 FECHA DE NACIMIENTO: 13-03-2024

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					
15-09-25	x			x	se llama a la madre para recordarle entregar copias para la carpeta del control a/ dia la madre manifiesta que el control por agendamiento de citas tiene cita para el dia 17-09-2025.	Nayeli Arteaga.	Nardi Goreda	La agente educativa orienta a la madre para que no falte al hospital por el control.		La madre se compromete a llevar la niña al control y entregar las copias apenas las tenga.
16-9-25	x			x	La madre llega a la unidad en horas de la mañana a pedir permiso ya que tiene cita para ella. al medico.	Nayeli Arteaga	Nardi G.	Se oriento a la madre para que este en los encuentros con el niño y portocedeados.		La madre dice que tiene q llevar la niña por que es no hay quien la cuide. y q estara pendiente para el proximo encuentro.