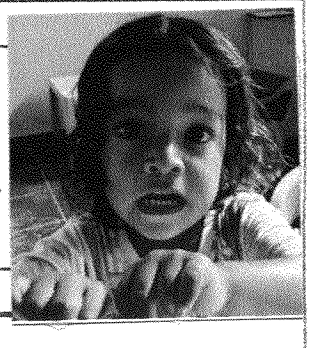
LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

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: 26-03-2025 **FECHA INGRESO:** 1-4-25

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Harol David Jimenez Arteaga

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1122344762

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? _____

FECHA NACIMIENTO: 10-01-2023 **EDAD:** 2 AÑ-2M **MUNICIPIO:** Puerto Asis

DEPARTAMENTO: Putomayo **PAIS:** Colombia **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: V/ Mesas del sabalito **ESTRATO:** N A **¿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: _____

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

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

TIENE SISBEN: SI: __ NO: X PUNTAJE: _____ **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: Jesus David Jimenez

No. IDENTIFICACION: 76821406 **DIRECCION RESIDENCIA:** Sabalito-

CELULAR: 3160856927 **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: Leiny Yeraldin Arteaga Narvaez

No. IDENTIFICACION: 1122341464 **DIRECCION RESIDENCIA:** Sabalito

CELULAR: 3160856997 **E.P.S:** Mallamas

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:** _____

Leiny Yeraldin Arteaga
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Nayi Garcia
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 2874810

NUIP 1.122.344.162

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
JIMENEZ ARTEAGA HAROLD DAVID

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	3	Mes	E	N	E	Día	1	0	MASCULINO	O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	3	Mes	E	N	E	Día	1	7	0063693422

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
ARTEAGA NARVAEZ LEYNI YERALDIN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.341.464	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
JIMENEZ JESUS DAVID

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.082.104.060	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
JIMENEZ JESUS DAVID

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.082.104.060

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) — Código: X 6 Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2023 Mes ENE Día 17

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
30948556-1

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL
CABILDO INDÍGENA SOL DE LOS PASTOS
"MOJÓN SAN MIGUEL LA FRONTERA"

EL SUSCRITO GOBERNADOR DEL CABILDO INDÍGENA SOL DE LOS PASTOS "MOJÓN SAN MIGUEL LA FRONTERA", EN USO DE SUS ATRIBUCIONES LEGALES QUE LE OTORGA LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1991, LEY 89 DE 1890, LEY 21 DE 1993, CONVENIOS NACIONALES E INTERNACIONALES, Y DEMÁS DISPOSICIONES VIGENTES.

HACE CONSTAR:

Que **HAROL DAVIDJIMENEZ ARTEAGA** identificada con RC.. N.º 1122344162 se encuentra afiliado y está registrado en el censo poblacional del cabildo SOL DE LOS PASTOS "MOJÓN SAN MIGUEL LA FRONTERA" de San Miguel, Putumayo.

Esta constancia se expide a favor de la interesada para el PROGRAMA DEL ICBF-MODALIDAD FAMILIAR

En constancia, se firma en La Dorada, San Miguel, Putumayo, a los veintiseis (26) días del mes de Abril de 2024.

ANDERSON DANIEL RAMIREZ GRANILLO
C.C. N.º 1.080.056.052 PASTO (NARIÑO)
CABILDO SOL DE LOS PASTOS
"MOJÓN SAN MIGUEL LA FRONTERA"
GOBERNADOR

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	1122344162
NOMBRES	HAROLD DAVID
APELLIDOS	JIMENEZ 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	11/01/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/12/2025 08:38:38	**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.

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



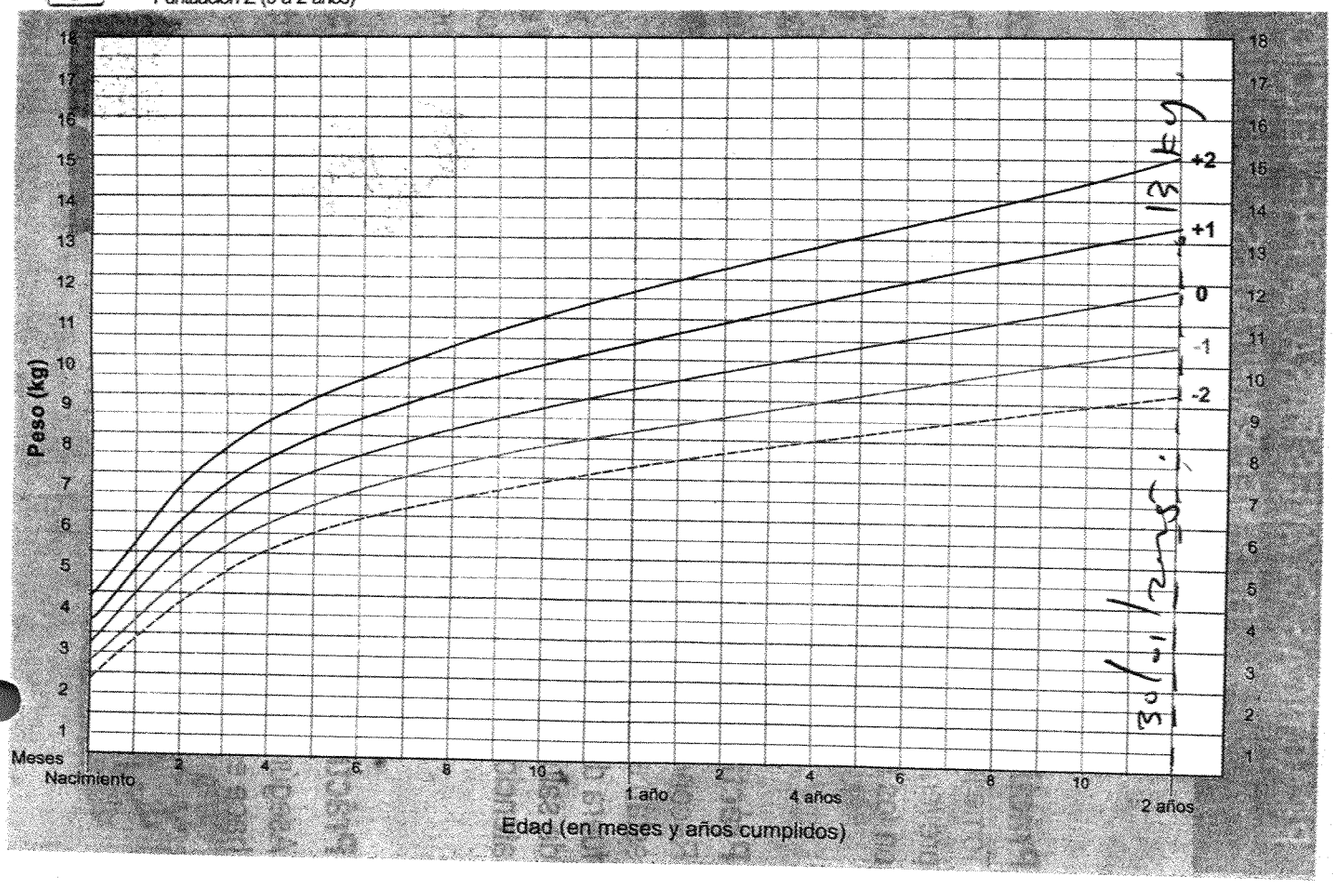
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: HAROLD DAVID	Apellidos: JIMENEZ ARTEAGA
Fecha de nacimiento: 10 DIA | 01 MES | 2023 AÑO	Historia Clínica: 1122544162
Barrio/Vereda: VI SABALITO	Responsable del niño: LEYNI ARTEAGA
Teléfono:	EPS: ILS

Peso para la Edad Niños

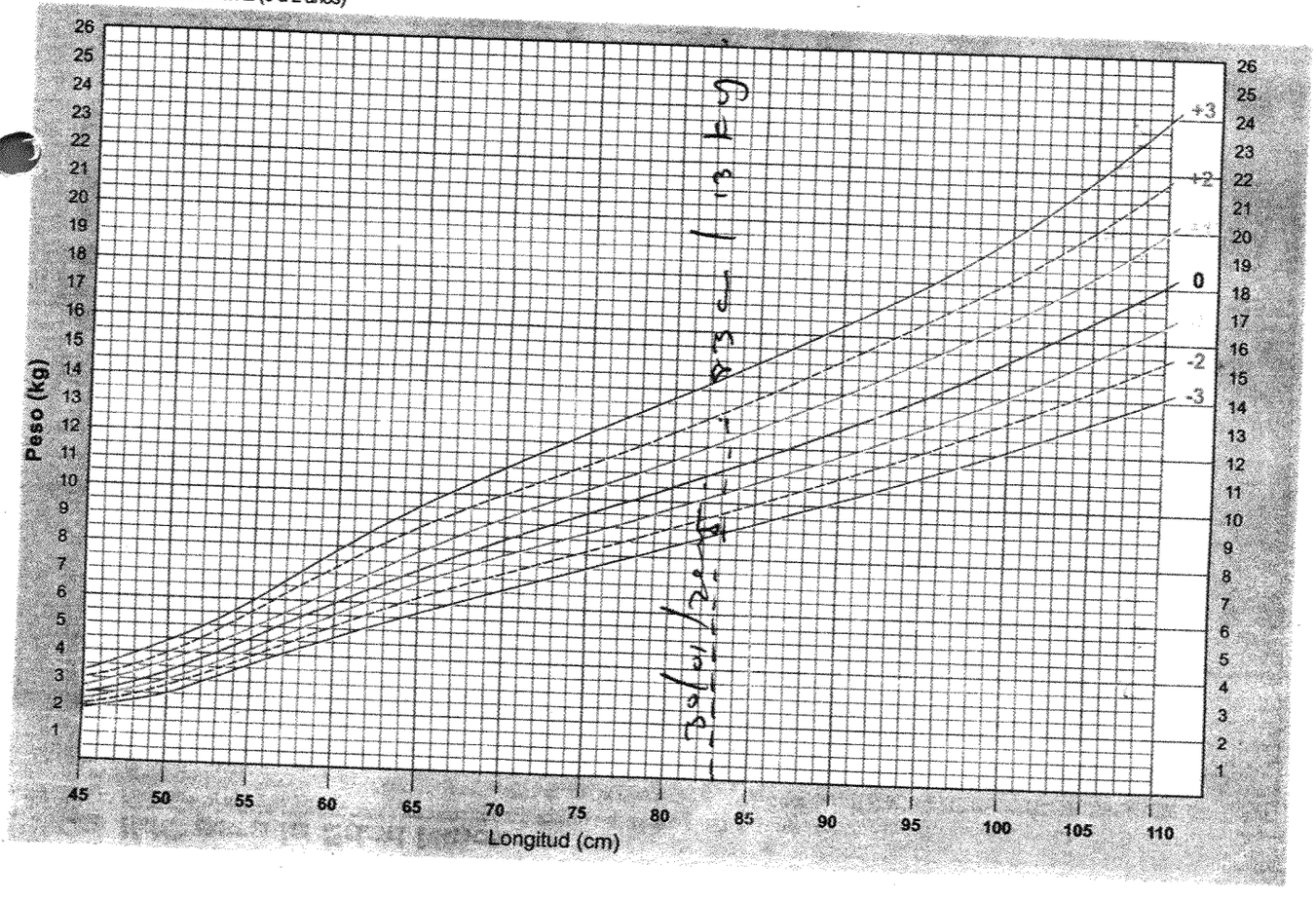
Puntuación Z (0 a 2 años)



20

Peso para la Talla Niños

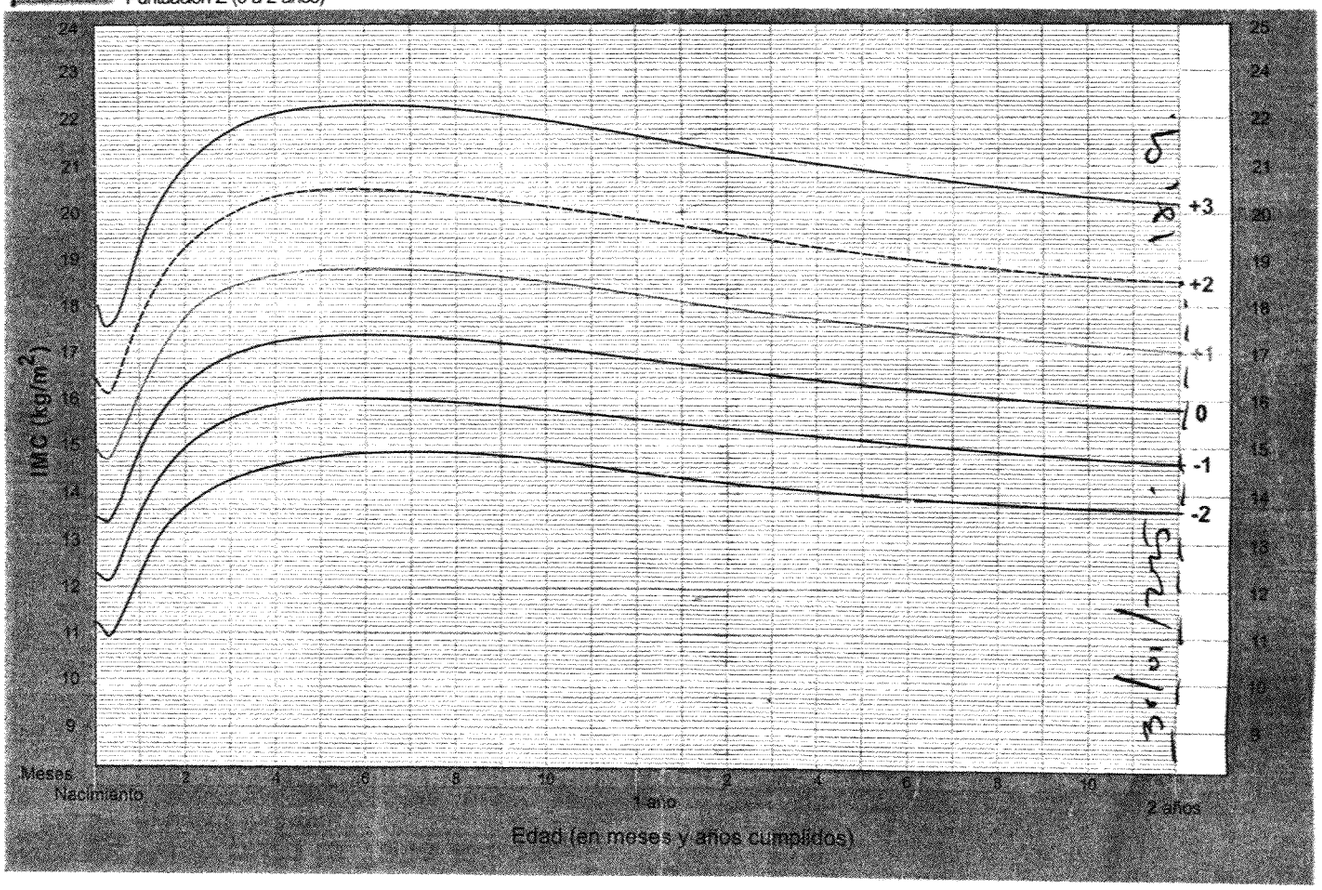
Puntuación Z (0 a 2 años)



21

IMC para la Edad Niños

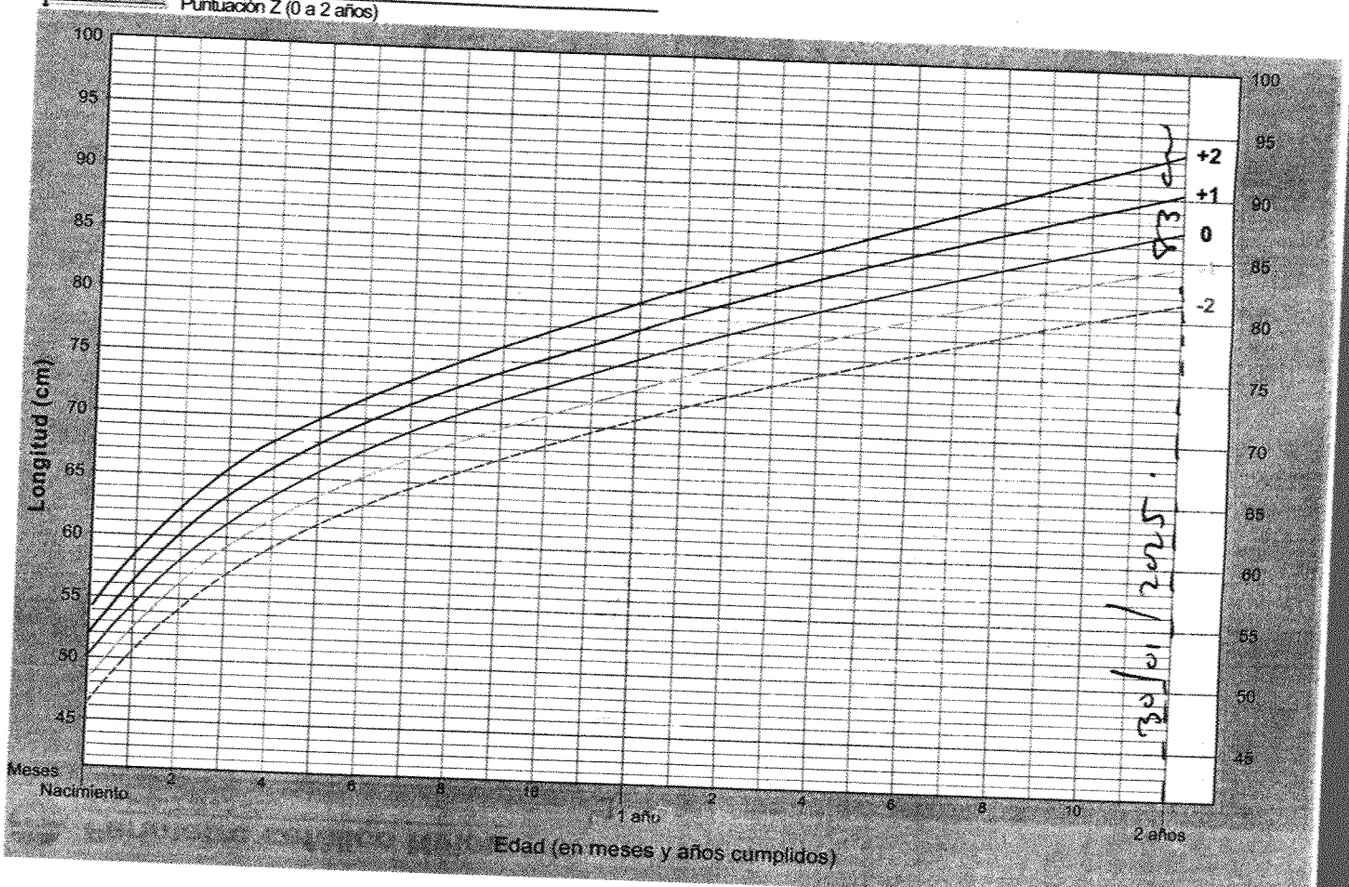
Puntuación Z (0 a 2 años)



(22)

Talla para la Edad Niños

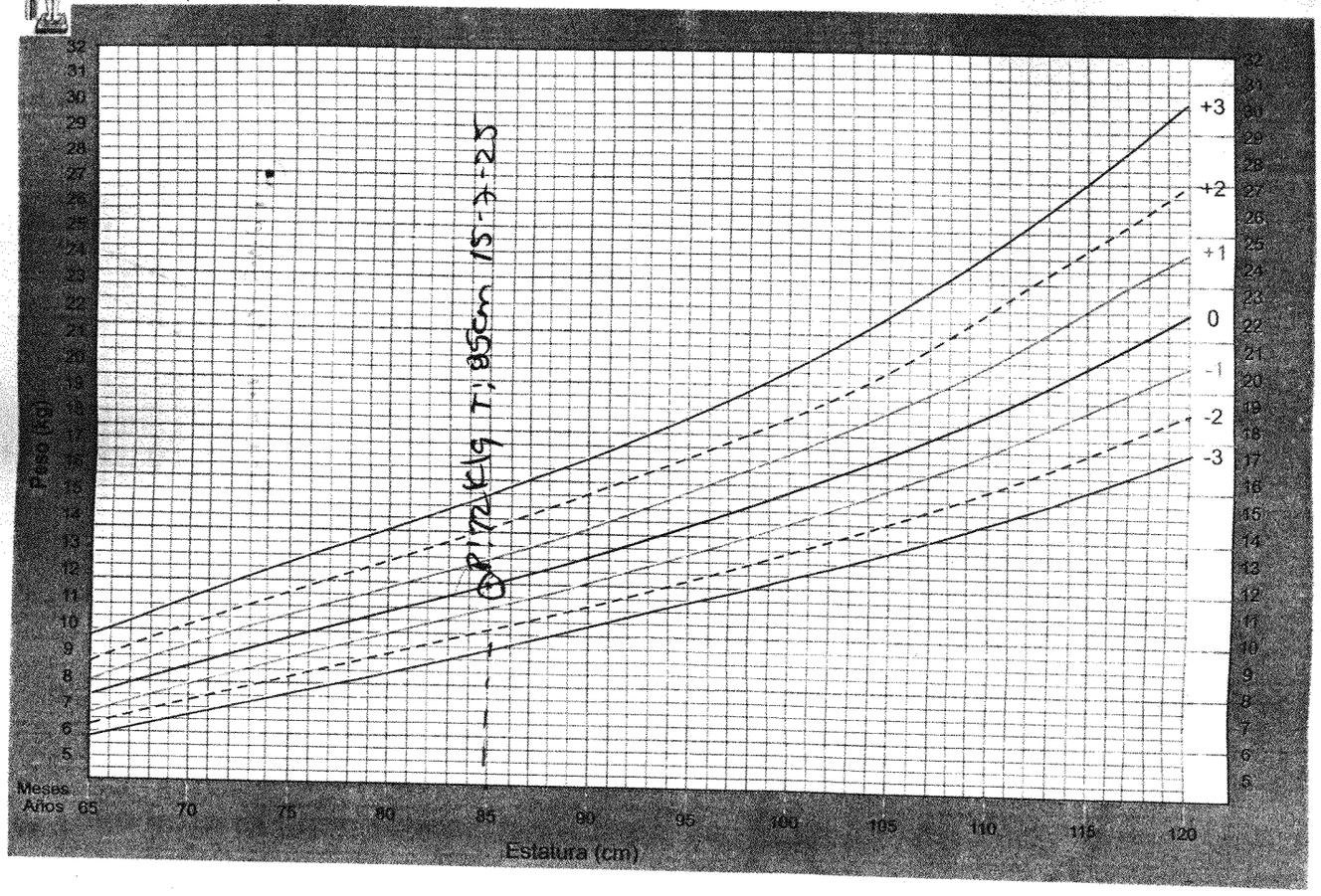
Puntuación Z (0 a 2 años)



(23)

Peso para la Talla Niños

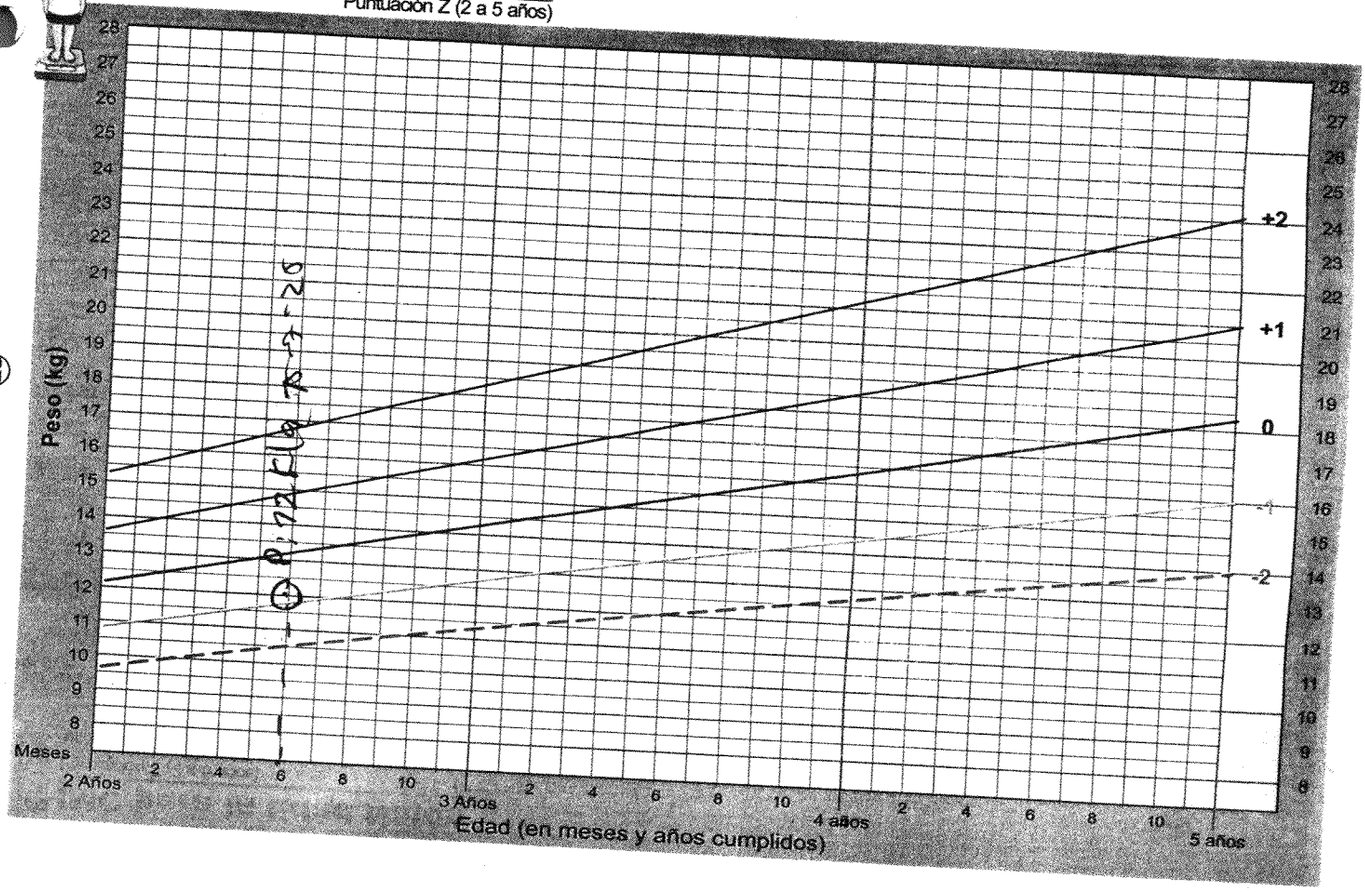
Puntuación Z (2 a 5 años)



(26)

Peso para la Edad Niños

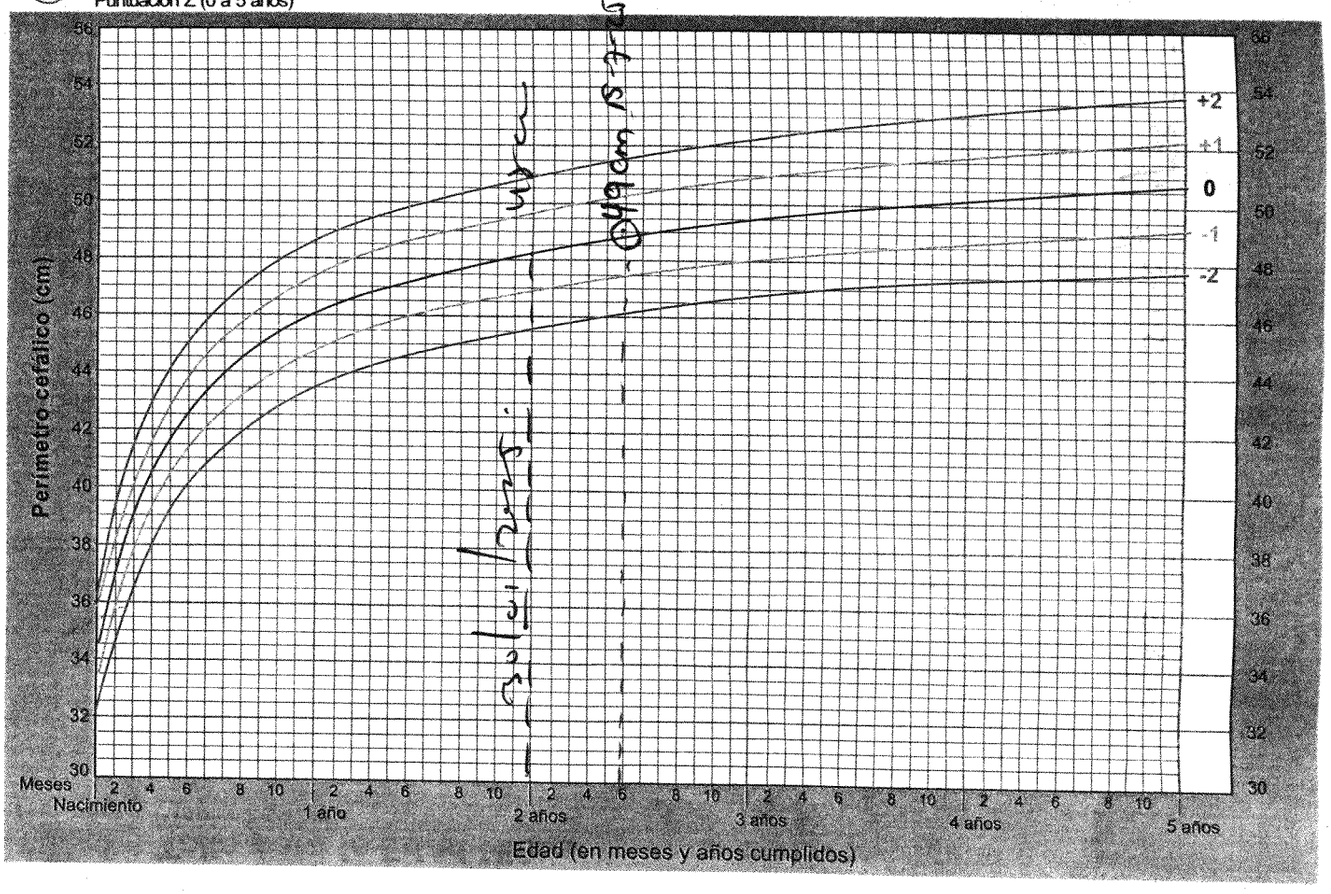
Puntuación Z (2 a 5 años)



(27)

Perímetro cefálico Niños

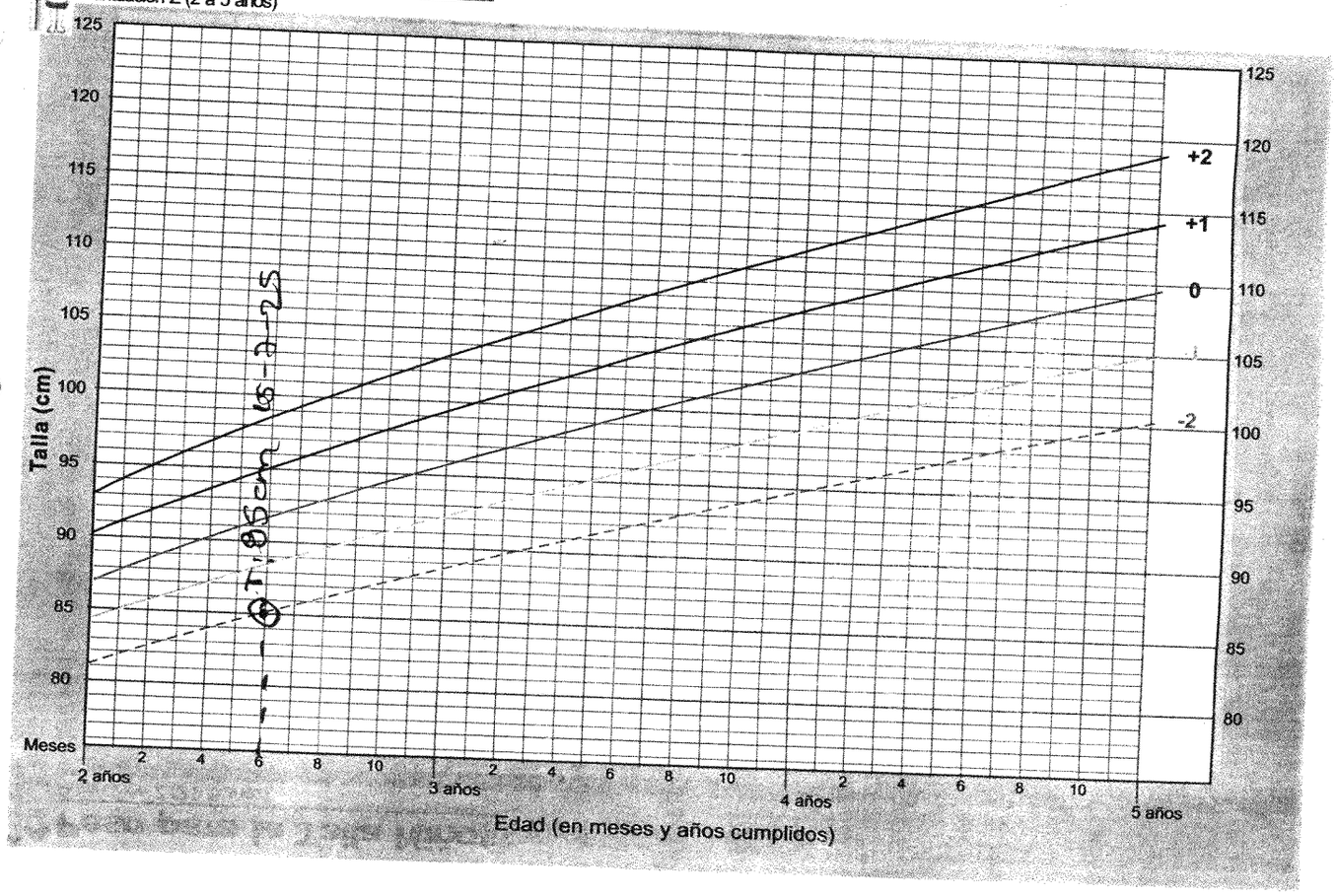
Puntuación Z (0 a 5 años)



24

Talla para la Edad Niños

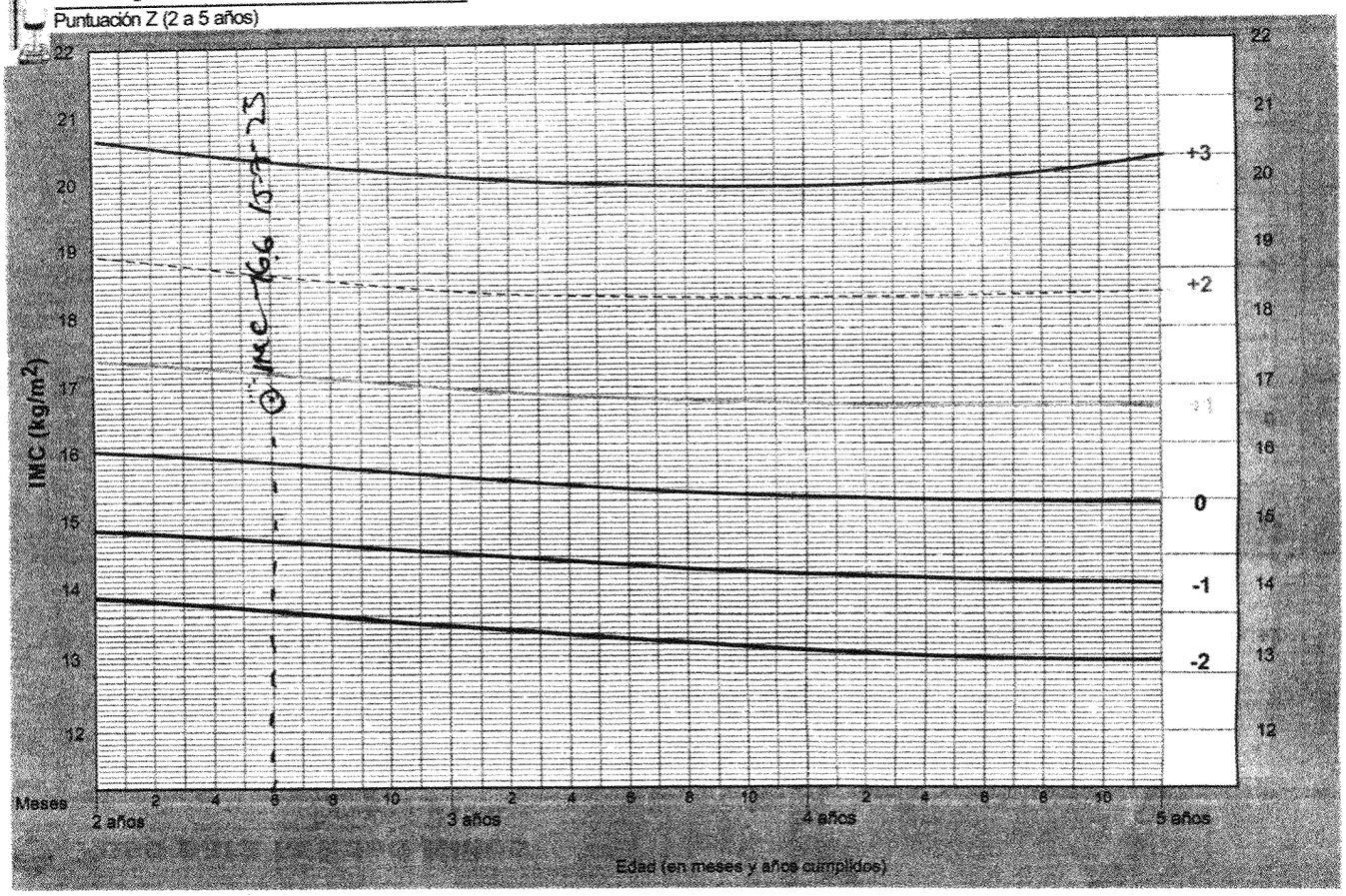
Puntuación Z (2 a 5 años)



25

IMC para la Edad Niños

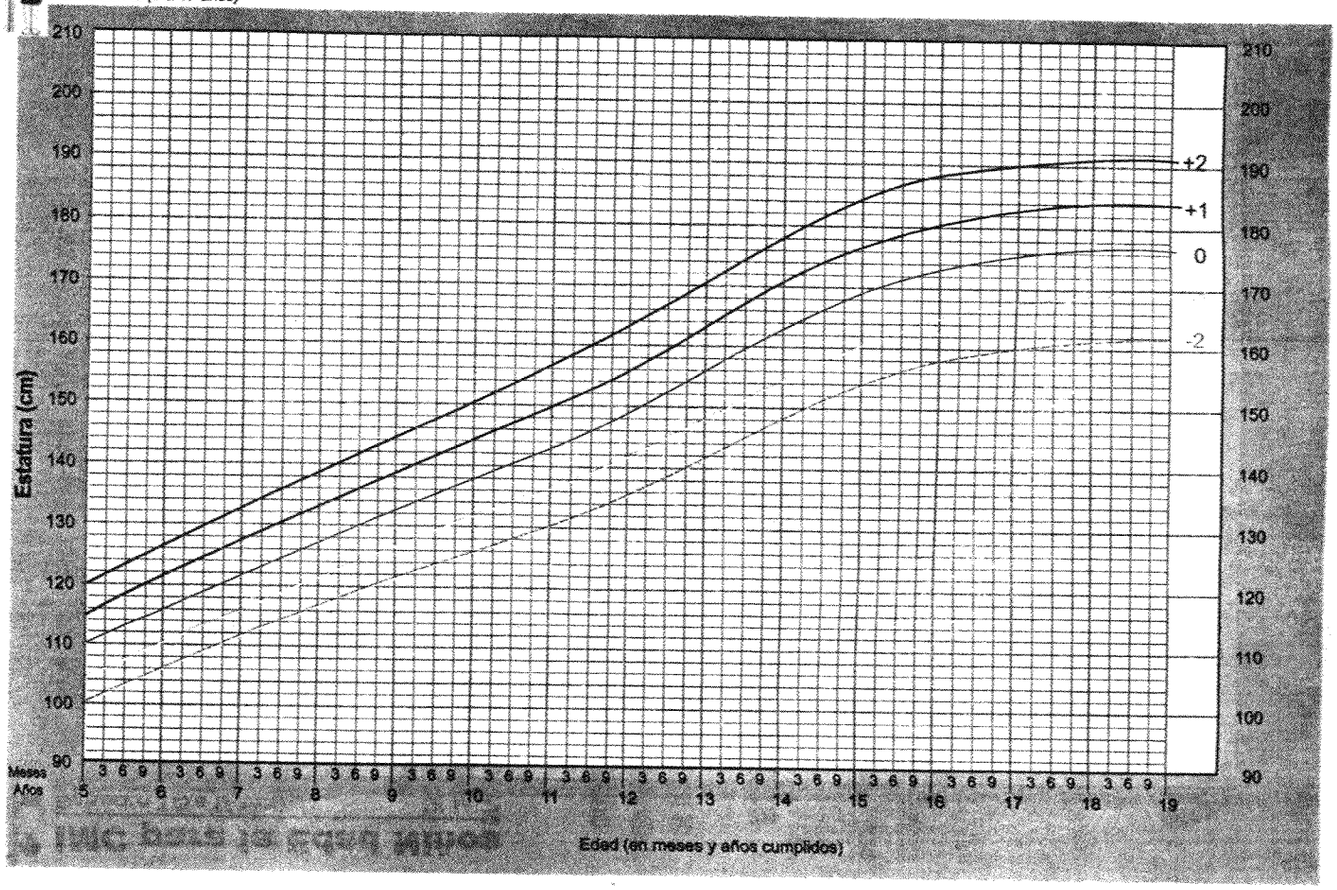
Puntuación Z (2 a 5 años)



(28)

Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (5 a 17 años)



(29)

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
30/01/2025	13	83	48	14	18,9	10/07/2025	
15-7-25	12	95	49	49	16,6	10-01-2026	

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
30	01	2025		/	
10	07	2025			
15	07	2025	Enfer	Sr. M	
10	07	2026	Medir	Cita	

Nombres y Apellidos:

Tipo identificación:

No. ID:

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	10	FEB	23	Serum	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐ D3711A093	HFLD				Timan Z Timan Z
	Hepatitis B	Recién nacido	10	FEB	23	Serum	0312V0106					
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.°	10	3	23	Biclo	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐ EZ0801G					
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°	10	3	23		2851X0210					
	Hepatitis B	1.°	10	3	23	Serum	1111111111					
	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.°	10	3	23			HFLD				Sarah Martinez
	Diarrea por rotavirus	1.°	10	3	23	Pfizer	AB8209918A					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	10	3	23	Pfizer	FE4897					
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.°	29	05	23	Biological	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐ 2208010					
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	29	05	23		2851X0405					
	Hepatitis B	2.°	29	05	23	Serum	1111111111					
	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.°	29	05	23			HFLD				Edgar Ipial
	Diarrea por rotavirus	2.°	29	05	23	Pfizer	ABC20093AA					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	29	05	23	GSK	FE4895					
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.°	03	08	23	Biolog	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐ 2208016					
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.°	03	08	23	Serum	2851FOAUC					
	Hepatitis B	3.°	03	08	23	Serum	2801FOAUC	HFLD				Edgar I
	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.°	03	08	23	Serum	2801FOAUC	HFLD				Sarah M
	Influenza estacional	1.°	03	08	23	Green.	UJ0522308071					
7 meses	Influenza estacional	2.°	04	09	23	Green	UJF0221308071					
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	11	01	24	Serum	0132N07188					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	11	01	24	Pfizer	FE4922					
	Varicela	2.°	11	01	24	Merck	X0065377	HFLD	CITA: 10-ENERO 2024.			Jenniffer C♥
	Hepatitis A	Única	11	01	24	MSD	W02171F6					
	Influenza estacional	Anual	28	08	24	Bu-lantan	FY00Q1F9100	HFLD				Jeniffer
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.° refuerzo	28	08	24	Biological	2139030319	HFLD				Jenifer
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.° refuerzo	28	08	24	Serum	2852X0119	HFLD.	CITA: 08-Agosto 2024			Jeniffer-C.
	Fiebre amarilla	Única	11	01	24	W3E921V	Sano F1					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	3.° refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo										
	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	2.°	28	08	24	Serum	0132NO7188	HFLD	CITA: 5 AÑOS:			Jenifer.
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
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 nutri

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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª vez de 6 m			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años						
4 años						
5 años						

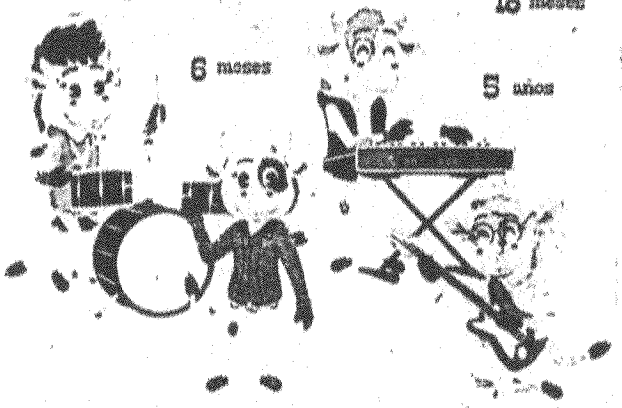
*Menor o igual a 20 normal

Vacunar oportunamente con todas las dosis a tus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años:

0 meses
2 meses
12 meses
4 meses
7 meses
18 meses
6 meses
5 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)

14
R/V

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Harold David Jimenez
Fecha de nacimiento: 10-01-2023
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1122344162
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: Talla:
Dirección: V/ sabalito
Teléfono 1: 3160856927
Teléfono 2:
Responsable: Leiny Yeraldin Arteaga
Municipio de residencia: San miguel
Departamento: Putumayo

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

www.minsalud.gov.co

15

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: 1:30 PM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Harol David Jimenez APELLIDOS Jimenez Arteaga

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122344162

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 10 MES: 01 AÑO: 2023 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: Leiny yeraldin Arteaga Narvaez

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

Nombres Leiny yeraldin Arteaga N Apellidos Arteaga Narvaez.

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1122341464

Firma: Leiny 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 _____

Firma del Rogado

Huella dactilar o plantar del Rogante

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador: Isabel Ruiz

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFUB

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 1.122.341.464
ARTEAGA NARVAEZ

APELLIDOS
LEYNI YERALDIN

NOMBRES
leiny yeraldin

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-FEB-1996
TAMINANGO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

04-MAR-2014 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-5401800-01263685-F-1122341464-20211105 0078171197A 1 9916134401

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.082.104.060
JIMENEZ

APELLIDOS
JESUS DAVID

NOMBRES

Jesús David Jiménez
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-ENE-2002
ALDANA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

15-SEP-2021 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401800-01267517-M-1082104060-20211120 0076600870A 1 56520148

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

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

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Harol David Jimenez

Doc. de Identidad: RC 1122344162

EPS: Nueva

Teléfono: 3160856927

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	5A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor									10-6-2025				
		Profilaxis y remoción de placa									10-12-2025				
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

LILIANA MARCELA CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600493-2011

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Leiny yeraldin Arteaga Naruaez Identificado con C.C N° 1122347464 en calidad de: padre o madre (Madre.), del niño o niña: Harold David Jimenez Arteaga o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Querobines 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.

Leiny yeraldin Arteaga Naruaez
Madre o Acudiente
C.C 1122347464

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, Leiny Yeraldin Arteaga Narvaez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122347464, obrando en calidad de:

Padre		Madre	✓	Cuidador	

De la niña, niño o adolescente, Marol David Jimenez Arteaga identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) ✓, TI___, CE___, número 1122344162, 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: Leiny Yeraldin.
Nombre: Leiny Yeraldin Arteaga
Calidad - Titular: X Representante legal: ___
Teléfono de contacto: 3160856927.
Fecha: 1-4 -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 Harol David Jimenez Arteaga, identificado (a) con documento de identidad número 1122344162, 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, Leiny Yeraldine Arteaga Narvaez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122341464, 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 E.J.C

Suscriben:

Firma: leiny yeraldin.
Nombre: Leiny Yeraldine Arteaga Narvaez
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3160856927
Fecha: 4-4-2023
Municipio: San Miguel.

COPIA NO CONTROLADA

RL

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: _____
Nombre: _____
Calidad - Titular: _____Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: _____
Municipio: _____

¡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.

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

22

R/V

Ciudad Dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Harol David Jimenez Arteaga

Fecha de nacimiento 10 - 01 - 2023 **N° Documento de Identidad** 1122344162

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

El niño se encuentra dentro del perfil esperado teniendo en cuenta que cumple con los ítems de las dimensiones 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 Garcia

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

El niño realiza actividades de juego y desplazamiento acordes a su edad, fortaleciendo su manejo corporal y cooperación con sus compañeros, con respeto y amor.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

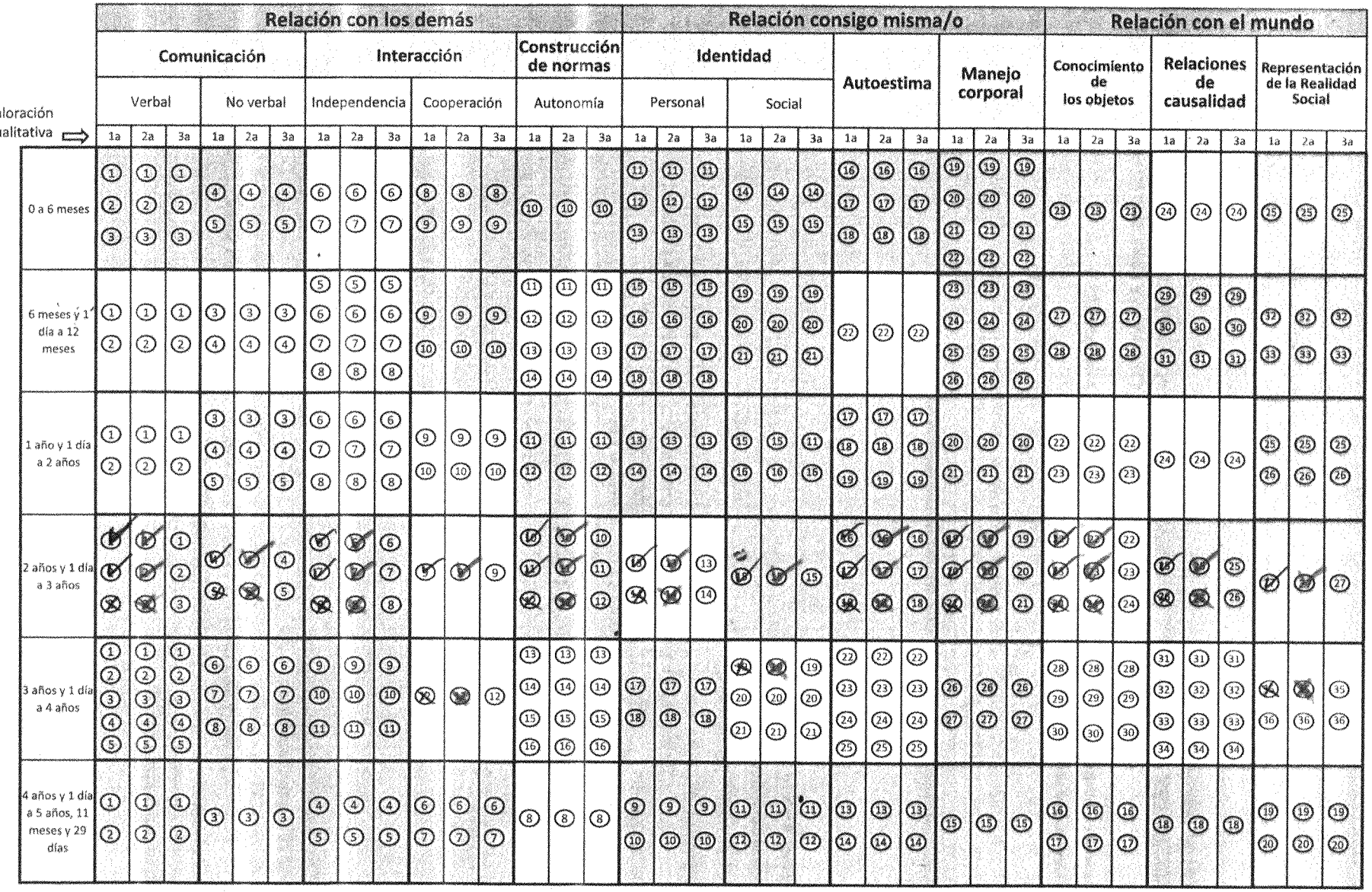
Fecha de resgistro cualitativo

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

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


Relación con los demás
Relación consigo misma/o
Relación con el mundo
Comunicación
Interacción
Construcción de normas
Identidad
Autoestima
Manejo corporal
Conocimiento de los objetos
Relaciones de causalidad
Representación de la Realidad Social
Verbal
No verbal
Independencia
Cooperación
Autonomía
Personal
Social
Valoración Cualitativa
1a 2a 3a
0 a 6 meses
6 meses y 1 día a 12 meses
1 año y 1 día a 2 años
2 años y 1 día a 3 años
3 años y 1 día a 4 años
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días
= Procesos y subprocesos fundamentales
= Procesos y subprocesos no fundamentales

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

23 R/V

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Nardi Garcia castillo. NOMBRE UCA: Quebrabines Z

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Harol David Jimenez A IDENTIFICACIO: 1122844762 FECHA DE NACIMIENTO: 10-01-2023

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
12-05-23	x			x	se visita a la madre para recordarle que debe entregar carnet de control las copias al dia para la carpeta.	Leiny Arteaga.	Nardi G.	en horas de la mañana se le recuerda que sino tiene el control al dia debe llevarlo para que se lo realicen en el hospital.	en la mañana del dia 13 de mayo se le recuerda para que entregue las copias para la carpeta.	La madre manifiesta que si que hara llegar las copias para el dia 16 de mayo.
22-07-2023					La madre ya entrega copias actulizadas el dia 22- Julio. La novedad esta semaden.	Leiny Arteaga	Nardi G.	La madre ya entregara copia al dia para la carpeta. el dia 22 de Julio es lo manifestado en la llamada.	Ya entregara las copias para la carpeta. el dia 22 de Julio es lo manifestado en la llamada. La novedad esta semaden.	La madre ya entregara copia para la carpeta. el dia 22 de Julio en horas de la tarde.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Harold David Jimenez. 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					
7-8-20	x			x	se llama a la madre para recordarle las copias del carnet. de vacunos y control. ya que vacunas ya lo entrego.	Leiny Arteaga	Naidi Garcia.	el dia 8 de agosto se llama a la madre para recordarle y ella manifiesta que si le realizo	la maestra en vista de que la madre no entrega los documentos se dirige al hospital para verificar	La madre se compromete a llevar pero lleva el carnet y no entrega copias pero al final tampoco entrega
					La papeleria esta completa en la carpeta. La novedad esta semanal.			pero que le hara llegar las copias para el dia 11 de agosto. La papeleria esta completa y al dia.	si esta el dia y si esto al dia la maestra pide pantallazo del control y la copia esta en la carpeta La papeleria esta completa	el carnet para los copias La madre se compromete a llevar las copias para el dia 11 de agosto. La papeleria esta completa