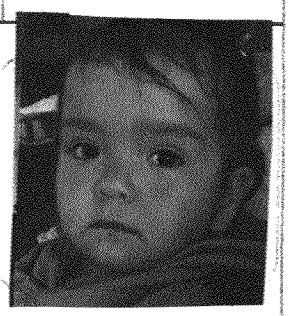
Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con fotografía del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras).
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar X en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización) ___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: 1-5-25

UDS: Querubines MUNICIPIO: San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Itzel Dahiana Gomez Sanchez.

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ NUIP No. 7722344293

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 22-07-2023 EDAD: 1A-8M MUNICIPIO: puerto ASIS

DEPARTAMENTO: Putomayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: V1 Mesas del sabalito ESTRATO: 1 ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: ____ NO: X

¿CUAL?: ____ MOTIVO DEL RETIRO: ____

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: X NO: X CUAL: ____

EPS DEL PARTICIPANTE: Emssanar 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: X NO: __ PUNTAJE: A4 DESPLAZADO: SI: __ NO: X

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

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: __ NO: X CUAL: ____

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Cristian Devan Gomez Arteaga

No. IDENTIFICACION: 7722342821 DIRECCION RESIDENCIA: Sabalito

CELULAR: 3174910510 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: Agricultor.

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Elizabeth Sanchez Caviria

No. IDENTIFICACION: 1083925219 DIRECCION RESIDENCIA: Sabalito

CELULAR: 3187859193 E.P.S: Emssanar.

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: ____

Itzel Sanchez
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Nardi Garcia.
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: N 287497 1

NUIP 1.122.344.293

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
GOMEZ SANCHEZ ITZEL DAHIANA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	3	Mes	J	U	L	Día	2	2	FEMENINO	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	A	G	O	Día	0	3	0061322669

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
SANCHEZ GAVIRIA ELIZABETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.083.925.219	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
GOMEZ ARTEAGA CRISTIAN DUVAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.342.321	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
SANCHEZ GAVIRIA ELIZABETH

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.083.925.219

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	Mes	Día
2023	AGO	03

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL — Adhesivo Código Registro Civil 34377522-0

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 07/05/2025

Ficha: 86757674952700005725

A4

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ITZEL DAHIANA

Apellidos: GOMEZ SANCHEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344293

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 24/08/2023

Última actualización ciudadano: 24/08/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

A1→A5	B1→B7	C1→C18	D1→D21
Pobreza extrema	Pobreza moderada	Vulnerabilidad	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

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	1122344293
NOMBRES	ITZEL DAHIANA
APELLIDOS	GOMEZ SANCHEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	22/07/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/12/2025 08:40:03	**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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



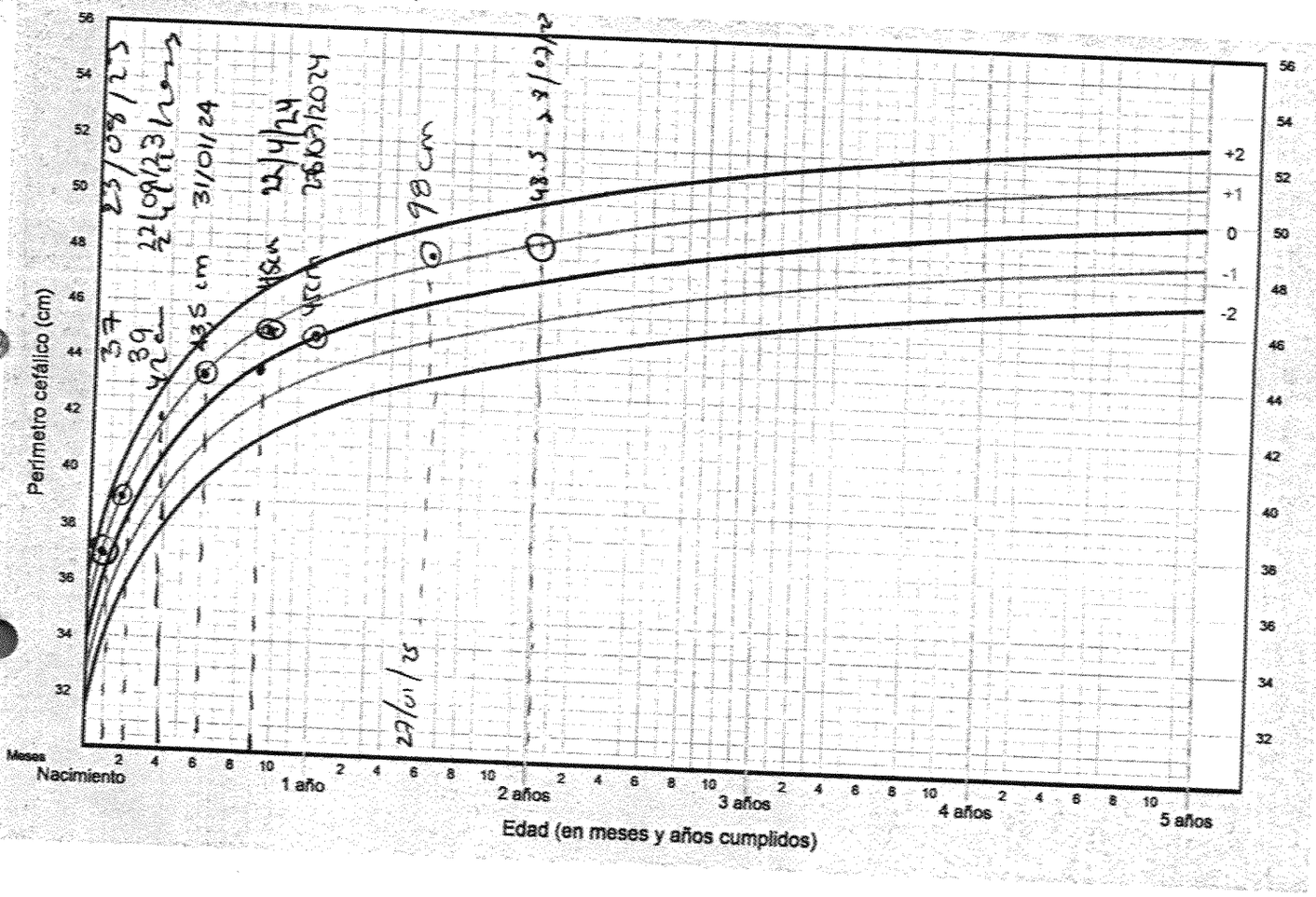
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: ITZEL OMAIRA	Apellidos: GOMEZ SANCHEZ
Fecha de nacimiento: 22 DIA | 07 MES | 2023 AÑO	Historia Clínica: 1122344293
Barrio/Vereda: V/ SANTITO	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS: 118

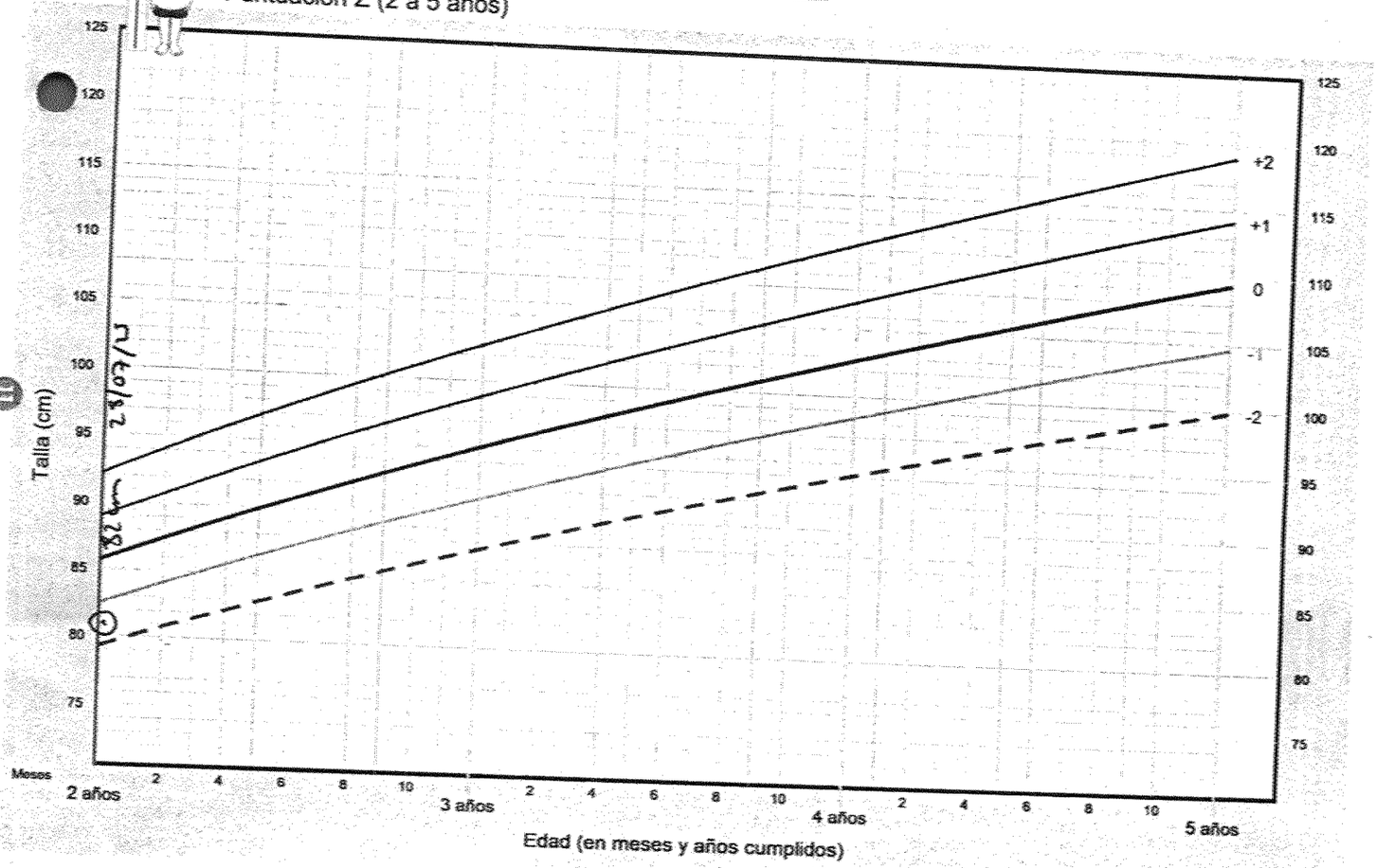
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



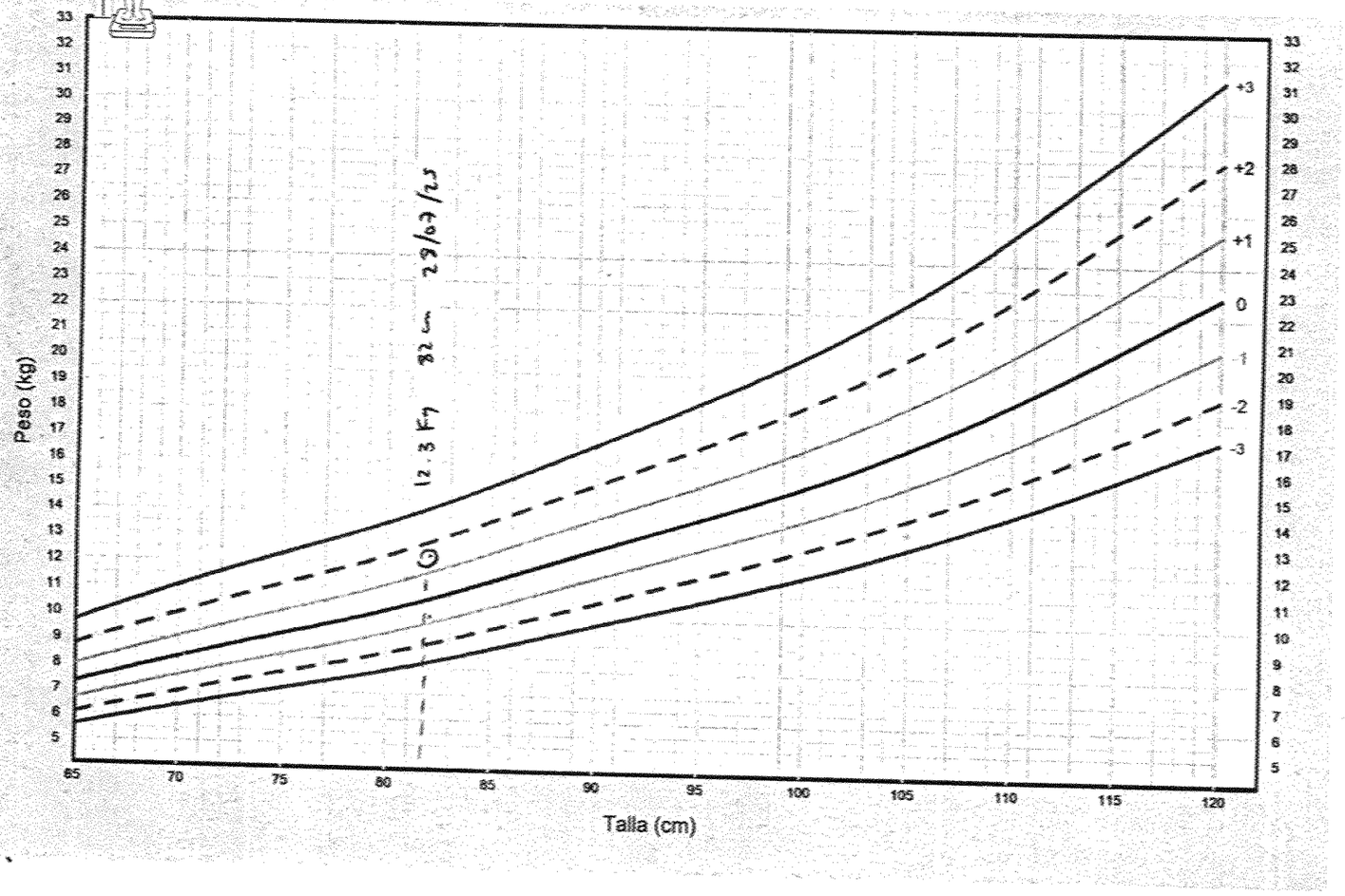
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



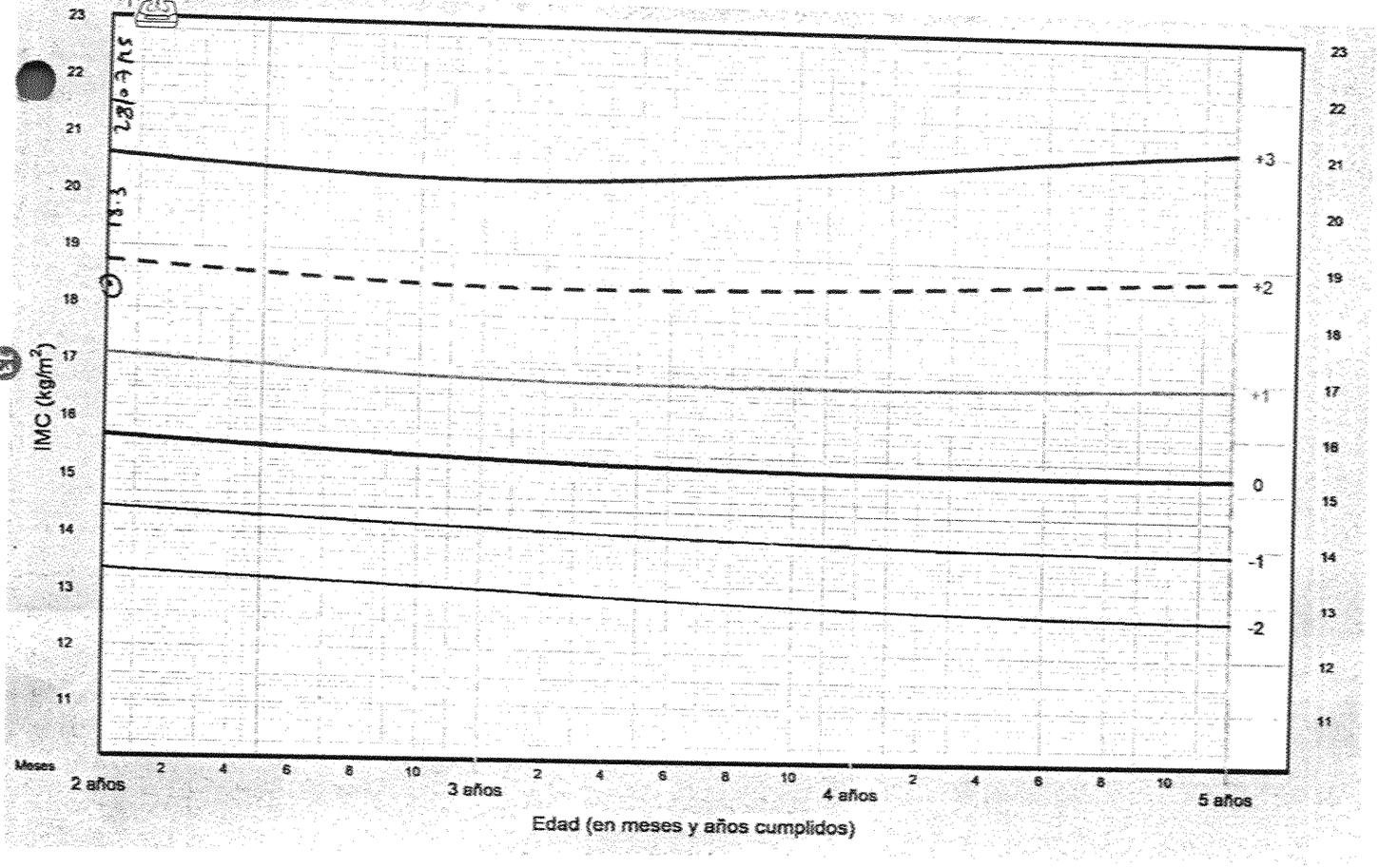
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
23	Agosto	2023	Med.	Si ✓	
22	Sept.	2023	Enf.	Si ✓	Justificado
22	Nov.	2023	Med.		✗
24	Nov	2023	Medic	✓	
22	01	2024	Enf	✓	
22	04	2024	Enf	✓	
22	07	2024	Medico	✓	Medico
27	Enero	2025	Enfermería	Si ✓	
28	Julio	2025	Med	✓	

Médico General
1006995742

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
23/08/23	4.48	55	37	12	14.5	22/09/23	
22/09/23	5.83	57	39	14	17.9	22/11/23	Justificado
24/11/23	7.6.	63	42	12	19.1	22/01/2024	
31/01/24	9.2	69	43,5	16	19,3	22/04/24	Karl Oviedo
22/4/24	9.1a	70.	45cm	17 cm	20.	22/7/24	
26/09/2024	10.3kg	75cm	45cm	17 cm	18,3	22/10/2025	Mayuly
22/01/25	10.6kg	82cm	48	16	15.8	22/01/25	Pilar
28/07/25	12.3.	82.	48.5	16.5	18.3	22/01/26	Mayuly

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					
	Cardiopopatia 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. entrega			
2. entrega			
3. entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1° entrega						
2° entrega						
3° entrega						
4° entrega						
5° entrega						

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6 cm			
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 inflenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia 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
4 meses
6 meses
7 meses
12 meses
18 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)

10
R/V

La salud es de todos | Minsalud

#MB

Carné de vacunación

Itzel Dahiana

Nombre y Apellidos: Gom[redacted]

Fecha de nacimiento: 22-Julio-2013

N° de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1·122·344·253

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3490 - 40 sem

Dirección: V1- [redacted]

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Eli.za[redacted]

Municipio de residencia: San Miguel [redacted]

Departamento: Putumayo

CC: 1087[redacted]

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

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							Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐					
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	22	Jul	23	SII	037 1 M A 09 3	HL Gto Arc				Jimenez
	Hepatitis B	Recién nacido	22	Jul	23	SII	032 2 4 D 09 A	HL Gto Arc				Jimenez H
							Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐					
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.°	22	09	23	Biological	220 B0 1 6 A					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	1.°	22	09	23	Serum	28 51 4 0 3 3 C					Kerly Jimenez
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.°	22	09	23	Serum	28 51 4 0 3 3 C					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°	22	09	23	Serum	28 51 4 0 3 3 C					
	Diarrea por rotavirus	1.°	22	09	23	GSK	A20 1 0 9 3 AA					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	22	09	23	Pfizer	489 5F F					
							Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐					
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.°	24	11	23	Biologicals.	2 2 3 1 0 0 1					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	2.°	24	11	23	Serum	2 8 5 1 4 0 3 D					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.°	24	11	23	Serum	2 8 5 1 4 0 3 D					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°	24	11	23	Serum	2 8 5 1 4 0 3 D.	HFUD.	Cita: 22- Noviembre 2023			Kerly Jimenez
	Diarrea por rotavirus	2.°	24	11	23	GSK.	A20 1 D 0 6 6 AB					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	24	11	23	Pfizer	F49 4 7 5					
							Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐					
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.°	26	01	24	Biolog	2 2 3 3 0 C 5 A		Cita: 24-Enero 2024.			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	3.°	26	01	24	Serum	2 8 5 1 X 0 4 C C	HFUD				Kerly Jimenez.
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.°	26	01	24	Serum	2 8 5 1 X 0 4 C C					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°	26	01	24	Serum	2 8 5 1 X 0 4 C C					
	Influenza estacional	1.°	17	05	24	Butantan	2 4 0 0 9 7 9 0 6	HFUD	Cita: 22-Julio 2024			Isabel Aria
7 meses	Influenza estacional	2.°	26	07	24	Butantan	2 4 0 0 9 7 9 0 6					
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	26	07	24	Serum	0 1 3 2 N 0 7 4 A					Isabel A.
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	26	07	24	Pfizer	4 1 9 9 2 5.					
	Varicela	2.°	26	07	24	Merck	X 0 1 9 1 7 7					
	Hepatitis A	Única	26	07	24	Mon	4 0 2 4 3 4 5					
	Influenza estacional	Anual	17	05	25	Sequirus	P 1 0 0 7 9 2 7 9 4	HFUD	Cita: 26-Enero 2025.			Isabel A
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	1.° Refuerzo	27	01	25	Biologicals	2 3 2 8 0 0 3	HFUD				Jeniffer C.
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.° Refuerzo	27	01	25	Serum	2 8 5 3 X 0 2 0 B					Isabel A
	Fiebre amarilla	Única	26	07	24	Sanofi	X 3 A 8 7	HFUD				
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	2. °Refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2. °Refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	27	01	25	Serum	0 1 3 2 NO 7 4 B	HFUD.	Cita: 5 Años Cumplidos			Jeniffer C.
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
Vacunas complementarias y otras dosis												

Busca en tu municipio ¡es gratis, hazlo de una!

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.

Cita: 12 - Junio - 24

77

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: 2:00 pm.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Itzel Dahiana APELLIDOS Gomez Sanchez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 7722344293

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 22 MES: 07 AÑO: 2022 EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar.

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 cientifica 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 (linfadenopatia); 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: Elizabeth S-Z

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

Nombres Elizabeth S. Z Apellidos Sanchez Gaviria.

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1083928219

Firma: Elizabeth S.Z

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 Arias Erazo

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): ITFB

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

NUMERO **1.083.925.219**

SANCHEZ GAVIRIA

APELLIDOS

ELIZABETH

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **25-JUL-1998**

PITALITO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **F** SEXO

29-JUL-2016 PITALITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

A-1906100-01084036-F-1083925219-20190716 **0066**415849A 2 6685427445



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.342.321

GOMEZ ARTEAGA

APELLIDOS

CRISTIAN DUVAN

NOMBRES

Cristian Gomez.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-OCT-1997

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

19-FEB-2016 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-6401800-00800982-M-1122342321-20160314 0048936283A 1 46159471

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

Servimos con amor

CARNET RIAS PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Itzel Daniana Gomez.

Doc. de identidad: 1122346293. EPS: Emssanar.

Teléfono: 3187859193 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	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud bucal por odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor					05-03-24		19-08-24	21-01-25	11-08-25				
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana					05-03-25		21-03-25						
		Aplicación de sellantes (según criterio)													
	V	Vacunación													

Verónica Cordoba
NIT: 1124312296
HIGIENISTA ORAL

Tania Villacorta
ODONTÓLOGA
Res.: 81 - 801

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Elizabeth Sanchez Identificado con C.C N° 1089252219 en calidad de: padre o madre (madre), del niño o niña: Hzel Dahiana Gomez.S o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Querubines., 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.

Elizabeth S.

Madre o Acudiente
C.C 1089252219

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, Elizabeth sanches., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1083925219, obrando en calidad de:

Padre		Madre	✓	Cuidador	

De la niña, niño o adolescente, Itzel Dahiana Gomez S, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI___, CE___, número 1122344293, manifiesto que:

Sí	x	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: Elizabeth S
Nombre: Elizabeth Sanchez.
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3187859193
Fecha: 4-4-2023
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 Itzel Dahiana Gomez Sanchez., identificado (a) con documento de identidad número 1122344293, 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, Elizabeth Sanchez Gaviria, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1083925219, 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.I.C

Suscriben:

Firma: Davalba Cuellar
Nombre: Elizabeth Sanchez Gaviria
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3187859193
Fecha: 4-4-2025
Municipio: San Miguel.

RV

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.

de cero a Siempre

18

R/V

Ciudad Dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Itzel Dahiana Gomez Sanchez

Fecha de nacimiento 22 07 2023 **N° Documento de Identidad** 1122344293

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 de las dimensiones fondamentales, 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

La niña se relaciona con sus compañeros con mas facilidad y participa de las actividades de coloreado, Juego y desplazamiento, con respeto.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

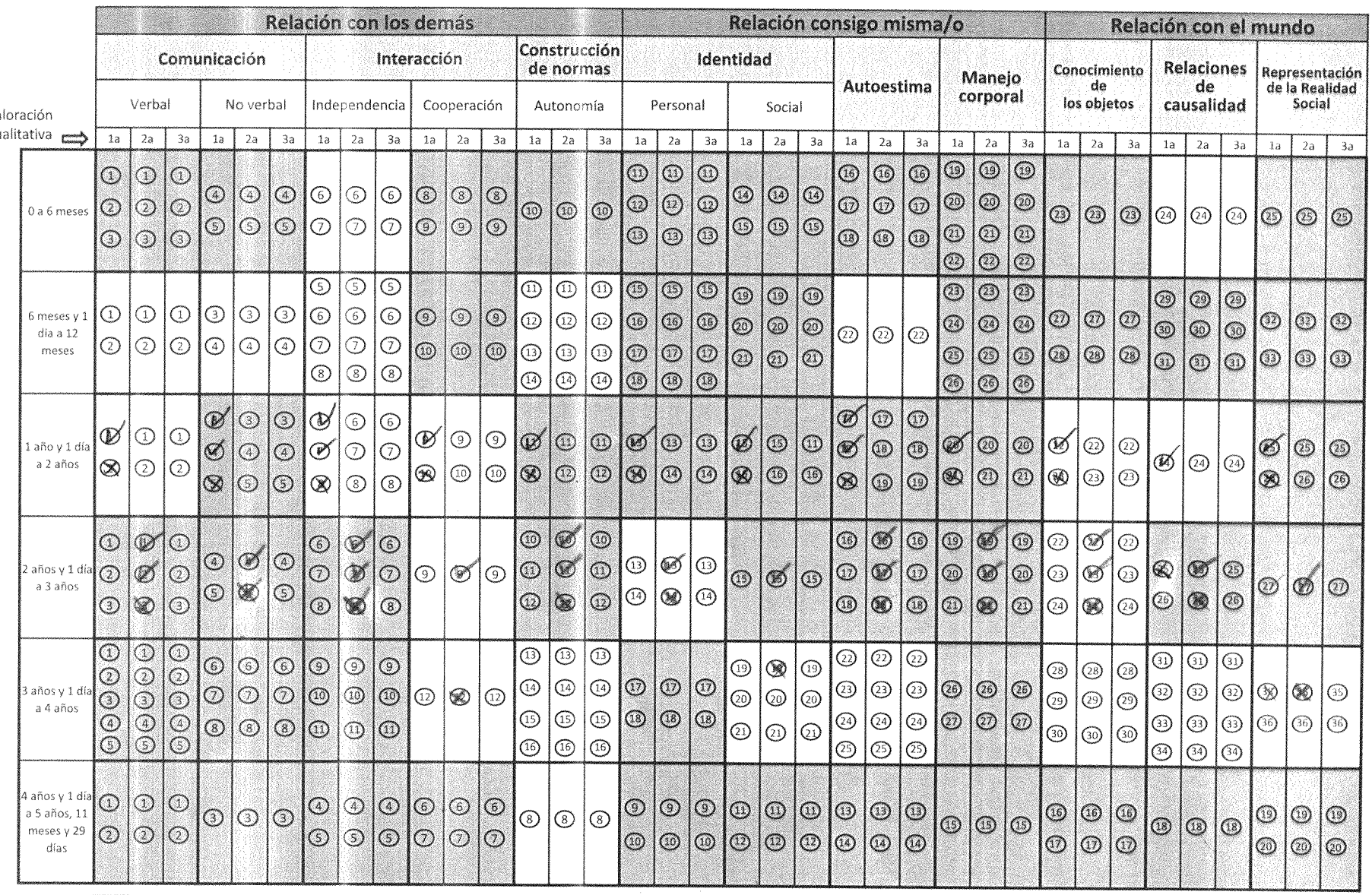
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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)***


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

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Nardi Garcia Castillo NOMBRE UCA: Querobines 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Hael Dahiana Gomez Sanchez IDENTIFICACIO: 1122344293 FECHA DE NACIMIENTO: 22-7-2023

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					
22-7-23	x			x	La madre se presenta a la unidad de atencion a pedir permiso ya que no podra asistir por motivo de cita para el control de la	Elizabeth sanche	Nardi G	se reco-mienda a la madre que despues del control porfavor haga llegar las copias para la carpeta.		La madre se compromete a llevarlas el dia 30 de julio para la carpeta.
7-8-23	x			x	niña. ya que la cita la tiene a la 7:30 pm. se llama a la madre para recordar le de el carnet de higiene oral.	Elizabeth S.	Nardi Garcia	La madre ya entrego las copias para la carpeta. Se llamara a la madre para informar que la cita esta para el 11 de agosto en la torre.		Las copias ya han sido entregadas. La madre se compromete a llevar la niña a hegiene y entregar las copias el dia 12 de agosto.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Nardi Garcia. NOMBRE UCA: Querubines 7

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Itzel Dahana Gomez Sanchez IDENTIFICACIO: 1122344293 FECHA DE NACIMIENTO: 22-07-2023.

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					
21-8-25	+			x	Mediante llamada telefonica se informa a la madre que la carpeta ya está completa y al dia	Elisabeth S.	Nardi Garcia	colaborar a la madre para sacar las citas en el hospital para que realice los controles y este aldia	Continuar resaltando los carnets de vacunas control, e higiene oral para recordarle a la madre las proximas citas.	La madre se compromete a continuar llevando con puntualidad la niña a los proximos controles cuando le toquen
								encontroles y papeleria para la carpeta. La documentacion esta completa y al dia. La novedad esta cerrada.	ya que por el momento se encuentra al dia en la papeleria de la carpeta.	La novedad esta cerrada.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Nadi García - NOMBRE UCA: Quebrinos 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Ltzel Dahiana Gomez sanchez IDENTIFICACIO: H22344293 FECHA DE NACIMIENTO: 22-07-2023

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					