

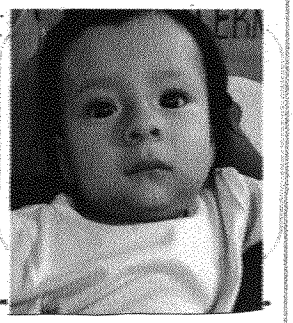
Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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:** 1-04-25



UDS: Querubines uno **MUNICIPIO:** San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Mateo Hermosa Gomez

TIENE REGISTRO CIVIL: SI x NO __ **NUIP No.** 7222344538

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 27-12-2024 **EDAD:** 3 Meses **MUNICIPIO:** Puerto Asis

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

DE RESIDENCIA: V/ 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: __ 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: __ NO: __ PUNTAJE: 44 **DESPLAZADO:** SI: __ NO: x

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

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yoiner Hermosa Ortiz

No. IDENTIFICACION: 1122339759 **DIRECCION RESIDENCIA:** Sabalito

CELULAR: 3169821252 **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: Deisy Lorena Gomez Madroñero

No. IDENTIFICACION: 1006788348 **DIRECCION RESIDENCIA:** Sabalito

CELULAR: 3 **E.P.S:** Emssanal

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:** ____

Lorena Gomez M.
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Nardi Garcia
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.538

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61697910

61697910

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 6 2

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HERMOSA	GOMEZ

Nombre(s)

MATTEO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes DIC Día 27	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	24122311256846

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

Apellidos y nombres completos

GOMEZ MADROÑERO DEISY LORENA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.006.788.348	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos

HERMOSA ORTIZ YOINER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.339.759	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GOMEZ MADROÑERO DEISY LORENA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.006.788.348	

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 2025 Mes ENE Día 20	ROY EDISON [illegible] - REGIST
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

20.ENE.2025 - LIBRO DE VARI ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
37827115-4

4

Registro válido

Fecha de consulta: 07/05/2025

Ficha: 867576741052800008299

A3

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MATTEO

Apellidos: HERMOSA GOMEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344538

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/04/2024

Última actualización ciudadano: 13/03/2025

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

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	1122344538
NOMBRES	MATTEO
APELLIDOS	HERMOSA GOMEZ
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	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	27/12/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/12/2025 08:36:28	**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

MIS DATOS:

Nombres:
MATEO

Apellidos:
HERMOSA GOMEZ

Fecha de nacimiento:
27 12 2024

Historia Clínica:
1122345538

Barrio / Vereda:
B/ LA FLORESTA

Responsable del niño (a):
DEISY G.

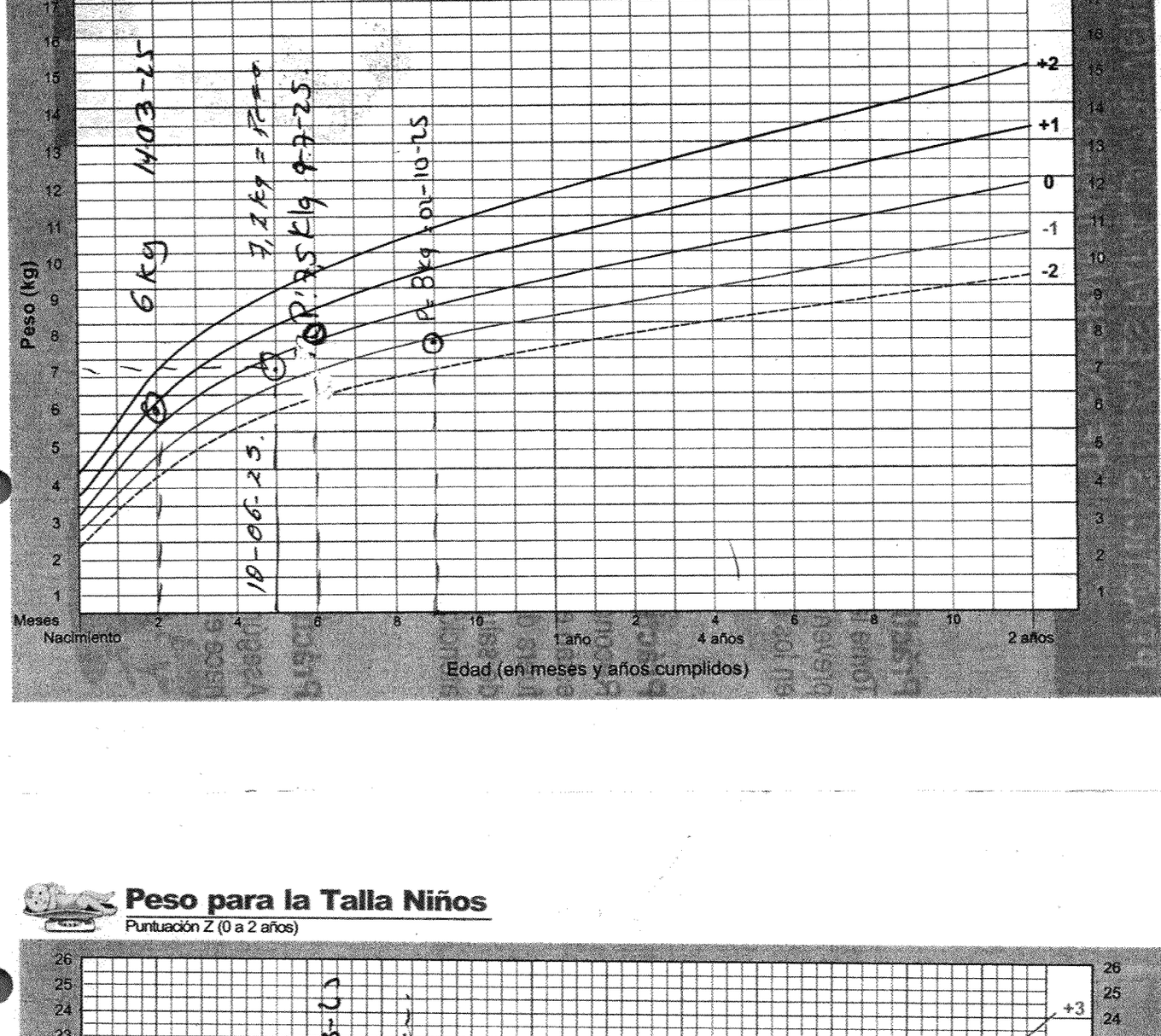
Teléfono:
3103883529

EPS:
EMSSANAR



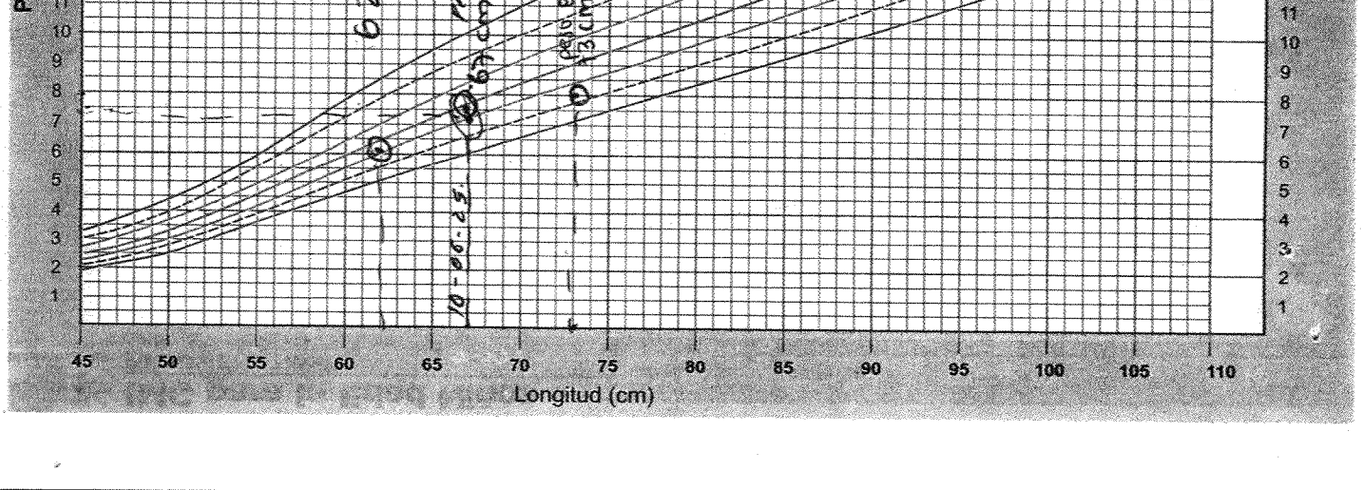
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



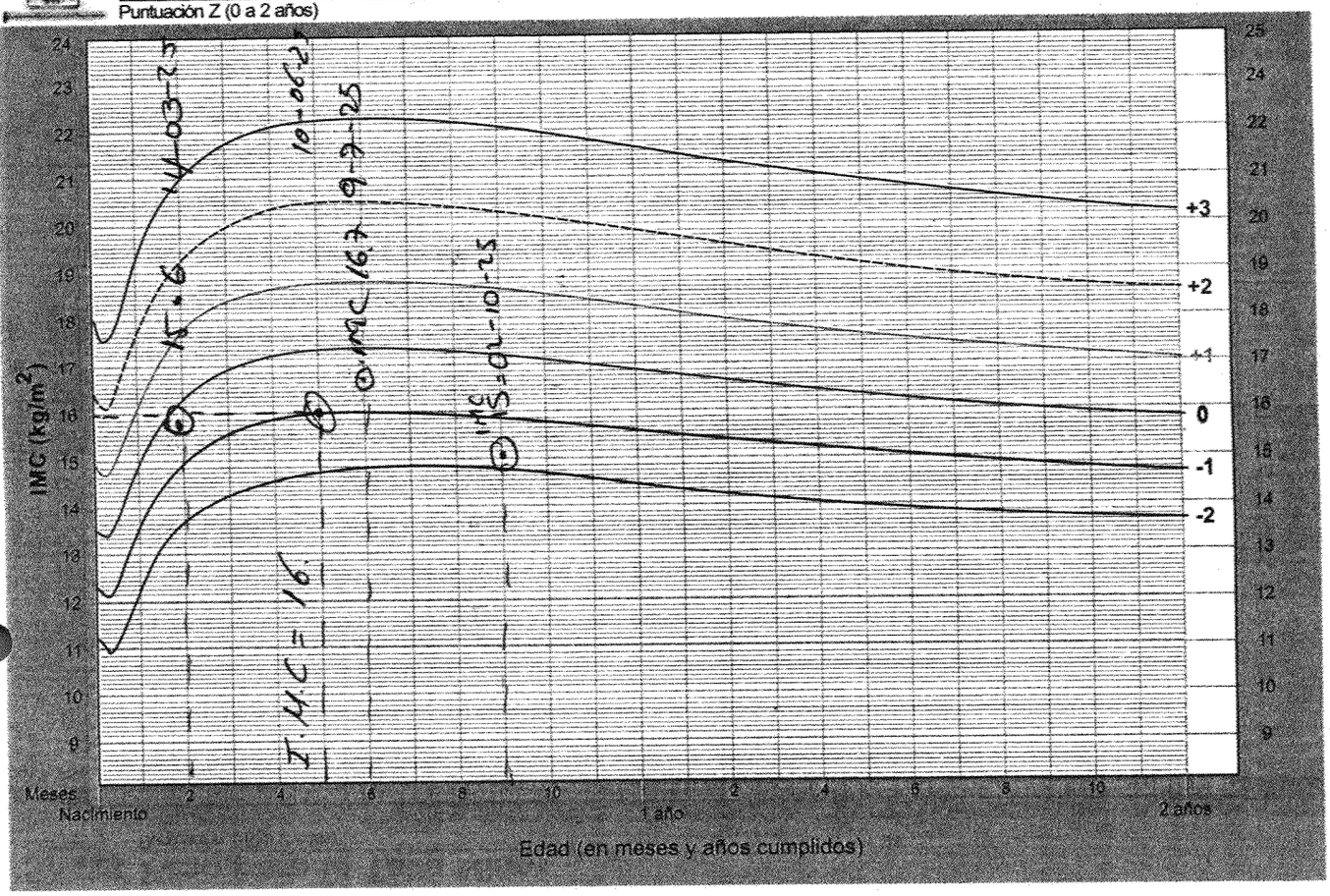
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



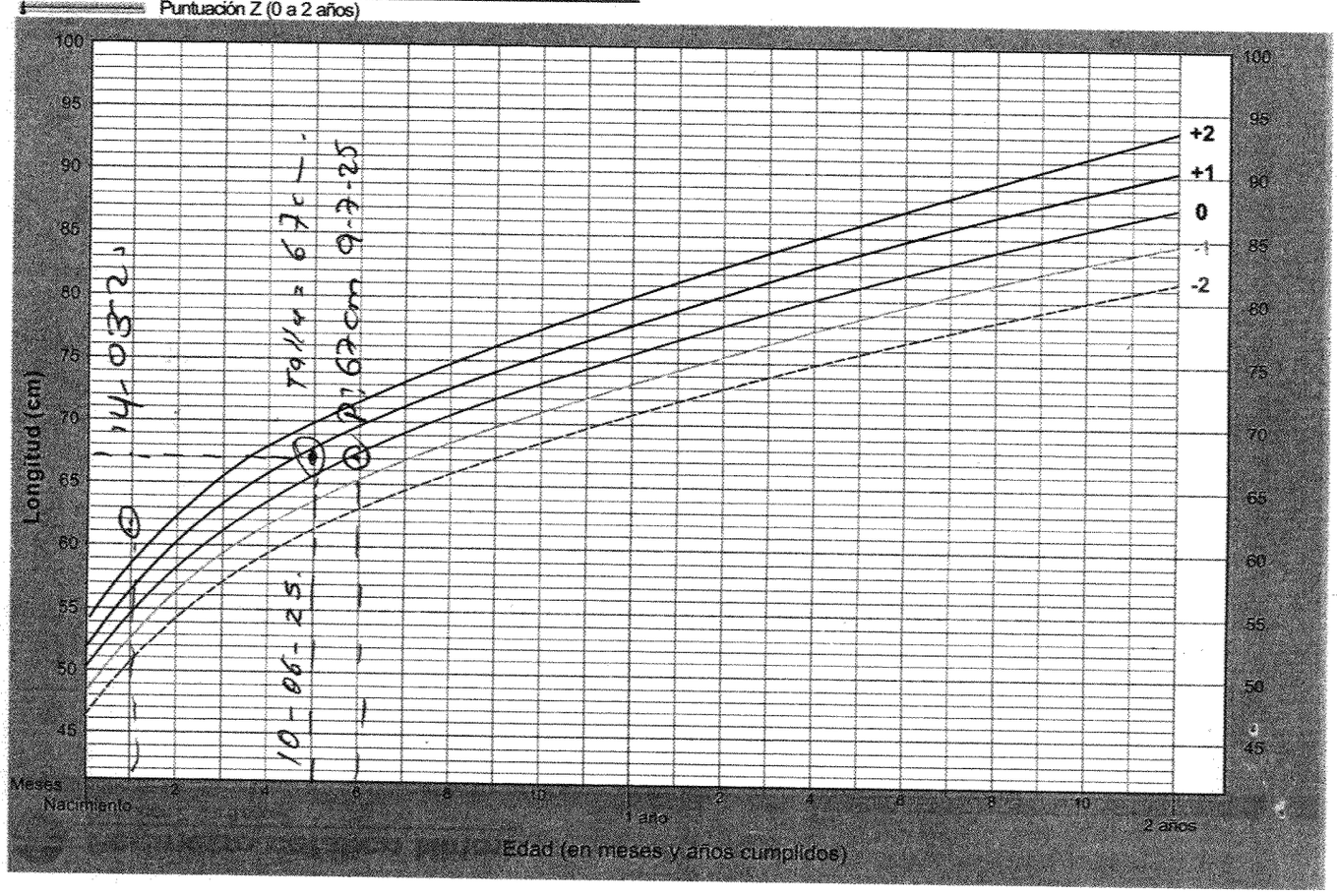
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



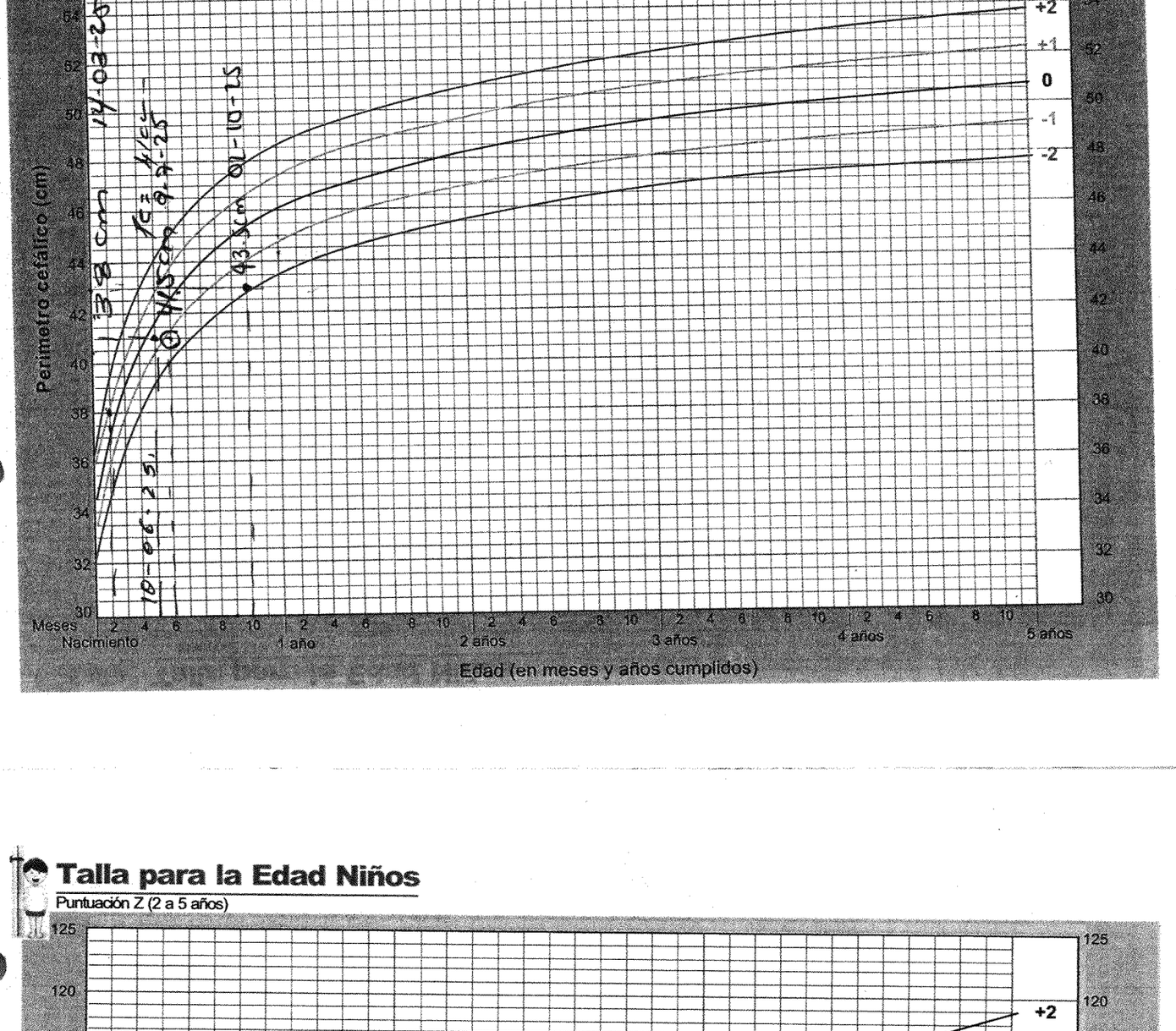
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Perímetro cefálico Niños

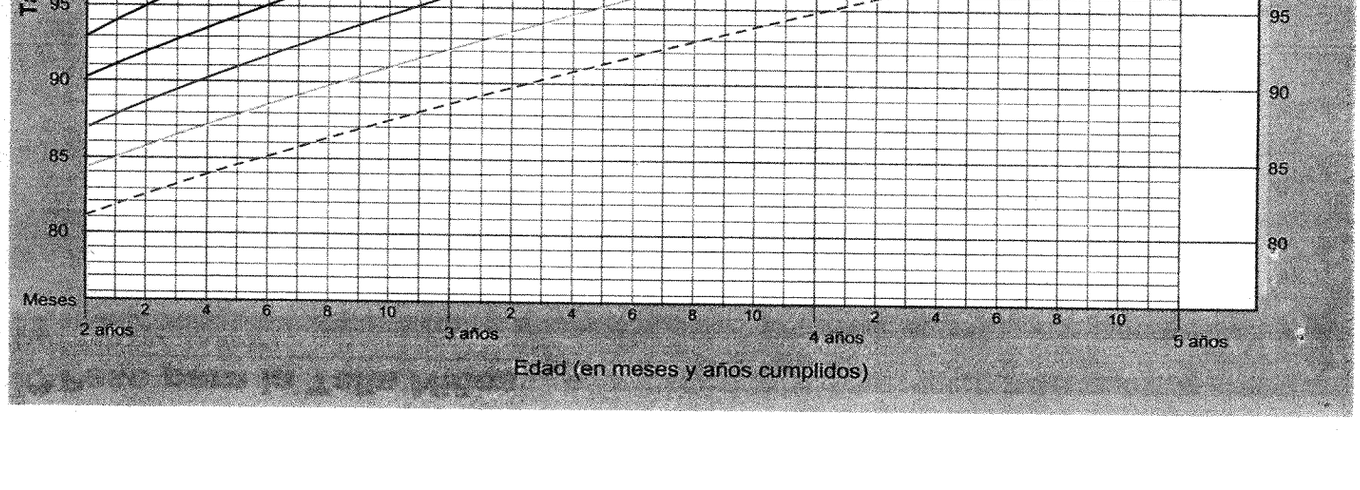
Puntuación Z (0 a 5 años)



(24)

Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



(25)

10

EMPRANA

objetos coloridos, a una
ando pequeños
de la línea media

para estimulo cervical
, mantenga un dialogo

visual y auditivo en
en o le cambian el pañal.

ncia, dando la
nzarlos.

zando paños para cubrir
ducir palabras de fácil

s. (Batir palmas, decirle
ie le responda).

a mano (diga chao), tire
o entre otros.

ue al principio sean

nombre ayudando a
no la[illegible]nes de dar,

n los momentos
ayuda.

dencia para las
o, como por ejemplo, en
do, con supervisión.

que comente sus
ulando el lenguaje y

medios. Enséñele a
ando hace calor o hace

des de la vida diaria sin

ar juegos con bloques o
niño que empareje o

e la vida diaria por si
. Colóquele juegos que

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
14-03-2025	6.	62	38	13	15.6	27-03-25	
10-06-2025	7,2.	67.	41	15.	16	27-06-25	
9-7-2025	7,5	67	41,5	14	16,7	23-09-25	Milena C
01-10-25	8	73	43,5	14	15	27-11-25	Milena C

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
14	03	25	11.00	✓	Telefonicamente
25	07	25	Medico		
27	Julio	25	enfermeria		
09	07	2025	Enfer	Si ✓	Milena C
27	09	2025	Enfer		
02	10	2025	Enfer	Si ✓	Milena C
27	12	2025	Medico	Cita	

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. entrega			
2. entrega			
3. entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

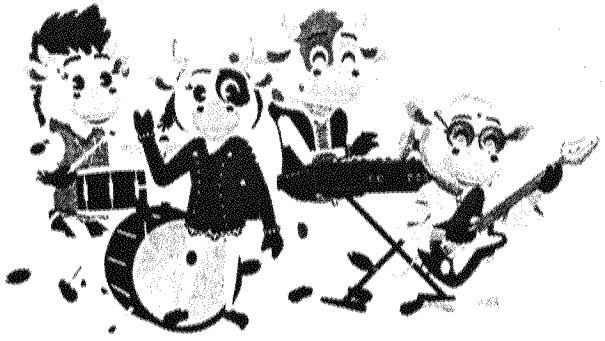
6 meses

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)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Matteo Hermosa Gomez.

Fecha de nacimiento: 27 DIC 24

N° de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1.122.344.588

Sexo: M

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3210 T.52. 5cm 39.

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Yc 34 Lorena. Gomez M.

Municipio de residencia: San Miguel.

Departamento: Putumayo

C.C. 1006788348

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	27	Dic	24	Serum	G323Q014B	IPS Local				Cristina Quintero
	Hepatitis B	Recien nacido	27	Dic	24	Serum	G373MA042	IPS Local				
2 meses			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	1.°	27	Feb	25	Biological	2380006					Kerly Jimenez
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	1.°	27	Feb	25	Serum	2855X0208					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.°	27	Feb	25	Serum	2855X0208					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°	27	Feb	25	Serum	2855X0208					
	Diarrea por rotavirus	1.°	27	Feb	25	GSK	ARO10934A6					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	27	Feb	25	Ptizer	6x1912					
4 meses			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	2.°	29	04	25	Biological	2406001					Isabel Arias.
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	29	04	25	Serum	2855X020C					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.°	29	04	25	Serum	2855X020C					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°	29	04	25	Serum	2855X020C					
	Diarrea por rotavirus	2.°	29	04	25	GSK	BRCLEC54BA					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	29	04	'	ptizer	HJ5172					
6 meses			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	3.°	[illegible]			Biological	2406001					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	3.°	[illegible]			[illegible]	2855X020C					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.°	[illegible]			[illegible]	2855X020C					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°	[illegible]			Serum	2855X020C					
	Influenza estacional	1.°	[illegible]			Serum	P100792744					
7 meses	Influenza estacional	2.°	[illegible]			[illegible]	P100792744					
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°										
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo										
	Varicela	2.°										
	Hepatitis A	Única										
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	1.° Refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.° Refuerzo										
	Fiebre amarilla	Única	30	Sep	25	Sanofi	43033					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	2. °Refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2. °Refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°										
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
Vacunas complementarias y otras dosis												

CITA: 27-Abril-25

CITA: 29-JUNIO 2025.

CITA: 03-09-25

CITA: 9 Meses Cumplidos

CITA: 27-DICIEMBRE 2025

Isabel A.

Kerly J.

Busco vacunas gratis hasta los 18 años

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.

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: 3:10 p.m.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Mateo APELLIDOS Hermosa Gomez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 3722349538

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 27 MES: 12 AÑO: 2024 / EDAD: años 4 meses.

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 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 colocar por que no comple la edad.

¿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.

R/O

En consecuencia, decido: **ACEPTAR:** _____ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** _____ que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Corena Gomez

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

Nombres Dergy lorena Apellidos Gomez Madroñero.

Tipo de Identificación: RC [1] TI [ ] CC [X] CE [ ] OTRO [ ] Número 1122339759

Firma: Corena Gomez

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 [X] CE [ ] OTRO [ ] Número 1004695478

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLH

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.

14

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.788.348**

GOMEZ MADROÑERO

APELLIDOS

DEISY LORENA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **29-MAY-2002**

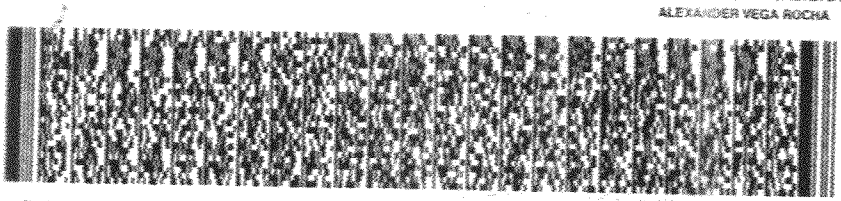
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

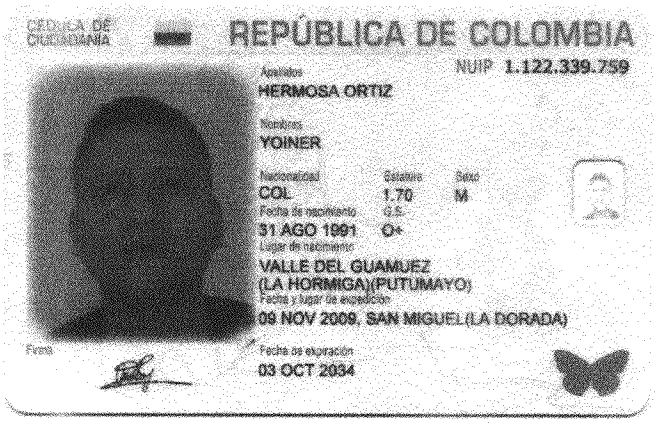
15-MAR-2021 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



P-6401800-01227430-F-1006788348-20210413 **0074079181A 1** 56515885



CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.122.339.759

Apellidos
HERMOSA ORTIZ

Nombres
YOINER

Nacionalidad
COL

Estatura
1.70

Sexo
M

Fecha de nacimiento
31 AGO 1991

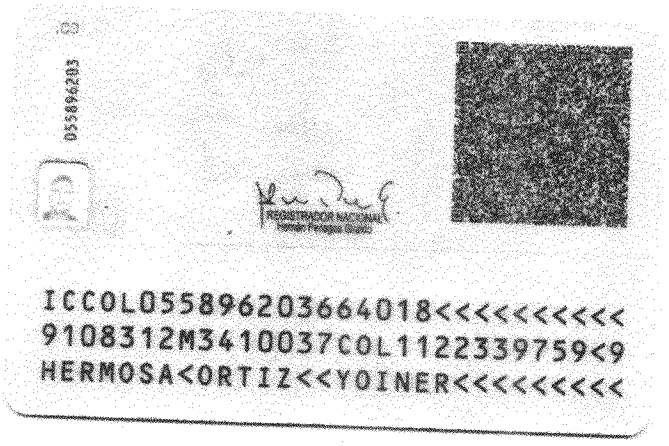
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
VALLE DEL GUAMUEZ
(LA HORMIGA)(PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición
09 NOV 2009, SAN MIGUEL(LA DORADA)

Firma

Fecha de expiración
03 OCT 2034



03

055896203

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL055896203664018<<<<<<<<<<
9108312M3410037COL1122339759<9
HERMOSA<ORTIZ<<YOINER<<<<<<<<<

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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraiso 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: Mateo Hermosa Gomez

Doc. de Identidad: 1122344532 EPS: Emssanar.

Teléfono: 310 388 3529 Domicilio: B/ La Floresta.

		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					2-3-24								
		Atención en salud por enfermería Yohana Daniela Perez					2-3-24								
		Atención en salud por Odontología ODONTÓLOGA TP 032736					2-3-24								
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor													
		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 Deisy Lorena Gomez. Identificado con C.C N° 1006788348 en calidad de: padre o madre ( ), del niño o niña: Mateo Hermosa Gomez. 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.

Deisy Lorena Gomez
Madre o Acudiente
C.C 1006788348

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, Deisy Lorena Gomez M, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006783 48 obrando en calidad de:

Padre		Madre	✓	Cuidador	

De la niña, niño o adolescente, Mateo Ramos Gomez., identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI___, CE___, número 1122344538, 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: [signature]
Nombre: Deisy Lorena Gomez.
Calidad - Titular: ___ Representante legal: ___
Teléfono de contacto: 3103883529
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 Mateo Hermosa Gomez, identificado (a) con documento de identidad número 1122344538, 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, Deicy Lorena Gomez Madroñero quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006188348, 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 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.L.C.

Suscriben:

Firma:
Nombre: Deicy Lorena Gomez Madroñero
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3169821252
Fecha: 4-4 2025
Municipio: San Miguel

COPIA

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: Lorena Gomez
Nombre: Deisy Lorena Gomez M.
Calidad - Titular: _____Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3204654779
Fecha: _____
Municipio: _____

CLASIFICADA

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Gersa Cano NOMBRE UCA: Horas Felices 20 R/U

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Alist Yiset Chapes Rimenez IDENTIFICACIO: 1122-343851 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					
21-10-2025	X				Realizamos Dialogo con la Madre de Familia donde Nos da a conocer y nos Brinda Informacion donde Refiere que la niña es Activa le gusto mucho los Alimentos que le brinda la Madre es Activa juegos y le brinda una hidratacion adecuada para La niña la cual Cuenta con Salud.	Corina G	Stella Cogiuer G	Orientamos a la Madre de familia para que le Brinda Alimentos Adecuados para la niña que Cuente como Unos buenos Habitos de Salud, preferencias Porciones Adecuadas al momento de Brindarle, tambien Realizar Ejercicios y para que No Corra Futuro Algun Problema enfermedad. Asearse y tallarse		Medicos Complementarios a seguir cuidados de su niña. Cumplir Atendi, y Abrigarse con Polla
								Mensualmente. o quincenas para saber de su estado de Crecimiento y Desarrollo estaremos Atentos ante la situacion de la niña mientras niña Cuenta con Salud. Estaremos Atentos por visita o Llamada de Referencia o para una Urgencia.		

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): _____ **NOMBRE UCA:** _____

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: _____ **IDENTIFICACIO:** _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
18-11-2023	X				Realizamos un dialogo con la madre de familia donde manifiesta que el niño esta bien de salud. Con su Alimentacion y sus Complementarios y sus controles al dia.	Lorena G.	Stella Cuajiboy	Realizamos orientaciones sobre una buena Alimentacion saludable para prevenir enfermedad a futuro.		Madre esta comprometida a seguir cuidando de su niño Gustavo Noreña

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Nordi Garcia Castillo NOMBRE UCA: Querubines I

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Mateo Hermoso Gomez IDENTIFICACIO: 1.122 344 538 FECHA DE NACIMIENTO: 27-12-2024

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					
16-09-2025	X				Realizamos dialogo con la Madre de familia donde nos dio a Conocer que le inicio La Complementacion alimentaria Alimentos adecuados para los meses, que el niño los tiene una buena salud. ya que madre cuida bien de su hijo.	Covena G	Stella Cuguvan Q	Orientamos a la Madre de familia quen le brindamos Orientaciones Sobre una buena Alimentacion complementaria Con Alimentos como verduras proteinas y frutas en papillas y Jugos donde le brinde peso y talla MENSUalmente y el niño a Mejorado		Madre este Comprometida a seguir Cuidando de su salud. ya que el niño esta muy bien de salud en cuanto a su Madre y Cierre Atencion Revise
15-10-2025	X				Dando a Conocer a la Madre de familia sobre el estado de salud del niño el Cual esta bien de salud. Madre nos Refiere que el Come los Alimentos en cantidad pocos porque todavia toma Leche el Cual, esta por dejarle de Brindarle la lactancia materna.	Covena G	Stella Cuguvan Q	Realizamos Sensibilizacion a la Madre sobre Brindarle la alimentacion de acuerdo a la edad del niño Complementada los alimentos Ricos en proteinas y verduras Rallarle una papillas donde el niño aprenda a comer los Alimentos.		Madre se Compromete a seguir atento ante la situacion Cierre Atencion Revise

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Xiardi Corena NOMBRE UCA: Querubines 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Mateo Hermosa Gomez. IDENTIFICACIO: 1122344538 FECHA DE NACIMIENTO: 27-12-24.

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
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION				
8-9-25	x			x	se llama a la madre para indagar sobre el estado de salud del niño y de igualmanera para dar a conocer sobre el estado nutricional del niño ya que en la segunda toma de peso y talla el niño, apoyo en salud y nutricion da a conocer que el se registra en bajo peso. se recomienda en el encuentro firmar novedad.	Corena 6	Xiardi Corena	el dra 9 de septiembre en horas de la mañana se llama a la madre para recordarle del encuentro y tambien dar o orientar como se debe cuidar en estos casos.	La madre manifiesta que esta siguiendo recomendaciones para mejorar el estado del niño.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

-23

R/V

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Nardi Goreia Castillo NOMBRE UCA: Querubines I

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Mateo Hermosa Gomez. IDENTIFICACIO: 1122344838 FECHA DE NACIMIENTO: 27-12-2024

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					
25-6-2025	x			x	Se dialoga con la madre mediante llamada telefonica para recordarle que para la fecha del 27 de julio tiene que llevar el niño al control, la madre manifiesta que iba para el hospital pero no fue posible sacar la cita ya que le dijeron que no habia ayudas.	Lorena G	Nardi Goreia.	La agente se dirige hacia el hospital para sacar la cita para el control y la cita queda para el dia 9 de julio para control y para la de adontologia inicial.	se llama a la madre para informarle de la cita y que se realice el control del niño.	Que la madre llegue con puntualidad al niño al control y hora llegan las copias para la carpeta el dia 10 de Julio.
7-2025	x			x	La madre manifiesta a la maestra en el dialogo que ella le plantea en la llamada sobre las copias para la carpeta.	Lorena G	Nardi Goreia	se llama a la madre para recordarle de las copias y ella manifiesta que ya las tiene y se las entrega	La Agente educativa se dirige al hospital con el registro para indagar si ya se realizaron los controles y vacunas la señora de citas revisa y manifiesta que si.	La madre se compromete a entregar las copias el dia 12-7-25 para la carpeta.

N/R

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Naidi Gonier. NOMBRE UCA: Querubines Z

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Mateo Hermosa Gomez IDENTIFICACIO: FECHA DE NACIMIENTO: 27-12-2024.

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					
7-8-25	x			x	Se llama a la madre para verificar si ya el niño tiene la vacuna de influenza. La madre manifiesta que no ya que tenia gripe y no lo vacunaron.	Lorena G	Naidi Gonier	La maestra se dirige al hospital el dia 8 de agosto y dialoga con la vacunadora encargada de la sona y ella dise que ina en horas de la tarde a vacunarlo.	La maestra llama a la madre para informar que la iran a vacunar que espere la vacunadora para que complete la vacuna que falta.	La madre se compromete a esperar y que le hora llegar la copia el dia 9 de agosto a la casa para la carpeta.
21-8-25	x			x	Se llama a la madre para informarle que la carpeta ya esta al dia. La novedad esta semada.			La carpeta ya esta completa La nauedad esta semada.	La carpeta ya esta completa	La carpeta ya esta completa

Fundación Alma de Vida
Fortaleciendo caminos de esperanza

MODALIDAD PROPIA INTERCULTURAL, EIC_SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

UCA: Quevubines

Tipo Documento: RC__ CC__ TI__ Otro___ Numero de documento: 1.122.344.538

Nombres y apellidos: Mateo Hermosa Gomez

FECHA DE TOMA	EDAD	PESO	TALLA	PB	DIAGNOSTICO
8-07-2025	7 Meses	7,5	70	13.5	Riesgo a Desnutricion Aguda
22-08-2025	8 Meses	7,6	71	14	Riesgo a Desnutricion Aguda
16-09-2025	9 Meses	7,9	71.6	14	Peso Adecuado para la talla
15-10-2025	10 Meses	7.8	72	14.2	Riesgo a Desnutricion Aguda
18-10-2025	11 Mes.	8.3	73.4	15	Peso Adecuado.