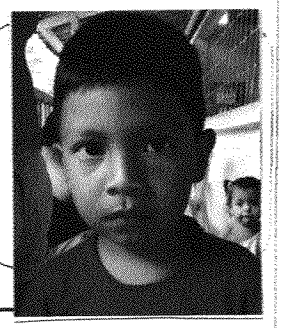
LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

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-GH2
	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 25/03/2025



FECHA SOLICITUD CUPO: 20-4-25 FECHA INGRESO: 01-05-25

UDS: Querubines 2 MUNICIPIO: San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Jordy Andrick Barcue Medina

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 7725414035

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 24-09-2020 EDAD: 4 MUNICIPIO: Puerto Caicedo

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: ____

[redacted]S 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: ___

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: ___ NO: ___ CUAL: ____

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Anderson Fabian Barcue Quinganes

No. IDENTIFICACION: 7006961055 DIRECCION RESIDENCIA: Sabalito

CELULAR: 3209307468 E.P.S: Nueva E.P.S.

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

[redacted]VEL DE ESCOLARIDAD: Quinto PROFESIÓN: Agricultor

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Daniela yubely Medina cruz

No. IDENTIFICACION: 1123317558 DIRECCION RESIDENCIA: Sabalito

CELULAR: 3209307718 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa.

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Quinto. PROFESIÓN: Ama de casa

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: ____

NUMERO IDENTIFICACION: ____ CELULAR: ____

DIRECCION: ____ PARENTESCO: ____

DANIELA MEDINA
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** 1220147

NUIP 1.125.414.035

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☐ X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
BAICUE MEDINA JORDY ANDREIKC

Fecha de Nacimiento (Mes en letras) | Sexo (en letras) | Tipo Sanguíneo
Año 2020 Mes SEP Día 24 | MASCULINO | O +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras) | Indicativo serial
Año 2020 Mes OCT Día 21 | 0056597840

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
MEDINA CRUZ DANIELA YUBELY

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad
TARJETA DE IDENTIDAD 1.123.317.558 | COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
BAICUE QUIGUANAS ANDERSON FABIAN

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.961.855 | COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
BAICUE QUIGUANAS ANDERSON FABIAN

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.961.855

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio | Código
COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO CAICEDO

Fecha de inscripción en el Registro Civil
Año 2020 Mes OCT Día 21

Nombre y firma del funcionario

Registrador del Estado Civil

Registro Civil de Nacimiento
26205674-8

Sisbén

Fecha de consulta: 07/05/2025

Ficha: 86569293477300004031

A4

GRUPO SISBEN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JORDY ANDREIKC

Apellidos: BAICUE MEDINA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1125414035

Municipio: Puerto Caicedo

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 27/02/2023

Última actualización ciudadano: 27/02/2023

Última actualización vía 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	No pobre ni vulnerable

"La información de su encuesta debe ser revisada por inconsistencias presentadas en los procedimientos atribuibles a la recolección de información. La oficina Sisben debe realizar en un plazo no mayor a 12 meses, un proceso para dar solución a este hallazgo. En caso de que la oficina no realice este proceso en el plazo mencionado, se realizará un bloqueo preventivo de su encuesta. Si requiere mayor información por favor comunicarse con la oficina Sisbén de su municipio"

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: LUZ MARINA PEÑA FERNANDEZ

Dirección: Centro de convivencia ciudadana Barrio villa del castillo

Teléfono: 3177777862

Correo Electrónico: sisbenptocaicedo@puertocaicedo-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	1125414035
NOMBRES	JORDY ANDREIKC
APELLIDOS	BAICUE MEDINA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	PUERTO CAICEDO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	01/02/2025	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/12/2025 08:45:11	**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.

emssanar EPS

NIT. 901.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio
Nº 15233 Libro IX. Octubre 24 de 2016

Cuidamos de ti en cada paso

PASTO OCTUBRE 21, 2025

ID Portabilidad: 1153509

Señor(a)
JORDY ANDREIKC BAICUE MEDINA
SAN MIGUEL (PUTUMAYO)
VEREDA MESAS DEL SABALITO
Teléfono: - 3222419495

Ref. Solicitud de prestación de servicios de salud

Cordial Saludo

En cumplimiento a las disposiciones normativas definidas en la resolución 1683 del 2013, por la cual se reglamenta el articulo 22 de la ley 1438 del 2011, sobre la portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, me permito notificarle que en aras de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud, a que tiene derecho la población afiliada al régimen subsidiado, en relación a la atención médica y odontológica de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud de baja complejidad y definidos en la resolución 5521 del 27 de diciembre del 2013, se le brindarán en:

NOMBRE DE LA ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD	DIRECCION - TELEFONO	TIEMPO DE DURACION DE LA ATENCION
ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - PUESTO DE SALUD PUERTO COLON - SAN MIGUEL (PUTUMAYO)	VIA PRINCIPAL PUERTO COLON - 3102997767	21/10/2025 - 25/02/2026

Cualquier inquietud por favor comunicarse a nuestra línea nacional 01 8000 187050, donde nuestro personal le atenderá las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Muy cordialmente.

JEFE COMERCIAL

EMSSANAR EPS SAS

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:
JORDY ANDREIKE

Apellidos:
BAICUE MEDINA.

Fecha de nacimiento:
24 09 2020

Historia Clínica:
1125414035

Barrio / Vereda:
MESAS DEL SABALITO

Responsable del niño (a):

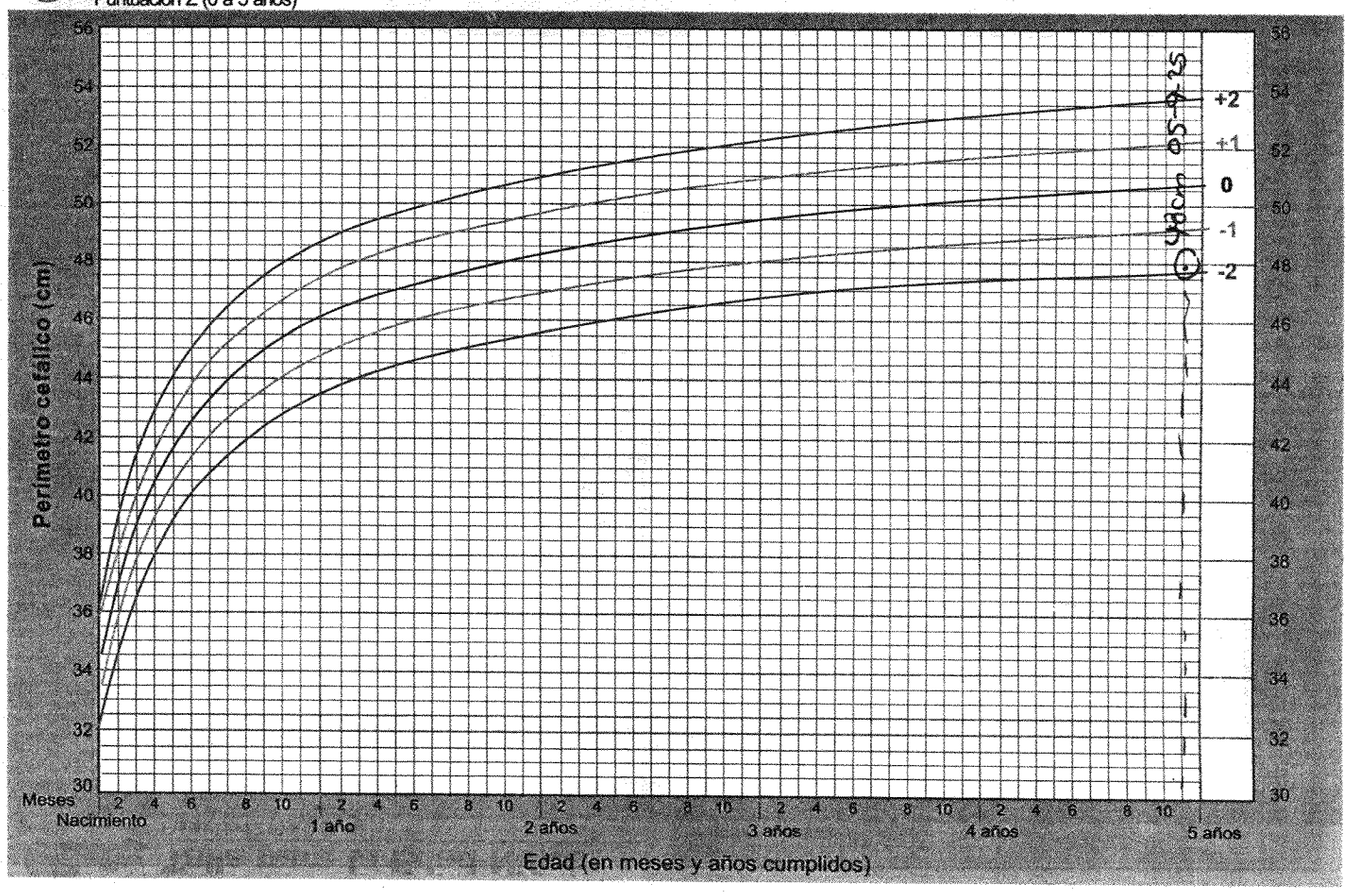
Teléfono:
3123389239

EPS:
AIC.



Perímetro cefálico Niños

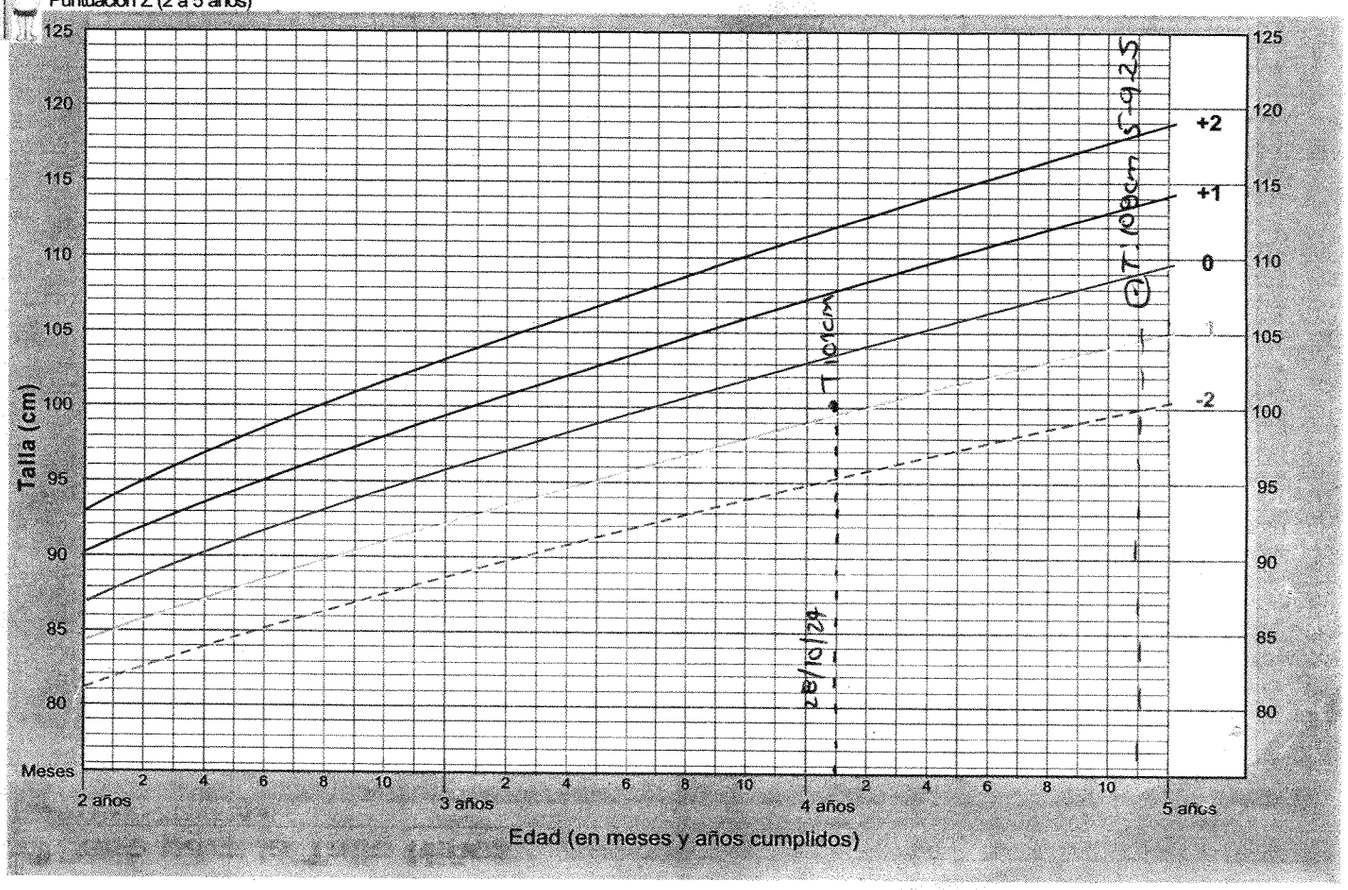
Puntuación Z (0 a 5 años)



(24)

Talla para la Edad Niños

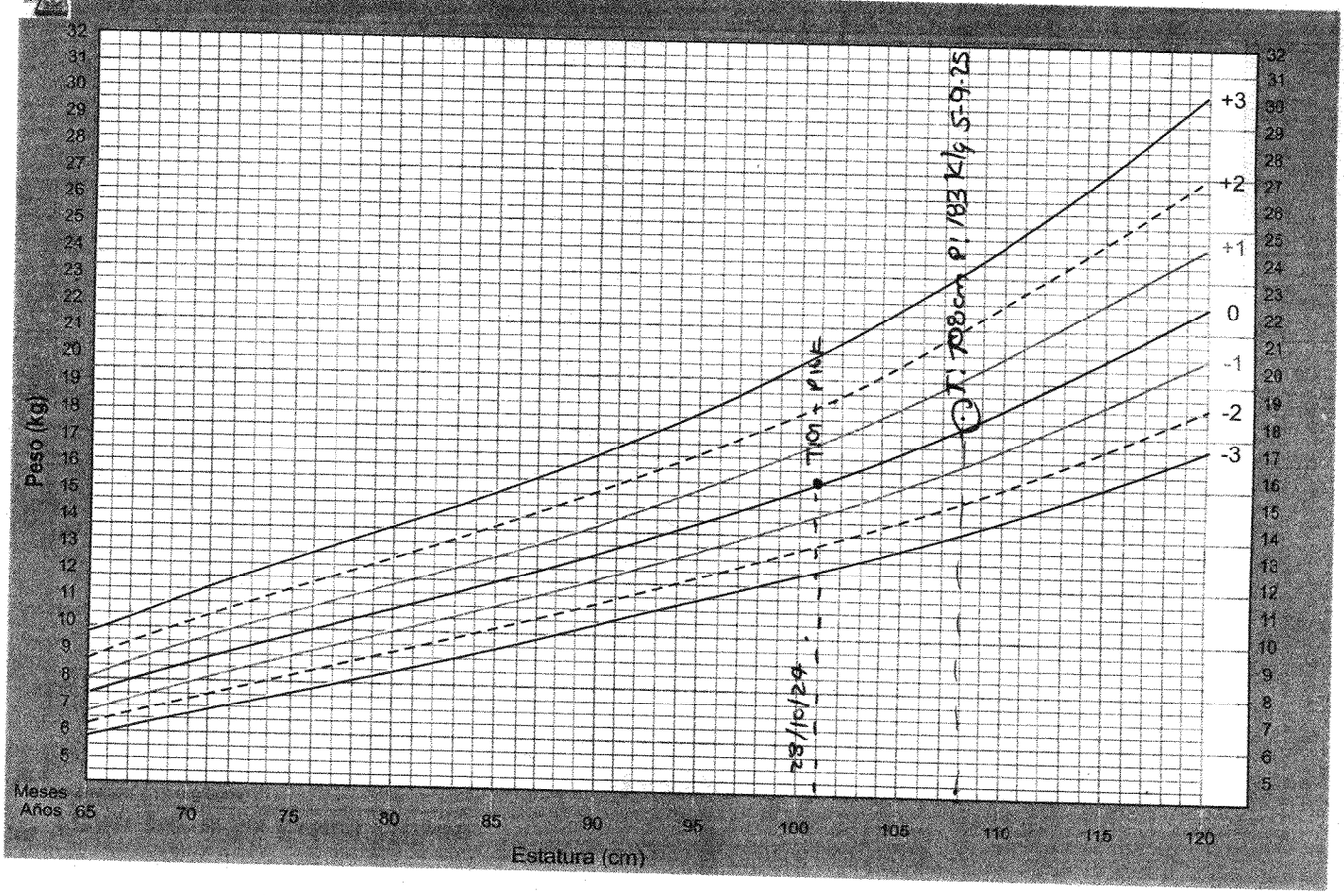
Puntuación Z (2 a 5 años)



(25)

Peso para la Talla Niños

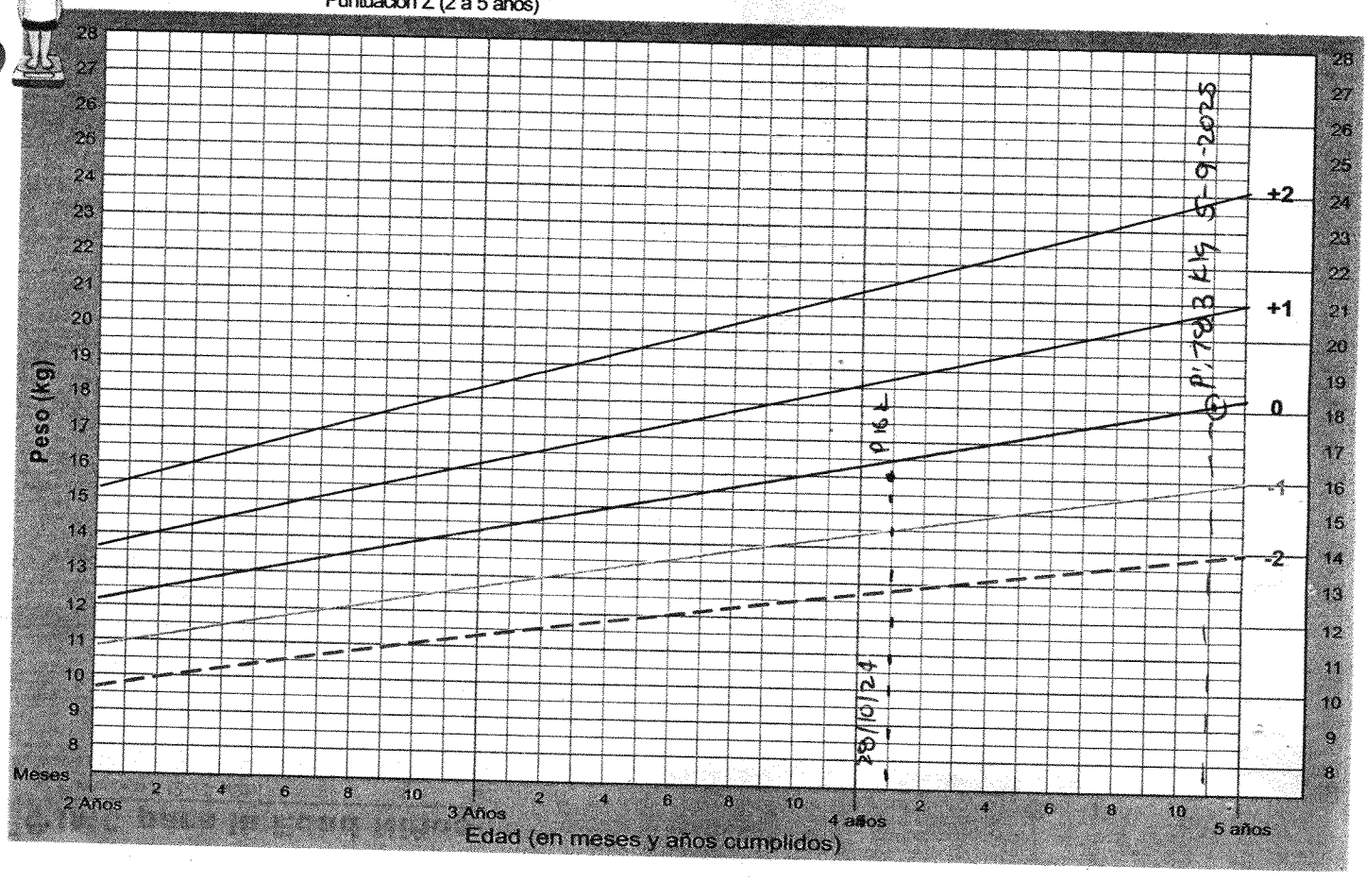
Puntuación Z (2 a 5 años)



(26)

Peso para la Edad Niños

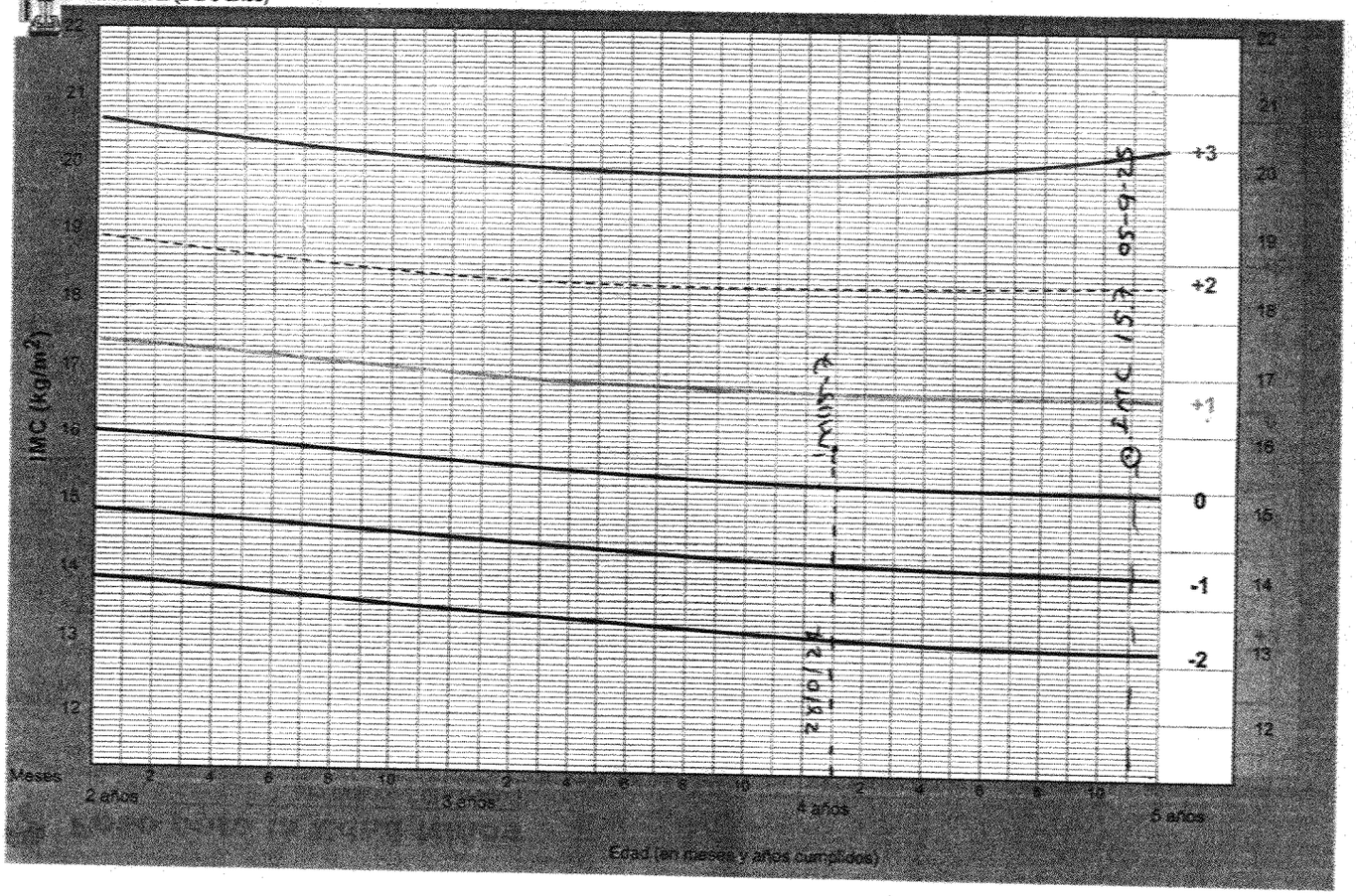
Puntuación Z (2 a 5 años)



(27)

IMC para la Edad Niños

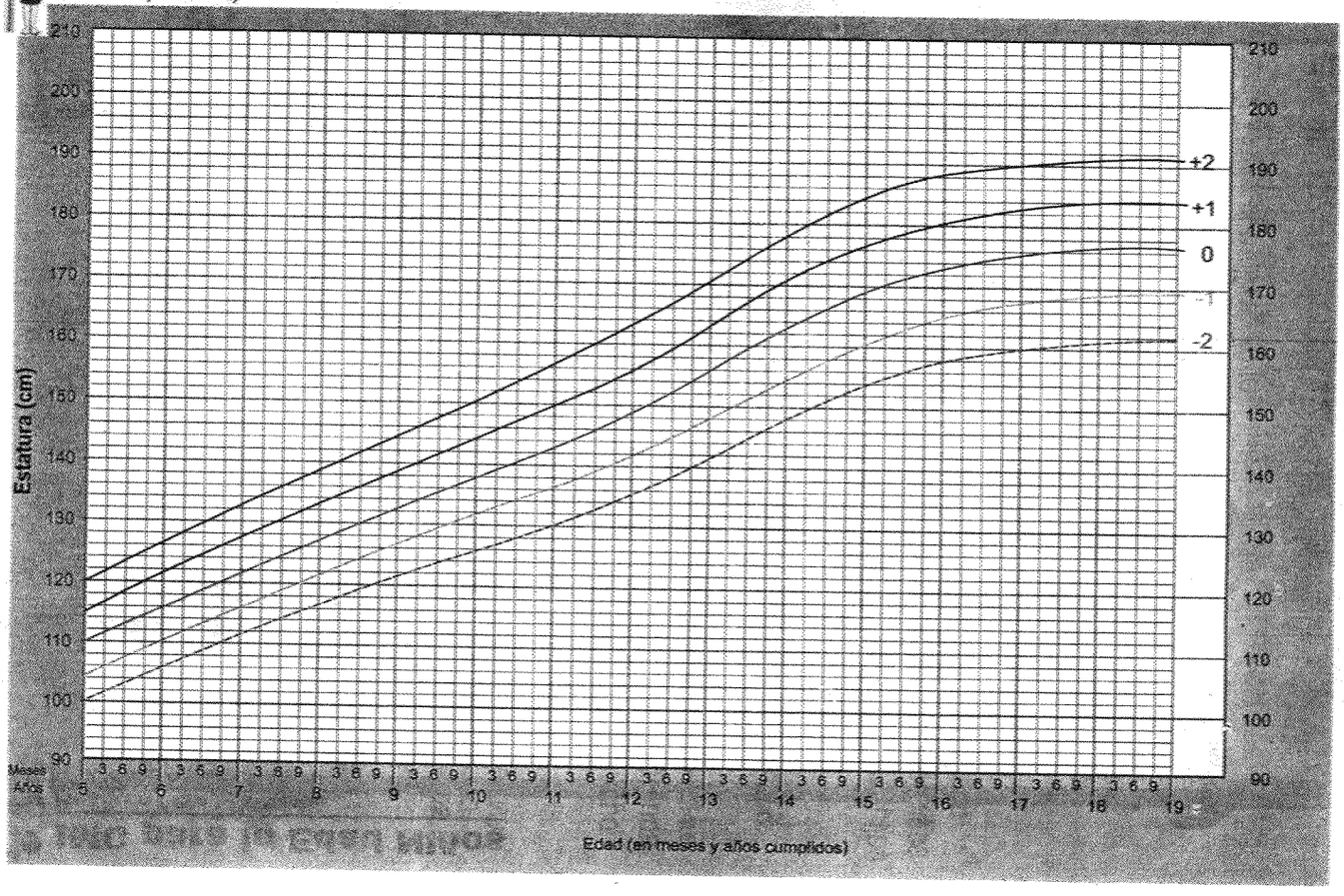
Puntuación Z (2 a 5 años)



(28)

Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (5 a 17 años)



(29)

n objetos coloridos, a una
zando pequeños
de la línea media

o para estímulo cervical
a, mantenga un diálogo

visual y auditivo en
ien o le cambian el pañal.

ancia, dando la
anzarlos.

ando paños para cubrir
ludir palabras de fácil

s. (Batir palmas, decirle
e le responde).

mano (diga chao), tire
entre otros.

al principio sean

ombre ayudando a
las es de dar,

as momentos
ada.

ncia para las
como por ejemplo, en
con supervisión.

e comente sus
ndo el lenguaje y

dos. Enséñele a
lo hace calor o hace

de la vida diaria sin

egos con bloques o
que empareje o

vida diaria por si
loquelé juegos que

77

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
28/10/24	16	107	47	15	15.7	24/09/2025	Ana Erazo
05-09-2025	18,3	709	48	16	15.7	24-09-2026	Milena C.

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
24	09	2025			
05	09	2025	Enfermo	Sin M	lenga C
24	09	2026	Medico		

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer — Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida — Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

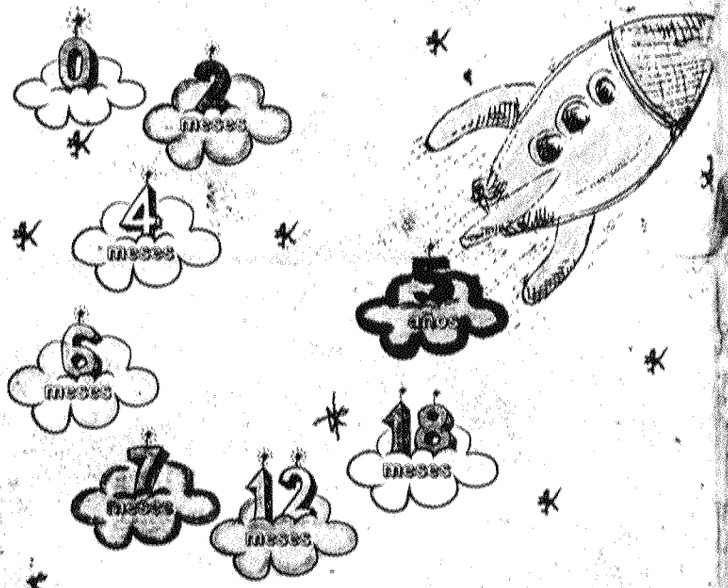
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

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



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI
Porque mi vida hoy que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Jordi Andreike Briceño Medina
Fecha de nacimiento: 24-Sep-2020
Nº de certificado de nacido vivo: 1915[illegible]3
Registro civil: 1.195.1140.35
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O Positivo
Peso al nacer: 3649 T:48 Pc 31 PT 35 PA 3
Dirección:
Teléfono: 3164910058
Responsable: Daniela Yuberly Medina
Municipio de residencia: Pto Gaitán
Departamento: Putumayo

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: _____ Regist. Civil: _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐	24-Sep-2020	Serum	03186258	ESE HAT		Yaned Reyes
	Tuberculosis B.C.G.	Única	24-Sep-2020	Serum	03206002M	ESE HAT		Yaned Reyes
	Hepatitis B	Recién nacido						
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐					24 Nov 2020	
	Polio (Oral - IM)	1ª	24-Nov-20	Serum	2859Y032A	ESE HAT		Libardo Chara
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	24-Nov-20	Sanofi	R3L59	ESE HAT		Libardo Chara.
	Rotavirus	1ª	24-NOV-20	GSK.	ABOLC426MA	ESE HAT		Libardo Chara
	Neumococo	1ª	24-NOV-20	GSK.	ASPNB2728A	ESE HAT		Libardo Chara
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						Libardo Chara
	Polio (Oral - IM)	2ª	30-Enero-21	Sanofi	R3L59	ESE HAT		Libardo Chara
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	30-Enero-21	Serum	2859Y032A	ESE HAT		Libardo Chara
	Rotavirus	2ª	30-Enero-21	GSK	ABOLC426MA	ESE HAT		Libardo Chara
	Neumococo	2ª	30-Enero-21	GSK.	ASPNB2728A	ESE HAT		Libardo Chara
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	24-Marzo-21	Biologicals	2017004	ESE HAT		Libardo Chara
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	24-marzo-21	Serum	2859Y032B	ESE HAT		Libardo Chara
	Influenza	1ª	8-Sep-2021	Sanofi	V3C13	ESE HAT		Libardo Chara
7 Meses	Influenza	2ª	14-Oct-2021	Sanofi	V3C13	ESE HAT		Martha Villarreal
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	24-Sep-21	Serum	0180W005	ESE HAT		Libardo Chara
	Fiebre Amarilla	1ª	24-Sep-21	Sanofi	R3N10	ESE HAT		Libardo Chara
	Neumococo	Refuerzo	24-Sep-21	GSK	ASPNB311BA	ESE HAT		Libardo Chara
	Influenza	Anual	23-05-22	Green	V502222AE	HFLH		Paola C
	Hepatitis A	ÚNICA	24-Sep-21	MSD	T012958	ESE HAT		Libardo Chara
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1' Refuerzo	23-05-22	Serum	2850X009B	HFLH		Paola C
	Polio (Oral - IM)	1' Refuerzo	23-05-22	Serum	1800P19	HFLH		Paola C
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo	02-Oct-25	Biologicals	2923003	HFLH		Isabel
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo	02-Oct-25	Serum	22110524AA	HFLH		Isabel
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	21-Feb-23	Serum	0180W1333	ESE HAT		Blanca Garces
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	1 DOSIS	24-Sep-21	MSD.	U006719	ESE HAT		Libardo Chara
	Varicela		02-10-25	Serum	9002-29	HFLH		Isabel
	Sarampion Rubeola	Unica	29-Dic-21	Serum	0121N052	ESE HAT		Libardo Chara

Estas vacunas son gratuitas

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

CITA: 9 AÑOS.

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-COV-2 / COVID-19

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos — Minsalud

CIUDAD San Miguel- La Dorada. FECHA: DÍA 6 MES 05 AÑO 2025. HORA: 2:50pm.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Jordy Andreick. APELLIDOS Barrue Medina

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 7725414

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 24 MES: 09 AÑO: 2020 EDAD: 4 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 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 miedo a la reacción

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar ninguna dosis. Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] ó dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

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

Firma de la persona: Daniela Medina

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

Nombres Daniela yubely Apellidos Medina cruz.

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1123317558

Firma: Daniela Medina

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

Firma Isabel Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004695474

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFCh

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo

MUNICIPIO: San Miguel

Nota: Cuanto se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con unos de sus padres o su representante legal.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.123.317.558

MEDINA CRUZ

APELLIDOS

DANIELA YUBELY

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-OCT-2003

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

07-JUN-2022 VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6402800-01306148-F-1123317558-20220701 0079928888A 1 53978951

16

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.006.961.855

BAICUE QUIGUANAS

APELLIDOS

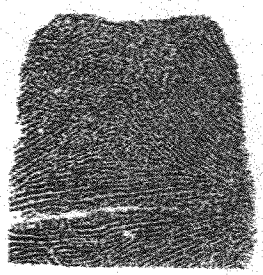
ANDERSON FABIAN

NOMBRES

Anderson fabian bai

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-ABR-1998
PUERTO CAICEDO
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

16-MAY-2016 PUERTO CAICEDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-6402600-00990644-M-1006961855-20180328 0060524386A 1 49837507

17 R/V

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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Yordy Andreikc Baicue Medina

Doc. de Identidad: 1125474035

EPS: Emssanar

Teléfono: 3204387957

Domicilio: V/Meson del Salvador

		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													
		Atención en salud por enfermería												5-9-2025	
		Atención en salud por Odontología							Proximo		control		6- octubre 202		
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor												18-Junio 2025	
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg 220883
Universidad de Caldas

Higuera visual 20/20 normal 5-9-2025

Higiene oral. 18 Diciembre 2025 próxima control

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 848.002.309-9

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA



E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud

Nombres y Apellidos: Jordi andreike baicue Medina.

Doc. de Identidad: RC 1125 414 035 EPS: Emssanar

Teléfono: 3104387957 Domicilio: V/ Mesas Sibalito

18
R1v

		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	3A	4A	5A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor												18-06-2025	
		Profilaxis y remoción de placa												18-12-2025	
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

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

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Daniela Yubely Medina Identificado con C.C N° 1223317558 en calidad de: padre o madre (Madre), del niño o niña: Jordy Andrick Baicar M 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 6 Días del mes de 5 del Año 2023 .

DANIELA MEDINA
Madre o Acudiente
C.C 1223317558 ·

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

Yo, Daniela Yabely Medina, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1123317558 obrando en calidad de:

Padre		Madre	✓	Cuidador	

De la niña, niño o adolescente, Jordy Andrick Baicue M, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI____, CE____, número 1225414031, 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: DANIELA MEDINA
Nombre: Daniela Yabely Medina C.
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3204387987
Fecha: 7-05-2025
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 Josdy Andrick Baicac Medina, identificado (a) con documento de identidad número 1125414035, 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, Daniela Yabely Medina Cruz., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1123317558, 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 G.L.C.

Suscriben:

Firma: DANIELA MEDINA
Nombre: Daniela Yabely Medina Cruz
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3204387987
Fecha: 1-05-2025
Municipio: San Miguel

¡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

22

R/V

Ciudad Dorada: San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Jordy Andreitc Baicue Medina

Fecha de nacimiento 24 09 2020 **N° Documento de Identidad** 1125414035

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 6 05 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Nardi Gorèja

Fecha de registro cualitativo 7 08 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

Se observa que el niño es muy activo le agrada participar de las actividades con sus compañeros explorando el entorno juega y comparte, juguetes con quienes estan en su entorno con respeto.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Nardi Gorèja.

Fecha de registro cualitativo 10 11 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

Se observa que el niño realiza las actividades de desplazamiento colorcado, rasgado y pegado de acuerdo a las etapas de crecimiento para su edad.

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)*

Valoración Cualitativa ⇨	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																		
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	①②③	①②③	①②③	④⑤	④⑤	④⑤	⑥⑦	⑥⑦	⑥⑦	⑧⑨	⑧⑨	⑧⑨	⑩	⑩	⑩	⑪⑫⑬	⑪⑫⑬	⑪⑫⑬	⑭⑮	⑭⑮	⑭⑮	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑲⑳㉑㉒	⑲⑳㉑㉒	⑲⑳㉑㉒	㉓	㉓	㉓	㉔	㉔	㉔	㉕	㉕	㉕
6 meses y 1 día a 12 meses	①②	①②	①②	③④	③④	③④	⑤⑥⑦⑧	⑤⑥⑦⑧	⑤⑥⑦⑧	⑨⑩	⑨⑩	⑨⑩	⑪⑫⑬⑭	⑪⑫⑬⑭	⑪⑫⑬⑭	⑮⑯⑰⑱	⑮⑯⑰⑱	⑮⑯⑰⑱	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	㉒	㉒	㉒	㉓㉔㉕㉖	㉓㉔㉕㉖	㉓㉔㉕㉖	㉗㉘	㉗㉘	㉗㉘	㉙㉚㉛	㉙㉚㉛	㉙㉚㉛	㉜㉝	㉜㉝	㉜㉝
1 año y 1 día a 2 años	① ②	① ②	① ②	③④⑤	③④⑤	③④⑤	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑨⑩	⑨⑩	⑨⑩	⑪⑫	⑪⑫	⑪⑫	⑬⑭	⑬⑭	⑬⑭	⑮⑯	⑮⑯	⑪⑯	⑰⑱⑲	⑰⑱⑲	⑰⑱⑲	⑳㉑	⑳㉑	⑳㉑	㉒㉓	㉒㉓	㉒㉓	㉔	㉔	㉔	㉕㉖	㉕㉖	㉕㉖
2 años y 1 día a 3 años	①②③	①②③	①②③	④⑤	④⑤	④⑤	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑨	⑨	⑨	⑩⑪⑫	⑩⑪⑫	⑩⑪⑫	⑬⑭	⑬⑭	⑬⑭	⑮	⑮	⑮	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	㉒㉓㉔	㉒㉓㉔	㉒㉓㉔	㉕㉖	㉕㉖	㉕㉖	㉗	㉗	㉗
3 años y 1 día a 4 años	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑨⑩⑪	⑨⑩⑪	⑨⑩⑪	⑫	⑫	⑫	⑬⑭⑮⑯	⑬⑭⑮⑯	⑬⑭⑮⑯	⑰⑱	⑰⑱	⑰⑱	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	㉒㉓㉔㉕	㉒㉓㉔㉕	㉒㉓㉔㉕	㉖㉗	㉖㉗	㉖㉗	㉘㉙㉚	㉘㉙㉚	㉘㉙㉚	㉛㉜㉝㉞	㉛㉜㉝㉞	㉛㉜㉝㉞	㉟㊱	㉟㊱	㉟㊱
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	① ②	① ②	① ②	③	③	③	④⑤	④⑤	④⑤	⑥⑦	⑥⑦	⑥⑦	⑧	⑧	⑧	⑨⑩	⑨⑩	⑨⑩	⑪⑫	⑪⑫	⑪⑫	⑬⑭	⑬⑭	⑬⑭	⑮	⑮	⑮	⑯⑰	⑯⑰	⑯⑰	⑱	⑱	⑱	⑲⑳	⑲⑳	⑲⑳

▭ = Procesos y subprocesos fundamentales

▭ = Procesos y subprocesos no fundamentales

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

23 R/V

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Nardi García. NOMBRE UCA: Quercubines I

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Jhoidy Andrick Barcce IDENTIFICACIO: 1125414035 FECHA DE NACIMIENTO: 24-09-2020.

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					
18-06-25	X			9	Se dialoga con la madre para. mediante llamada telefonica, para Felicitarla ya que ella ha entregado las copias para la carpeta al dia de los documentos requeridos. Se sierra novedad.	DANIELA M.	Nardi G.	Visitar a la madre para orientar sobre la gran importancia de que el niño tenga todos los controles y vacunas. El niño ya tiene todo la documentacion actualizado. Se sierra novedad.	Realizar el acompañamiento; para que la madre obtenga la papeleria requerida para la carpeta del programa Se sierra novedad.	La madre se compromete a estar pendiente de los controles del niño.

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					
12-8-2023	x			x	La madre llama a la maestra para pedir permiso ya no puede asistir al encuentro educativo; por que tenia que atender un asunto familiar.		Nardi Garcia	se orienta a la madre sobre la importancia de ir a los encuentros educativos y se le informa que el encuentro es el 22 de agosto y q se espera su asistencia. para que firme tambien la novedad. se sienna novedad	se llama a la madre el 19 de agosto para verificar el estado de salud y animo del niño y la familia la madre manifiesta que estan bien y se sienna novedad.	La madre se compromete a estar con puntualidad en el encuentro.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Naidi Correa NOMBRE UCA: Quebrabines. I

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Jordy Andreick Baicue IDENTIFICACIO: 1125414035 FECHA DE NACIMIENTO: 24-09-2020.

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
6-5-25					se dialoga con la madre para informar que la copia del control esta aldia pero que faltan paginas de igualmanera tambien se pide copia clara de higiene oral ya que esta borrosa y poco se entiende y de vacunas la parte de la pagina donde esta el nombre del niño. La madre ya presento copia faltante del carnet de control Crecimiento y desarrollo.	DANIELA MEDINA	Naidi Correa	se llama a la señora para recordarle que debe entregar las copias para la carpeta.	Recordarle que para el dia 12 la maestra pasara por las copias.	Que la madre tendra las copias para el dia estipulado en el acuerdo.
10-6-2025 (10-6-2025)						DANIELA MEDINA Leny Arteaga.	Naidi García	La madre ya presento la copia del control al dia.	sele gestiona la portavilidad para el niño ya que es de Puerto Caicedo pero ya esta para San Miguel y recibira la atencion en el hospital de la Dorada.	Que continue asi llevando con puntualidad el niño a los controles necesarios.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE ALIMENTOS A LOS USUARIOS EN LA ESTRATEGIA DE OLLA COMUNITARIA

FO-M013-PP	14/05/2021
Versión 1	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Público	

REGIONAL: PUTUMAYO CENTRO ZONAL: LA HORMIGA MUNICIPIO: SAN MIGUEL

SERVICIO: SERVICIO DE EDUCACIÓN INICIAL RURAL (X) MES DE ENTREGA: ABRIL CODIGO CUENTAME DE LA UDS: 867570012810O

NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION ALMA DE VIDA

NOMBRE UNIDAD DE SERIVICIO: MI ENCUENTRO FAVORITO NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN: MI ENCUENTRO FAVORITO

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	GRUPO POBLACIONAL DEL USUARIO			ENCUENTRO No ____ Fecha:							DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE			ENCUENTRO No ____ Fecha:							DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE		
				Gestante y Lactantes	Niñas y niños de 6 a 11 meses	Niñas y niños 1 año a 5 años	Usuario asiste con Acompañante (SI / NO)	ALIMENTOS ENTREGADOS						NOMBRE COMPLETO	Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA	Usuario asiste con Acompañante (SI / NO)	ALIMENTOS ENTREGADOS						NOMBRE COMPLETO	Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA
								Pan de sal	Manzana	Leche entera																
1	ELIZABETH GAMEZ RODRIGUEZ	CC	1055916057	X																						
2	MARIBEL OCAMPO RIOS	CC	1122677414	X																						
3	ZOE ALAIA PEREZ ARCE	RC	1136964344	X																						
4	MARIANGEL VALDERRAMA ORDOÑEZ	RC	1030084312			X																				
5	JIRETH ROSARIO GARCIA MEJIA	RC	1122344350			X																				
6	JHEINER YESID MEZA MATABAJOY	RC	1122344316			X																				
7	ADELHYN LINETH GOMEZ MORA	RC	1122344278			X																				
8	MAILEN YAREPXI YELA JURADO	RC	1122344112			X																				
9	JHOSTIN ALEXIS RIASCOS SOLARTE	RC	1122343954			X																				
10	HEYKER JEREMIAS PEÑA MIRANDA	RC	1122343911			X																				
11	BRIANNA YUDIT MORIANO GALLARDO	CE	2150705834			X																				
12	YEISON ADRIAN GAITAN GARCIA	RC	1080071323			X																				
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										
18																										
19																										
20																										

ENCUENTRO No ____ ENCUENTRO No ____

Firma de quien entrega por parte de la EAS:

Nombre Completo y legible de quien entrega EAS:

OBSERVACIONES:

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!