7

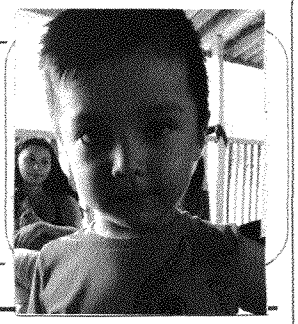
LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con otografía 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: 20-4-25 **FECHA INGRESO:** 1-5-25.

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Santiago Alejandro Tipaz Ortiz.

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ **NUIP No.** 1122343774.

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 28-07-2021 **EDAD:** 3/11 M. **MUNICIPIO:** San Miguel.

DEPARTAMENTO: putomayo **PAIS:** Colombia. **DIRECCION**

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

¿CUAL?: ____ **MOTIVO DEL RETIRO:** N/A

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: X NO: __ PUNTAJE: 82 **DESPLAZADO:** SI: __ NO:

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

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Oscar Alveiro Tipaz Aza.

No. IDENTIFICACION: 1122339843 **DIRECCION RESIDENCIA:** Sabalito.

CELULAR: 3182395516. **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: Maria Andrea Ortiz Diaz.

No. IDENTIFICACION: 1122342686. **DIRECCION RESIDENCIA:** Sabalito.

CELULAR: 3182395516. **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa.

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: ____

NUMERO IDENTIFICACION: ____ **CELULAR:** ____

DIRECCION: ____ **PARENTESCO:** ____

Andrea Ortiz
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Nardi Goreia
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.122.343.774

Indicativo Serial 61318526

61318526

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Z C Z

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

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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TIPAZ	ORTIZ

Nombre(s)

SANTIAGO ALEJANDRO

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021	Mes JUL	Día 28	MASCULINO	B	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/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	168334566

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: ORTIZ DIAZ MARIA ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.342.686	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: TIPAZ AZA OSCAR ALVEIRO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.339.843	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: TIPAZ AZA OSCAR ALVEIRO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.339.843	

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 2021 Mes AGO Día 04	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

Papeles

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

San Miguel (La Dorada) - Putumayo, 15 de noviembre de 2022
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES.

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
30948349-0

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador Municipal del Estado Civil

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 07/05/2025

Ficha: 86757018578000000109

B2

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: SANTIAGO ALEJANDRO

Apellidos: TIPAZ ORTIZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343774

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 27/11/2017

Última actualización ciudadano: 13/08/2021

Última actualización via registros administrativos:

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

A1→A5	B1→B7	C1→C18	D1→D21
Pobreza extrema	Pobreza moderada	Vulnerabilidad	No pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

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

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122343774
NOMBRES	SANTIAGO ALEJANDRO
APELLIDOS	TIPAZ ORTIZ
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	01/08/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/12/2025 08:41:21	**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 SALUD INFANTIL

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

"Su Salud en Buenas Manos"



CLÍNICA SAN JORGE LA HORMIGA S.A.S
RÉGIMEN COMÚN - NIT 900115211-7
CARRERA 6 N° 9-38 - BARRIO LAS ACACIAS
TELÉFONO: 4283272 - CEL: 3138873678
LA HORMIGA - PUTUMAYO

CARNET DE SALUD INFANTIL

CONTROL DE CITAS

1er Apellido: Tipaz

2do Apellido: Ortiz

Nombre: Santiago Alexandro

Fecha de Nacimiento: Día 28 Mes 07 Año 2021

Sexo: F M x I

Grupo Sanguíneo: B Rh: +

Lugar de Nacimiento: Clinica Putumayo

Municipio: Puerto Asis Departamento: Putumayo

EPS Emssanar

Nº de Afiliación: 1122 3443774

Nº de Registro Civil 11 22 3A 43 774

EN CASO DE URGENCIA FAVOR AVISAR A

Nombre: Andrea Ortiz

Domicilio: Barrio los Prados

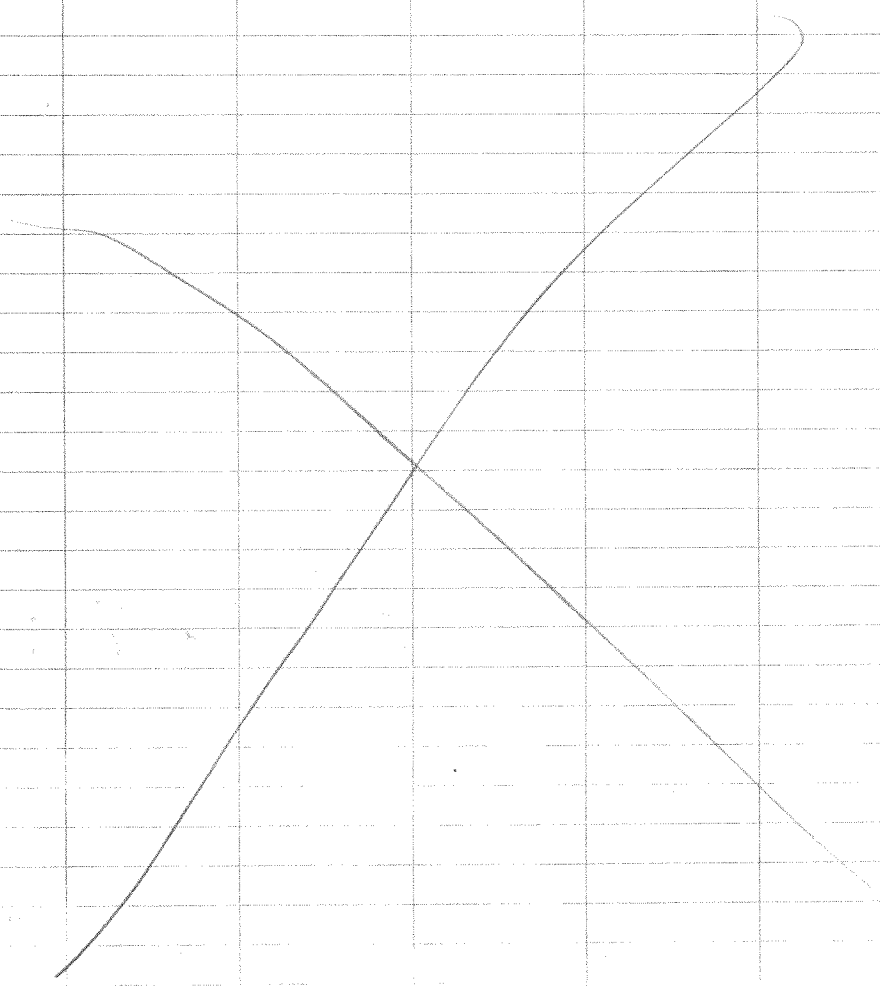
Municipio: La Dorada Departamento: Putumayo

Teléfonos: 3152395516

Otros domicilios:

CONTROL DE CITAS

FECHA			HORA	ASISTIÓ	
DÍA	MES	AÑO		SI	NO
30	07	25	Enfermería		



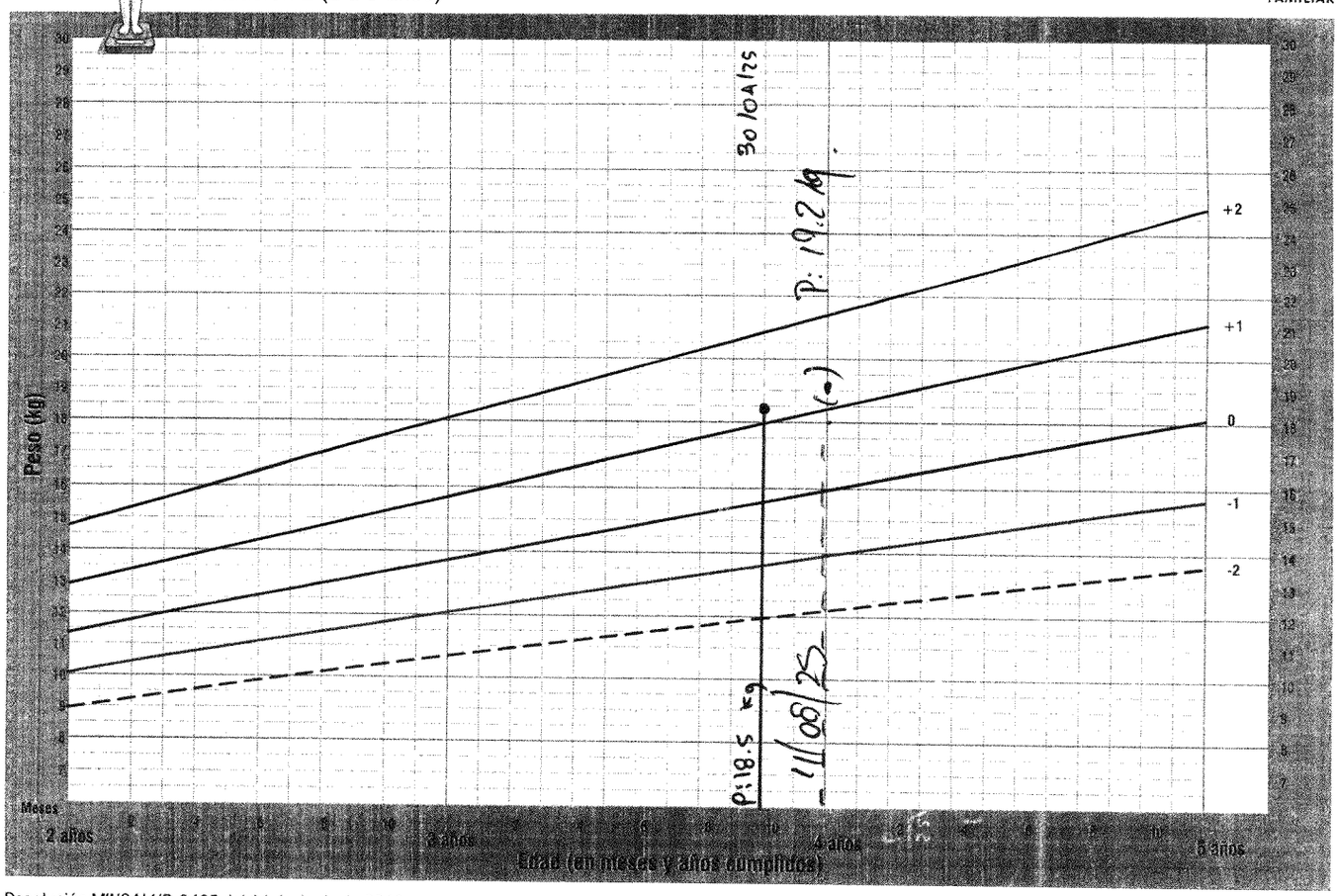
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

La Salud es de todos Minsalud

Instituto Nacional de Salud

Bienestar Familiar



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Organización Mundial de la Salud

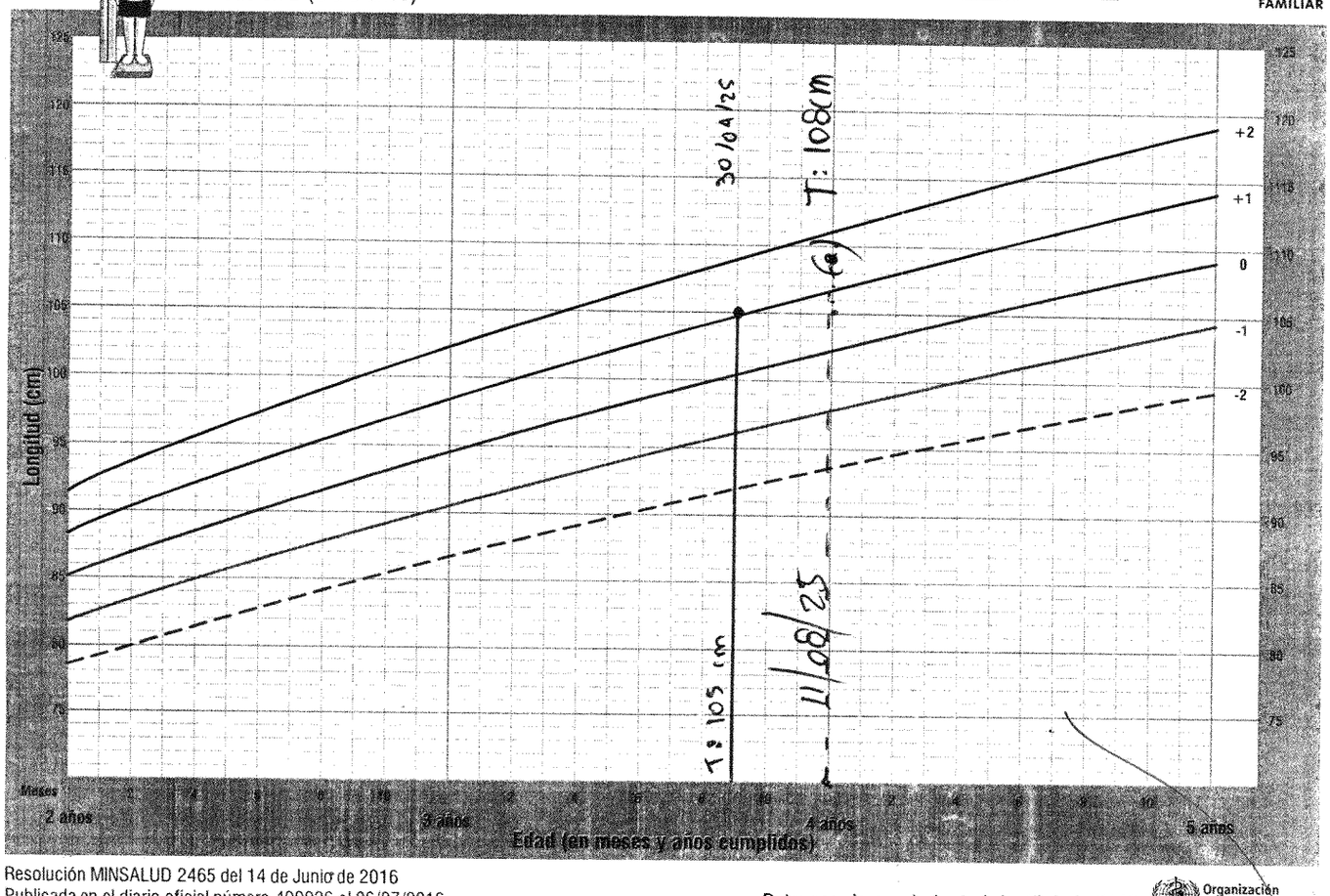
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

La Salud es de todos Minsalud

Instituto Nacional de Salud

Bienestar Familiar



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Organización Mundial de la Salud

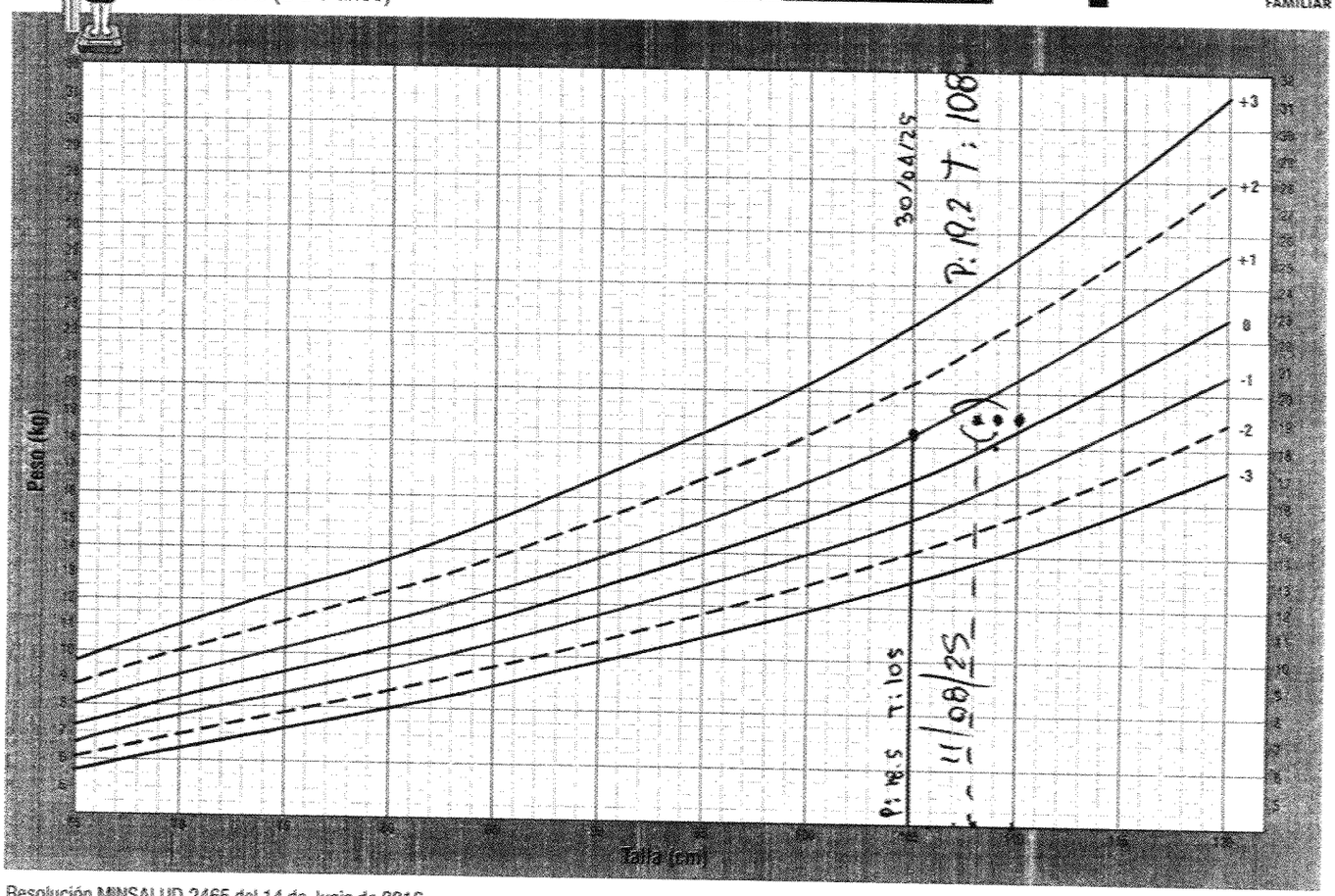
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

La Salud es de todos Minsalud

Instituto Nacional de Salud

Bienestar Familiar



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Organización Mundial de la Salud

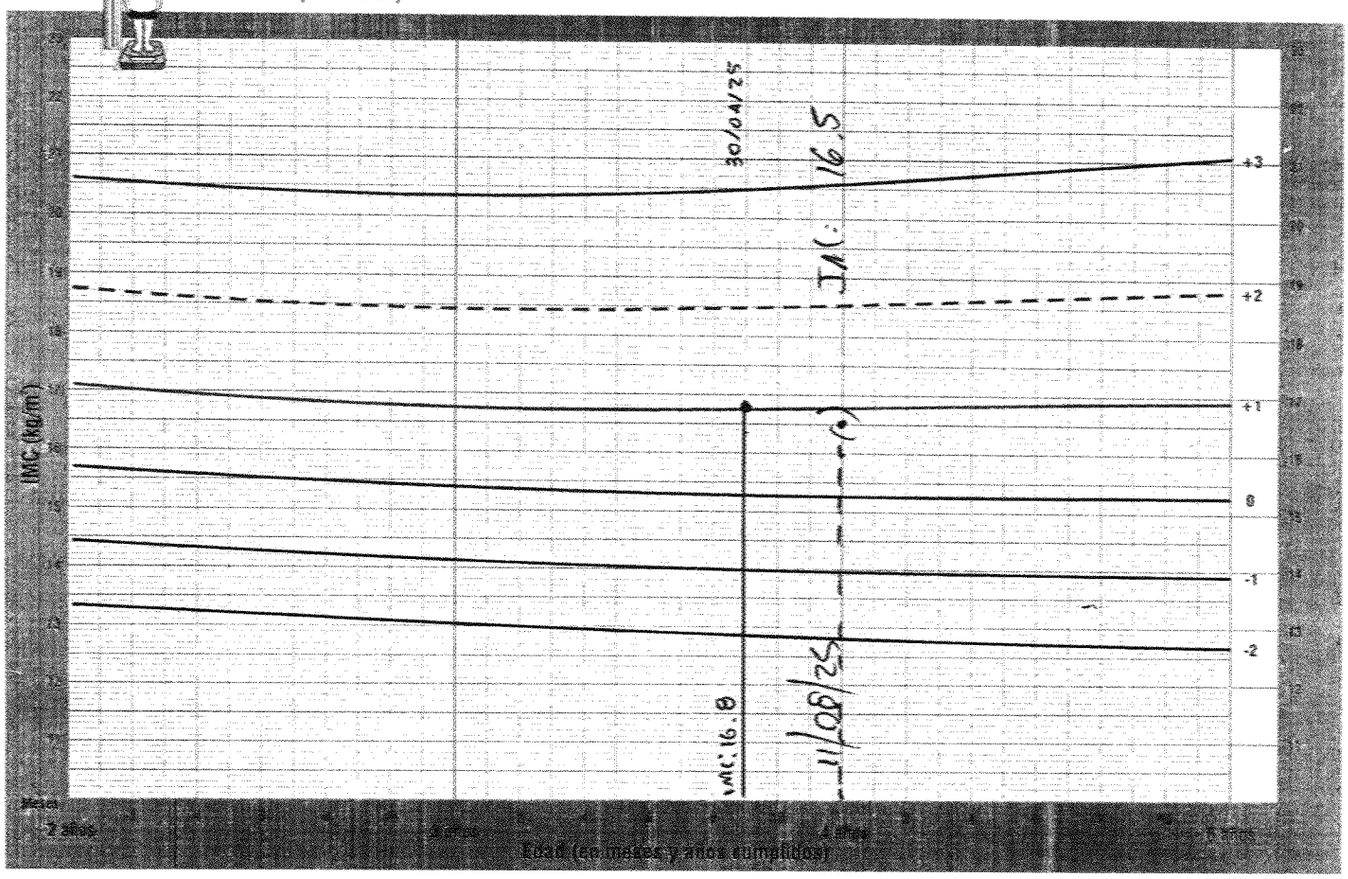
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

La Salud es de todos Minsalud

Instituto Nacional de Salud

Bienestar Familiar



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Organización Mundial de la Salud



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS — Organización Mundial de la Salud

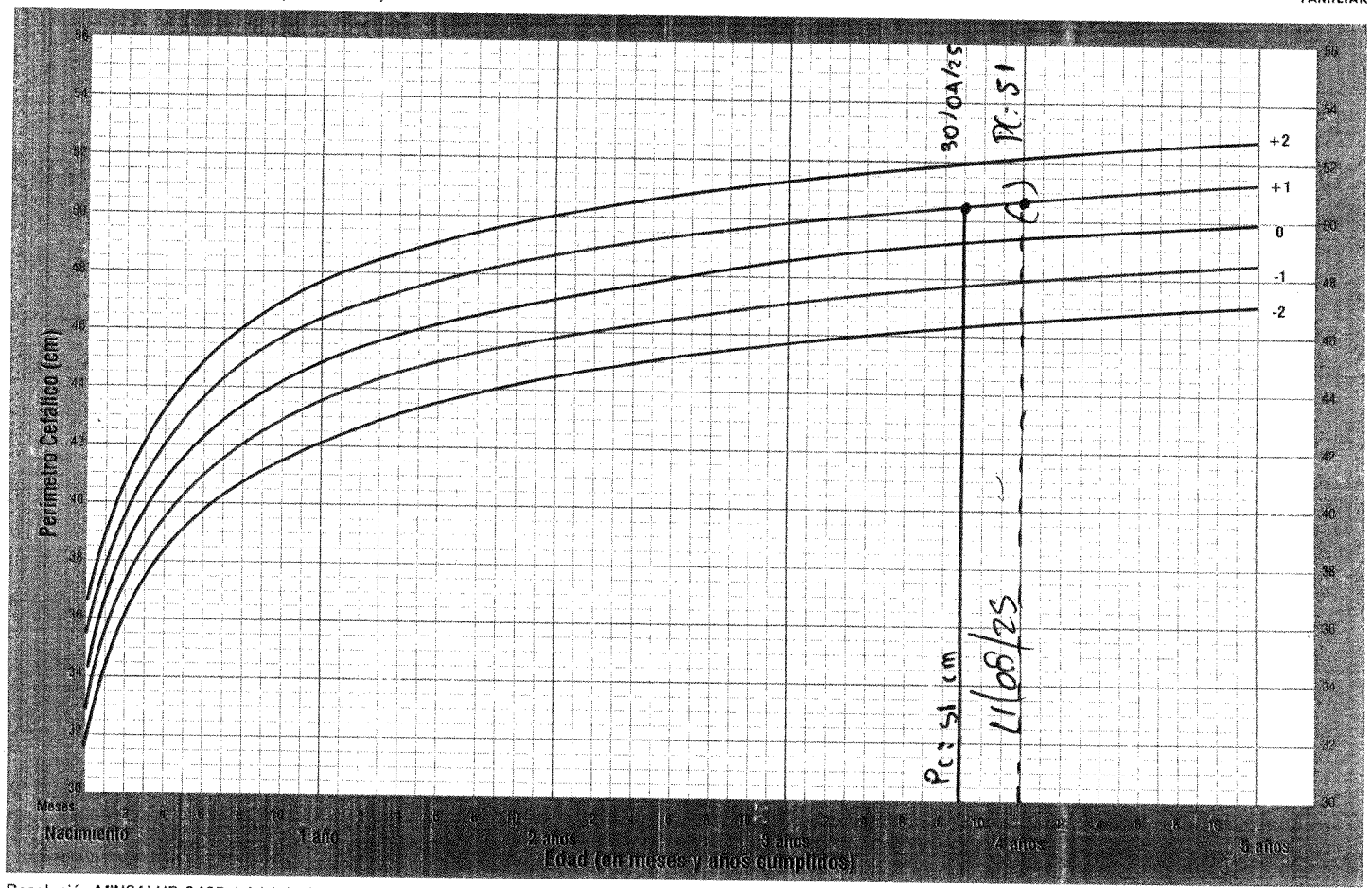
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)

La Salud es de todos — Minsalud

Instituto Nacional de Salud

Bienestar Familiar



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS — Organización Mundial de la Salud

CONTROL DE CITAS

FECHA			HORA	ASISTIÓ	
DÍA	MES	AÑO		SI	NO
30	07	25	Enfermería		
11	08	25	Medicina	/	
09	02	26			

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.

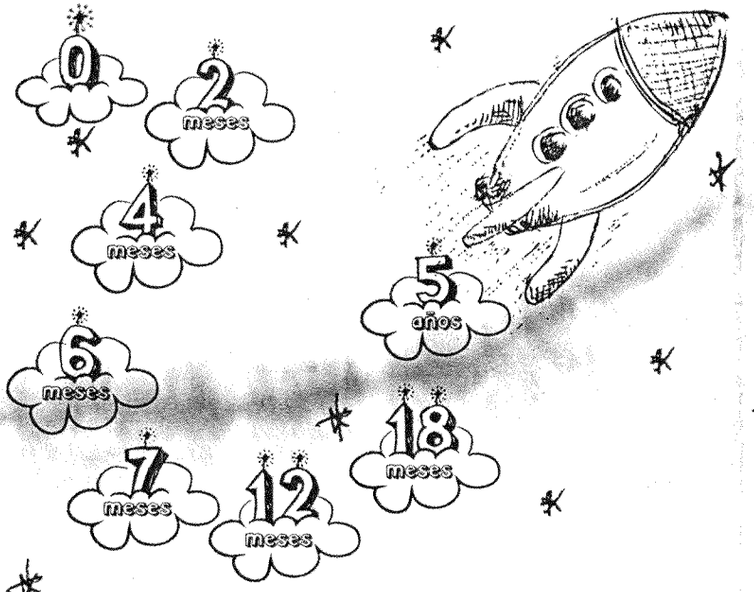
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

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: SANTIAGO ALEJANDRO TIPAZ OR
Fecha de nacimiento: 28-07-21
Nº de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: 1122343774
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: _____
Peso al nacer: 4cc
Dirección: Dum
Teléfono: _____
Responsable: Maria Cruz
Municipio de residencia: San miguel
Departamento: Putumayo
CC: 1.122.342.686.

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: _____ **Registro 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 ☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única						
	Hepatitis B	Recién nacido						
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª						
	Rotavirus	1ª						
	Neumococo	1ª						
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	06-12-21	Biological	20170041	HFLD		Paula C
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	06-12-21	Serum	2850/018A	HFLD		Paula C
	Rotavirus	2ª	06-12-21	GSK	ARotCESSAC	HFLD		Paula C
	Neumococo	2ª	06-12-21	GSK	ASPNB331BA	HFLD		Paula C.
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª					cita 06 Febrero 2022	Sanly Martinez Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1122336822
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª						
	Influenza	1ª	4-8-22					
7 Meses	Influenza	2ª 1D	30-8-23	Biological	V2502300	HFID		Paula L
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	4-8-22	Serum	U130N12AB	HFID	22-07-22	Palya G
	Fiebre Amarilla	1ª	4-8-22	Serum	L211D	HFID		Palya G
	Neumococo	Refuerzo	4-8-22	GSK	ASPNB333KA	HFID		Palya G
	Influenza	Anual	06-07-23	CG	V5052300A	HFID		Karen A.
	Hepatitis A	ÚNICA	4-8-22	MSD	1036268	HFID		Palya G
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1' Refuerzo	08-02-23	Serum	2821CU1LB	HFID		
	Polio (Oral - IM)	1' Refuerzo	08-02-23	Biological	1801 PU19	HFID		
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	08-02-23	Serum	U130N33A	HFID		
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª					CITA! 5 AÑOS CUMPLIDOS	
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis								
	Varicela	1D	4-8-22	Merck	U016461	HFID		Palya G
	SR	1D	18/09/2023	Serum	U1220A/B	HFID		Kerly

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.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 55d4fc5f-5b2e-466b-a28a-5db74a1e0572

Nombres y apellidos / Full name: **SANTIAGO ALEJANDRO TIPAZ ORTIZ**

Tipo de identificación / ID Type: **REGISTRO CIVIL**

Número de identificación / ID Number: **1 1 2 2 3 4 3 7 7 4**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **28/07/2021**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3203582956**

Correo electrónico / e-mail: **vacunacionhfld2016@gmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
Pentavalente PAI	Segunda	6	12	2021		2850X035B	HFLD	PAULA CASANOVA
Rotavirus	Segunda	6	12	2021		AROLC858AC	HFLD	MARCOS ALIRIO CASANOVA
Antipolio Inactivo (VIP)	Tercera	7	2	2022	Glaxo SmithKline	2115006A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA
Pentavalente PAI	Tercera	7	2	2022	Serum	2850X035A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA
INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA	Primera	4	8	2022	Green Cross	V50222008	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	TALYA GUERRERO ERAZO
Fiebre Amarilla	Única	4	8	2022	Bio-Manguinhos/FIOCRUZ	211VFC013Z	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	TALYA GUERRERO ERAZO
Hepatitis A Pediátrica	Única	4	8	2022	MERCK SHARP DOHME	U025717	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	TALYA GUERRERO ERAZO
Neumococo Conjugado 10valente	Refuerzo	4	8	2022	Glaxo SmithKline	ASPNB342AA	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	TALYA GUERRERO ERAZO
Triple Viral	Primera	4	8	2022	Serum	0130N133A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	TALYA GUERRERO ERAZO
Antipolio Inactivo (VIP)	Primer Refuerzo	8	2	2023	Bilthoven Biologicals BV	2141014A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA
Triple Viral	Refuerzo	8	2	2023	Serum	0131N036	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA
Pentavalente PAI	Primer Refuerzo	8	2	2023	Serum	2851X007D	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA
INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA	Segunda	6	7	2023	Green Cross	V50523001	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	KAREN STEFANNY ACHICANOY OLIVA
Sarampión Rubéola	Adicional	18	9	2023	Fabricante	0122W108	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	EDUARD JOBANY IPIAL BETANCOUR

El Mnisterio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El camé podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

14

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos — Minsalud

CIUDAD San Miguel - La dorada FECHA: DÍA 6 MES 05 AÑO 2025 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Santiago Alejandro APELLIDOS Tipaz ortiz.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122344377.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 28 MES: 07 AÑO: 2021 / 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 vacunar por miedo a la reacción.

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: ANDREA Ortiz

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

Nombres María Andrea Apellidos Ortiz Díaz

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número _____

Firma: ANDREA Ortiz

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar _____, identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma el(la) señor(a)

_____ identificado(a) con C.C ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ número _____

de _____

	Firma del Rogado	
Huella dactilar o plantar del Rogante	C.C. N°	C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Isabel Arias Erazo

Firma Isabel Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004695939

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLV

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.122.342.686**

ORTIZ DIAZ

APELLIDOS

MARIA ANDREA

NOMBRES

ANDREA ORTIZ

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-FEB-1999**

PITALITO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-FEB-2017 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401800-01151713-F-1122342686-20200810 **0071**427604A 1 9912775443

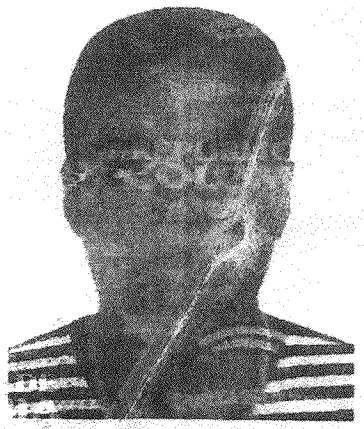
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.122.339.843**

TIPAZ AZA
APELLIDOS

OSCAR ALVEIRO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-FEB-1992**
CUMBAL
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

25-FEB-2010 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-6401800-01083213-M-1122339843-20190711 **0066**70209A 2 9908811356

RECOMENDACIONES

- Visite al odontólogo semestralmente
- Cepíllese los dientes mínimo cinco veces al día
- Usar seda dental en cada cepillada
- Llegar 10 minutos antes de cada cita
- Traer pañuelo
- Traer carnet de salud

Tu Salud en Buenas Manos

CLÍNICA SAN JORGE

HIGIENE ORAL

NOMBRES Y APELLIDOS: Santiago Timz

IDENTIFICACIÓN: 1122343774

BARRIO: Los Prados

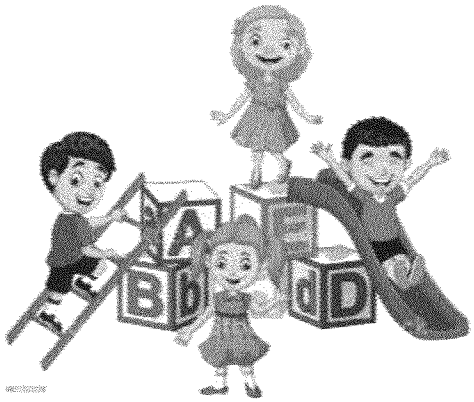
FECHA CITA				ASISTENCIA		FIRMA HIGIENISTA
DIA	MES	AÑO	HORA	SI	NO	
30	04	23		X		Karenly
04	11	23		X		Stephanie Ortega ODONTÓLOGA Reg. 470

CLÍNICA LA DORADA IPS SAS

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO SAN MIGUEL
CLÍNICA LA DORADA IPS S.A.S. ZOMAC
NIT: 901372032-1

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE COMPROMISO DE SALUD

CLÍNICA LA DORADA S.A.S ZOMAC



CERTIFICA QUE: SANTIAGO ALEJANDRO TIPAZ ORTIZ Identificado con numero de documento RC 11223443774 asistió a la cita programada de promoción y mantenimiento de salud primera Infancia el día 11 de AGOSTO del 2025.

CODIGO CUPS: 36513 FINALIDAD DE CONSULTA: 05

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: NORMAL

NOMBRE Y APELLIDO PROFESIONAL: SARA MORA

PESO: 19.2 KG TALLA 108 CM PC:50 CM

AGUDEZA VISUAL 20/20 BILATERAL

Firma Autorizada:

Dra. Sara C. Mora B
Médico General
RM: 1069738008

Fecha de expedición 11 DE AGOSTO 2025

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Maria Andrea Ortiz identificado con C.C N° 1122342686 en calidad de: padre o madre (Madre), del niño o niña: Santiago Alejandro Tipazo 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 6 Días del mes de 5 del Año 2025.

ANDREA ORTIZ
Madre o Acudiente
C.C 1122342686

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, Maria Andra Ortiz Diaz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122342686, obrando en calidad de:

Padre		Madre	✓	Cuidador	

De la niña, niño o adolescente, Santiago Alejandro Tipaz Ortiz identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI____, CE____, número 1122343774, 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: Andrea Ortiz
Nombre: Maria Andrea Ortiz Diaz
Calidad - Titular: ✓ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3152395516
Fecha: 05-2025
Municipio: San Miguel

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
"LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012"

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	11/07/2024
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 5	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Santiago Alejandro Tipaz Ortiz, identificado (a) con documento de identidad número 1122343774 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, Maria Andrea Ortiz Diaz-, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122342686, 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 V.; 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.T.C

Suscriben:

Firma: Andrea Ortiz
Nombre: Maria Andrea ortiz Diaz-
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3152933516
Fecha: 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

RV

Ciudad San Miguel La Dorada.

Nombre completo de la niña o niño Santiago Alejandro Tapaz Ortiz

Fecha de nacimiento 28 07 2021 **N° Documento de identidad** 1122343774

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Nardi Garcia

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

El niño se encuentra dentro del perfil esperado teniendo en cuenta que realiza las actividades de juego y pedagogicas, con mucho respeto y cooperación en la vch o fuera de ella.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Nardi Garcia.

Fecha de registro cualitativo 70 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 evidencia que el niño realiza las actividades de juego, como tambien las pedagogicas de acuerdo a su etapa de crecimiento y desarrollo Compartiendo con sus compañeros con mucho respeto.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

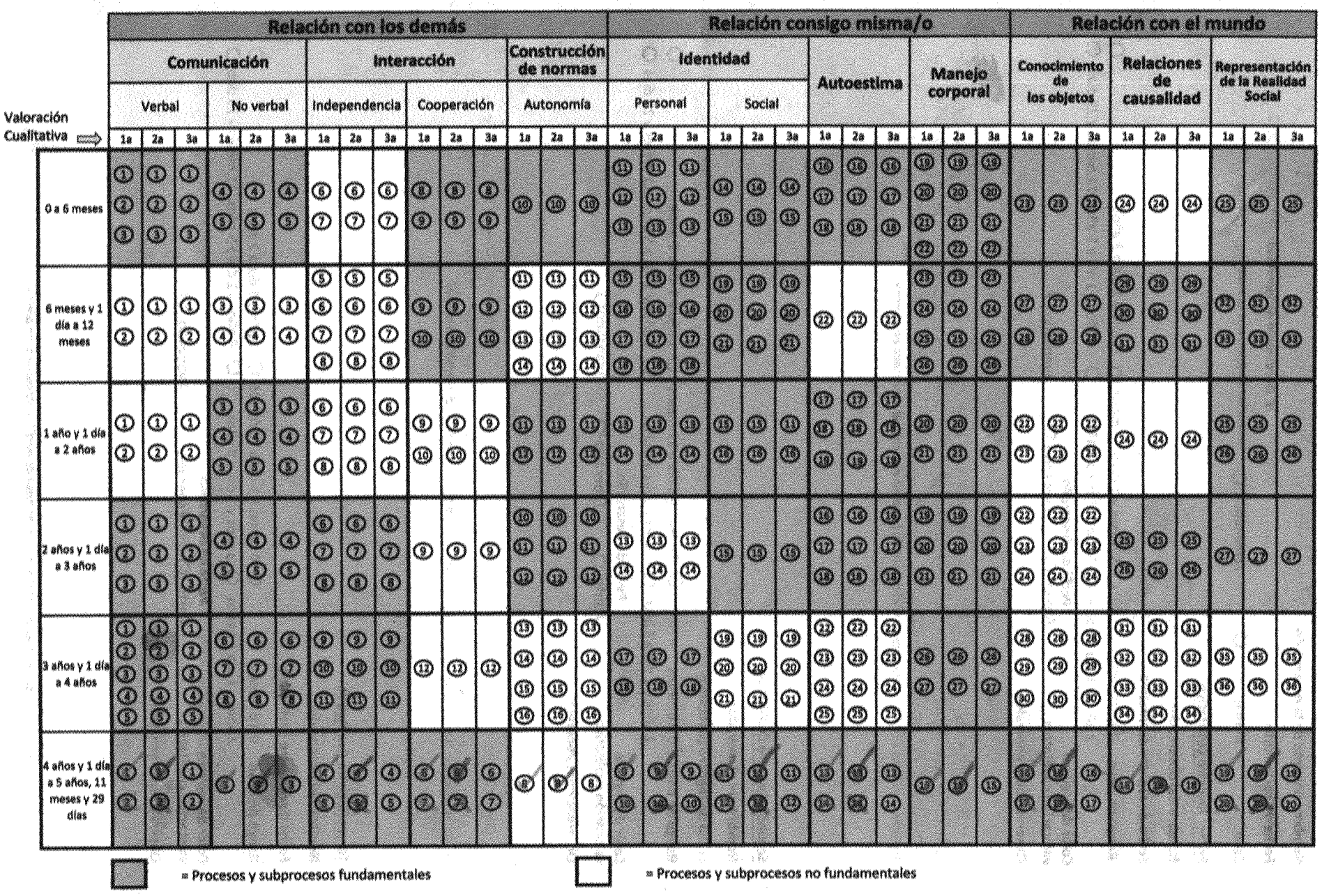
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

23

R/V

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Santiago Alejandro Tipaz Ortiz - IDENTIFICACIO: 1122343774 FECHA DE NACIMIENTO: 28-07-2027.

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					
1-8-25	x			x	se llama a la madre para recordarle que el niño tiene pendiente copia de el control actualizado para la carpeta ya que en la copia esta para el 30 de julio.	MARIA Ortiz DIAZ	Nardi Garcia	Se recuerda a la madre mediante mensajes telefonicos de las copias para la carpeta y ella manifiesta que	el dia 5 de agosto se dialoga nuevamente para recordarle a la madre por medio de la llamada telefonico y ella	La madre se compromete a entregar en la fecha estipulada.
20-8-25	x			x	De igual manera se indaga sobre el carnet de vacunas por que los espacios en blanco en el carnet de vacunas la madre manifiesta que			ya lo tiene y que se las llevara para el dia viernes 8 de agosto la agente educativa se dirige hasta el	manifiesta que le entregara sin falta ya que ese dia sale para llevarle.	

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Nordi Garcia Castillo NOMBRE UCA: Querrobines 1

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					
					el niño tiene todos las Vacunas que las de recien naeido se las colocaron en puerto ASIS. y las dos meses cuatro meses en la donacion pero que como se le ha perdido el carnet, cuando le sacaron el otro solo tiene registrado algunos desde los seis meses en adelante esta al dia. Solo esta pendiente la de los 5 años	MARIA ANDREA ORTIZ DIAZ	hospital para Indagar sobre el esquema de vacunacion del niño y como solo esta una auxiliar de enfermeria hace el favor de imprimir un certificado pero ella manifiesta que para el dia lunes 25 de agosto que ya llega la encargada recolecta o imprima el certificado completo.	sellamos a la encargada de vacunacion con de la vereda para nuevamente pedirle el favor de revisar e imprimir un certificado completo la señora manifiesta que apenas llegue a zona la respectiva diligencia. pero hasta el momento esta al dia.		La madre se compromete a ir el dia 23 al hospital por el resultado a pesar ella dice que esta pendiente solo la de 5 años