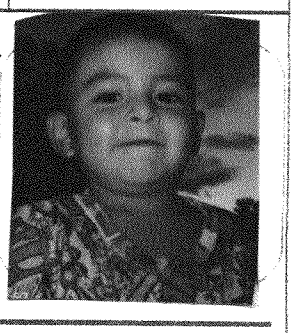
# LISTA DE CHEQUEO
# DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

| 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)<br>___SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7)<br>___Pertenecientes a Res UNIDOS<br>___Pertenecientes a Familias en Acción<br>___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición<br>___Remitidos por SNBF<br>___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado)<br>___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.)<br>___Niños y niñas con discapacidad.<br>___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión.<br>___Población migrante en condición de vulnerabilidad.<br>___Activos en ruta de reincorporación. |
| 5 | Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente: (ADRESS) |
| 6 | Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo). |
| 6 | Copia del carnet de vacunación. |
| 7 | carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento |
| 8 | Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique). |
| 9 | Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable |
| 10 | Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes). |
| 11 | Fotocopia de un recibo de servicios públicos domiciliarios cuando sea necesario (aplica para zona urbana y en zona rural solo si se cuenta con servicios públicos) |
| 12 | Certificado de asistencia a consulta de salud bucal (Niños y niñas mayores de 6 meses) |
| 13 | Certificado del examen de agudeza visual (Niños y niñas mayores de 4 años) |
| 14 | Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años) |
| 15 | Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal. |
| 16 | Formato de veracidad de la información ficha de caracterización. |
| 17 | Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores. |
| | Consentimiento informado y Participación |
| 18 | Formato de autorización uso de imágenes. |
| 19 | Planilla seguimiento nutricional |
| 20 | Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique) |
| 21 | Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa, |

| | FUNDACION ALMA DE VIDA | Código: FO-GG-012 |
|---|---|---|
| | GESTION DOCUMENTAL | Versión: 001 |
| | INSCRIPCION Y MATRICULA | Fecha: 25/03 /2025 |



**FECHA SOLICITUD CUPO:** 25-03-2025 **FECHA INGRESO:** 1-4-25.

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

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:**
Jose Manuel Muñoz Martinez.

**TIENE REGISTRO CIVIL:** SI X NO__ **NUIP No.** 7222344217

**¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL?** _____

**FECHA NACIMIENTO:** 2-04-2023 **EDAD:** 2 Años **MUNICIPIO:** puerto Asis

**DEPARTAMENTO:** putomayo **PAIS:** colombia. **DIRECCION DE RESIDENCIA:** _____ **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:** 1 **CONTRIBUTIVO:**

**PRESENTA DISCAPACIDAD:** SI: __ NO: __ **DIAGNOSTICO:** _____

**ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD:** _____

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

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

**TIENE SISBEN:** SI: X NO: __ PUNTAJE: A 6 **DESPLAZADO:** SI: __ NO X

**VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:** SI: _____ NO: X **RED UNIDOS:** SI: __ NO: X

**PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA:** SI: __ NO: X CUAL: _____

## DATOS DEL PADRE

**NOMBRES Y APELLIDOS:** Yonier Jair Muñoz Barrera

**No. IDENTIFICACION:** 7078746693 **DIRECCION RESIDENCIA:** Sabalito

**CELULAR:** 3508515827 **E.P.S:** Emssanar

**OCUPACION U OFICIO:** Agricultor

**EMPRESA DONDE LABORA:** N/A

**NIVEL DE ESCOLARIDAD:** 8º de Bachiller **PROFESIÓN:** Agricultor.

## DATOS DE LA MADRE

**NOMBRES Y APELLIDOS:** Sharit Valentina Martinez Delgado

**No. IDENTIFICACION:** 7720097433 **DIRECCION RESIDENCIA:** Sabalito

**CELULAR:** 3508515827 **E.P.S:** Emssanar

**OCUPACION U OFICIO:** Amade Casa

**EMPRESA DONDE LABORA:** N/A

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

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE:** _____

**NUMERO IDENTIFICACION:** _____ **CELULAR:** _____

**DIRECCION:** _____ **PARENTESCO:** _____

Valentina Martinez
**FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

Nara Garcia
**FIRMA AGENTE EDUCATIVO**

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: N 2874872

NUIP 1.122.344.217

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X

*Datos del Inscrito*

Apellidos y Nombres completos
MUÑOZ MARTINEZ JOSE MANUEL

| Fecha de Nacimiento (Mes en letras) | | | Sexo (en letras) | Tipo Sanguíneo |
|---|---|---|---|---|
| Año 2023 | Mes ABR | Día 02 | MASCULINO | A + |

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

| Fecha de Inscripción (Mes en letras) | | Indicativo serial |
|---|---|---|
| Año 2023 | Mes ABR Día 13 | 0063693484 |

*Datos de la Madre*

Apellidos y Nombres completos
MARTINEZ DELGADO SHARIK VALENTINA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| SIN INFORMACION | COLOMBIA |

*Datos del Padre*

Apellidos y Nombres completos
MUÑOZ BARRERA YONIER JAIR

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 1.078.746.693 | COLOMBIA |

*Datos del Solicitante*

Apellidos y Nombres completos
MUÑOZ BARRERA YONIER JAIR

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.078.746.693

*Espacio para notas*
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

*Datos de la oficina de registro que expide el certificado*

| País - Departamento - Municipio | Código |
|---|---|
| COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) | X6Z |

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2023 Mes ABR Día 13

Nombre y firma del funcionario
ALENK GISSELA ARIAS REALPE
Registrador del Estado Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
33437342-1

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

**Registro válido**

**Fecha de consulta:** 07/05/2025

**Ficha:** 86757018578000000058

# B1

GRUPO SISBÉN IV

**Pobreza moderada**

DATOS PERSONALES

**Nombres:** JOSE MANUEL

**Apellidos:** MUÑOZ MARTINEZ

**Tipo de documento:** Registro civil

**Número de documento:** 1122344217

**Municipio:** San Miguel

**Departamento:** Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 24/08/2023

**Última actualización ciudadano:** 24/08/2023

**Última actualización via registros administrativos:**

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

| A1→A5 | B1→B7 | C1→C18 | D1→D21 |
|---|---|---|---|
| Pobreza extrema | Pobreza moderada | Vulnerabilidad | NI pobre ni vulnerable |

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

**Dirección:** Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

**Teléfono:** 4210537 - 3213138790

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

ADRES

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

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

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | RC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1122344217 |
| NOMBRES | JOSE MANUEL |
| APELLIDOS | MUÑOZ MARTINEZ |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | PUTUMAYO |
| MUNICIPIO | SAN MIGUEL |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACION EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI | SUBSIDIADO | 03/04/2023 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| **Fecha de Impresión:** | 08/12/2025 08:38:20 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

# CARNET DE CONTROL

## NIÑO Y NIÑA

## ...Sanos



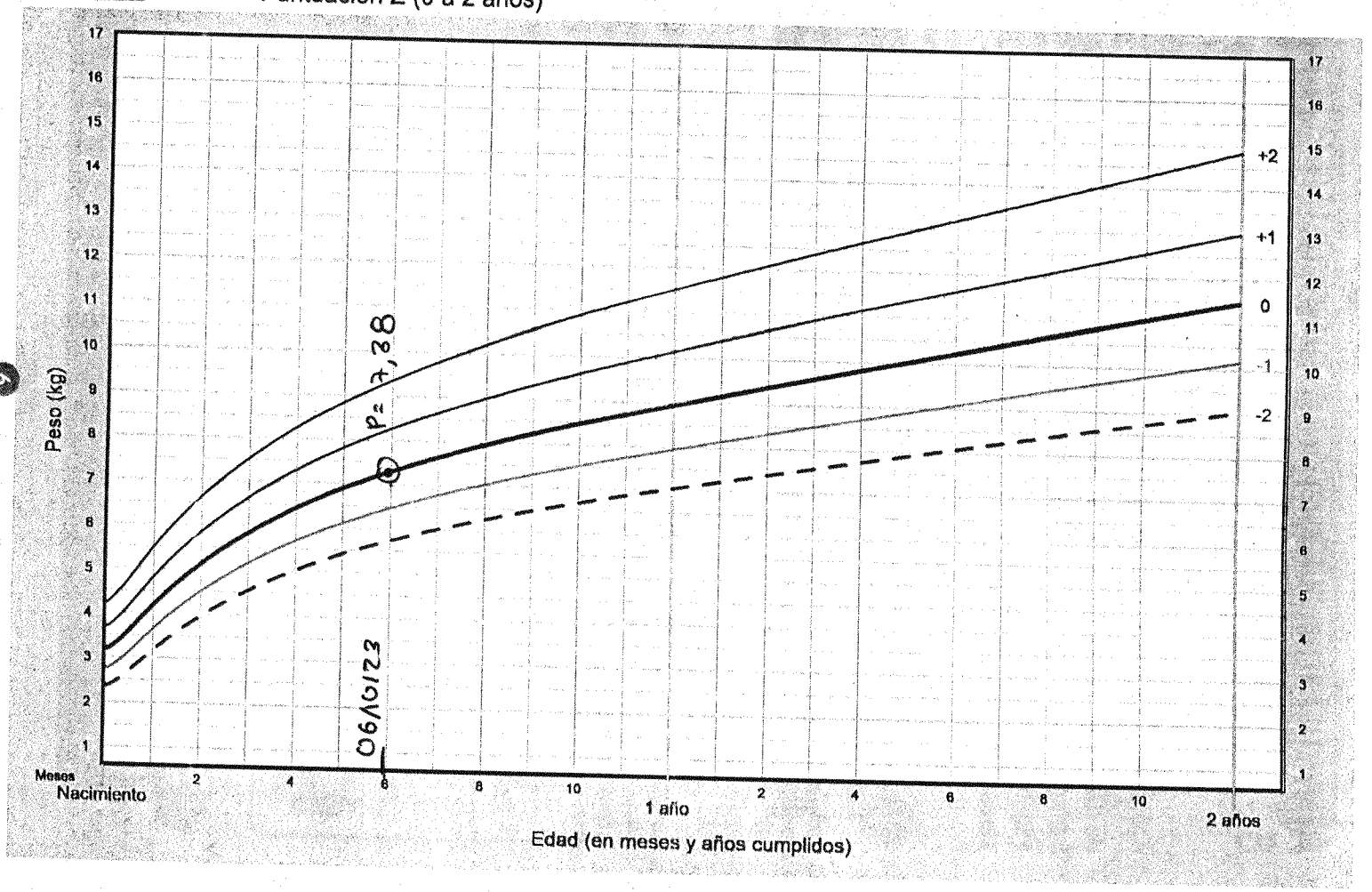
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

## MIS DATOS

| | |
|---|---|
| Nombres: José Manuel | Apellidos: Muñoz Martinez |
| Fecha de nacimiento: 07 DIA \| 04 MES \| 2023 AÑO | Historia Clínica: 1122344217 |
| Barrio/Vereda: El sabalo | Responsable del niño: Valentina Martinez |
| Teléfono: 3124061235 | EPS: 118. |

# Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

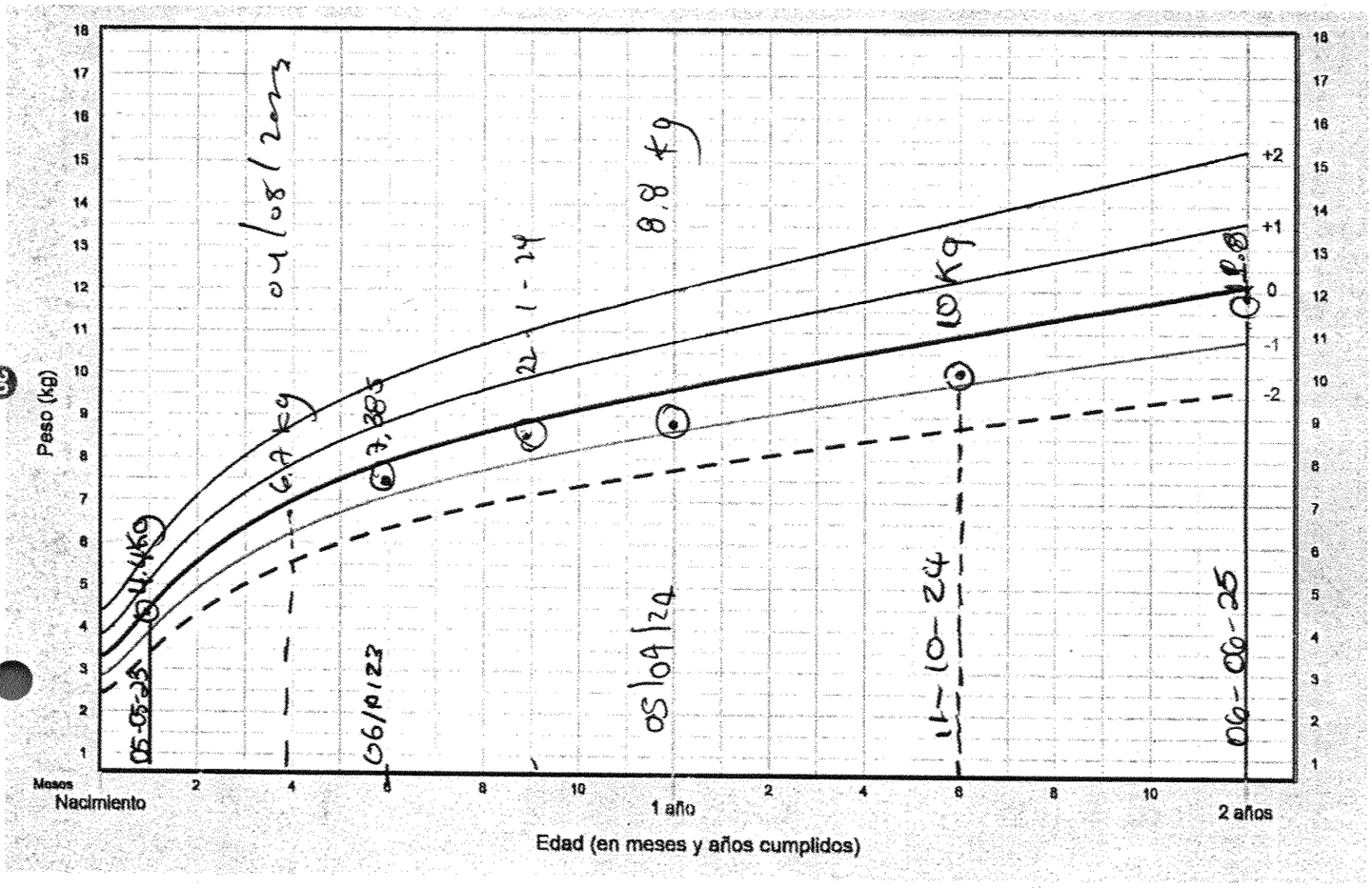



# Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

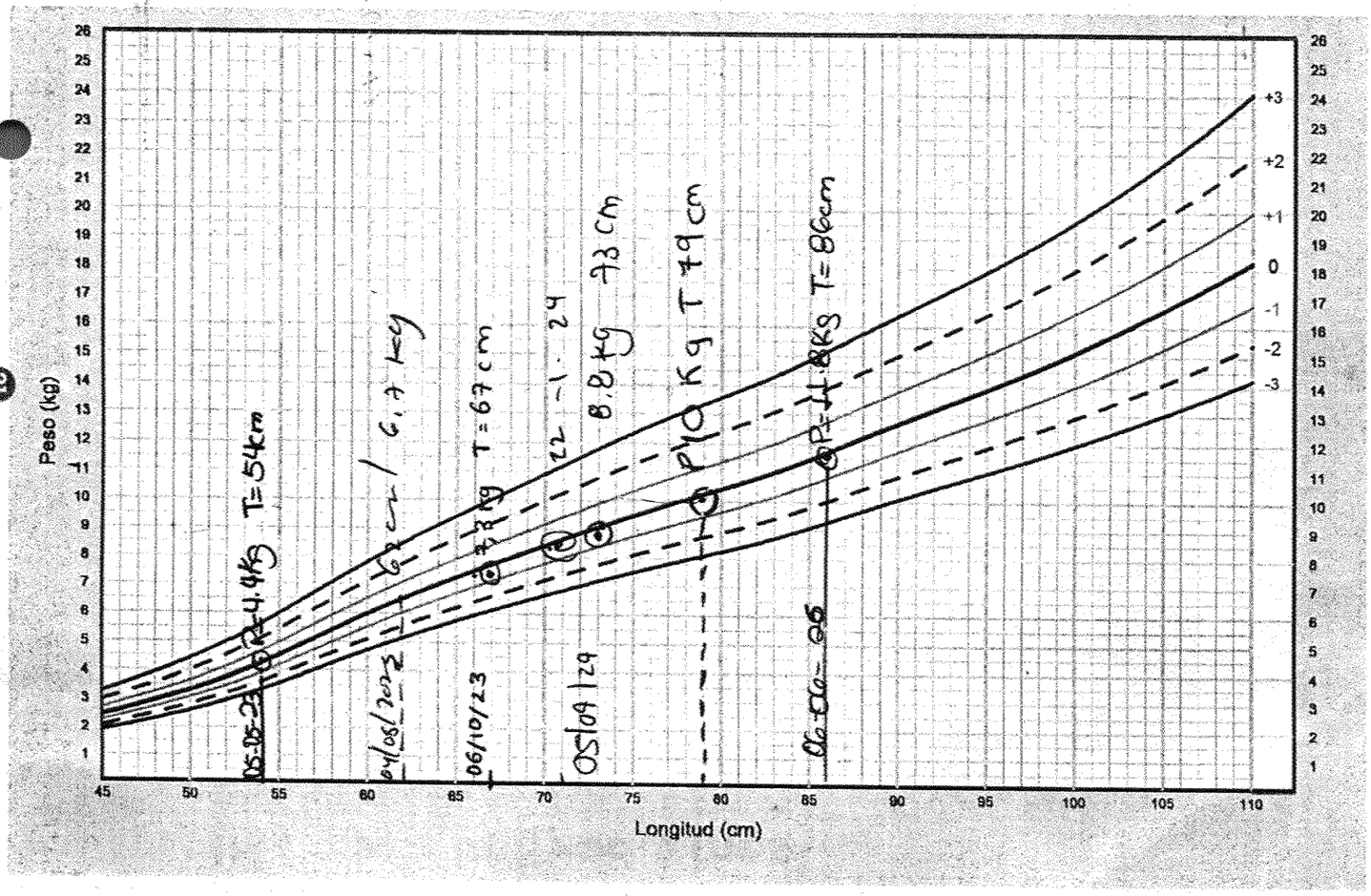
# Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



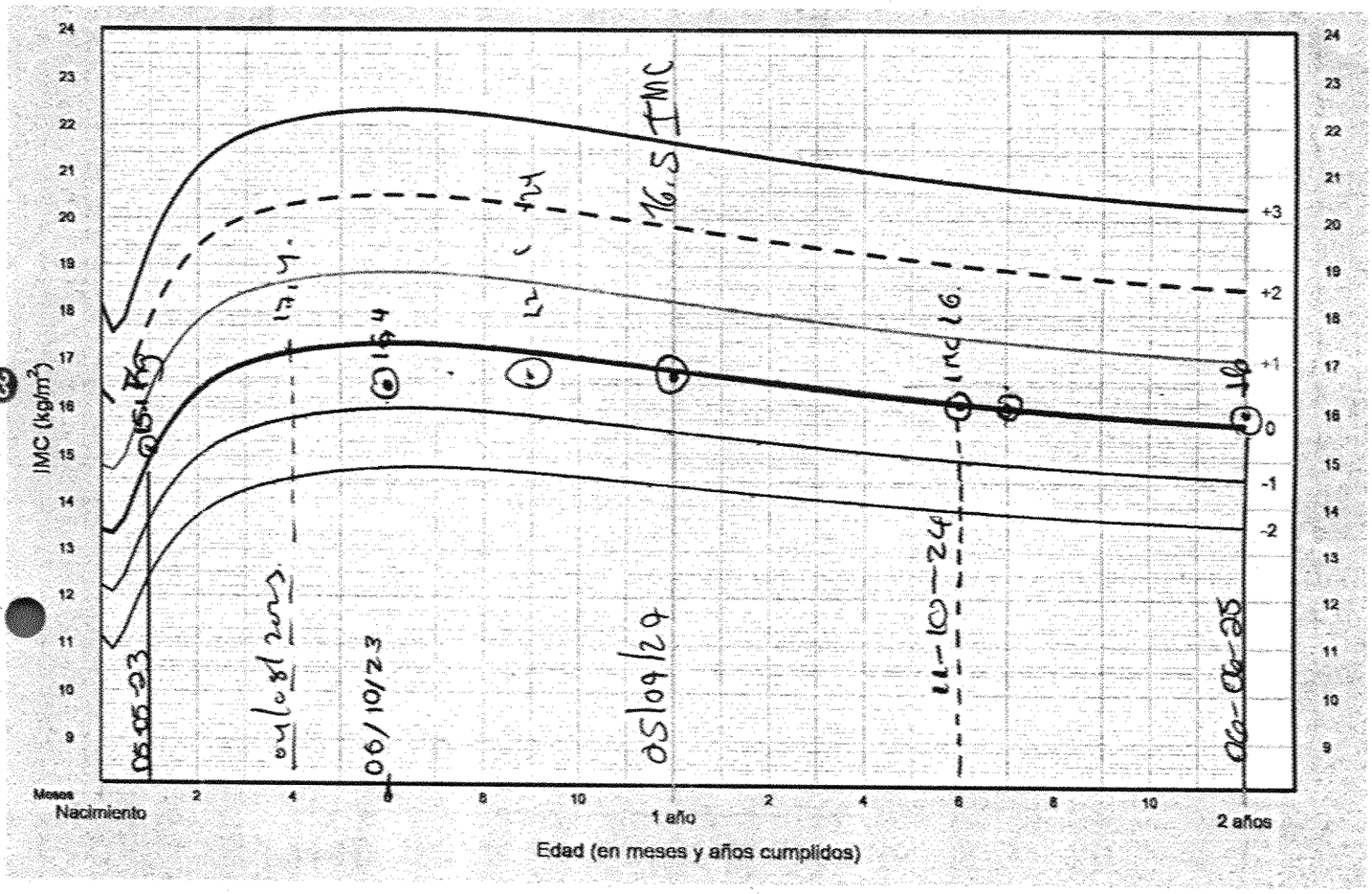

# Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



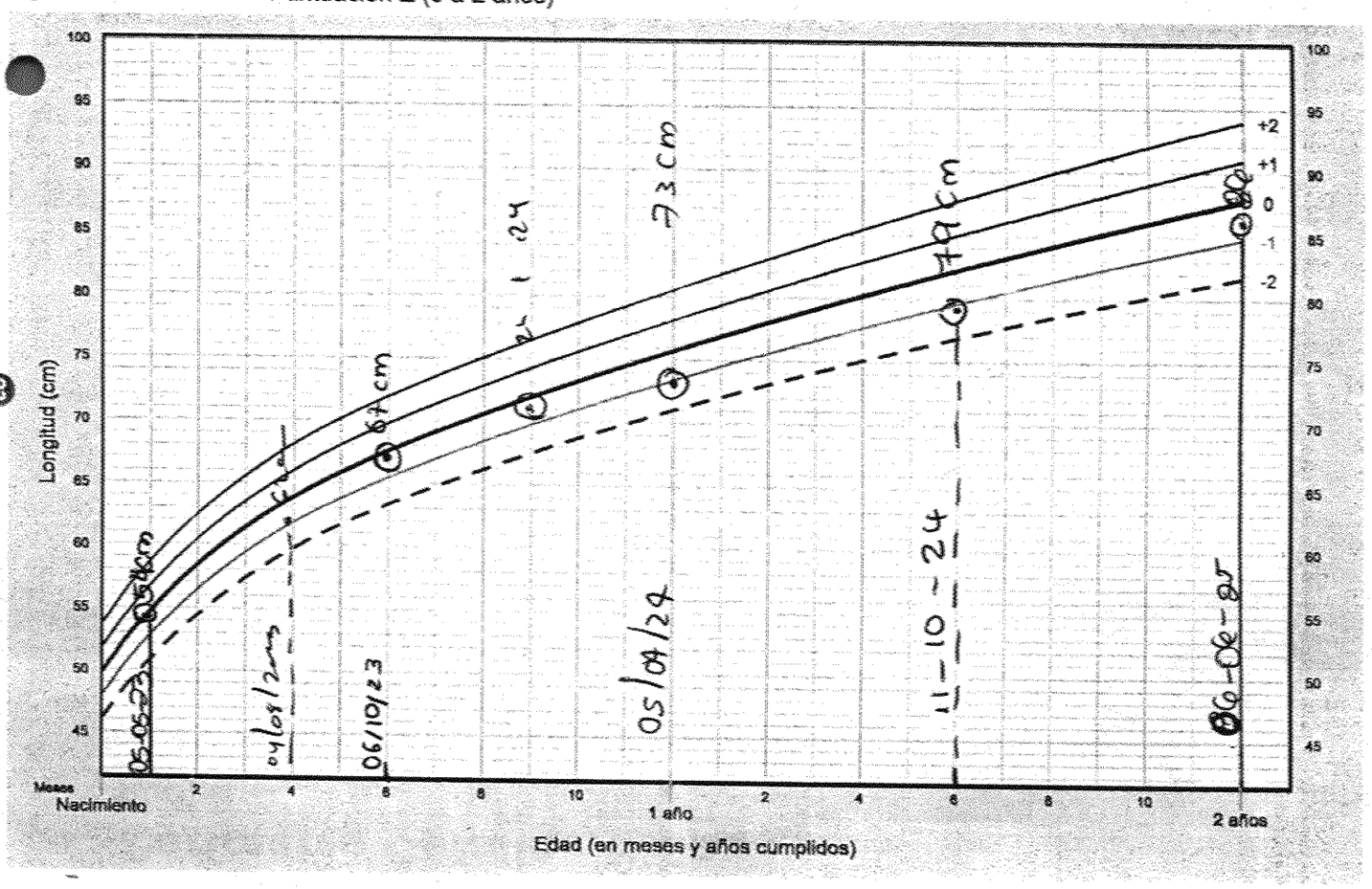
# IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



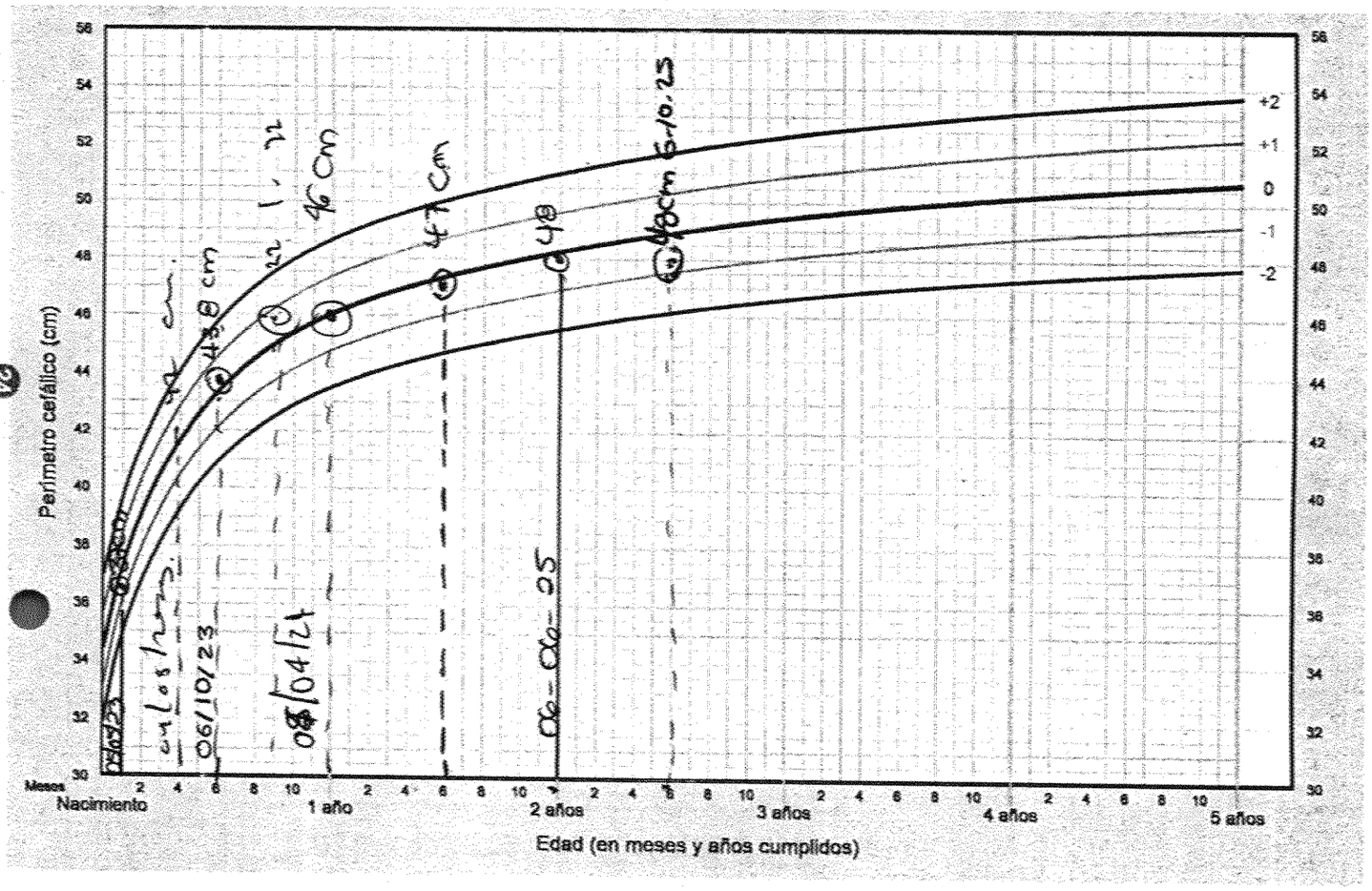

# Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



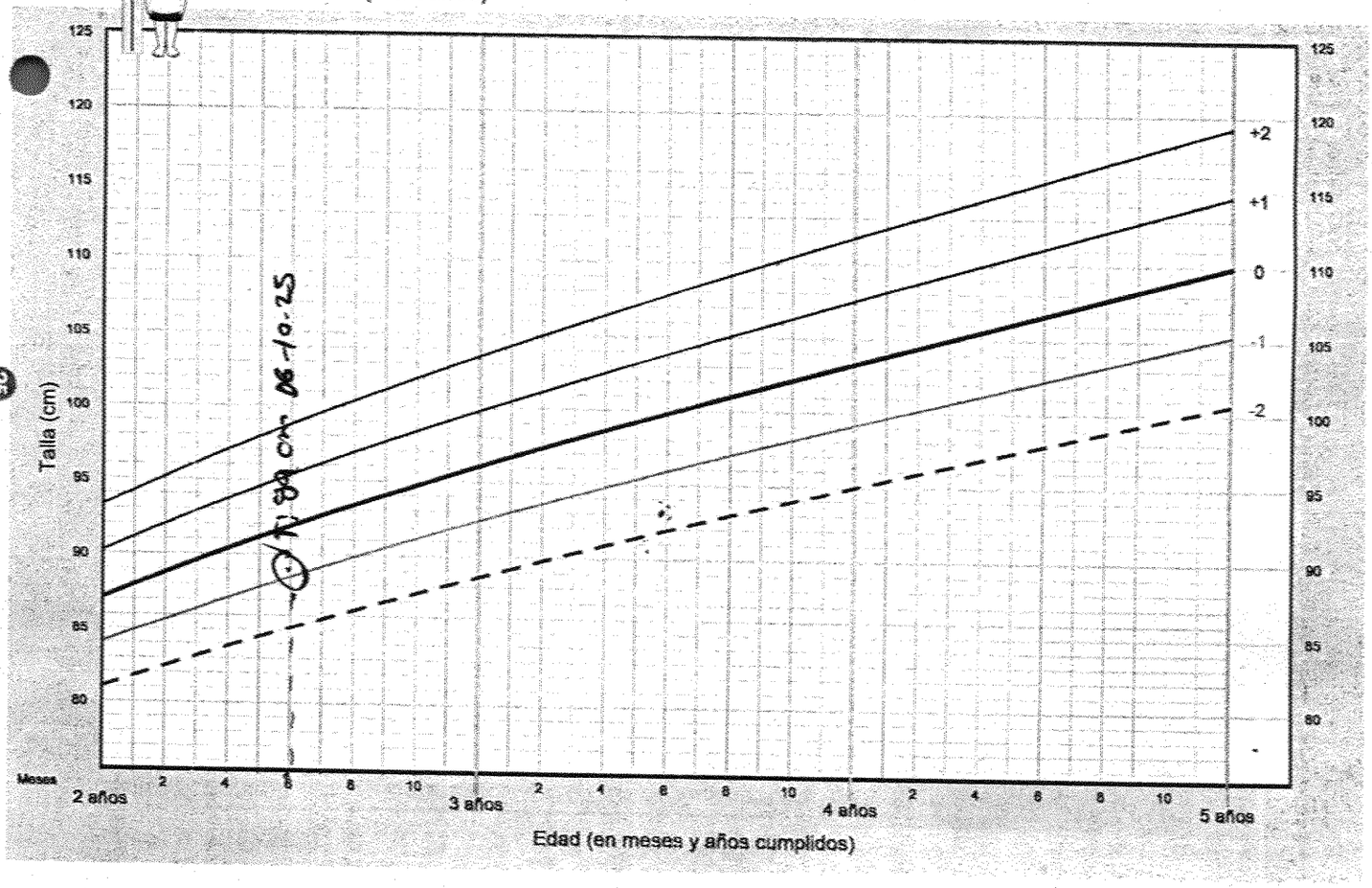
# Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



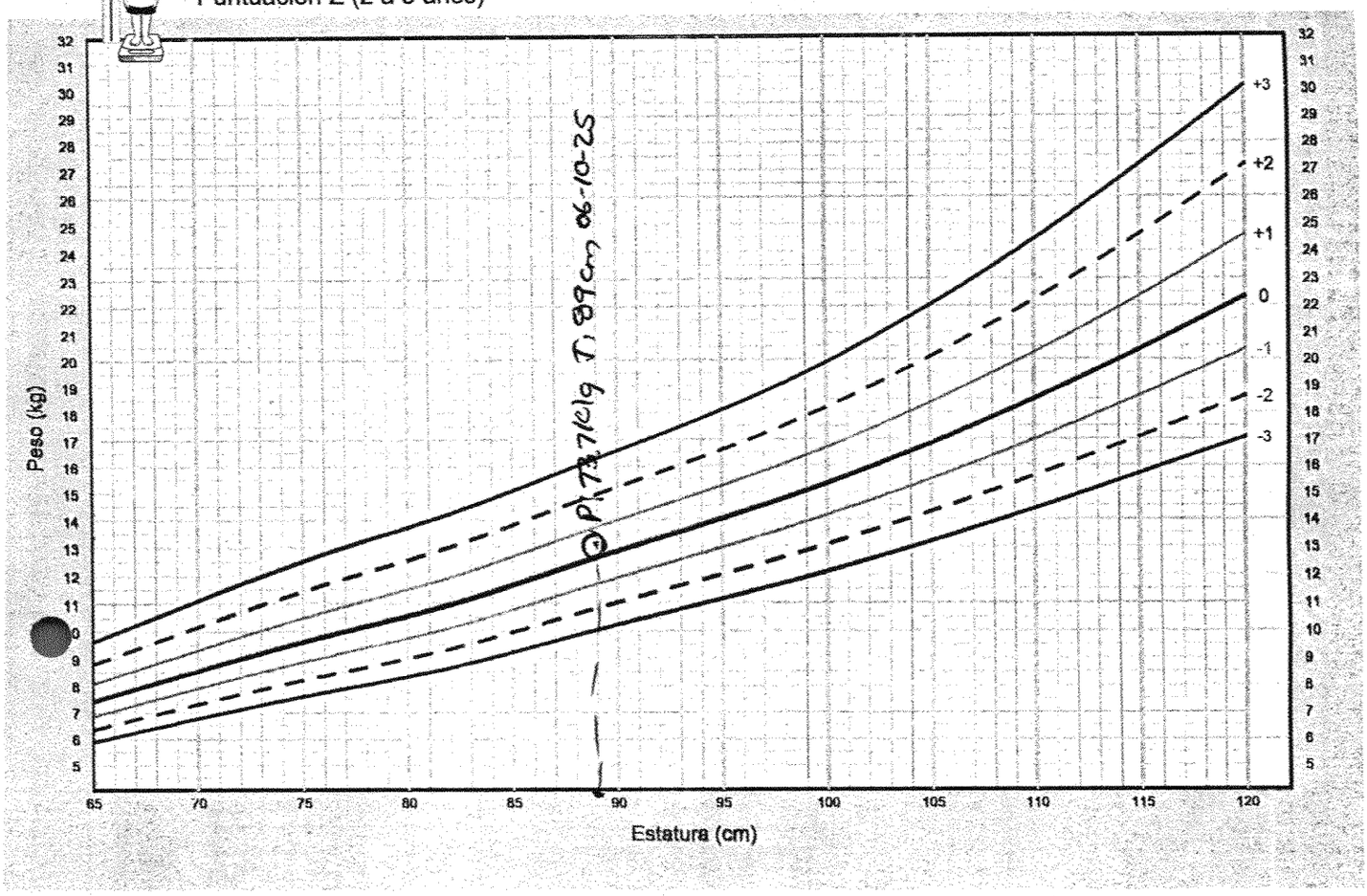

# Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



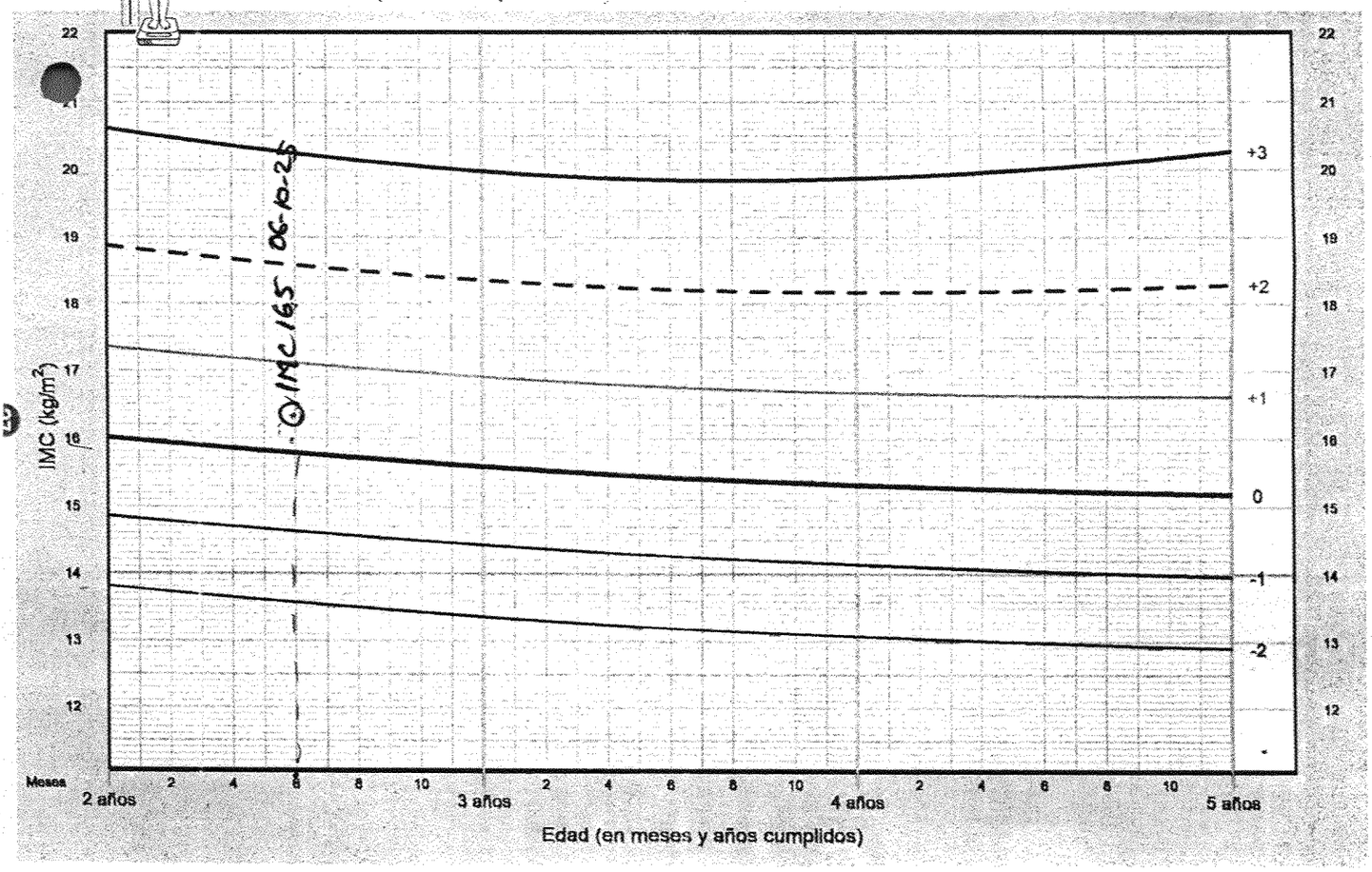
# Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)




# IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



# CITAS PROGRAMADAS

| DÍA | MES | AÑO | HORA | ASISTIÓ SI | ASISTIÓ NO |
|---|---|---|---|---|---|
| 05 | Julio | | | | X |
| 04 | 08 | 2023 | | ✓ | |
| 02 | 10 | 2023 | | ✓ | |
| 06 | 10 | 2023 | Enf | ✓ | |
| 02 | 01 | 2024 | enf | | |
| 02 | 4 | 2024 | Meleo | ✓ | |
| 02 | 10 | 2024 | Enf | | |
| 11 | 10 | 2024 | Enf | ✓ | |
| 02 | 10 | 2025 | Enf | | |
| 06 | 10 | 2025 | Enfer | SIV Milena C | |
| 02 | 04 | 2026 | Medico | CHP | |





| Fecha de atención | Peso | Talla | Perímetro cefálico | Perímetro braquial | IMC | Fecha del próximo control | Firma del profesional |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 05-05-2023 | 4.4 | 54 | 37 | 12 | 15.1 | 05-07-2023 | |
| 31/08/2023 | 6.2 | 62 | 42 | 14 | 12.4 | 07/10/2023 | |
| 06/10/23 | 7.38 | 67 | | 16 | 16.4 | 01/01/2024 | |
| 22/1/24 | 6.22 | 71 | 46 | 14 | 12.8 | 2/4/24 | |
| 05/09/24 | 8.8 | 93 | 46 | 14 | 16.5 | 02/10/24 | |
| 11/10/24 | 10kg | 79cm | 47 | 14 | 16.0 | 02/04/25 | |
| 06/01/25 | 11.8 | 86 | 48 | 15 | 16.0 | 02/10/25 | |
| 06-04-25 | 13.7 | 89 | 48 | 15.5 | 16.5 | 02-04-2026 | Milena C |

13
R/U

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

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

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

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

### FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.ª entrega | | | |
| 2.ª entrega | | | |
| 3.ª entrega | | | |

### ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| A partir de 6m | | | |
| 1 año | | | |
| 2 años | | | |
| 3 años | | | |
| 4 años | | | |
| 5 años | | | |

### SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

### VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

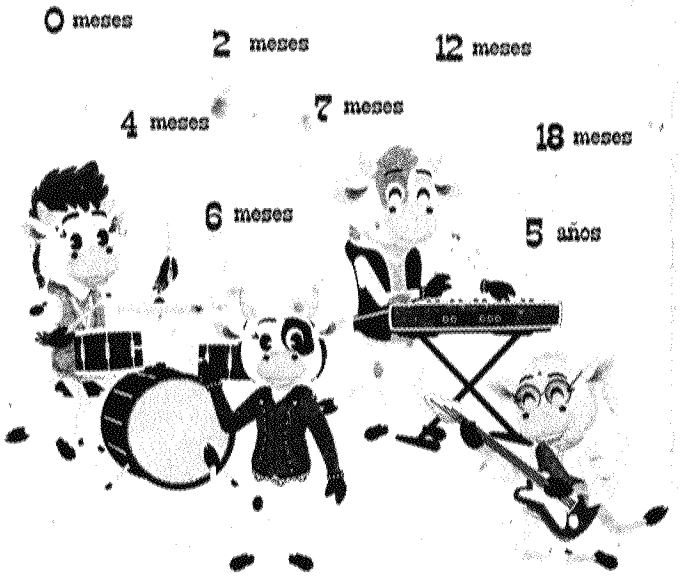
| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 años | | | | | | |
| 4 años | | | | | | |
| 5 años | | | | | | |

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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




**Ministerio de Salud y Protección Social**
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

#115

# Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Jose Manuel Muñoz . M.

Fecha de nacimiento: 02-04-2023.

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1122344217

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: Talla:

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Shanik Valentina Martinez

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

cc: 1120097433.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Cita 5 años cumplidos

**Nombres y Apellidos:** Jose Manuel Muñoz Martinez. **Tipo identificación:** RC. **No. ID:** 1122.344.272

| Edad | Me protege de | Dosis | Fecha de aplicación Día | Mes | Año | Laboratorio | Número de lote | IPS vacunadora | Fecha próxima cita Día | Mes | Año | Nombres y apellidos del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Recién nacido | | | Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ | | | | | | | | | |
| | Tuberculosis meníngea (BCG) | Única | 02 | 01 | 23 | | | Hospital local Puerto Asis. | | | | Puerto Asis. |
| | Hepatitis B | Recién nacido | | | | | | | | | | |
| 2 meses | | | Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ | | | | | | | | | |
| | Poliomielitis (VIP) | 1.ª | 22 | 06 | 23 | Biologicals. | 2 2 0 8 0 1 6 A | | | | | |
| | PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 1.ª | 22 | 06 | 23 | Serum | 2 8 5 1 X 0 4 0 C | HFLD | | | | Karen Achicano Y. |
| | PENTAVALENTE Hepatitis B | 1.ª | 22 | 06 | 23 | Serum | 2 8 5 1 X 0 4 0 C | | | | | |
| | PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT) | 1.ª | 22 | 06 | 23 | Serum. | 2 8 5 1 X 0 4 0 C | | | | | |
| | Diarrea por rotavirus | 1.ª | 22 | 06 | 23 | GSK | A R O L D 9 3 A A | | | | | |
| | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo | 1.ª | 22 | 06 | 23 | Pfizer | E X 8 5 8 9 | | | | | |
| 4 meses | | | Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ | | | | | | Cita: | | | |
| | Poliomielitis (VIP) | 2.ª | 31 | 08 | 23 | Biologicals. | 2 2 0 8 0 1 6 | | 21-08-2023 | | | |
| | PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 2.ª | 31 | 08 | 23 | Serum | 2 8 5 1 4 0 3 3 C | HFLD. | | | | Kerly Jimenez |
| | PENTAVALENTE Hepatitis B | 2.ª | 31 | 08 | 23 | Serum | 2 8 5 1 4 0 3 3 C | | | | | |
| | PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT) | 2.ª | 31 | 08 | 23 | Serum | 2 8 5 1 4 0 3 3 C | | | | | |
| | Diarrea por rotavirus | 2.ª | 31 | 08 | 23 | GSK | A R O L 0 0 9 3 A A | | | | | |
| | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo | 2.ª | 31 | 08 | 23 | Pfizer | F R 4 8 9 5 | | | | | |
| 6 meses | | | Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ | | | | | | Cita: | | | |
| | Poliomielitis (VIP) | 3.ª | 31 | 10 | 23 | Biological | 2 2 0 8 0 1 6 | | 31-10-2023 | | | |
| | PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 3.ª | 31 | 10 | 23 | Serum | 2 8 5 1 4 0 3 3 D | HFHP | | | | Jennifer C. |
| | PENTAVALENTE Hepatitis B | 3.ª | 31 | 10 | 23 | Serum | 2 8 5 1 4 0 3 3 D | HFLD | | | | |
| | PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT) | 3.ª | 31 | 10 | 23 | Serum | 2 8 5 1 4 0 3 3 D | HFLD | | | | Jennifer C. |
| | Influenza estacional | | 17 | 05 | 24 | Butantan | 2 9 0 0 9 7 9 0 8 | | | | | |
| 7 meses | Influenza estacional | 2.ª | 10 | 07 | 24 | Butantan | 2 9 0 0 9 7 9 0 0 | | | | | |
| 12 meses | Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) | 1.ª | 08 | 04 | 24 | Serum | 0 1 3 2 N 0 4 8 8 | | Cita: | | | |
| | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo | Refuerzo | 08 | 04 | 24 | Pfizer | F 4 9 9 2 5 | | 02-ABRIL 2024 | | | Jeniffer Cabezas |
| | Varicela | 2.ª | 08 | 04 | 24 | Merck | X 0 0 6 5 3 7 | HFLD | | | | |
| | Hepatitis A | Única | 08 | 04 | 24 | MSD | W 0 2 7 7 3 6 | | | | | |
| | Influenza estacional | Anual | | | | | | | | | | |
| 18 meses | Poliomielitis (VIP [X] VOPb ☐) | 1.er refuerzo | 06 | NOV | 2024 | Biological | 2 2 3 9 0 0 3 | ESE.H Local pto Asis | | | | - Maily Dussan |
| | Difteria, tosferina y tétano (DPT) DV | 1.er refuerzo | 06 | NOV | 2024 | Serum I. Z. | 2 8 3 3 2 0 1 0 | ESE.H Local pto Asis | | | | - Maily Dussan |
| | Fiebre amarilla | Única | 05 | 04 | 24 | fiocruz | 2 3 1 V F C 0 0 3 7 | HFLD | Cita: 31-Octubre 2024. | | | Jeniffer. C. |
| 5 años | Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐) | 2.º refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Difteria, tosferina y tétano (DPT) | 2.º refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) | 2.ª | 06 | NOV | 2024 | Serum I. Z. | 0 1 5 3 N 0 0 3 A | ESE. H Local | | | | Maily Dussan |
| | Varicela | Refuerzo | | | | | | | | | | |
| Niñas a partir de los 9 años | Virus del papiloma humano (VPH) | 1.ª | | | | | | | | | | |
| | | 2.ª | | | | | | | | | | |
| | | 3.ª | | | | | | | | | | |
| Vacunas complementarias y otras dosis | | | | | | | | | | | | |

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

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: 1:50 PM.

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:**

NOMBRES Jose Manuel APELLIDOS Moñoz Martinez.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 7722344217

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 2 MES: 04 AÑO: 2023/ EDAD: 2. años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Hallamas.

**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 por miedo a la reaccion de la Vacuna.

| | |
|---|---|
| **¿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.<br>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: Sharik Martinez

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

Nombres sharik valentina Apellidos Martinez

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1120097483

Firma: Sharik V.

**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 _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

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 1004695918

**DATOS DE LA INSTITUCIÓN**

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLB

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.


CEDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.120.097.433

Apellidos
MARTINEZ DELGADO

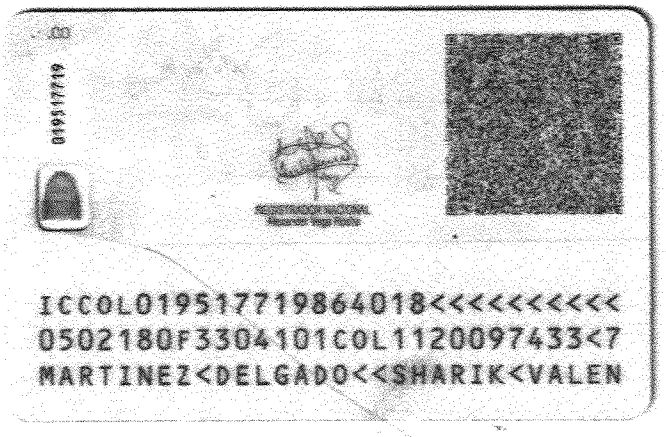
Nombres
SHARIK VALENTINA

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.56
Sexo: F
Fecha de nacimiento: 18 FEB 2005
G.S.: O+
Lugar de nacimiento
PUERTO ASIS (PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición
10 ABR 2023. SAN MIGUEL(LA DORADA)

Firma
Sharik Martinez

Fecha de expiración
10 ABR 2033


IDCOL

0195117719

REGISTRADURÍA NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0195117719864018<<<<<<<<<<
0502180F3304101COL1120097433<7
MARTINEZ<DELGADO<<SHARIK<VALEN



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.078.746.693
MUÑOZ BARRERA

APELLIDOS
YONIER JAIR

NOMBRES

Jhonier Jair M.B

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-OCT-2004
ACEVEDO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
18-NOV-2022 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
ICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

6401800-01333322-M-1078746693-20221209 0092871380A 2 56938570

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

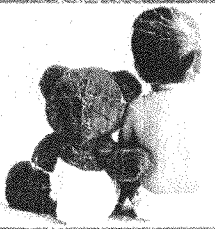
GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

**JINA A. BELALCAZAR FLOREZ**
Gerente

# CARNET RIAS PRIMERA INFANCIA

17

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
*Servimos con amor*



Nombres y apellidos: Muñoz Martinez Jose Manuel

Doc. de identidad: 1122344217 EPS: Mallamas

Teléfono: 312406235 Domicilio: U/ Sabalo

| | | PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS | FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A) | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 5 DIAS | 1 M | 2-3 M | 4-5 M | 6-8 M | 9-11 M | 12-17 M | 18-23 M | 24-29 M | 30-35 M | 3 A | 4 A | 5 A |
| VALORACIÓN INTEGRAL | ATENCION | Control del recién nacido por médico | | | | | | | | | | | | | |
| | | Atención en salud por medicina general | | | | | | | | | | | | | |
| | | Atención en salud por enfermería | | | | | | | | | | | | | |
| | | Atención en salud bucal por odontología | | | | | 6/10/23 | | | | | | | | |
| | | Promoción y apoyo de la lactancia manterna | | | | | | | | | | | | | |
| PROTECCION ESPECIFICA | ODONTOLOGIA | Aplicación de barniz de fluor | | | | | | | | | 06-06-2023 | | | | |
| | | Profilaxis y remoción de placa bacteriana | | | | | | | | | 06-12-2023 | | | | |
| | | Aplicacion de sellantes (según criterio) | | | | | | | | | 06-06-2023 | | | | |
| | V | Vacunación | | | | | | | | | | | | | |

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
AUX. ENF. ODONTOLOGIA
RES. 8000493-2014

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Shanik Valentina Martinez Identificado con C.C N° 1120097433 en calidad de: padre o madre (Madre), del niño o niña: Jose Manuel Muñoz Martinez o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Arcobinos 1., me comprometo a cumplir con los siguientes lineamientos:

1. Llevar personalmente o enviar con un adulto responsable debidamente autorizado, al niño o niña al encuentro en el horario establecido.
2. En caso de inasistencia, se debe diligenciar una excusa por una justa causa, dirigida a la maestra responsable de la unidad con anticipación.
3. En caso de que el usuario tenga cita o control médico, informar con anticipación a la maestra responsable para su registro.
4. Cuando el usuario vaya a llegar tarde al encuentro por una justa causa informar oportunamente a la maestra.
5. Participar y colaborar en todas las actividades programadas por la unidad comunitaria de atención, y el servicio ofrecido por el ICBF y la Fundación Alma de vida, pues estas son con el objetivo de mejorar la atención del niño o niña y sus familias.
6. Cuando tenga alguna queja, reclamo o sugerencia, seguir el CONDUCTO REGULAR: Maestra, Psicosocial o Auxiliar de enfermería, coordinador, Fundación e ICBF, teniendo en cuenta:
   - ✓ Hacerlo en el momento en el que ocurra el motivo o causa de la queja, reclamo o sugerencia.
   - ✓ Hacerlo con respeto, buenos modales y fines constructivos, que contribuyan al mejoramiento del servicio que ofrece a unidad de atención.
   - ✓ Tratarlo sólo en unidad, con la persona que corresponda de acuerdo al Conducto Regular y nunca hacer comentarios dañinos en la calle.
   - ✓ También se puede hacer a través del Buzón de Sugerencias.
7. Revisar los complementos nutricionales en el momento de entrega por parte de la maestra y reportar inmediatamente si se presenta novedades.

Se firma en San Miguel, a los 4 Días del mes de Abril del Año 2025.

Shanik

**Madre o Acudiente**
**C.C** 1.120.097.433

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

Yo, Sharit Valentina Martinez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1120097433, obrando en calidad de:

| Padre | | Madre | X | Cuidador | |
|---|---|---|---|---|---|

De la niña, niño o adolescente, Jose Manuel Muñoz M., identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI____, CE____, número 1122344217, 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: Sharit
Nombre: Sharit Valentina martinez
Calidad - Titular: X Representante legal:
Teléfono de contacto: 3508515827
Fecha: 4 abril 2020
Municipio: San Miguel

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>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 Jose Manuel Muñoz Martinez., identificado (a) con documento de identidad número 1122744217, 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, Sharik Valentina Martinez Delgado quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1120947433, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

| Autorización | Fotos | ✓ | Audios | — | Videos | — | Otros datos personales | — |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**La autorización comprende:**

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por Fundacion Alma de Vidrio en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa E.I.C.

**Suscriben:**

Firma: Sharik
Nombre: Sharik Valentina Martinez Delgado.
Calidad - Titular: x Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3508515827
Fecha: 4-4-2023
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.

**Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:**

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad _____, identificado (a) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

| **Autorización** | Fotos | | Audios | | Videos | | Otros datos personales | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Autorización - Uso imagen del titular:**

Yo, _____, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

| **Autorización** | Fotos | | Audios | | Videos | | Otros datos personales | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**La autorización comprende:**

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por _____, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa _____

**Suscriben:**

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


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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

de cero a Siempre

27

**Ciudad** Dorada san Miguel

**Nombre completo de la niña o niño** Jose Manuel Muñoz Martinez

**Fecha de nacimiento** 2 04 2023 **N° Documento de Identidad** 1122344217

**Sexo** Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 4 - 4 - 2025

Primer Registro Cualitativo

**Nombre del observador** Nardi García

**Fecha de registro cualitativo** 7 - 07 - 2025

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

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

**Observaciones generales**

El niño se encuentra dentro del perfil esperado, teniendo en cuenta que cumple con los items de las dimensiones Fundamentales, que se encuentran dentro de su rango de edad.

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

Segundo Registro Cualitativo

**Nombre del observador** Nardi García.

**Fecha de registro cualitativo** 8 10 2025

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

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

**Observaciones generales**

Se observa que el niño se comunica con facilidad con sus compañeros. es mas autonomo, colaborador comparte juegos y juguetes en las actividades.

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

Tercer Registro Cualitativo

**Nombre del observador**

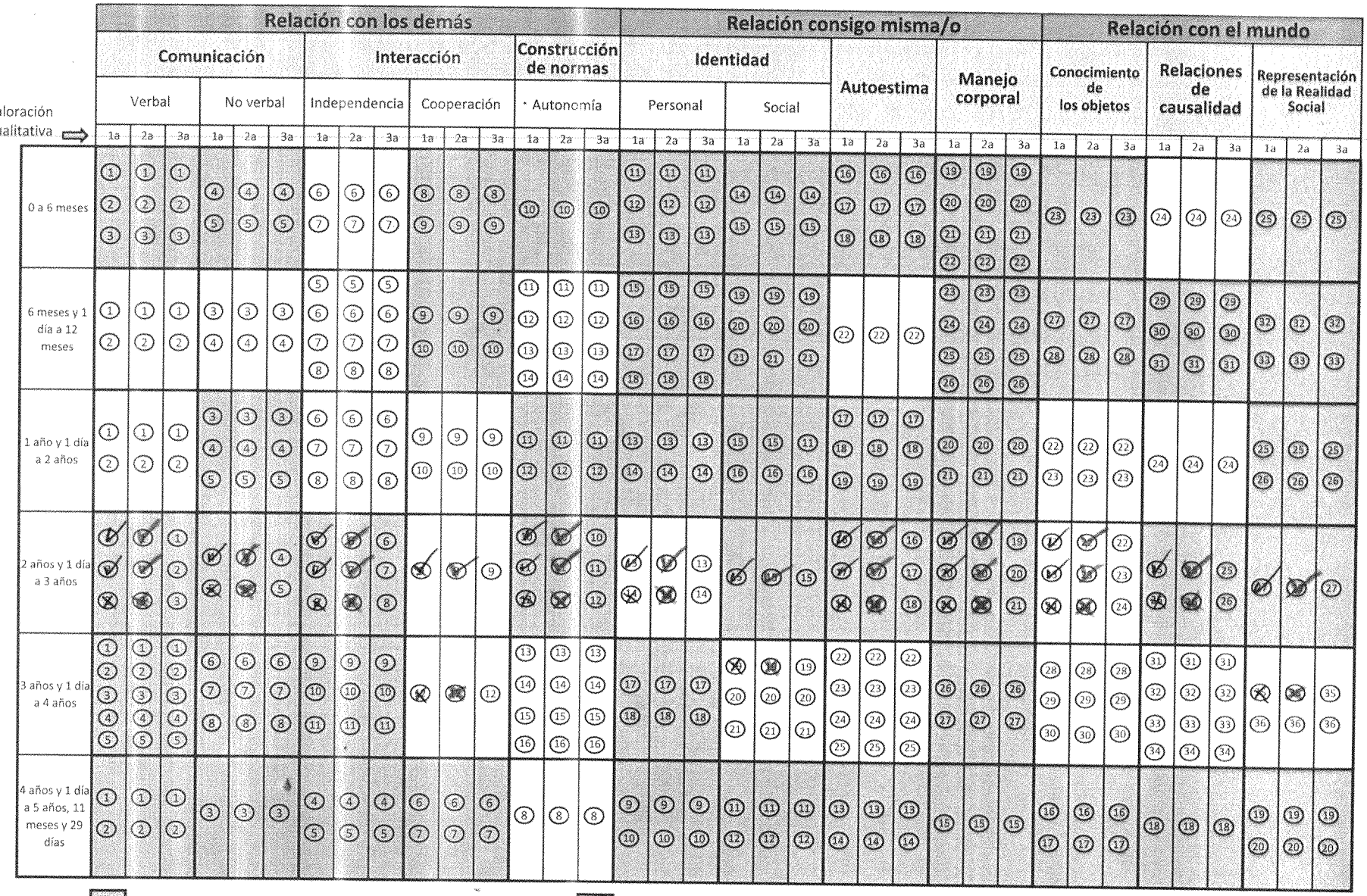
**Fecha de resgistro cualitativo** Día Mes Año

**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)***




= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

# REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Jose Manuel Muñoz IDENTIFICACIO: 1122344217 FECHA DE NACIMIENTO: 20-4-2023

| FECHA DEL REPORTE | SE PRESENTO NOVEDAD | | HORA | | TIPO DE NOVEDAD | FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | ACCIONES EMPRENDIDAS | ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES | COMPROMISOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | AM | PM | DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION | | | | | |
| 6-05-23 | x | | 1:30 PM | x | se dialogo con la madre para sugerirle que para el dia 11 de mayo hiciera llegar copia del documento de ella y el esposo en copias claras. | Sharick V. | Nordi G. | visitar a la madre para la fecha estipulada para la recepcion de las copias. y el cornet. | se llama el (d.d) dia 9 de mayo para recordarle. del cornet de higiene y las copias | ella firmo para que la maestra le recuerde la entrega y tener las copias listas 'com tambien el cornet de salud. |
| 9-5-23 | x | | x | | y del cornet de higiene oral para el dia 13 de mayo se fue al hospital por parte de la maestra para sacarle cita tanto para control como higiene. ya esta completa. la papeleria. La novedad esta Semada | Sharick V. | Nordi Goreia | de higiene. se llama a la madre para informarle de las dos citas que fueron asignados para el 14 de mayo la madre ya asistio. | nueva mente se llama a la madre y se le recuerde que las citas son para el 14 de mayo ales 3 pM la de control y 3:30 la de higiene. Se acompaña a la madre al hospital y ya realiza los controles. | Agotada Semada. |
| 14-05-23 | x | | x | | | | | | | |

La novedad esta Semada.

22

# REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

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 | | | | | |
| | | | | | | Deisi Lorena G. | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |