Fundación
Alma de Vida

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

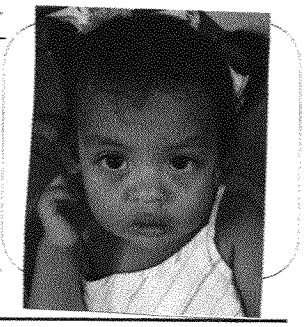
No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con fotografia del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras).
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de 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,

321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

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

FECHA SOLICITUD CUPO: _____ FECHA INGRESO: 1-6-25

UDS: Querubines 1 - MUNICIPIO: San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:

Greici Mayore Delgado Cruz.

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 2150805493.

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 15-12-23 EDAD: 1año 5m. MUNICIPIO: Sácamos.

DEPARTAMENTO: Lago agrio. PAIS: Ecuador DIRECCION

DE RESIDENCIA: V/Mesas del sabalito ESTRATO: _____ ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: _____ NO: X

¿CUAL?: _____ MOTIVO DEL RETIRO: _____ PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: _____ EPS DEL PARTICIPANTE: Libre la Integral

SUBSIDIADO: X CONTRIBUTIVO: _ PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X DIAGNOSTICO: _____

_____ ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

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

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: _____ TIENE SISBEN: SI: __ NO: X PUNTAJE: _____ 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: _____ No. IDENTIFICACION: _____ DIRECCION RESIDENCIA: _____ CELULAR: _____ E.P.S: _____

OCUPACION U OFICIO: _____ EMPRESA DONDE LABORA: _____ NIVEL DE ESCOLARIDAD: _____ PROFESIÓN: _____

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jessica Lorena cuellar. Rivas. No. IDENTIFICACION: 2100993449 DIRECCION RESIDENCIA: _____ CELULAR: 3176724606 E.P.S: N/A

OCUPACION U OFICIO: Ama de Casa EMPRESA DONDE LABORA: En Casa NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachillerato PROFESIÓN: _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: _____

NUMERO IDENTIFICACION: _____ CELULAR: _____

DIRECCION: _____ PARENTESCO: _____

Jessica Cuellar
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

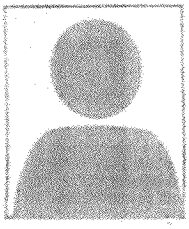
Nardi Correa.
FIRMA AGENTE EDUCATIVA

REPÚBLICA DEL ECUADOR
Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación

Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

La Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación, en base a la información que tiene registrada, emite el presente certificado:



Nombre del ciudadano: DELGADO CUELLAR GREICI MAYORE

NUI/Pasaporte: 2150805493 **Sexo:** MUJER

Fecha de nacimiento: 15 DE DICIEMBRE DE 2023

Lugar de nacimiento (país/provincia/cantón/parroquia):

ECUADOR/SUCUMBIOS/LAGO AGRIO/NUEVA LOJA

Fecha de registro de nacimiento: 08/03/2024

Lugar de registro de nacimiento (país/provincia/cantón/parroquia):

ECUADOR/SUCUMBIOS/LAGO AGRIO/NUEVA LOJA

Nacionalidad: ECUATORIANA

Tomo / Página / Acta: 4 / 27 / 27

Datos del Padre: DELGADO DOMINGUEZ OLMAN NILSON

NUI/Pasaporte: 97472261 **Nacionalidad:** COLOMBIANA

Datos de la Madre: CUELLAR RIAÑOZ JESSICA LORENA

NUI/Pasaporte: 2100993449 **Nacionalidad:** ECUATORIANA

Información certificada a la fecha 8 DE MARZO DE 2024
Emisor: ESCALANTE MACIAS KATHERINE LISSETTE

Nota: El presente certificado reemplaza a las partidas computarizadas o cualquier documento anterior de ésta índole.

N° de certificado: 242-994-00550

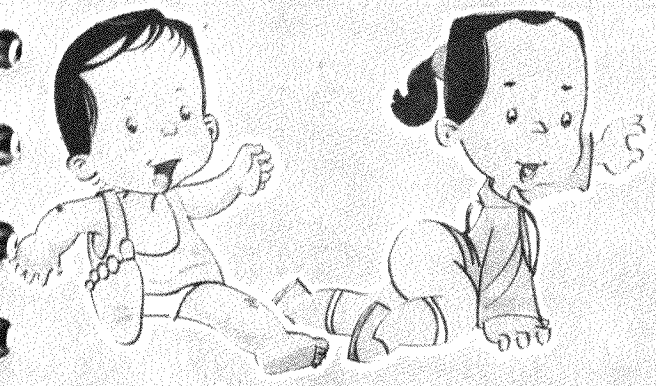
242-994-00550

Mgs. Mario Cuvero Miranda
Director General del Registro Civil, Identificación y Cedulación
Documento firmado electrónicamente

La institución o persona ante quien se presente este certificado deberá validarlo en **https://virtual.registrocivil.gob.ec**, conforme a la LOGIDAC Art. 4, numeral 1 y a la LCE. Vigencia del documento 3 validaciones o 2 meses desde el día de su emisión. En caso de presentar inconvenientes con este documento escriba a **enlinea@registrocivil.gob.ec**

Powered by CamScanner

NIÑO/ NIÑA



Guíese por el código de color

Salud infantil, crecimiento y desarrollo en niñas y niños menores de 5 años.

Esquema de vacunación.

HCU:

CC/CI: Madre 2 1 0 0 9 9 3 4 4 9

CC/CI: Niño/niña 2 1 5 0 3 0 5 4 9 3

Nombres: R

Apellidos: Delgado Cuellar

Discapacidad: SI .... No .... Tipo ....

Fecha de nacimiento: 15 (Día) 12 (Mes) 2022 (Año) 15:27

Teléfono domicilio: ....

Teléfono celular: ....

Dirección domicilio: Proyecto San Miguel

Nombre de la madre/padre: Jessica Cuellar

Zona: 7

Provincia: Sucumbíos

Cantón: Lago Agrio

Parroquia: Nueva Loja

Establecimiento de salud: Hospital Marco Vinicio Iza

Ministerio de Salud Pública: ☐

Seguro de la Policía: ☐ Otro: ☐

Seguro de las Fuerzas Armadas: ☐

IESS: ☐

Seguro Social Campesino: ☐

NIÑO / NIÑA

CURVAS NIÑA

CURVAS NIÑO

4

f/c

Salud infantil

Recuerde: completar esta información por su importancia para los controles subsecuentes y factores de riesgo a considerar dentro de los trastornos del desarrollo infantil.

RECIÉN NACIDO/A

PESO AL NACER: 4100 g — <2500 g ○ >4000 g ○

P. CEFÁLICO cm: 36,0

LONGITUD cm: 51,0

EDAD GESTACIONAL: sem. 40 días. — FUM ○ ECO ○ ESTIMADA ✓

PESO E.G.: adec. ✓ peq. ○ gde. ✓

APGAR (min): 1er 08 — 5to 09 — 10mo n/a ○

REANIMACIÓN

	no	sí		no	sí
estimulac.	○	✓	tubo endotraq.	✓	○
aspiración	○	✓	masaje c.	✓	○
máscara	✓	○	medicación	✓	○
bolsa	✓	○			

ATENDIÓ

	médico	obst.	enf.	auxil.	estud.	empir.	otro
PARTO	✓	○	○	○	○	○	○
NEONATO	✓	○	○	○	○	○	○

LUGAR DE PARTO: Establecimiento de salud ✓ — Domicilio ○ — Otro ○

MÉTODO CANGURO

Amerita	Se aplica
no ✓	sí ○
sí ○	no ○

EXAMEN FÍSICO NORMAL: no ○ sí ✓

DEFECTOS CONGÉNITOS: no ✓ menor ○ mayor ○ — CIE 10

Tipificación R.N.

Vitamina K: no ○ sí ✓

Profilaxis Ocular: no ○ sí ✓

ENFERMEDADES

ninguna ✓ — 1 ó más ○

CIE 10

TAMIZAJE METABÓLICO: Se realiza ○ — No se realiza ○ — n/a ○

TAMIZAJE AUDITIVO: Pasa OI ○ OD ○ — No pasa OI ○ OD ○ — No se hace ○

Apego inmediato: no ○ sí ○

Ligadura de cordón al cesar pulsaciones: no ○ sí ○

EGRESO RN

PESO AL EGRESO: ____ g

Meconio 1er. día: no ○ sí ○

Lactancia inmediata: no ○ sí ○

FECHA AL ALTA

ALIMENTO AL ALTA: lactancia exclusiva ○ — parcial ○ — artificial ○ — leche humana ○

Responsable egreso materno / nombres completos / sello

○ Alerta

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

CENTRO DE SALUD GENERAL FARFAN

MEDICO GENRAL

CEDULA :

PACIENTE:

REGISTRO DE CITAS

FECHA : 29/06/2023	HORA: 14:10
FECHA : 20/09/2023	HORA:
FECHA : 20/12/2023	HORA: 10:00
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:

000

HCU:

C.C.: 2150703706

Nombres: RN Maria

Apellidos: Delgado Aellar

Fecha de nacimiento: 19 09 2021

Teléfono domicilio:

Teléfono celular:

Dirección domicilio: Puerto El Carmen

Nombre de la madre/padre: Jessra Lorena Aellar Ramos

Zona: 1

Distrito: 21D02

Cantón: Lago Agrio

Provincia: Sucumbios

Establecimiento de salud: 16 Marco Vinicio Iza

Unicódigo: 0119979

Seguro de salud:

Seguro de la Policía: ☐ Otro: ☐

Seguro de las Fuerzas Armadas: ☐

IESS: ☐

Seguro Social Campesino: ☐ Ninguno: ☐

■ **Salud infantil/crecimiento y desarrollo niñas menores de cinco años**

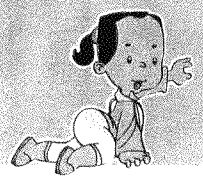
■ **Esquema de vacunas**

ES UN DERECHO RECIBIRLA Y SU DEBER CUIDARLA

MINISTERIO DE **SALUD PÚBLICA**

Toda una vida

EL GOBIERNO DE TODOS



Salud infantil

RECIÉN NACIDA

PESO AL NACER

3500 g

<2500 g ◯ >4000 g ◯

P. CEFÁLICO cm

35,0

LONGITUD cm

49,

EDAD GESTACIONAL

sem. 40 días. FUM ◯

ECO ◯

⊗ ESTIMADA

PESO E.G.

adec. ⊗

peq. ◯

gde. ◯

APGAR (min)

1er 08

5to 10

10mo n/a ⊗

REANIMACIÓN

	no	si		no	si
estimulac.	◯	⊗	tubo endotraq.	⊗	◯
aspiración	⊗	◯	masaje c.	⊗	◯
máscara	⊗	◯	medicación	⊗	◯
bolsa	⊗	◯			

ATENDIÓ

	médico	obst.	enf.	auxil.	estud.	empir.	otro
PARTO	⊗	◯	◯	◯	◯	◯	◯
NEONATO	⊗	◯	◯	◯	◯	◯	◯

LUGAR DE PARTO

Establecimiento de salud ⊗ Domicilio ◯ Otro ◯

MÉTODO CANGURO

Amerita	Se aplica
no ⊗	si ◯
si ◯	no ◯

EXAMEN FÍSICO

NORMAL

no ◯

si ⊗

DEFECTOS CONGÉNITOS

no	menor	mayor
⊗	◯	◯

CIE 10 ____

Tipificación R.N. ----------

Vitamina K no ◯ si ⊗

Profilaxis Ocular no ◯ si ⊗

ENFERMEDADES

ninguna ◯ 1 ó más ◯

CIE 10 ____ ----------

CIE 10 ____ ----------

TAMIZAJE METABÓLICO

Se realiza ◯

No se realiza ◯

n/a ◯

TAMIZAJE AUDITIVO

Pasa OI ◯ OD ◯

No pasa OI ◯ OD ◯

No se hace ◯

EGRESO RN

FECHA AL ALTA ____

PESO AL EGRESO ____ g

ALIMENTO AL ALTA

lactancia exclusiva ◯

parcial ◯

artificial ◯

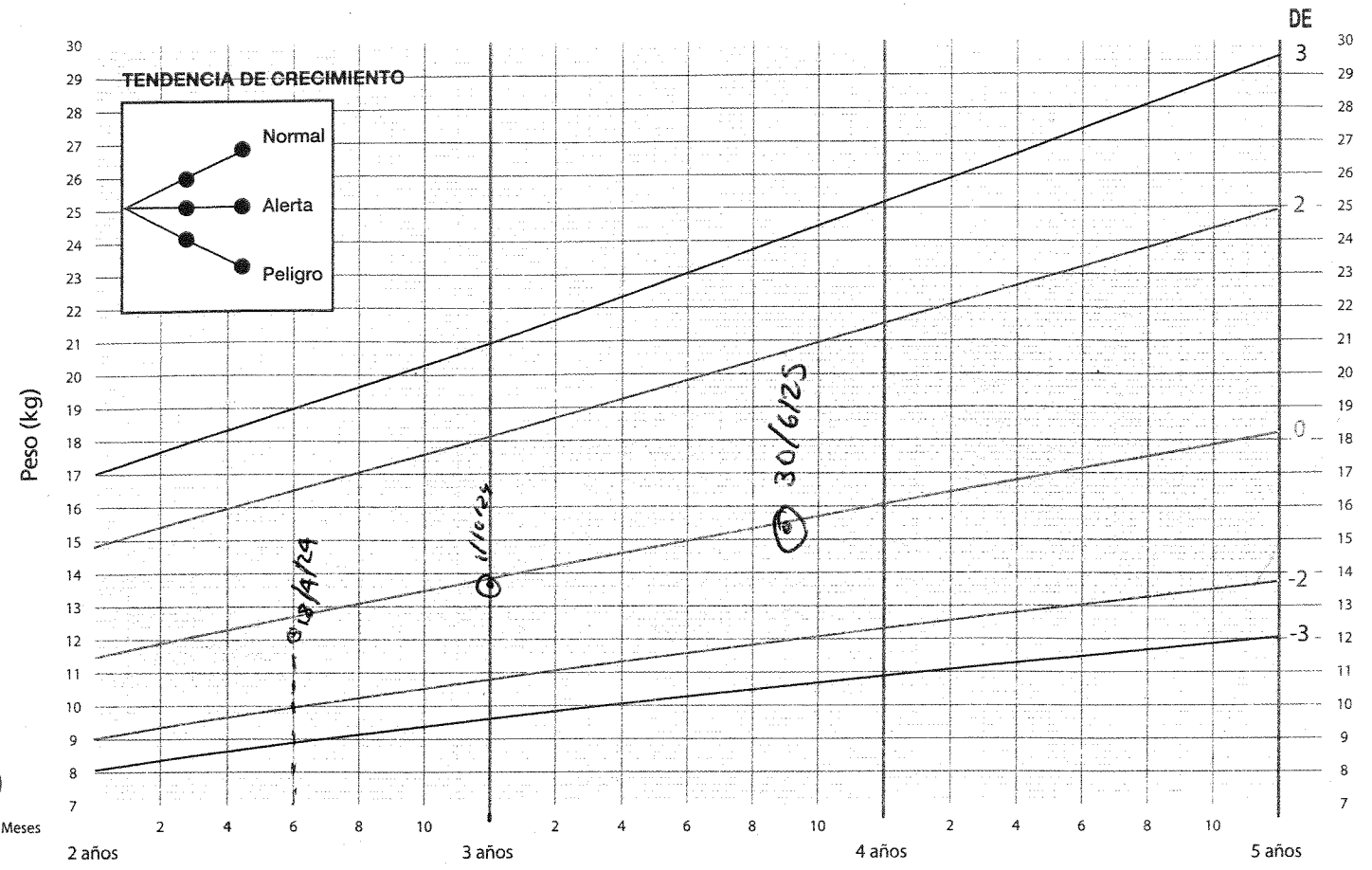
leche humana ◯

Apego inmediato		Ligadura de cordón al cesar pulsaciones		Meconio 1er. día		Lactancia inmediata	
no	si	no	si	no	si	no	si
◯	⊗	◯	⊗	◯	⊗	◯	⊗

Responsable egreso materno / nombres completos / sello

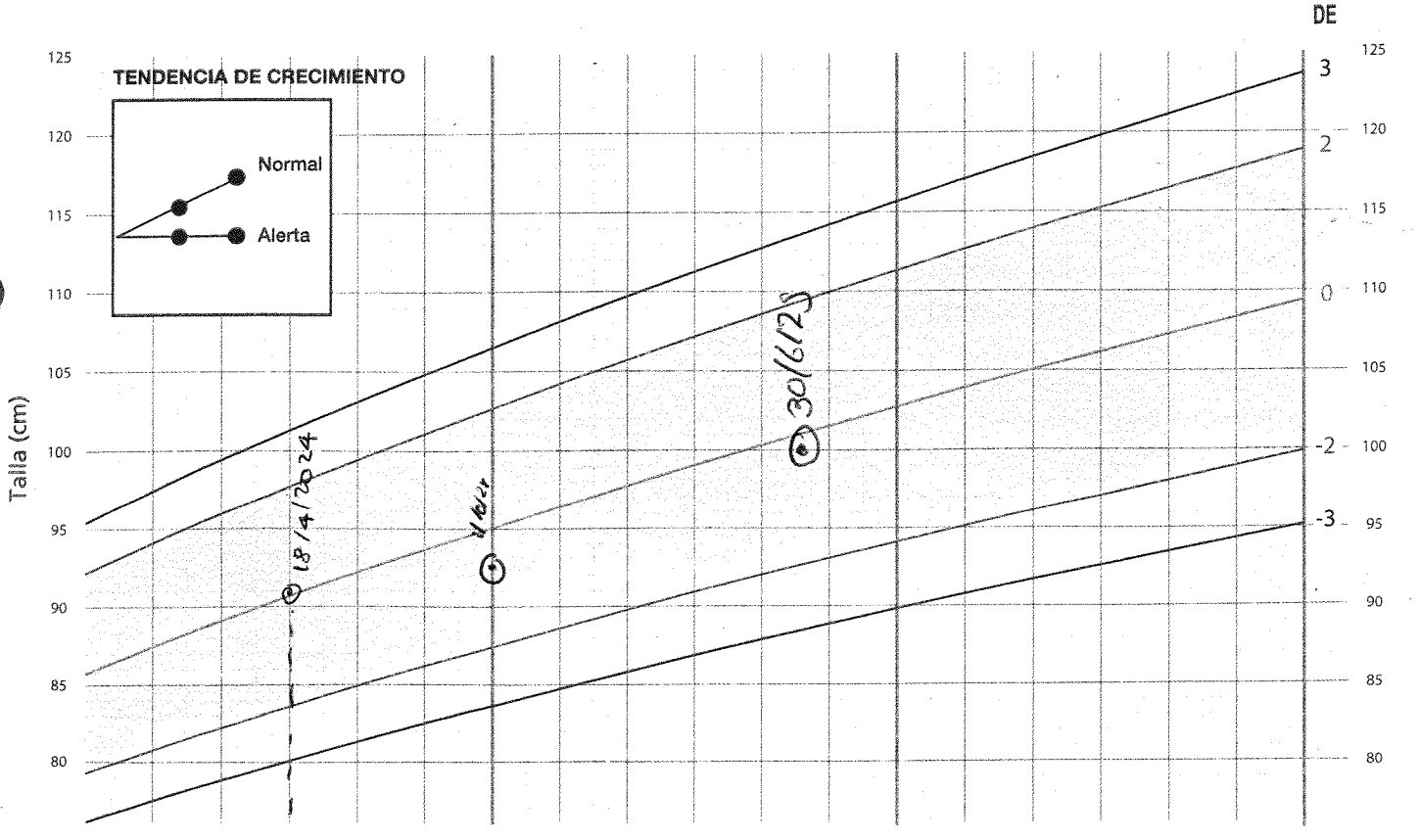
◯ Alerta

Peso/edad - Niñas de 2 a 5 años

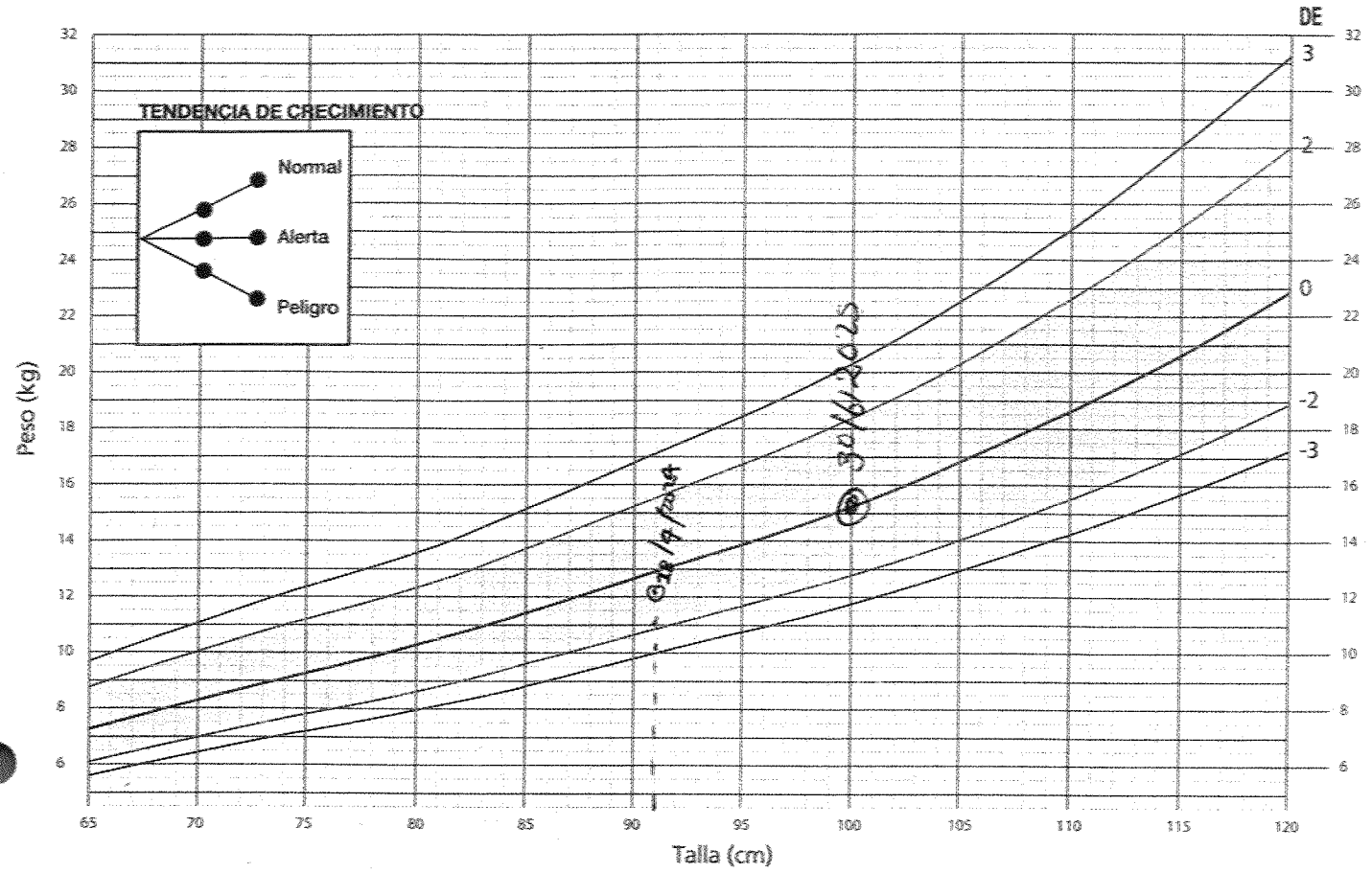


Organización Mundial de la Salud/ Estándares de Crecimiento Infantil OMS

Talla/edad - Niñas de 2 a 5 años



Peso/talla - Niñas de 2 a 5 años



Organización Mundial de la Salud/ Estándares de Crecimiento Infantil OMS



LAS VACUNAS PROTEGEN A SU HIJA DE VARIAS ENFERMEDADES:

Vacuna	Enfermedades que previene la vacuna
BCG	Meningitis tuberculosa
Rotavirus	Diarrea por rotavirus
fIPV-OPV	Poliomielitis (parálisis flácida aguda)
Pentavalente (DPT+HB+Hib)	Difteria, tosferina, tétanos, hepatitis B, meningitis y neumonía por *Haemophilus influenzae* tipo b
Neumococo conjugada	Infecciones por neumococo (neumonía, meningitis, otitis)
DPT	Difteria, tosferina,tétanos
SRP	Sarampión, rubeola y parotiditis (paperas)

Vacuna	Enfermedades que previene la vacuna
Varicela	Varicela
FA	Fiebre amarilla
DT (Pediátrica)	Difteria y tétanos
HB	Hepatitis B
dT (Adulto)	Difteria y tétanos
Influenza estacional	Influenza (gripe estacional)
SR	Sarampión y rubeola
VPH	Prevención de cáncer e infecciones cérvico uterino

Esquema de vacunación para menores de un año

Tipo Vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación día	mes	año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de Salud
*BCG (Meningitis)	1 dosis	dentro de las 24 horas							
Hepatitis B (HB cero)	1 dosis	dentro de las 24 horas	19	09	2m	3H	23482	LD	Anvo
**Rotavirus (Diarrea)	1ra. dosis	2 meses	17	02	24				
	2ra. dosis	4 meses	01	04	24				
Pentavalente (Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis, Neumonía)	1ra. dosis	2 meses	17	02					
	2da. dosis	4 meses							
	3ra. dosis	6 meses							
***fIPV (Poliomielitis)	1ra. dosis	2 meses							
	2da. dosis	4 meses							
**bOPV (Poliomielitis)	3ra. dosis	6 meses							
Neumococo conjugada (Neumonía, Meningitis, Otitis)	1ra. dosis	2 meses							
	2da. dosis	4 meses							
	3ra. dosis	6 meses							

* BCG dosis única: se administraría hasta los 11 meses 29 días.
** Rotavirus. La segunda dosis podrá administrarse hasta los 7 meses de edad (7 meses 29 días).
*** El intervalo entre fIPV (1) y fIPV (2) debe ser de 8 semanas.
**** DT solo ante casos de reacción anafiláctica al componente pertusis de la vacuna pentavalente que incluye componente DPT.
***** El uso de vacuna HB pediátrica en niñas que tuvieron reacción anafiláctica a la vacuna pentavalente. Se administrará HB pediátrica más DT pediátrica.

Esquema de vacunación niñas de 12 a 24 meses

Tipo Vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación día	mes	ao	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de Salud
SRP (Sarampión, Rubeola, Parotiditis)	1a. dosis	12 meses							
	2a. dosis	18 meses							
Fiebre amarilla	1a. dosis	12 meses							
Varicela	1a. dosis	15 meses							
DPT (Difteria, Tosferina, Tétanos)	1er. refuerzo (4a. dosis componente DPT)	18 meses							
bOPV (Poliomielitis)	1er. refuerzo (4a. dosis)	18 meses							

Esquema de vacunación niñas de 5 a 15 años

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación día	mes	año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
bOPV	5ta. dosis	5 años							
*DPT	*5ta. dosis	5 años							
HPV	1ra. dosis	9 años (niñas)							
	2da. dosis (6 meses después de la 1ra. dosis)								
dT adulto	3er. refuerzo	15 años							

* DPT 5ta dosis o 2do refuerzo, se aplica y se registra siempre y cuando se verifique en el carnet que se ha recibido las 3 dosis de pentavalente y la 4a dosis con DPT; caso contrario proceder con la aplicación de, 1a dosis al primer contacto; 2a. dosis al mes de la primera dosis; 3a. dosis a los 6 meses después de las segundas dosis; 4a. dosis al año de la 3a dosis; 5a dosis al año de la cuarta dosis en otras vacunas.

Esquema de vacunación niñas de 5 a 15 años (1 de 1)

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación día	mes	año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud

Control de crecimiento y desarrollo de su hija de 24 a 35 meses de edad

Fecha día	Fecha mes	Fecha año	Edad (meses)	Peso (Kg)	Talla (cm)	Hemoglobina (g/dL)	Alimentación variada	Suplementación: Hierro en jarabe	Suplementación: Hierro en polvo	Suplementación: Vitamina A	Observaciones
08 18	03 04	2024 2024	2a	12.80 12.15	88 91						DISTRITO DE SALUD 21D02 LA ... Lcda. Vanessa Peñaloza ... C.S. GENERAL FARFÁN MÉDICA RURAL C.I. 1003707336 REG. 1005-2023-2693971
18	04	2024	2a	12.15	91	9.6	✓	✓		✓	
20	05	2024	2a	13	91,3		✓		—	—	

Si la captación para la suplementación con hierro en polvo, es tardía (de 19 a 23 meses de edad); se inicia con el esquema de suplementación (un sobre pasando un día hasta completar 90 sobres)

RESUMEN TERCER AÑO (24 a 35 meses de edad)

Vacunación completa: si ◯ no ◯

Tamizaje visual: si ◯ no ◯

Tamizaje auditivo: si ◯ no ◯

Suplementación completa: si ◯ no ◯

Controles de salud según norma*: si ◯ no ◯
* Mínimo (2 consultas)

Estado nutricional

Antropometría: Normal ◯
Son las dimensiones del cuerpo humano con el propósito de valorar el crecimiento
Baja talla ◯
Bajo peso ◯
Sobrepeso/obesidad ◯

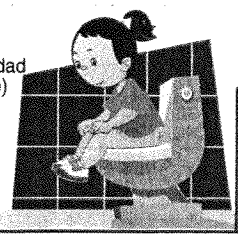
Anemia: si ◯ no ◯

Hitos del desarrollo

Dice y muestra cuantos años tiene: si ◯ no ◯

Dice su nombre y apellido: si ◯ no ◯

Controla esfínters a los 30 meses de edad (aproximadamente): si ◯ no ◯



Tamizaje de neurodesarrollo: si ◯ no ◯

Resultado normal: si ◯ no ◯

◯ ***Alerta***

Estimule a la niña, háblele suavemente, sonríale, tómela en los brazos, cántele, póngale música suave, transmítale amor y calma en un ambiente tranquilo.

Control de crecimiento y desarrollo de su hija de 36 a 47 meses de edad

Fecha día	Fecha mes	Fecha año	Edad (meses)	Peso (Kg)	Talla (cm)	Hemoglobina (g/dL)	Alimentación variada	Hierro en jarabe	Vitamina A	Observaciones
24	05	2024	44 meses	15	96	—	✓	No	Si	

RESUMEN CUARTO AÑO (36 a 47 meses de edad)

Vacunación completa: si ◯ no ◯

Tamizaje visual: si ◯ no ◯

Tamizaje auditivo: si ◯ no ◯

Suplementación completa: si ◯ no ◯

Controles de salud según norma* si ◯ no ◯
* Mínimo (2 consultas)

Estado nutricional

Antropometría
Son las dimensiones del cuerpo humano con el propósito de valorar el crecimiento
Normal ◯
Baja talla ◯
Bajo peso ◯
Sobrepeso/obesidad ◯

Anemia: si ◯ no ◯

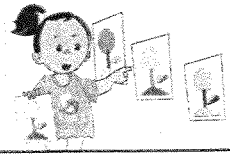
Hitos del desarrollo

Repite las palabras que se les dice:
Manzana - casa - perro - silvar - plátano - peinilla - frutas - pared
si ◯ no ◯

Dibuja a los 40 meses de edad (tres años aproximadamente): si ◯ no ◯



Reconoce a los colores a los 46 meses de edad (tres años y medio aproximadamente): si ◯ no ◯



Tamizaje de neurodesarrollo: si ◯ no ◯

Resultado normal: si ◯ no ◯

◯ ***Alerta***

Estimule a la niña, háblele suavemente, sonríale, tómela en los brazos, cántele, póngale música suave, transmítale amor y calma en un ambiente tranquilo.

Control de crecimiento y desarrollo de su hija de 48 a 59 meses de edad

Fecha día	Fecha mes	Fecha año	Edad (meses)	Peso (Kg)	Talla (cm)	Hemoglobina (g/dL)	Alimentación variada	Hierro en jarabe	Vitamina A	Observaciones
01	10	2021	36	13.7	92.2		✓		✓	Control de mi niño +
30	06	25	35 9m	15.20	100	12.0	✓	—	—	
05	10	25	40	15.15	100		✓		✓	

DISTRITO DE SALUD 21D02 LAGO AGRIO
Dra. Valeria Ramírez
C.S. GENERAL FARFAN
MEDICO RURAL
C.I. 1754191170

RESUMEN QUINTO AÑO (48 a 59 meses de edad)

Vacunación completa: si ◯ no ◯	**Estado nutricional**	**Hitos del desarrollo**
Tamizaje visual: si ◯ no ◯	Antropometría: Normal ◯	Repite las frases que le dicen: ..... si ✓ no ◯
Tamizaje auditivo: si ◯ no ◯	Son las dimensiones del cuerpo humano con el propósito de valorar el crecimiento: Baja talla ◯	Frases:
Suplementación completa: si ◯ no ◯	Bajo peso ◯	- En la tienda venden manzanas verdes
Controles de salud según norma*: si ◯ no ◯	Sobrepeso/obesidad ◯	- El sol de la mañana sale por detrás de la montaña
* Mínimo (2 consultas)	Anemia si ◯ no ◯	- Hay flores blancas y amarillas en el jardín de mi escuela
◯ *Alerta*		Cuenta los diez dedos de su mano: ..... si ◯ no ◯
		Tamizaje de neurodesarrollo: si ◯ no ◯ Resultado normal: si ◯ no ◯

Estimule a la niña, háblele suavemente, sonríale, tómela en los brazos, cántele, póngale música suave, transmítale amor y calma en un ambiente tranquilo.

Tamizajes

Auditivo

Fecha día	Fecha mes	Fecha año	Edad	Pasa OD	Pasa OI	No pasa OD	No pasa OI	Observaciones

Metabólico

Fecha día	Fecha mes	Fecha año	Edad	Resultado normal sí	Resultado normal no	Patología	Observaciones

Neurodesarrollo

Fecha día	Fecha mes	Fecha año	Edad	Resultado normal	Resultado dudoso	Resultado retraso	Observaciones

Visual

Fecha día	Fecha mes	Fecha año	Edad	Tamizaje 1ro.	Tamizaje 2do.	Resultado (1. Con error 2. Sin error) OD	Resultado OI	Observaciones

Tamizaje

ANEMIA						
Fecha			Edad	Resultado normal		Observaciones
día	mes	año		Sí	No	
18	4	24	2a 6m		✓	
01	10	24	3a		✓	

AJUSTE DE ALTITUD PARA MEDIR LA CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA

Altitud (metros sobre el nivel del mar)	Medidas de hemoglobina ajuste g/dl	Altitud (metros sobre el nivel del mar)	Medidas de hemoglobina ajuste g/dl
Menos de 1.000	-0,0		
1.000 - 1.499	-0,2	3.000 - 3.499	-1,9
1.500 - 1.999	-0,5	3.500 - 3.999	-2,7
2.000 - 2.499	-0,8	4.000 - 4.499	-3,5
2.500 - 2.999	-1,3	4.500 - 4.999	-4,5

OMS. Concentraciones de hemoglobina para el diagnóstico de anemia y evaluación de la severidad. 2011

Recomendaciones para la alimentación de la niña y la madre lactante



Hasta los 6 meses de edad

Lactancia materna exclusiva:

- Apego precoz inmediato, e inicio temprano de la lactancia en la primera hora de vida, luego de nacida.
- Dele el pecho a voluntad, de día y de noche, por lo menos 8 veces en 24 horas (a libre demanda).
- Amamante a la infante cuando muestre los siguientes signos de hambre: comience a quejarse, a chuparse los dedos o mueva los labios. Cada vez que tome el seno, motive a la niña a vaciarlos en forma alternada.
- La niña que es amamantada no necesita tomar agua, ni ningún otro líquido, porque la leche materna contiene suficiente agua.
- No le dé ninguna otra comida o líquidos.
- Si tiene dificultad para dar de lactar, acuda al establecimiento de salud para que le brinden asesoría o llame a la línea **171, opción 2**.

13
RLV

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resulado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardipopatía 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

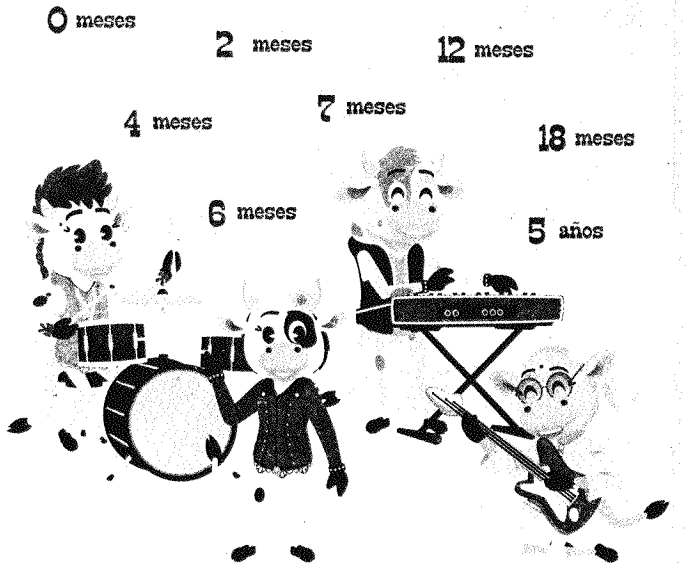
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meníngea, 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

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Greici Mayore Delgado Coellar
Fecha de nacimiento: 15-12-2023
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 21508054 93
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: Talla:
Dirección:
Teléfono 1: 3176724606
Teléfono 2:
Responsable: Jessica Lorena Coellar
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putomayo.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: **Tipo identificación:** **No. ID:**

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	16	12	23		0372MD0710	Ecuador				Arnaldo Mera
	Hepatitis B	Recién nacido	16	12	23		U F0210110					
2 meses			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	17	02	24	Biologicals	22330055	HFLD.				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	17	02	24	Serum	2852x003A					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	17	02	24	Serum	2852x003A					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	17	02	24	Serum	2852x003A					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	17	02	24	GSK	ARDLD730AA					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	17	02	24	Pfizer	FY9925					
4 meses			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						cita: 17/Abril 2024.			
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	22	04	24	Biologicals	22300 5A	HFLD				Edwar Iptal
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	22	04	24	Serum	2851Y0011A					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	22	04	24	Serum	2851Y0011A					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	22	04	24	Serum	2851Y0011A					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	22	04	24	Serum GSK	AR01D750AA					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	22	04	24	Pfizer	FY9925					
6 meses			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						cita 22-06-24			
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	05	07	24	Biológical	22301001	HFLD				Jenifer Cabezas
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	05	07	24	Serum	2852x014B					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	05	07	24	Serum	2852x014B					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	05	07	24	Serum	2852x014B					
	Influenza estacional	1.ª	05	07	24		2490099711D0					
7 meses	Influenza estacional	2.ª	06	08	24	Butantan	2400044411U0	I-I+HD				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	17	12	24	Serum	01324N074A					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	17	12	24	Pfizer	X61492	HFLD	cita: 15-Diciembre 2024			Jenifer Cabezas
	Varicela	2.ª	17	12	24	Merck	A02761 2					
	Hepatitis A	Única	17	12	24	Man	20220799	HFLD				Isabel A.
	Influenza estacional	Anual	13	05	25	Sigirus	P10073924	HFLD				
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	22	07	25	Biologicals	2410 0 9	HFLD	cita: 05-JULIO 2025.			Isabel A
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	22	07	25	Serum	2861x013E	HFLD				Jenifer.
	Fiebre amarilla	Única	17	12	24	Fiocruz	23141 C0052					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	22	07	20	Serum.	01331M120	HFLD	cita: 5 AÑOS Completos			Isabel A
	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.

Cita: 05- Agosto-24
2da influenza

14
RV

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

Firma de la persona: Yessica Lorena cuellar

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

Nombres Yessica Lorena cuellar Apellidos cuellar

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☒ OTRO ☐ Número 2100993 44-9

Firma: yessica cuellar

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 _____

_____

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFU

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo

MUNICIPIO:

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.

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 11 MES 05 AÑO 2023 HORA: 8 AM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Greici Mayore Delgado C. APELLIDOS Delgado Cuellar.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☒ OTRO ☐ NÚMERO: 2180805493

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: MES: AÑO: / EDAD: años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Libre la Integral de Salud.

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.



REPÚBLICA DEL ECUADOR
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL
IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 210099344-9

APELLIDOS Y NOMBRES
CUELLAR RIAÑOZ
JESSICA LORENA

LUGAR DE NACIMIENTO
SUCUMBIOS
PUTUMAYO
EL CARMEN DE PUTUMAYO

FECHA DE NACIMIENTO 1988-07-10
NACIONALIDAD ECUATORIANA
SEXO F
ESTADO CIVIL SOLTERA



Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 1
Dirección Distrital 21D02 Lago Agrio-Salud
CENTRO DE SALUD "GENERAL FARFÁN"

CERTIFICADO ODONTOLOGICO

Certifico que: Delgado Wellar Greiü paciente se presentó esta casa de salud

Nro. HCL: 2150805493

Diagnóstico: 2012 Examen odontologico.

Otros: Aflar bucoler

Es todo cuanto puedo certificar y decir en honor a la verdad.

General Farfán 29 de Mayo del 2025

Atentamente

Dirección de Salud 21D02 Lago Agrio
C.S. General Farfán
Dra. Dennise Achupallas G.
C.I. 1726451121
ODONTÓLOGA RURAL

Odont. ACHUPALLAS GAVILANES KIMBERLY DENNISE
ODONTÓLOGA RURAL DEL CENTRO DE SALUD GENERAL FARFÁN

Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Jessica Lorena Cuellar identificado con C.C N° 2100993 44-9 en calidad de: padre o madre (Madre), del niño o niña: Greici Mayore Delgado C. o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Querubines 1, me comprometo a cumplir con los siguientes lineamientos:

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

Se firma en San Miguel, a los 2 Días del mes de 6 del Año 2025.

Jessica Lorena
Madre o Acudiente
C.C 2100993 44-9

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, Yessica Lorena Cuellar Riaños, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 2100993449, obrando en calidad de:

Padre		Madre	X	Cuidador	

De la niña, niño o adolescente, Greici Mayore Delgado Cuellar, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI___, CE___, número 2150805493, 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: Jessica Lorena
Nombre: Jessica Lorena Cuellar R.
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3105525787
Fecha: 1-6-2025
Municipio: San Miguel

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

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Greici Mayore Delgado Cuellar, identificado (a) con documento de identidad número 1150803493, 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, Jesica Lorena Cuellar Riaños, 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 Fundacion Alma de vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa E.J.C.

Suscriben:

Firma: Jessica Lorena
Nombre: Jessica Lorena Cuellar Riaños.
Calidad - Titular: x Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3105525787
Fecha: 2-6-2025.
Municipio: San Miguel

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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad Dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Greici Mayori Delgado cuellar

Fecha de nacimiento 15-12-2023 **Nº Documento de Identidad** 2750805493

Sexo Masculino ○ Femenino ⊗ **Fecha de 1er día de atención en el año** 10-06-2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Nardi García

Fecha de registro cualitativo 27-09-2025

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 la niña interactua y juega con sus compañeros por periodos cortos de tiempo, se desplaza con facilidad en el salon y fuera de el, participa de las actividades de manera intermitente.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo

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 ○

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

oración
alitativa

	Relación con los demás												Relación consigo mismo/a										Relación con el mundo									
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social														
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	①	①	①	①	①	①	⑤	⑤	⑤	⑥	⑥	⑥	⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑰	⑰	⑰	⑯	⑯	⑯	⑲	⑲	⑲	㉓	㉓	㉓	㉔	㉔	㉔	㉘	㉘	㉘
	②	②	②	②	②	②	⑥	⑥	⑥	⑦	⑦	⑦				⑬	⑬	⑬	⑱	⑱	⑱	⑰	⑰	⑰	⑳	⑳	⑳	㉓	㉓	㉓	㉕	㉕	㉕	㉙	㉙	㉙
	③	③	③	③	③	③	⑦	⑦	⑦	⑧	⑧	⑧				⑭	⑭	⑭	⑲	⑲	⑲	⑱	⑱	⑱	㉑	㉑	㉑	㉓	㉓	㉓	㉖	㉖	㉖	㉚	㉚	㉚
6 meses y 1 día a 12 meses	①	①	①	①	①	①	⑤	⑤	⑤	⑥	⑥	⑥	⑪	⑪	⑪	⑮	⑮	⑮	⑲	⑲	⑲	㉒	㉒	㉒	㉕	㉕	㉕	㉗	㉗	㉗	㉙	㉙	㉙	㉝	㉝	㉝
	②	②	②	②	②	②	⑥	⑥	⑥	⑦	⑦	⑦	⑫	⑫	⑫	⑯	⑯	⑯	⑳	⑳	⑳	㉓	㉓	㉓	㉖	㉖	㉖	㉘	㉘	㉘	㉚	㉚	㉚	㉞	㉞	㉞
	③	③	③	③	③	③	⑦	⑦	⑦	⑧	⑧	⑧	⑬	⑬	⑬	⑰	⑰	⑰	㉑	㉑	㉑	㉔	㉔	㉔	㉗	㉗	㉗	㉙	㉙	㉙	㉛	㉛	㉛	㉟	㉟	㉟
1 año y 1 día a 2 años	①	①	①	①	①	①	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑭	⑭	⑭	⑱	⑱	⑱	㉒	㉒	㉒	㉕	㉕	㉕	㉘	㉘	㉘	㉚	㉚	㉚	㉜	㉜	㉜	㊱	㊱	㊱
	②	②	②	②	②	②	⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩	⑮	⑮	⑮	⑲	⑲	⑲	㉓	㉓	㉓	㉖	㉖	㉖	㉙	㉙	㉙	㉛	㉛	㉛	㉝	㉝	㉝	㊲	㊲	㊲
	③	③	③	③	③	③	⑧	⑧	⑧	⑪	⑪	⑪	⑯	⑯	⑯	⑳	⑳	⑳	㉔	㉔	㉔	㉗	㉗	㉗	㉚	㉚	㉚	㉜	㉜	㉜	㉞	㉞	㉞	㊳	㊳	㊳
2 años y 1 día a 3 años	①	①	①	①	①	①	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑭	⑭	⑭	⑱	⑱	⑱	㉒	㉒	㉒	㉕	㉕	㉕	㉘	㉘	㉘	㉚	㉚	㉚	㉜	㉜	㉜	㊱	㊱	㊱
	②	②	②	②	②	②	⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩	⑮	⑮	⑮	⑲	⑲	⑲	㉓	㉓	㉓	㉖	㉖	㉖	㉙	㉙	㉙	㉛	㉛	㉛	㉝	㉝	㉝	㊲	㊲	㊲
	③	③	③	③	③	③	⑧	⑧	⑧	⑪	⑪	⑪	⑯	⑯	⑯	⑳	⑳	⑳	㉔	㉔	㉔	㉗	㉗	㉗	㉚	㉚	㉚	㉜	㉜	㉜	㉞	㉞	㉞	㊳	㊳	㊳
3 años y 1 día a 4 años	①	①	①	①	①	①	⑨	⑨	⑨	⑫	⑫	⑫	⑰	⑰	⑰	㉑	㉑	㉑	㉕	㉕	㉕	㉘	㉘	㉘	㉛	㉛	㉛	㉝	㉝	㉝	㉟	㉟	㉟	㊴	㊴	㊴
	②	②	②	②	②	②	⑩	⑩	⑩	⑬	⑬	⑬	⑱	⑱	⑱	㉒	㉒	㉒	㉖	㉖	㉖	㉙	㉙	㉙	㉜	㉜	㉜	㉞	㉞	㉞	㊱	㊱	㊱	㊵	㊵	㊵
	③	③	③	③	③	③	⑪	⑪	⑪	⑭	⑭	⑭	⑲	⑲	⑲	㉓	㉓	㉓	㉗	㉗	㉗	㉚	㉚	㉚	㉝	㉝	㉝	㉟	㉟	㉟	㊲	㊲	㊲	㊶	㊶	㊶
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	①	①	①	①	①	①	⑨	⑨	⑨	⑫	⑫	⑫	⑰	⑰	⑰	㉑	㉑	㉑	㉕	㉕	㉕	㉘	㉘	㉘	㉛	㉛	㉛	㉝	㉝	㉝	㉟	㉟	㉟	㊴	㊴	㊴
	②	②	②	②	②	②	⑩	⑩	⑩	⑬	⑬	⑬	⑱	⑱	⑱	㉒	㉒	㉒	㉖	㉖	㉖	㉙	㉙	㉙	㉜	㉜	㉜	㉞	㉞	㉞	㊱	㊱	㊱	㊵	㊵	㊵
	③	③	③	③	③	③	⑪	⑪	⑪	⑭	⑭	⑭	⑲	⑲	⑲	㉓	㉓	㉓	㉗	㉗	㉗	㉚	㉚	㉚	㉝	㉝	㉝	㉟	㉟	㉟	㊲	㊲	㊲	㊶	㊶	㊶

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Nardi García NOMBRE UCA: Querubines Z

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Greici Mayore Delgado C. IDENTIFICACIO: 1150803498 · FECHA DE NACIMIENTO: 15-12-2023

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					
10-6-25	x			x	Se dialoga con la madre de la niña dando a conocer los derechos de la niña al estar en la modalidad y tambien los deberes que ella como participante debe	Jessica Cuellar	Nardi García	Se llama a la madre para recordarle que se debe tener puntualidad en la papeleria para la carpeta.	Mediante la llamada de seguimiento se recuerda a la madre traer el carnet de vacunas con esquema colombiano ya que es mas organizado y completo	La madre se compromete a entregar para el dia 17 de junio copias con esquema colombiano.
17-6-25	x			x	cumplir en la modalidad y con la agente educativa. La madre entrega copias de carnet de vacunas actualizados el dia 8 de julio.	Jessica C.	Nardi G.	Ya entrega papeleria actualizada.		La madre ya entrega papeleria actualizada para la carpeta.