LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con fotografía del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras).
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar _X_ en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización) ___SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7) ___Pertenecientes a Res UNIDOS ___Pertenecientes a Familias en Acción ___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición ___Remitidos por SNBF ___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado) ___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.) ___Niños y niñas con discapacidad. ___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión. ___Población migrante en condición de vulnerabilidad. ___Activos en ruta de reincorporación.
5	Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente: (ADRESS)
6	Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo).
6	Copia del carnet de vacunación.
7	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
8	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
9	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
10	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
11	Fotocopia de un recibo de servicios públicos domiciliarios cuando sea necesario (aplica para zona urbana y en zona rural solo si se cuenta con servicios públicos)
12	Certificado de asistencia a consulta de salud bucal (Niños y niñas mayores de 6 meses)
13	Certificado del examen de agudeza visual (Niños y niñas mayores de 4 años)
14	Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años)
15	Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal.
16	Formato de veracidad de la información ficha de caracterización.
17	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
18	Formato de autorización uso de imágenes.
19	Planilla seguimiento nutricional
20	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
21	Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa,

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

FECHA SOLICITUD CUPO: 26-03-2025 FECHA INGRESO: 1-4-25

UDS: Querubines 1 MUNICIPIO: San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
María Mercedes Delgado cuellar

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 215070 3706

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 19-9-2021 EDAD: 3A - 6 Meses MUNICIPIO: Lago agrio

DEPARTAMENTO: Nueva Loja PAIS: Ecuador DIRECCION DE RESIDENCIA: Y1 Mesas del Sabalito ESTRATO: N/A ¿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: Libreta integral salud SUBSIDIADO: ___ CONTRIBUTIVO:

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X DIAGNOSTICO: ____

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: ____

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: X NO: ___ CUAL: ____

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Omar Wilson Delgado

No. IDENTIFICACION: 97-47 2261 DIRECCION RESIDENCIA: ____

CELULAR: 3108082626. E.P.S: Emssanar.

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: 2 primaria PROFESIÓN: Agricultor.

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yesica Lorena Cuellar Moñoz.

No. IDENTIFICACION: 2100993449 DIRECCION RESIDENCIA: sabalito

CELULAR: 3108082626 E.P.S: Libreta integral de salud.

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa.

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tercero primaria PROFESIÓN: Ama de casa.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: ____

NUMERO IDENTIFICACION: ____ CELULAR: ____

DIRECCION: ____ PARENTESCO: ____

Yesica Lorena Cuellar
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Nardi Cortez
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

CÉDULA DE IDENTIDAD

REPÚBLICA DEL ECUADOR

DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL, IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN

APELLIDOS
DELGADO
CUELLAR

CONDICIÓN CIUDADANÍA*NNA

NOMBRES
MARIA MERCEDES

NACIONALIDAD
ECUATORIANA

FECHA DE NACIMIENTO
19 SEP 2021

LUGAR DE NACIMIENTO
SUCUMBIOS LAGO AGRIO
NUEVA LOJA

FIRMA DEL TITULAR

NUI.2150703706 No Firma

210919

SEXO
MUJER

No. DOCUMENTO
078031043

FECHA DE VENCIMIENTO
08 MAR 2034

NATICAN
840336

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
DELGADO DOMINGUEZ OLMAN NILSON

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
CUELLAR RIAÑOZ JESSICA LORENA

ESTADO CIVIL
SOLTERO

CÓDIGO DACTILAR
XXXXXXXXXX

TIPO SANGRE N/R

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN
LAGO AGRIO 08 MAR 2024

DIRECTOR GENERAL

I<ECU0780310434<<<<<2150703706
2109192F3403082ECU<<<<<<<<<<<3
DELGADO<CUELLAR<<MARIA<MERCEDE

LIBRETA INTEGRAL DE SALUD



- [ ] Salud infantil/crecimiento y desarrollo niñas menores de cinco años
- [x] Esquema de vacunas

HCU:

C.C.: 2150703706

Nombres: RN

Apellidos: Delgado Cuellar

Fecha de nacimiento: 19 | 09 | 2021

Teléfono domicilio:

Teléfono celular:

Dirección domicilio: Puerto El Carmen

Nombre de la madre/padre: Jessica Lorena Cuellar Riaños

Zona: 1

Distrito: 21D02

Cantón: Lago Agrio

Provincia: Sucumbios

Establecimiento de salud: #6 Marco Vinicio Iza

Unicódigo: 91999

Seguro de salud:

- [ ] Seguro de la Policía
- [ ] Seguro de las Fuerzas Armadas
- [ ] IESS
- [ ] Seguro Social Campesino
- [ ] Otro:
- [ ] Ninguno:

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.

⊗ ESTIMADA

FUM ○

ECO ○

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

TAMIZAJE METABÓLICO

Se realiza ○

No se realiza ○

n/a ○

TAMIZAJE AUDITIVO

Pasa OI ○ OD ○

No pasa OI ○ OD ○

No se hace ○

Apego inmediato

no ○ si ⊗

Ligadura de cordón al cesar pulsaciones

no ⊗ si ○

EGRESO RN

PESO AL EGRESO

g

Meconio 1er. día

no ○ si ⊗

Lactancia inmediata

no ○ si ⊗

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 GENERAL

CEDULA :

PACIENTE:

REGISTRO DE CITAS

FECHA : 29/06/2023	HORA: 14:00
FECHA : 20/9/2023	HORA: —
FECHA : 20/12/2023	HORA: 10:30.
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:

NOTA:ACUDIR 20 MINUTOS ANTES A LA CITA GRACIAS

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 2100993449

CC/CI: Niño/niña 2150305493

Nombres: Breice Marjorie

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: Zamora

Cantón: Loja Agro

Parroquia: Punzo Loja

Establecimiento de salud: Hospital Manuel Vicente Ego.

Ministerio de Salud Pública: ☐

Seguro de la Policía: ☐

Seguro de las Fuerzas Armadas: ☐

IESS: ☐

Seguro Social Campesino: ☐

Otro: ☐

NIÑO / NIÑA

CURVAS NIÑA

CURVAS NIÑO

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	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 .....

TAMIZAJE METABÓLICO Se realiza ○ · No se realiza ○ · n/a ○

TAMIZAJE AUDITIVO Pasa OI ○ OD ○ · No pasa OI ○ OD ○ · No se hace ○

Apego inmediato no ○ si ○

Ligadura de cordón al cesar pulsaciones no ○ si ○

EGRESO RN

FECHA AL ALTA .....

PESO AL EGRESO ..... g

Meconio 1er. día no ○ si ○

Lactancia inmediata no ○ si ○

ALIMENTO AL ALTA

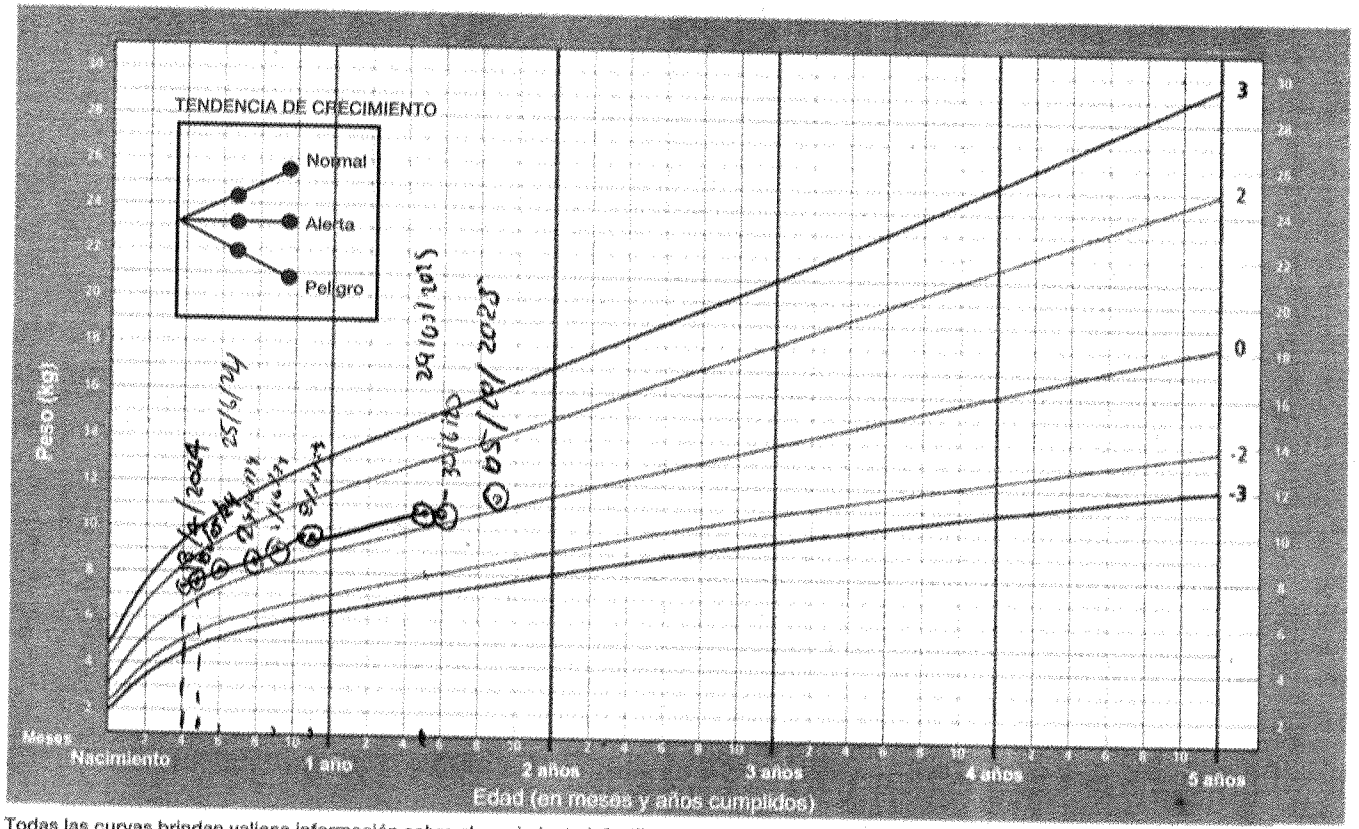
- lactancia exclusiva ○
- parcial ○
- artificial ○
- leche humana ○

Responsable egreso materno / nombres completos / sello .....

○ Alerta

Peso para la edad en niñas

Desde el nacimiento hasta los 5 años



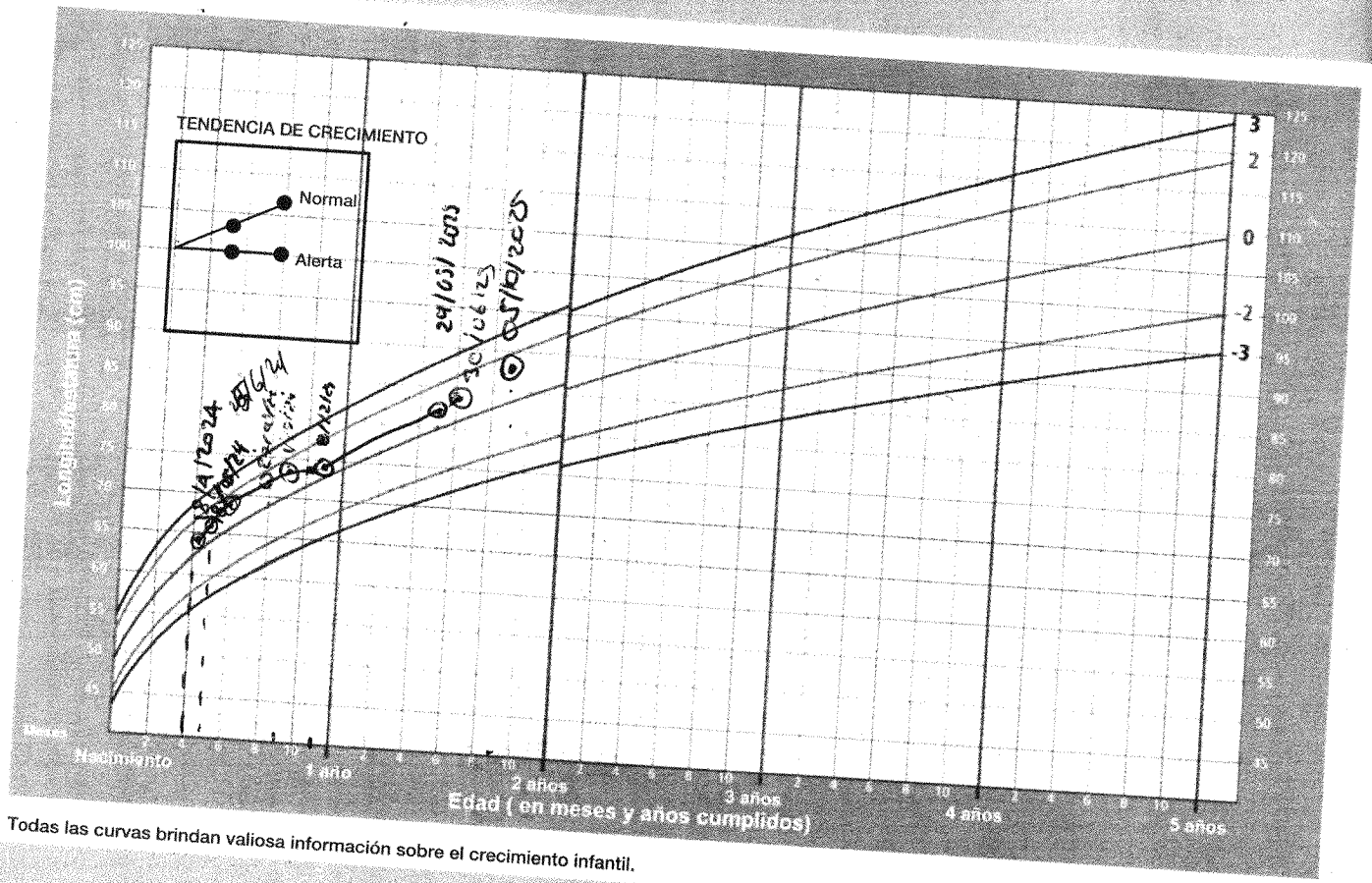
Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

OMS, 2006

CURVAS NIÑO CURVAS NIÑA

Longitud/estatura para la edad en niñas

Desde el nacimiento hasta los 5 años

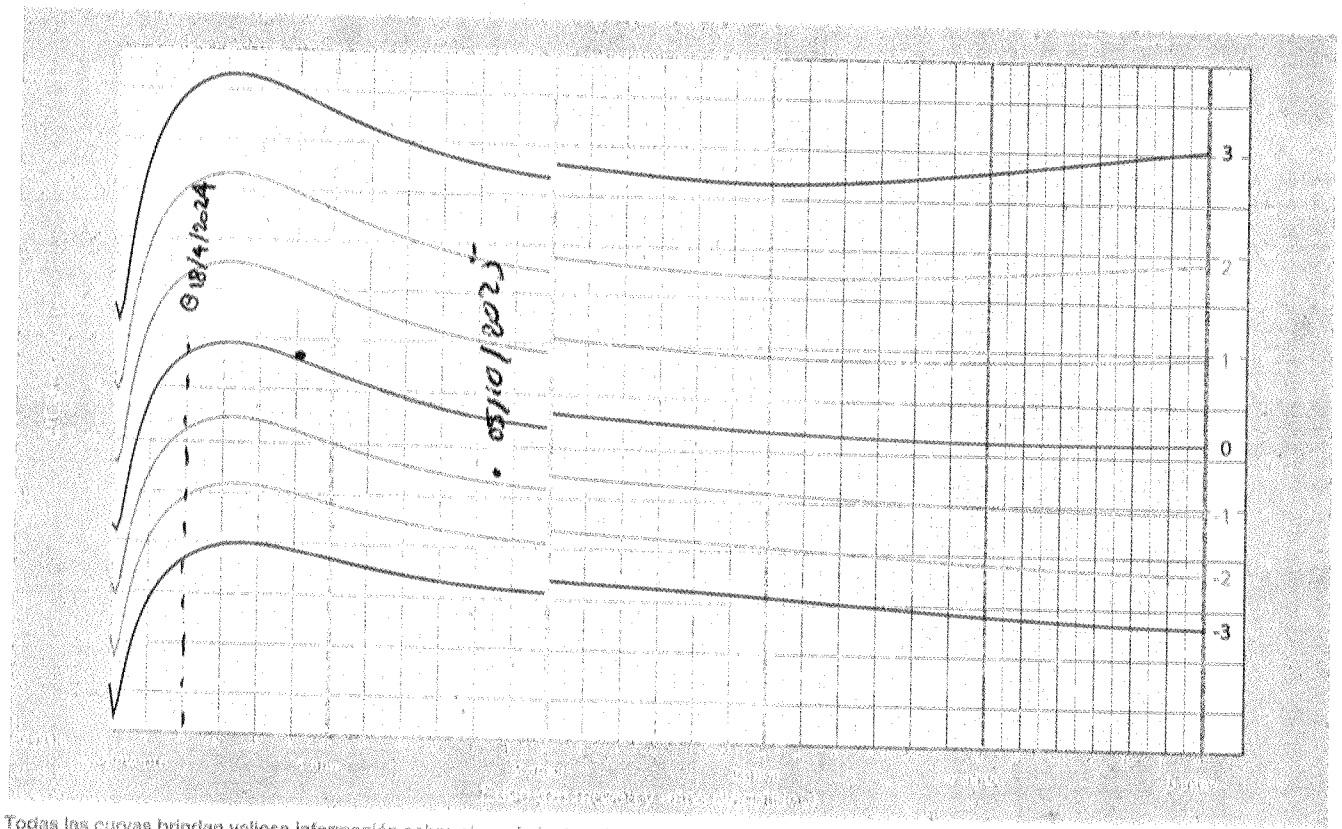


Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

OMS, 2006

IMC para la edad en niñas

Desde el nacimiento hasta los 5 años



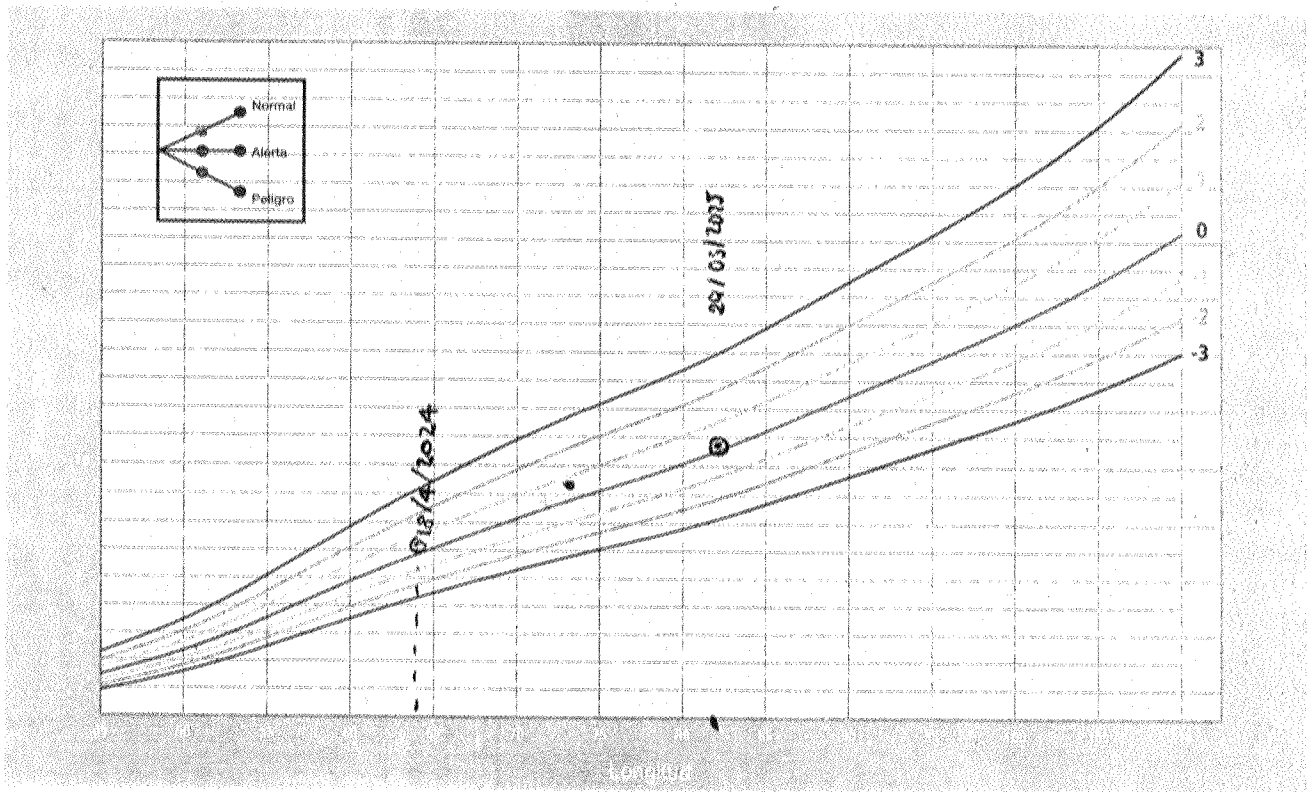
Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

OMS, 2006

CURVAS NIÑO

Peso para la longitud en niñas

Desde el nacimiento hasta los 2 años

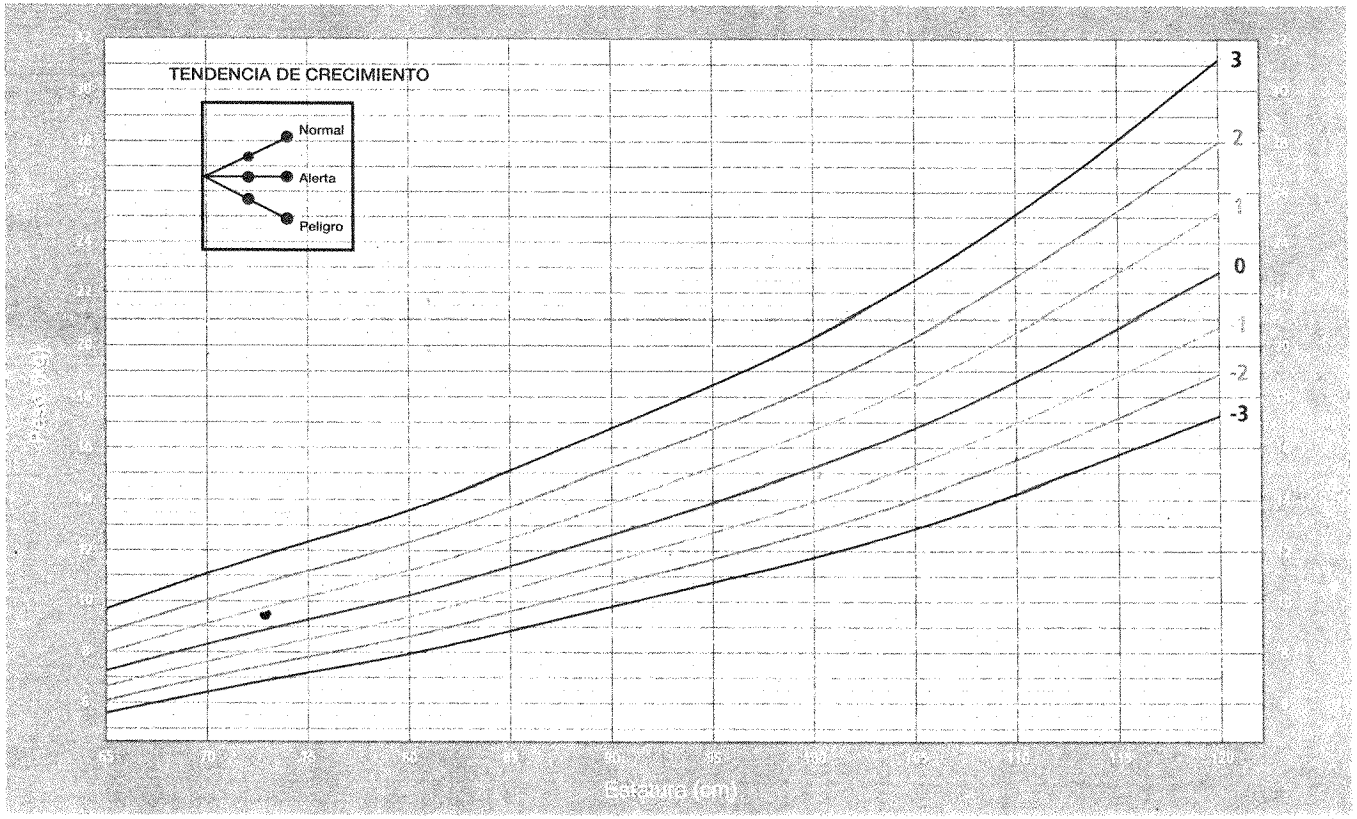


Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

OMS, 2006

Peso para la estatura en niñas

Desde los 2 hasta los 5 años

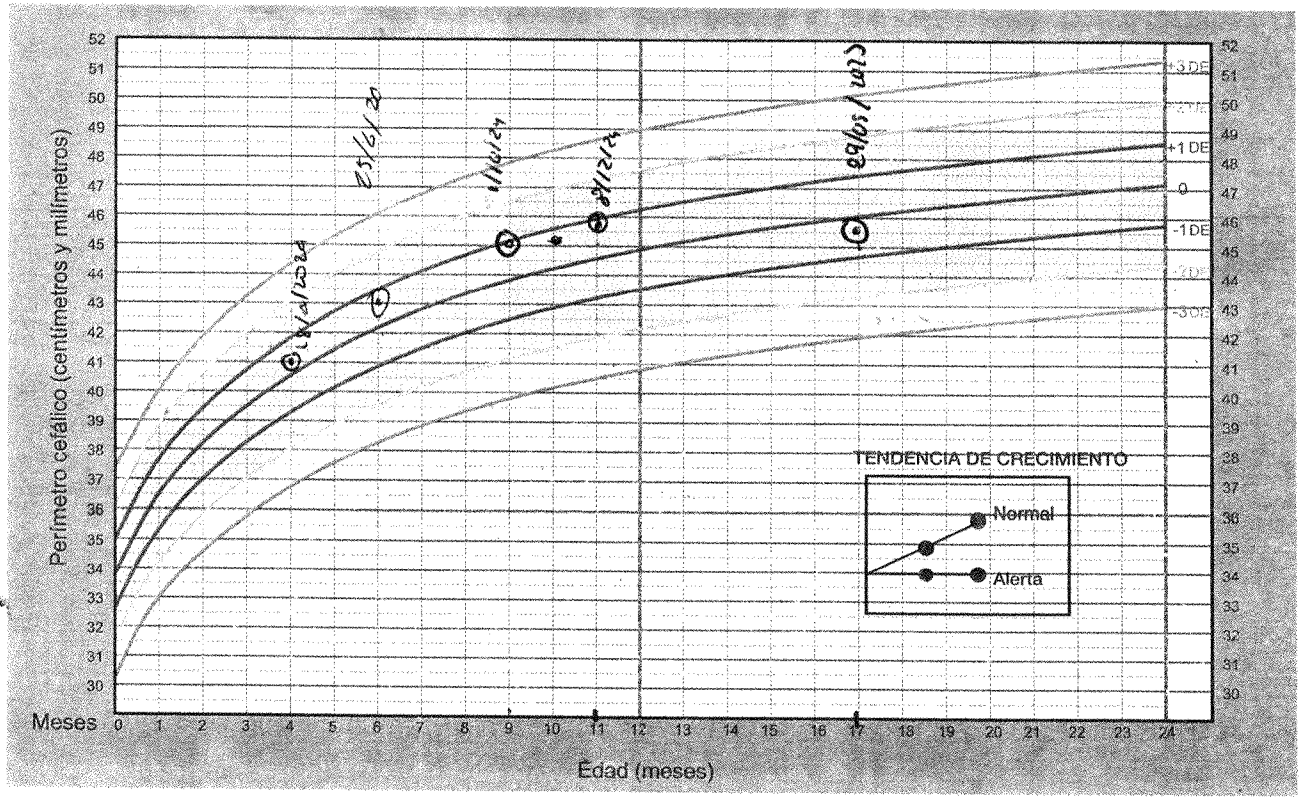


Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

OMS, 2006

Perímetro cefálico para la edad en niñas

Desde el nacimiento hasta los 2 años



Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

OMS, 2007

Control de crecimiento de la niña o el niño

De 0 a 11 meses de edad

Fecha de atención			Edad (meses)	Peso (kg)	Longitud (cm)	Perímetro cefálico (cm)	Alimentación						Suplementación		Firma y sello
							Lact. materna		Otras leches		Otros alimentos		Micronutrientes en polvo	Vitamina A	
Día	Mes	Año					Sí	No	Sí	No	Sí	No			
8	03	24	3m	6.8	60	46									
18	04	2024	4m.	725	64	41	✓			✓		✓	—	—	
20	05	24	5m	7.6	66	41	✓			✓		✓	—	—	
25	06	24	6m	8.0	68	43	✓		✓		✓		Si	Si	
6	08	24	7m,2t	8.6	72	44	X		X		X		Si	Si	
27	8	24	8 m	8.62	71.4	45	✓			✓	✓		—	—	
01	10	24	9m	9.15	73.2	45	✓			✓	✓		—	—	
05	11	24	10m	9,17	73,5	45	X		X		X		—	—	
8	12	24	11	9,500	74	47.8	X		X		X		Si	No	

DISTRITO DE SALUD 21D03 LAGO AGRIO
Dra. Vanessa Perugachi
C.S. GENERAL FARFÁN
MEDICA RURAL
C.I. 1003707336
REG. 1005-2023-2[illegible]71
M.S. MSP

Dra. Vanessa Durán
C.S. GENERAL FARFÁN
MEDICO RURAL
C.I. 1725086[illegible]

DISTRITO DE SALUD 21D03 LAGO AGRIO
Dra. Vanessa Durán
C.S. GENERAL FARFÁN
MEDICO RURAL
C.I. 172508646

Control de crecimiento y desarrollo del niño o la niña

De 12 a 23 meses de edad (1 a 2 años)

Fecha de atención			Edad (meses)	Peso (kg)	Longitud (cm)	Perímetro cefálico (cm)	Alimentación						Suplementación		Firma y sello
							Lact. materna		Otros leches		*Otros alimentos		**Micronutrientes en polvo	***Vitamina A	
Día	Mes	Año					Sí	No	Sí	No	Sí	No			
29	5	25	10sm	10,9	82	45,5									
30	6	25	11m6m	10.10	88	47,2	✓		✓		✓		51	51	
5	10	25	16 9m	11.25	88	47.	✓		✓		✓		—	—	

DISTRITO DE SALUD 21D01 AGD AG
Dra. [illegible]
C.S. ASENBRAS PARI
MEDICO RURAL
C.I. 1751191170

* Considere alimentación variada cuando el niño o la niña consume alimentos de varios grupos (lácteos, frutas, verduras, carnes, cereales, tubérculos, legumbres y grasas saludables).

**La normativa de suplementación con hierro en polvo indica que el rango de edad para iniciarla es de 6 a 23 meses (un sobre pasando un día, hasta completar 90 sobres).

***La suplementación con vitamina "A" debe ser supervisada por un médico . No sobrepase la dosis (200.000 UI cada 6 meses).

Neurodesarrollo - Test Denver II

Fecha de atención			Edad	Resultado		
Día	Mes	Año		Normal	Dudoso	Retraso

Se recomienda una valoración mensual de neurodesarrollo hasta los 2 años (mínimo una cada 3 meses).

Tamizaje auditivo

Esta prueba se aplicará a los niños o niñas hasta los 5 años.

Hitos del desarrollo

Sube gradas a los 17 meses de edad (aproximadamente)

Sí ◯ No ◯



Camina y habla a los 13 meses de edad (aproximadamente)

Sí ◯ No ◯



Diferencia el día de la noche

Sí ◯ No ◯

Acepta comida sólida, semisólida y variada

Sí ◯ No ◯

◯ ***Alerta***

Tamizaje

Anemia

Fecha Día	Mes	Año	Edad	Valor de hemoglobina	Valor de hemoglobina corregido	Resultado normal Sí	No	Tratamiento Sí	No	Observaciones
25	06	24	6m	11,5	11,5	X		X		Chispas c/48hrs. 30 sobres
29	5	25	1año	10,8	10,8		/	/		Hierro Polimaltosado + Multivitaminico

Nota: El diagnóstico de anemia en los niños y las niñas de 6 meses a 6 años se realiza con un valor de hemoglobina por debajo de 11 g/dl.

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, 2011
WHO, 2001

Registro de vacunación

Niños y niñas menores de 1 año

Tipo de vacuna	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
*BCG (Meningitis)	Dosis única	Dentro de las 24 horas	16	12	23	21h	0372HA070	[illegible]	HMUI
HB cero (Hepatitis B)	1.ª dosis	Dentro de las 24 horas	16	12	23	21h	UFA21011	[illegible]	HMCZ
**Rotavirus (Diarrea)	1.ª dosis	2 meses	17	02	24	2m	AROLD250AA	HFLD	Colombia
	2.ª dosis	4 meses	22	04	24	4m	AROLD250AA	HFLD	Colombia
***Pentavalente (Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis, Neumonía)	1.ª dosis	2 meses	17	02	24	2m	28582X003A	HFLD	Colombia
	2.ª dosis	4 meses	22	04	24	4m	28582X003A	HFLD	Colombia
	3.ª dosis	6 meses	25	6	24	6m	ASPNAB356AA	LicMC	CS6.1
****fIPV (Poliomielitis)	1.ª dosis	2 meses	17	02	24	2m	2233005	HFLD	Colombia
	2.ª dosis	4 meses	22	04	24	4m	2233005A	HFLD	Colombia
bOPV (Poliomielitis)	3.ª dosis	6 meses	25	6	24	6m	68D2302JA	LicMC	CS6.1
Neumococo conjugada (Neumonía, Meningitis, Otitis)	1.ª dosis	2 meses	17	02	24	2m	FY9925	HFLD	Colombia
	2.ª dosis	4 meses	22	04	24	4m	FY9925	HFLD	Colombia
	3.ª dosis	6 meses	25	6	24	6m	ASPNAB356AA	LicMC	CS6.1

*BCG dosis única: se administrará hasta los 11 meses 29 días.

**Rotavirus. La primera dosis es hasta los 3 meses 29 días. La segunda dosis podrá administrarse hasta los 7 meses de edad (7 meses 29 días).

***En caso de reacción anafiláctica o alergia a la vacuna pentavalente, colocar vacuna HB pediátrica en el mismo esquema que pentavalente.

****El intervalo entre fIPV (1) y fIPV (2) debe ser de 8 semanas

Registro de vacunación

Niños y niñas de 12 a 23 meses

Tipo de vacuna	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
SRP (Sarampión, Rubeola, Parotiditis)	1.ª dosis	12 meses	17	12	24		Colombia.		
	2.ª dosis	18 meses	17	12	24				
Fiebre amarilla	1.ª dosis	12 meses	17	12	24		Colombia		
Varicela	1.ª dosis	15 meses	17	12	24		Colombia		
DPT (Difteria, Tosferina, Tétanos)	1.º refuerzo (4.ª dosis componente DPT)	18 meses							
bOPV (Poliomielitis)	1.º refuerzo (4.ª dosis)	18 meses							

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			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

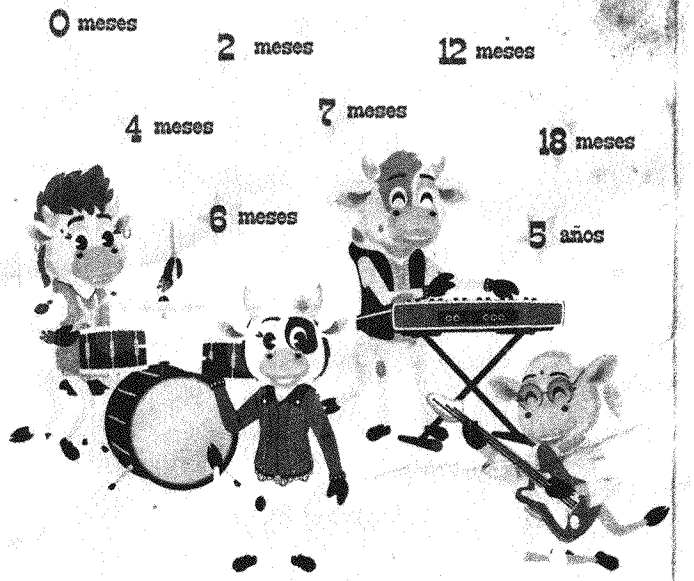
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus 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: María Mercedes Delgado Cuellar

Fecha de nacimiento: 19/09/2021

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 07803104 3

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: Talla:

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Jessica Lorena Cuellar

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

3239776577 - D Kerly Jimenez
3223493798 - D Jeniffer Cabezas

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 proxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única						Ecuador				Dino Sanchez
	Hepatitis B	Recién nacido	19	09	21							
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	17	02	24	Biologicals	2 2 3 3 0 0 5					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	17	02	24	Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A	HFLD.				Kerly Jimenez
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	17	02	24	Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	17	02	24	Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A					
	Diarrea por rotavirus	1.ª										
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	17	02	24	Pfizer	F 4 9 9 2 5					
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	01	04	24	Serum	2 2 3 3 0 0 5		cita:			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	01	04	24	Serum	2 8 5 1 X 2 2 A	HFLD	17-Marzo			Eduard IB
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	01	04	24	Serum	2 8 5 1 X 2 2 A		2024.			
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	01	04	24	Serum	2 8 5 1 X 2 2 A					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	Pierde por la edad									
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª										
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	07	05	24	Biologicals	2 2 3 3 0 0 0 5	HFLD				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	07	05	24	Serum	2 8 5 1 X 0 1 4 B	HFLD	cita!			
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	07	05	24	Serum	2 8 5 1 X 0 1 4 B	HFLD	01/may/24			Eduard IB
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	07	05	24	Serum	2 8 5 1 X 0 1 4 B	HFLD				
	Influenza estacional	1.ª	07	03	24	Butantan	2 4 0 0 9 7 9 6 0 0	HFLD				
7 meses	Influenza estacional	2.ª	18	06	24	Butantan	2 4 0 0 9 7 9 6 0 0					
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	17	02	24	Serum	0 1 3 2 N 0 1 B B					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	17			Cuando cumpla los 4 a 5 años.						
	Varicela	2.ª	17	02	24	Merck	X 0 0 6 5 3 7	HFLD				
	Hepatitis A	Única	17	02	24	MSD	W 0 2 7 7 3 6					
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	18	06	24	Biologi	2 2 3 9 0 0 1	HFLD	cita			Kerly Jimenez
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	18	06	24	Serum	2 8 5 2 X 0 0 5		10-7/jun/2024			Isabel
	Fiebre amarilla	Única	17	02	24	Sanofi	W 3 E 2 2 1 V 0 5	HFLD				Kerly Jimenez
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	18	06	20	Serum	0 1 3 2 N 0 7 4 B	HFLD				Isabel H.
	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												

Busca las vacunas gratis, hasta los 10 años.

CITA (vencio cumplio 5 años).

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

18
P1

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos | Minsalud

CIUDAD San Miguel - La Dorada FECHA: DÍA 6 MES 05 AÑO 2025. HORA: 2:10 P.M.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Maria Mercedes APELLIDOS Delgado cuellar.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [/] TI [ ] CC [ ] CE [X] OTRO [ ] NÚMERO: 2750703706.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 19 MES: 09 AÑO: 2021 EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Libreta 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 hacervacunar por miedo a 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. 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: Jessica cuellar

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

Nombres Jessica Lorena Apellidos Cuellar Riaños.

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 2700998444-9

Firma: Jessica 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 _____

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 1004695932

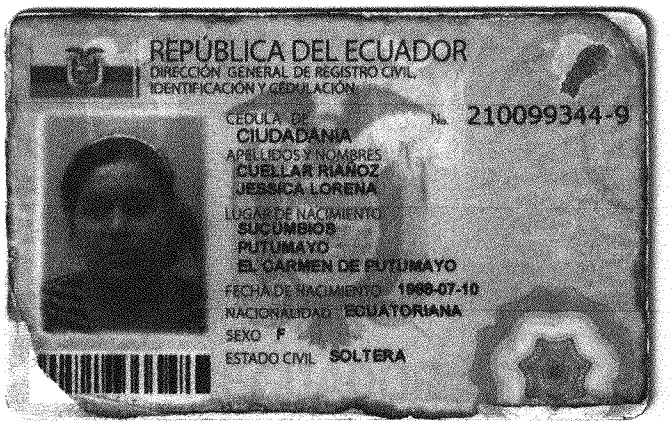
DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFUB

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo

MUNICIPIO: San Miguel

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



REPÚBLICA 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



INSTRUCCIÓN
SICA

PROFESIÓN / OCUPACIÓN
QUEHACER DOMESTICOS

E3333I2222

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
CUELLAR TRUJILLO OLIVERIO

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
RIAÑOZ LOPEZ ROSA AMELIA

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN
FCO. DE ORELLANA
2014-02-03

FECHA DE EXPIRACIÓN
2024-02-03

Jessica Lorena

FIRMA DEL EMPLEADO

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

CERTIFICADO ODONTOLOGICO

Certifico que: Delgado Cuellar Maria paciente se presentó esta casa de salud

Nro. HCL: 2150703706

Diagnóstico: 2012 Examen odontológico

Otros: (2298) Fluorización

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

General Farfán 29 de Mayo del 2025

Atentamente

Dirección Distrital 21D02 Lago Agrio
C.S. General Farfán
Dra. Dennise Achupallas G.
CI: 1726451121
ODONTÓLOGA RURAL
Reg. Senescyt: 1070-2024-2930736

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

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Jessica Lorena Cuellar Identificado con C.C N°2200993444-9 en calidad de: padre o madre (Madre), del niño o niña: Maria Mercedes 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 4 Días del mes de Abril del Año 2025.

Jessica Cuellar
Madre o Acudiente
C.C 2200993444-9

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, Jessica Lorena Cuellar, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 2100993444 obrando en calidad de:

Padre		Madre	✓	Cuidador	

De la niña, niño o adolescente, Maria Mercedes Delgado C., identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI____, CE____, número 2150703706., 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 Cuellar
Nombre: Jessica Lorena Cuellar
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3144221181
Fecha: 4-4 -2025
Municipio: San Miguel.

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

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad María Mercedes Delgado cuellar, identificado (a) con documento de identidad número 1150703706, 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, Jessica Lorena Cuellar Riaños, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1100983449, 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 cuidar, 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: Jessica cuellar
Nombre: Jessica Lorena cuellar Riaños.
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3146227781
Fecha: 4 - 4 - 2025
Municipio: San Miguel.

COPIA CONTROLADA

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.

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

24
R1V

Ciudad Dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Maria Mercedes Delgado cuellar.

Fecha de nacimiento 19 09 2021 **N° Documento de Identidad** 2750703706

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

La niña se encuentra en las actividades del encuentro educativo y en el hogar siempre activa participando y compartiendo con sus compañeros de manera activa juega y comparte con respeto.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Nardi García

Fecha de registro cualitativo 8 10 2025 (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

La niña realiza las actividades de colorcado de manera activa, compartiendo colores y laminas con con sus compañeros participa con respeto en las distintas actividades.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

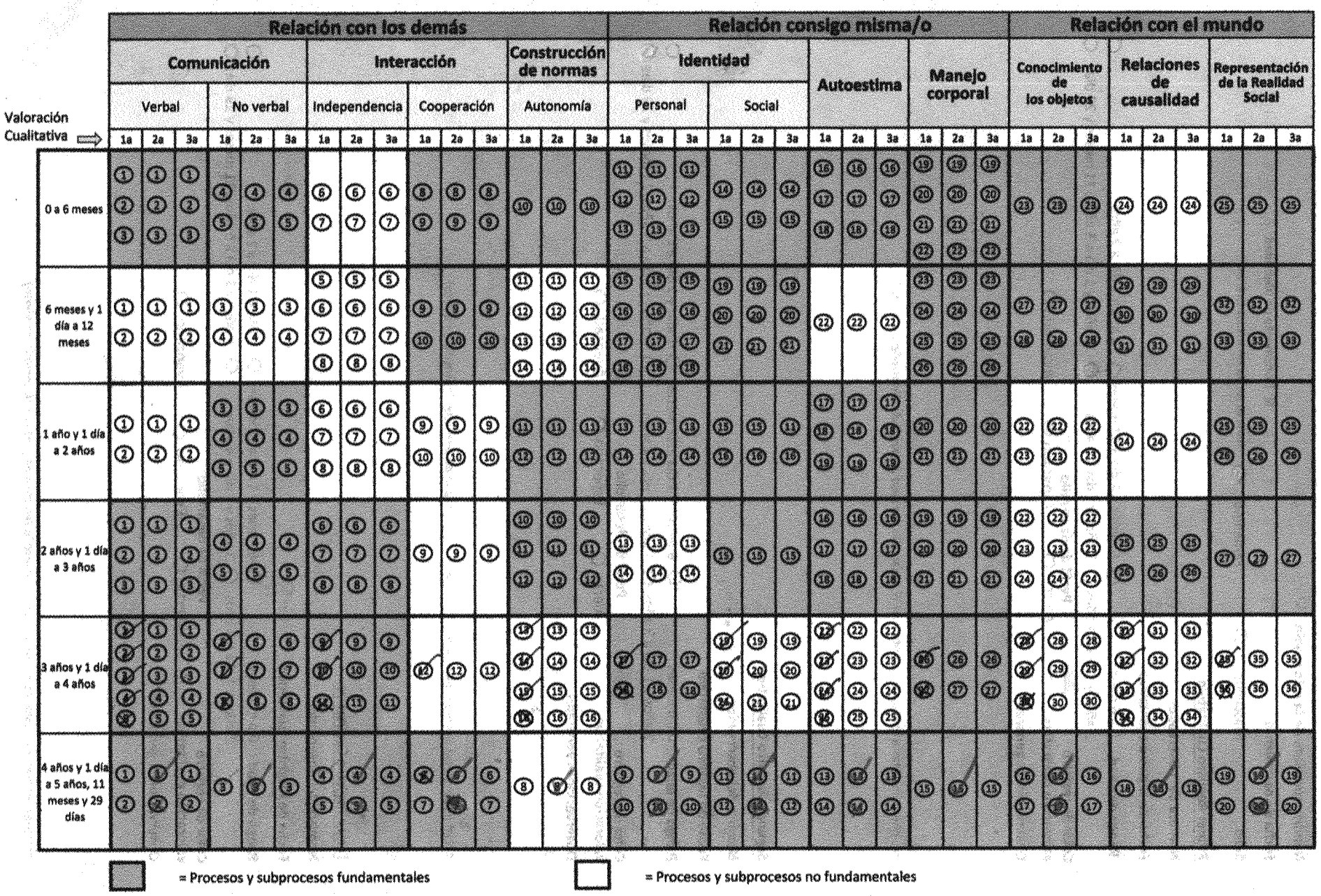
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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)***


Relación con los demás
Relación consigo misma/o
Relación con el mundo
Comunicación
Interacción
Construcción de normas
Identidad
Autoestima
Manejo corporal
Conocimiento de los objetos
Relaciones de causalidad
Representación de la Realidad Social
Verbal
No verbal
Independencia
Cooperación
Autonomía
Personal
Social
Valoración Cualitativa
1a 2a 3a
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
= Procesos y subprocesos fundamentales
= Procesos y subprocesos no fundamentales

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

25 P/V

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Nardi Goreia Castillo NOMBRE UCA: Querubines 7

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Maria Mercedes Delgado. IDENTIFICACIO: 2750703706 FECHA DE NACIMIENTO: 19-09-2021

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					
4-4-25	x			x	Al observar el comet de vacunas de la niña maria se evidencia que la madre no le ha hecho colocar algunas vacunas de los 2 meses. 4 meses. 4 la de influenza estacional. y se dialoga con la madre para saber el porque de las vacunas faltantes y manifiesta que en ese tiempo vivia en la frontera con el ecuador y el puesto de salud era muy lejano de donde vivia y por eso no pudo llevarla.	Jessica cuellar	Nardi Goreia	Se llena la carpeta al puesto de vacunación al hospital para mirar si aun se puede colocar y la auxiliar	Estar pendiente del esquema de vacunación de la niña para que la madre le haga aplicar de acuerdo al esquema	Que la madre continuara colocando las vacunas de acuerdo al esquema de vacunación colombiano y puntual con la edad para cada vacuna.
10-6-25	x			x		Jessica cuellar	Nardi Goreia	en vacunación manifiesta que ya no se puede colocar por la edad. pero que la continuara. con puntualidad para que no pierda mas.	del comet y la edad correspondiente cumplida. y se le pide que las apliquen en esquema de vacunación colombiano la madre ya tiene el comet colombiano y el comet con las vacunas pendientes.	La madre presenta el esquema colombiano de vacunas con vacunas correspondientes a la edad de las vacunas de la niña.

Bourdad Semoda-

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Naidi Garcia. NOMBRE UCA: Querubines 7.

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Maria Mercedes Delgado C. IDENTIFICACIO: 1150703706 FECHA DE NACIMIENTO: 19-09-2021

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					
30-5-2025	X			X	Al revisar la carpeta de la niña se pudo identificar que el control esta al dia pero el medico que realiza la el control no diligencio, la regilla, solo coloco Fechas.	Jessica cuellar	Naid. Garcia.	se informa a la madre para que en la medida de lo posible llevar el cornet para que diligencie en la regilla con las medidas y pesos estipulados para el control.	Se llama a la madre para recordale que que se debe llevar el cornet al medico para que registre los datos faltantes en el control de crecimiento y desarrollo. Para que quede completo.	La madre se compromete a llevar el control para ser actualizado el 10 de julio que tiene turno el medico que la atendio y tambien para esta Fecha ya tendra para los pasajes.
8-7-25	X			X	La madre ya entrego las copias de controles aldia para la carpeta. La papeleria ya esta completa. La novedad esta cerrada	Jessica cuellar	Naid. Garcia	se llama a la madre para recordarle de las copias para la carpeta y ella manifiesta que se las lleva que las tenia ya entrego las copias.	ya entrego copias para la carpeta de la niña. La novedad es tar cerrada.	ya entrego copias para la carpeta aldia.