Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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,

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: 28-03-2025 FECHA INGRESO: 1-04-2025

UDS: Mundo de Colores MUNICIPIO: San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Andy Matias Gomez Vallejo

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ NUIP No. 1124871077

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? NIA

FECHA NACIMIENTO: 22-12-2024 EDAD: 3 Meses MUNICIPIO: Mocoa

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: Vl. Maizal ESTRATO: _____ ¿HA

ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: _____ NO: X

¿CUAL?: NIA MOTIVO DEL RETIRO: NIA

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: NIA

EPS DEL PARTICIPANTE: Emssanar SUBSIDIADO: X CONTRIBUTIVO:

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

ITIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: NIA

ESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: NIA

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: NIA

TIENE SISBEN: SI: __ NO: X PUNTAJE: NIA 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: NIA

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Christian Andres Gomez Rosero

No. IDENTIFICACION: 1124867745 DIRECCION RESIDENCIA: Vl. Maizal

CELULAR: 3178493664 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: NIA

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: NIA

DATOS DE LA MADRE

MBRES Y APELLIDOS: Caren Yuliet Vallejo Rivera

IDENTIFICACION: 1122336751 DIRECCION RESIDENCIA: Vl. Maizal

CELULAR: 3178493664 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: NIA.

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: NIA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: NIA

NUMERO IDENTIFICACION: NIA CELULAR: NIA

DIRECCION: NIA PARENTESCO: NIA.

Caren Vallejo
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

3

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP	1.124.871.097

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61698190

61698190

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** X Z V

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

REGISTRADURIA DE MOCOA - COLOMBIA - PUTUMAYO - MOCOA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GOMEZ	VALLEJO

Nombre(s)

ANDY MATIAS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes DIC Día 22	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA PUTUMAYO MOCOA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	241217112522260

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

VALLEJO RIVERA CAREN YULIETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.336.751	COLOMBIA

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

GOMEZ ROSERO CHRISTIAN ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.124.867.745	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VALLEJO RIVERA CAREN YULIETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.336.751	Caren Vallejo ♡

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2025 Mes ENE Día 05	JUAN JAMES GARCIA TABARES - REGIS
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A5

Fecha de consulta: 21/10/2025

Ficha: 867576741052800012455

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ANDY MATIAS

Apellidos: GOMEZ VALLEJO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1124871097

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/05/2025

Última actualización ciudadano: 19/05/2025

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTE

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libert

Teléfono: 4210537 - 32131387

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1124871097
NOMBRES	ANDY MATIAS
APELLIDOS	GOMEZ VALLEJO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	23/12/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/21/2025 21:49:19	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres: Andy Matias

Apellidos: Gomez Vallejo

Fecha de nacimiento: 22 12 2024

Historia Clínica: 1124871097

Barrio / Vereda: El limonal.

Responsable del niño (a): Caren Vallejo.

Teléfono: 3118493664.

EPS: Emssanar.



CONDICIONES DEL NIÑO (A) AL NACER

Necesidad de reanimación : SI ☐ NO ☐

APAGAR al minuto:_____ APAGAR a los 5 minutos: _____

Peso: 3550gr Talla: 51cm Perímetro Cefálico: 34 cm

Ictericia:_____ Antes de 24 horas:_____ Después de 72 horas:_____

¿Estuvo en fototerapia? SI ☐ NO ☐ ¿Dónde?_____

Grupo sanguíneo: O+

Perímetro braquial

¿Estuvo hospitalizado? SI ☐ NO ☐

¿Dónde? UCI ☐ UCE ☐ CUNA ☐

¿Cuanto tiempo?_____

Diagnostico:_____

TSH_____ Resultado:_____

ANTES DE SALIR DE LA CLÍNICA

¿Le aplicaron las vacunas? SI ☐ NO ☐

¿A que tiempo de nacimiento comenzó la lactancia materna?

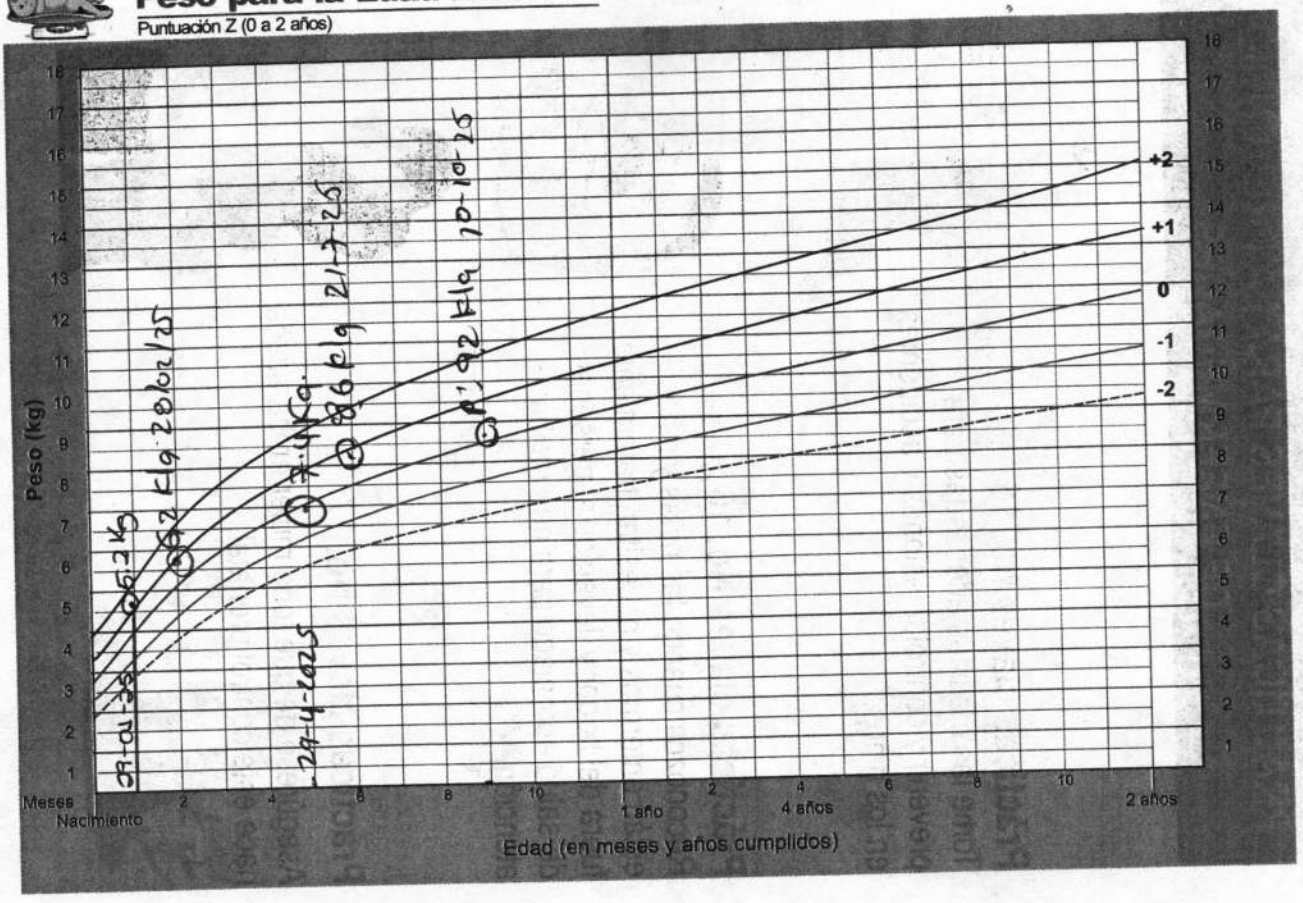
Antes de la hora SI ☐ NO ☐

Después de la hora SI ☐ NO ☐

Antes de salir de la clínica SI ☐ NO ☐

Peso para la Edad Niños

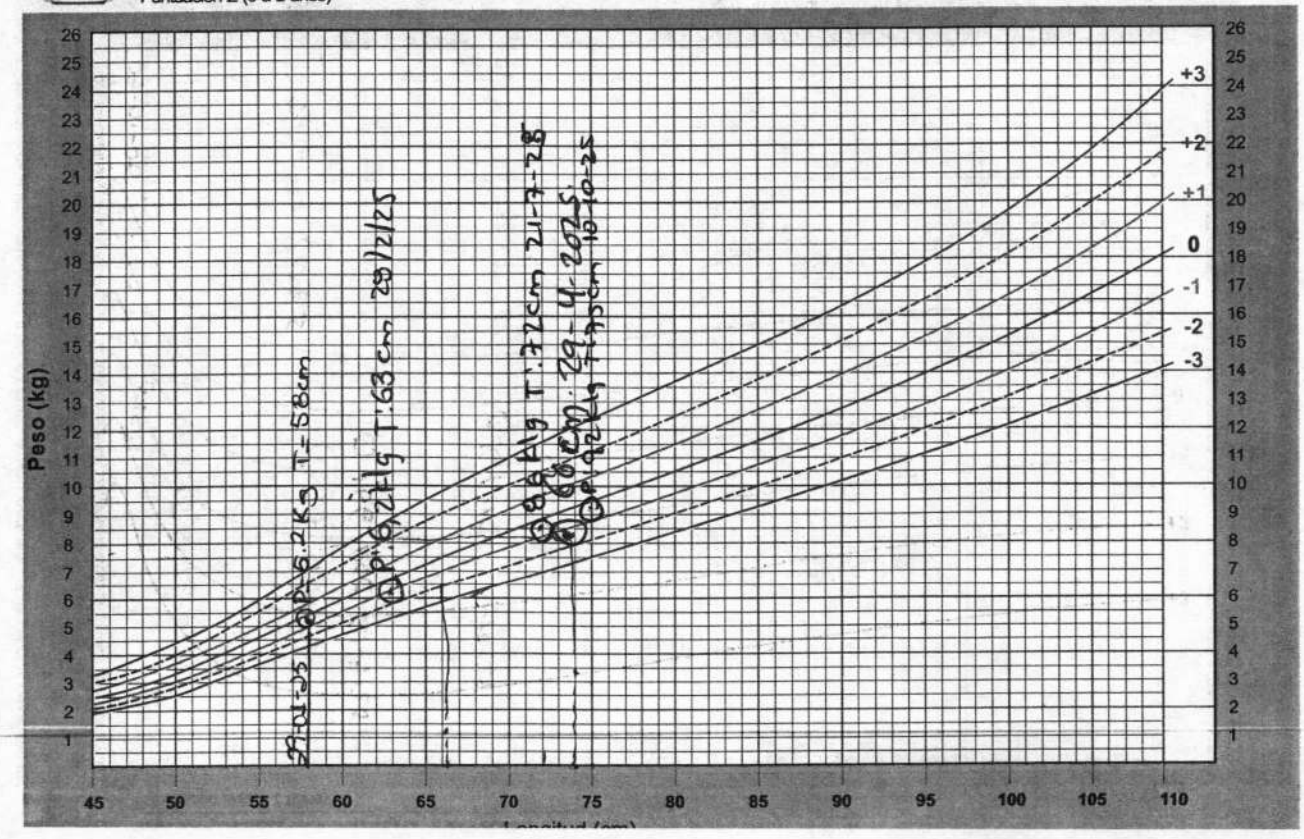
Puntuación Z (0 a 2 años)



20

Peso para la Talla Niños

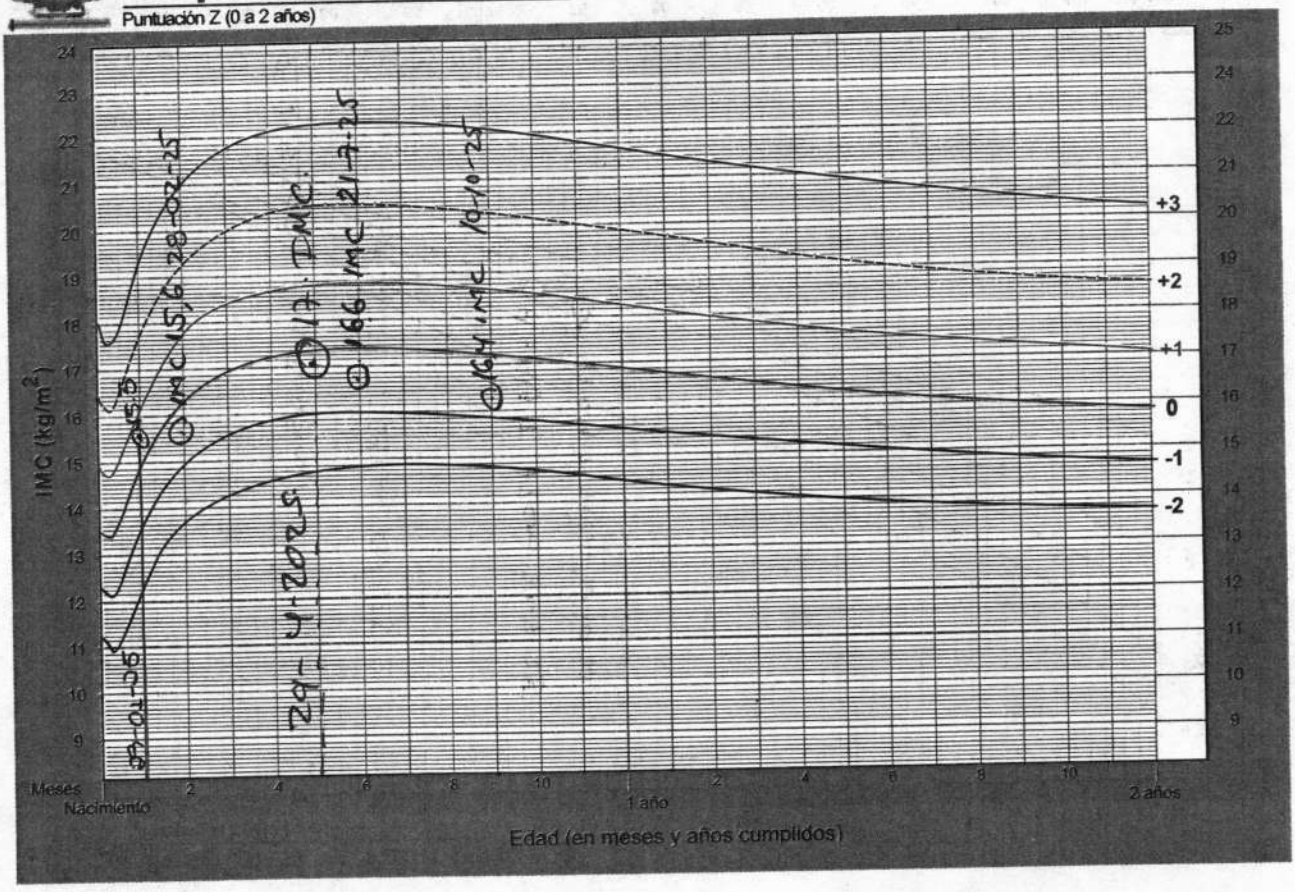
Puntuación Z (0 a 2 años)



21

IMC para la Edad Niños

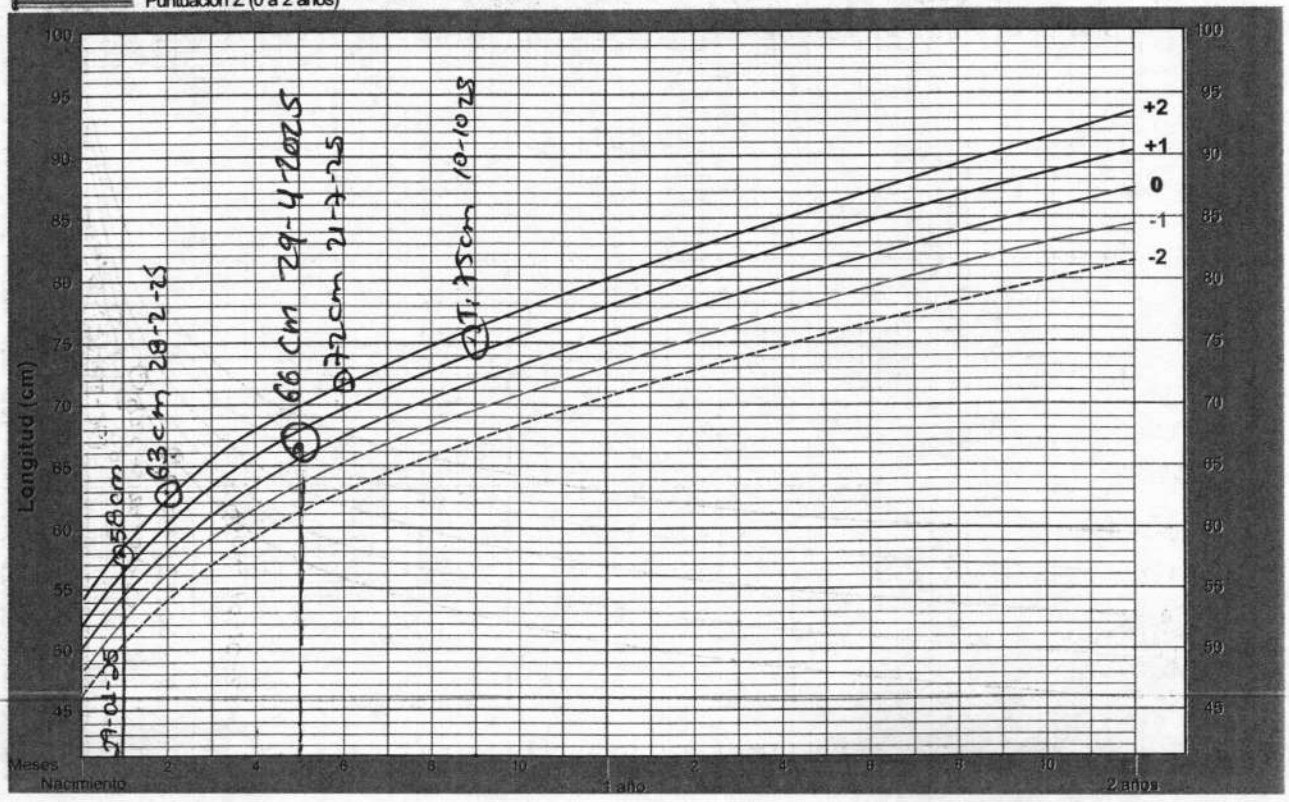
Puntuación Z (0 a 2 años)



(22)

Talla para la Edad Niños

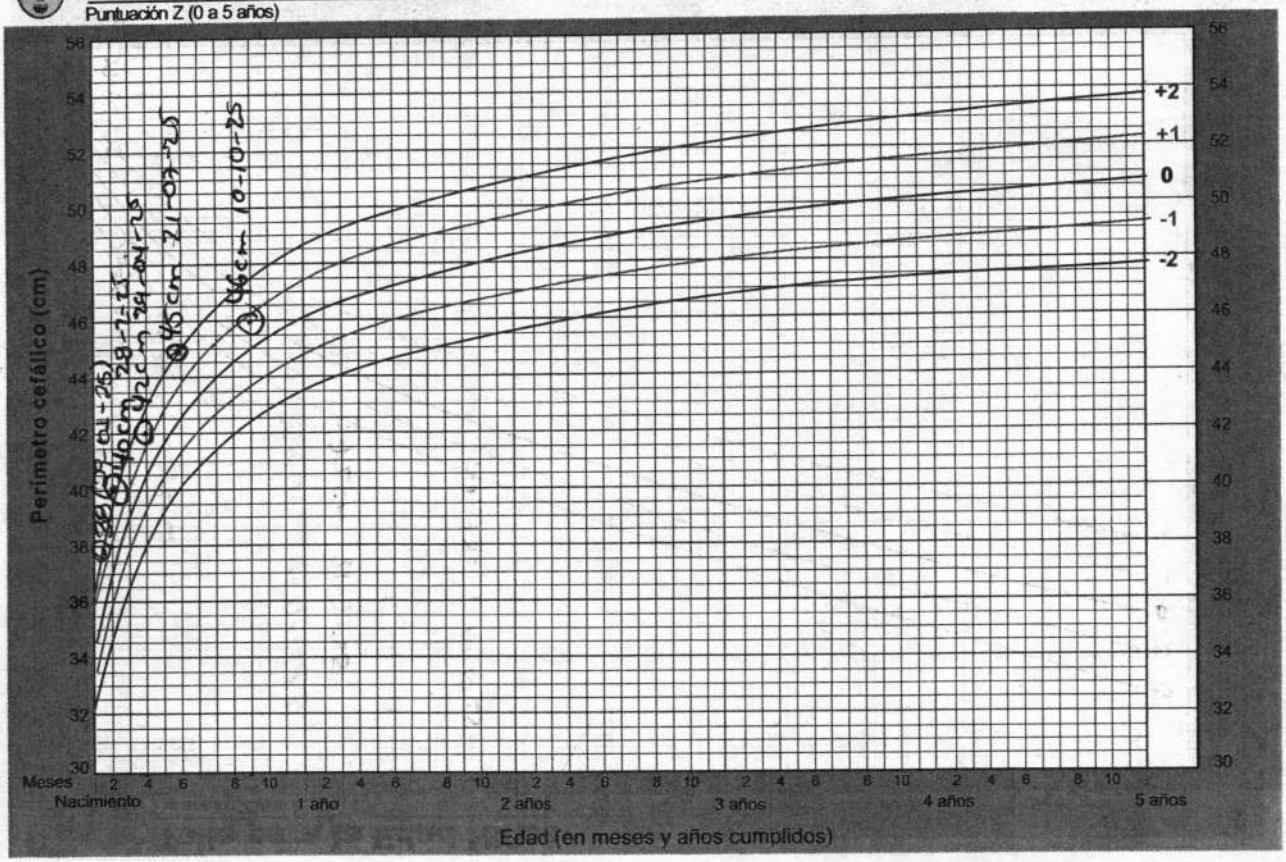
Puntuación Z (0 a 2 años)



(23)

Perímetro cefálico Niños

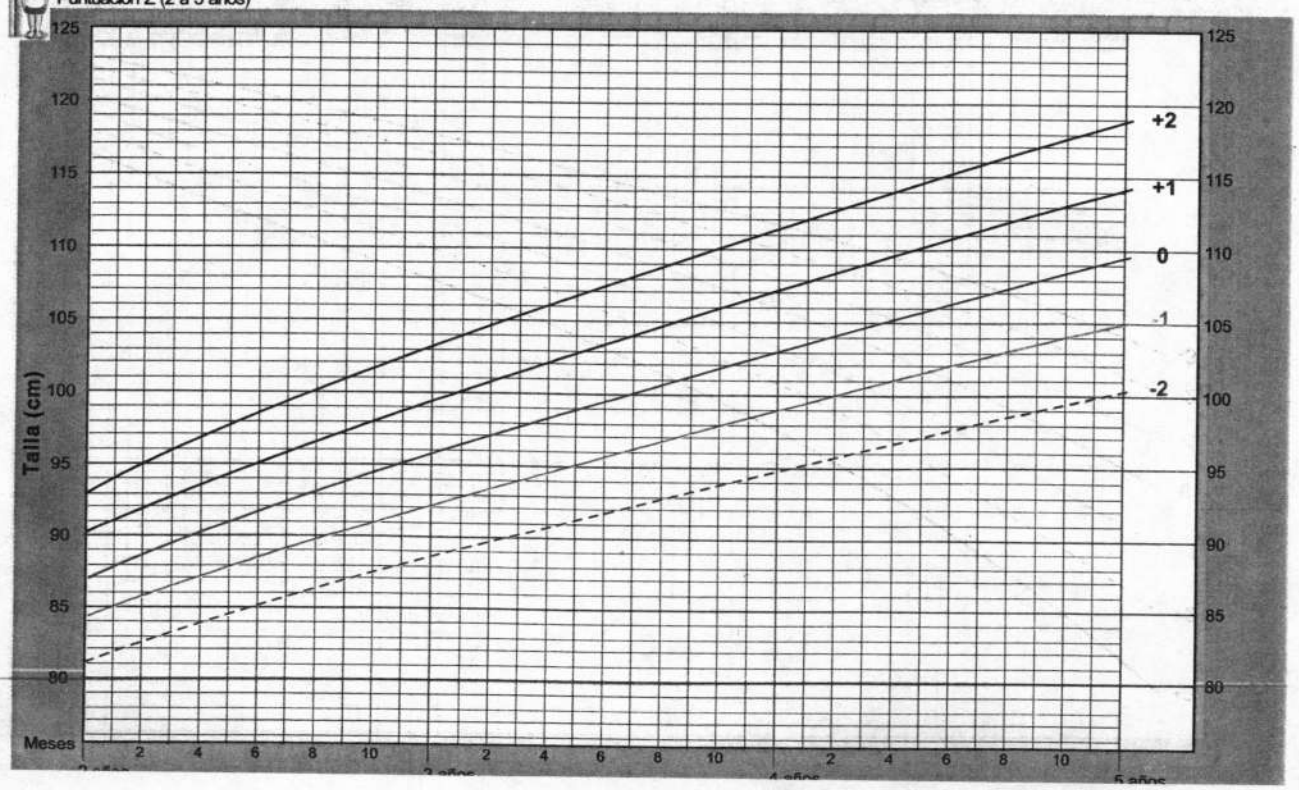
Puntuación Z (0 a 5 años)



(24)

Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



(25)

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
28	02	2025	Enf.	SI Milena C	
29	04	2025	Medico	Cita	
21	07	2025.	Jefe.	SI Milena C	
22	09	2025	Enfer.	Cita	
10	10	2025	Enfe	SI Milena C	
22	12	2025	Medico		

Vacunar oportunamente a los niños y niñas con todas las dosis, **disminuye el riesgo** de padecer enfermedades.

Protégelos contra:

Tuberculosis meníngea (BCG), **H**epatitis B, **P**oliomielitis (VIP), **M**eningitis y otras enfermedades causadas por ***H**aemophilus **I**nfluenzae* tipo b, **D**ifteria, **T**osferina, **T**étanos (Pentavalente), diarrea por **R**otavirus; neumonía, otitis, meningitis bacteriemia causada por **N**eumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la **I**nfluenza, **S**arampión, **R**ubéola, **P**arotiditis (Triple Viral), **V**aricela, **H**epatitis A, **F**iebre Amarilla, **C**áncer causado por **V**irus de **P**apiloma **H**umano (VPH) y **C**ovid-19.



Las vacunas son seguras y salvan vidas

¡Ponte al Día!

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)

@MinSaludCol

ATENCIONES DEFINIDAS MEDIANTE RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018 PARA LA PRIMERA INFANCIA

Seguimiento al Recién Nacido						D	M	A
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 materna						D	M	A
Seguimiento a la atención en salud para la promoción y apoyo a la lactancia materna						D	M	A

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

Edad	Fecha D M A	Valoración Nutricional: Peso	Talla	PC	Punt. Z	Valoración del Desarrollo: Motor Grueso A	R	SP	Motor Fino A	R	SP	Audición y Lenguaje A	R	SP	Personal Social A	R	SP	Profesional que atendió perfil
3 a 5 días																		
Al mes																		
2 a 3 m.																		
4 a 5 m.																		
6 a 8 m.																		
9 a 11 m.																		
12 a 17 m.																		
18 a 23 m.																		
24 a 29 m.																		
30 a 35 m.																		
3 años																		
4 años																		
5 años																		

A Desarrollo adecuado para la edad R Riesgo de problema en el desarrollo SP Sospecha de problema en el desarrollo

Atención en Salud Bucal								
A partir de los 6 meses	D	M	A	Un año	D	M	A
Dos años	D	M	A	Tres años	D	M	A
Cuatro años	D	M	A	Cinco años	D	M	A

Valoración de la Salud Visual - Agudeza Visual							
Tres años	D M A	Menor o igual a 20 normal	SI		NO	
Cuatro años	D M A	Menor o igual a 20 normal	SI		NO	
Cinco años	D M A	Menor o igual a 20 normal	SI		NO	

Suplementación con hierro (Menores de 6 meses con riesgo)			
1 mes	D	M	A
2 a 3 meses	D	M	A
4 a 6 meses	D	M	A

Fortificación casera con micronutrientes en polvo 6 a 23 meses			
6 a 8 meses	D	M	A
12 a 17 meses	D	M	A
18 a 23 meses	D	M	A

Suplementación con micronutrientes (Hierro y Vitamina A)						
2 años	D	M	A	D	M	A
3 años	D	M	A	D	M	A
4 años	D	M	A	D	M	A
5 años	D	M	A	D	M	A

Desparasitación			
1 año	D	M	A
2 años	D	M	A
3 años	D	M	A
4 años	D	M	A
5 años	D	M	A

Tamizaje para Anemia - Hemoglobina (Según criterios de riesgo)				
D	M	A	Resultado	

Educación para la Salud en la Primera Infancia			
Edad	Fecha	Tema	Observaciones

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ESE HOSPITAL J.M.H.
PROGRAMA VACUNACIÓN
MOCOA

Salud

72
RIV



Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Andy Matias Gomez Vallejo

Tipo de Documento: [X] R.C. [ ] T.I. [ ] OTRO — No. de Documento: 1124871097

Fecha de Nacimiento: 22 (DIA) Dic (MES) 2020 (AÑO)

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: Rh:

Peso al nacer: 3580 Talla: 51

Dirección: Villa Rosa

Teléfono 1: 3118413664

Teléfono 2:

Responsable: Caren Yulieth Vallejo Rivera

Municipio de residencia: Mocoa

Departamento: Putumayo

Nombres y Apellidos: _____ Tipo de Identificación _____ No. ID: _____ 323 9776577 Kelly Vacunadora

Edad	Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién Nacido						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	BCG	Única	22	DIC	2024	Seum	0337AA047	H JM H				Davidena FR
	Hepatitis B	Recién nacido	22	DIC	2024	Seum	0329D040.	H JM H				Davidena FR
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis	1ª	28	02	25	Biologicals	2328006	HFID				Eduard IB
	*Pentavalente	1ª	28	02	25	Serum	2853X020B	HFID				Eduard IB
	Rotavirus	1ª	28	02	25	GSK	AROLE024AA	HFID				Eduard IB
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☒	1ª	28	02	25	Pfizer	6X5139	HFID				Eduard IB
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis	2ª	09	05	25	Biologicals	2406001		cita			
	Pentavalente	2ª	09	05	25	Serum	2853X020C	E.S.E HFUD				Kelly Jimenez
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	09	05	25	Pfizer	FJ5279		28/abril/25			
	Rotavirus	2ª	05	05	25	GSK	AROLE054AA					
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis	3ª	15	07	25	Biologicals	2413007		cito:			
	Pentavalente	3ª	15	07	25	Serum	2853X013E	HFID	05-JULIO			
	Influenza estacional	1ª	15	07	25	Sequirus.	P100792794.		2025.			Sandra M
7 meses	Influenza estacional	2ª	22	08	25	Sequirus	P100792794	HFID				Eduard IB
12 meses	Sarampión, Rubéola , Paperas	1ª										
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo							cita			
	Varicela	1ª							9 meses			
	Hepatitis A	Única										
	**Influenza estacional	Anual							CITA:			
18 meses	Poliomielitis	1er Refuerzo							22-DIC-25			
	Pentavalente	1er Refuerzo										
	Sarampión, Rubéola , Paperas	Refuerzo										
	***Fiebre Amarilla	Única	06	10	25	Sanofi	43009	HFID				Kelly J.
5 años	Poliomielitis	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
A partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH) Tetra ☐ Nona ☐											
Sin rango de edad	Covid-19											
Vacunas complementarias y otras dosis												

*Difteria-Tétanos-Tosferina-Hepatitis B-Haemophilus influenzae tipo b **De acuerdo al antecedente de primovacunación ***A los 12 meses en municipios

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.122.336.751



Apellidos
VALLEJO RIVERA

Nombres
CAREN YULIETH

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.62	F

Fecha de nacimiento
15 NOV 2004

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SAN MIGUEL (LA DORADA) (PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición
16 ENE 2023, SAN MIGUEL(LA DORADA)

Firma
Caren Vallejo♡

Fecha de expiración
16 ENE 2033

.CO

013071338

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL013071338664018<<<<<<<<<<<
0411158F3301166COL1122336751<4
VALLEJO<RIVERA<<CAREN<YULIETH<

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.124.867.745**
GOMEZ ROSERO

APELLIDOS
CHRISTIAN ANDRES

NOMBRES

Cristian Gomez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **17-AGO-1999**
PUERTO GUZMAN
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

18-DIC-2017 MOCOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

0075911525A 1 9916035848

PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS			FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor													
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

Carolina Vasquez Odontóloga Reg. Nº 1229 U.A.N. Universidad Antonio Nariño

2181-D25

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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: ANDY MATIAS GOMEZ JARAMILLO

Doc. de Identidad: 1124871097

EPS: ECOOPSOS

Teléfono: 3118498664

Domicilio: VIA EL MANZANO

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Caren yulieth vallejo R. Identificado con C.C N° 1122336751 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Andy Matias Gomez vallejo o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Hogar de Colores, 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 01 Días del mes de Abril del Año 2025.

Karen Vallejo ♡

Madre o Acudiente
C.C 1122336751

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACIÓN INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Angel Madroñero NOMBRE UCA: Mundo de colores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Andy Matias Gómez IDENTIFICACIO: 1124871097 FECHA DE NACIMIENTO: 22-12-2024

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					
26-09-2025	X			3:00 PM.	A la fecha no cuenta con el carnet de vacunas actualizado. - La madre manifiesta que no ha podido salir por que estaba en la finca.	Caren Vallejo		Se habla con la madre sobre la importancia de llevar a vacunar a su hijo.		La madre se compromete a llevarlo a vacunar el día 2 de octubre y luego entregar el carnet de vacunas actualizado. *La novedad se cierra-7-10-2025.
7-10-2025.	X			2:00 PM	Hasta la fecha se encuentra desactualizado el carnet de control y crecimiento. - La madre manifiesta que fue al hospital a sacar cita, pero que no alcanzo.	Caren Vallejo				La madre se compromete a sacar la cita el día 8 de octubre y hacerla llegar el control actualizado.