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,

PUBLICA

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
30946582-1

NUIP 1.126.461.022

Tipo de certificado | Datos Esenciales [ ] | Parentesco [ ]

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
CALVACHE ROSERO GAEL SEBASTIAN

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2022	Mes MAY	Día 08	MASCULINO A	+

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2022	Mes MAY	Día 12	0061323664

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
ROSERO MORA BLANCA ZONIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 41.118.956	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
CALVACHE OJEDA ROBINSON

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.339.989	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
CALVACHE OJEDA ROBINSON

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.339.989

Espacio para notas
NACIDO VIVO 171866127

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio | Código
COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA) | Y7A

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2022 | Mes MAY | Día 12

Nombre y firma del funcionario

CARMEN PAULINA CASANOVA YANDI

Registrador del Estado Civil

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A3

Fecha de consulta: 07/05/2025

Ficha: 86865015480900000073

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: GAEL SEBASTIAN

Apellidos: CALVACHE ROSERO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1126461022

Municipio: Valle del Guamuéz

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 14/11/2017

Última actualización ciudadano: 07/06/2022

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

***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: BELSY MILDRED GOMEZ ERA

Dirección: Calle 7 No 5 -

Teléfono: 4282059 - 31343079

Correo Electrónico: sisben@valledelguamuez-putumayo.gov

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario

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	1126461022
NOMBRES	GAEL SEBASTIAN
APELLIDOS	CALVACHE ROSERO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	VALLE DEL GUAMUEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	10/05/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/09/2025 05:41:27	**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

6
RN

E.S.E
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús



Nombres: Gael Sebastian
Apellidos: Calvache Rojas
Fecha de nacimiento: 08-05-2022
Lugar de nacimiento: clinica Patumayo - Pto Asis
Identificación: 1126461022
Barrio/vereda: Bellavista
Responsable del niño: Blanca Rojas Ayala
N° de Teléfono: 3148150867
E.P.S.: 118
Grupo Sanguíneo: A+

¡Mamita Segura! Lo mejor de nosotros para ti

IAMI INSTITUCION AMIGA DE LA MUJER Y LA INFANCIA

AIEPI Porque mi vida hay que protegerla hoy

E.S.E.
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús

Nombre del menor: Gael sebastian calvache Rosero

Identificación del menor: 1126461022

FECHA	PESO	TALLA	DX	FIRMA PROFESIONAL
5. XII. 22	9.1 kg	69.5 cm	R. sobrepeso	[illegible]
14-02-23	9.9 k	72 cm	R. sobrepeso talla adecuada	[illegible]
09/05/23	10.6 kg	75 cm	R. Sobrepeso	Dayco.
8. NOV. 23	11-8 kg	81 cm	R. sobrepeso	[illegible]
10/05/24	12.8 kg	86 cm	R sobrepeso	Dayco.
14-XI. 24	14. 400 kg	91 cm	R. Sobrepeso	[illegible]
09/05/25	15.4 kg	93 cm	R. Sobrepeso	Dayco

R/V 7

APGAR FAMILIAR

El APGAR FAMILIAR evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto y Recursos.

FUNCIÓN	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					✓
Me satisfacela participación que mi familia brinda y permite					✓
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					✓
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza y amor					✓
Me satisface como compartimos en familia: El tiempo para estar juntos Los espacios en la casa El dinero					✓

Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:
0: Nunca
1: Casi nunca
2: Algunas veces 3: Casi siempre
4. Siempre

Interpretación del puntaje:
-Normal: 17-20 puntos
-Disfunción leve: 16-13 puntos
-Disfunción moderada: 12-10 puntos
-Disfunción severa: Menor o igual a 9

FECHA DE VALORACIÓN	RESULTADO	INTERPRETACIÓN	CONDUCTA	FIRMA PROFESIONAL
09/05/23	18 puntos	Flra Fx	Educación	Duque

LISTA DE CHEQUEO DE FACTORES DE RIESGO DE LAS ENFERMEDADES DEL OIDO ALTERACIONES AUDITIVAS, VESTIBULARES Y DE LA COMUNICACIÓN

Recién nacidos de 0 a 7 días de vida (6 meses a 2 años con factores de riesgo)	
FACTORES DE RIESGOS DE PÉRDIDA AUDITIVA EN NEONATOS Y LACTANTES	
Antecedentes familiares de sordera	NO
Bajo peso al nacer	NO
Espectro Óculo-Aurículo-Vertebral o Síndrome de Goldenhar	NO
Hipoxia neonatal	NO
Infecciones del oído	NO
Labio y/o paladar hendido	NO
Malformación anatómica auricular y/o CAE	NO
Incompatibilidad de RH	NO
Procesos bacterianos tratados con antibióticos ototóxicos	NO
Procesos virales prenatales	NO
Recién nacido prematuro	NO
Reflejos auditivos alterados	NO
Retraso del desarrollo motor	NO
Secuelas de meningitis	NO
Síndrome de Down	NO
Trastorno respiratorio	NO
Traumas perinatales	NO
Traumas prenatales	NO
Apgar bajo	NO
Permanencia en unidad de cuidado intensivo	SI
Malformaciones congénitas de cabeza y cuello	NO
Síndromes relacionados con desordenes auditivo-vestibulares	NO
Tamizaje metabólico anormal	

Primera infancia (8 días de vida a los 5 años)	
FACTORES DE RIESGOS DE PÉRDIDA AUDITIVA EN PREESCOLARES	
Infecciones del oído	
Malformación anatómica auricular	
Exposición a ruido de alta intensidad	
Trastorno auditivo por cambios presión atmosférica	
Traumas en zona temporal de la cabeza	
Respuestas auditivas disminuidas	
Sensación de presión o dolo en el oído	
Antecedente de supuración de los oídos	
Estenosis de conducto auditivo externo	
Audición fluctuante	
Problemas de socialización	
Trastornos del comportamiento	
Trauma craneoencefálico	
Ingesta de sustancias tóxicas	
Fallas de comprensión auditiva	
Antecedente familiar de sordera	
Bajo peso al nacer	
Espectro Óculo-Aurículo-Vertebral o Síndrome de Goldenhar	
Labio y/o paladar hendido	
Malformación anatómica auricular y/o CAE	
Incompatibilidad sanguínea (RH)	
Procesos bacterianos tratados con antibióticos aminoglucosidos (ototóxicos)	
Procesos virales prenatales	
Bajo rendimientos académico	
Retraso del desarrollo motor del lenguaje	
Secuelas de meningitis	
Síndrome de Down	
Síndromes relacionados con desordenes auditivo-vestibulares	
Trastorno respiratorio	
Traumas perinatales	
Traumas prenatales	

FECHA DE VALORACIÓN	RESULTADO	INTERPRETACIÓN	CONDUCTA	FIRMA PROFESIONAL
09/05/23	Sm FR	Sm FR	Educación	Dayco

8
R/V

TAMIZAJE AUDITIVO

Instrumento de valoración auditiva y de lenguaje para niños de 0 a 12 años :
VALE "SOMOS TODOS OÍDOS"

- Riesgos generales: **Si**___ **NO** X **CUALES**_____
- Condiciones estructurales: Orejas, labios, lengua, nariz, paladar, ojos, dientes (acorde a la edad), cuella, hombros: Presentes e integros
  SI ← **NO**___ **HALLAZGOS**_____
- Compresión: **PASA** ← **NO PASA**___
- Expresión: **PASA** ← **NO PASA**___
- Interacción: **PASA** ← **NO PASA**___
- Vestibular: **PASA** ← **NO PASA**___

Conducta Educación

Dayra Córdoba M
R.M 1.085.297.098
MEDICO GENERAL

TAMIZAJE VISUAL (MAYORES DE 3 AÑOS): **EVALUACIÓN VISUAL TABLA DE SNELLEN**

EDAD	FECHA	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO	CONDUCTA
3	09/05/15	NC	NC	Educación
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)

Perímetro cefálico (cm)

Edad (en meses y años cumplidos)

9
R/V

Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

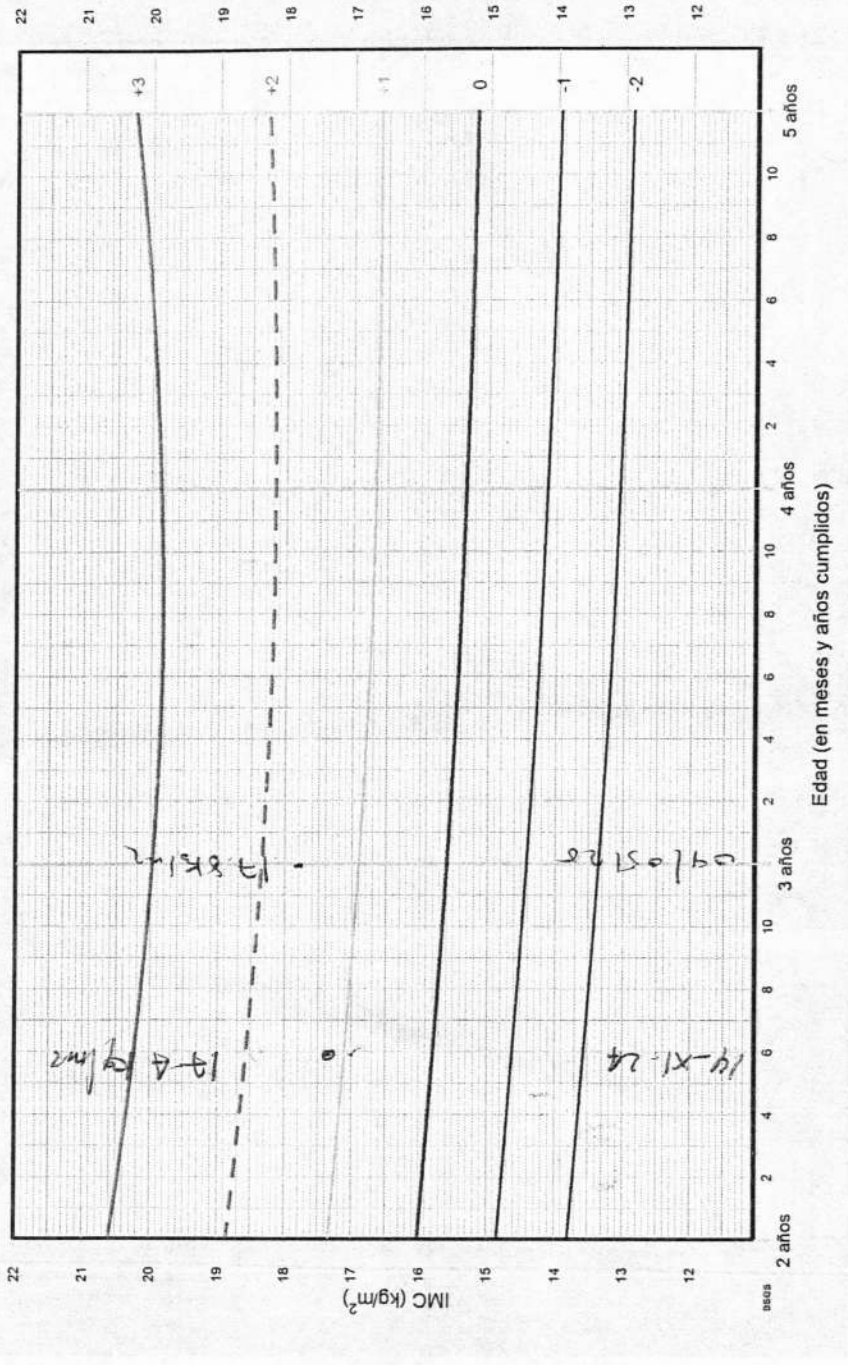
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)

10
R/V

IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
8	Febrero	2023.	3pmxENC		
14	Febrero	2023.	8.amxENF		
9	Mayo	2028	10.amxMed		
8	Noviembre	2023	10amxENF		
10	Mayo.	2024	1:40pmxenf.		
12	Nov	2024	2:00 pm		
14	Nov	2024	8:00amxenf		
9	Mayo	2025	2:30pmxmed		
8	Mayo.	2026	2:30pmxdep		

12
R/V

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO						D	M	A
Resulado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado		D	M	A
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado		D	M	A
	Cardipopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado		D	M	A
	Visual	Normal		Alterado		D	M	A
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA						D	M	A

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	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m	D	M	A
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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	D	M	A	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A	D	M	A
4.ª entrega	D	M	A	D	M	A
5.ª entrega	D	M	A	D	M	A

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años	D	M	A	OD	OIO
4 años	D	M	A	OI	NOR
5 años	D	M	A	AO	

*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: Gael sebastian Caluch

Fecha de nacimiento: 08-05-2022

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1126461022

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 4315 Talla: 51

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Blanca Zonia Rosero

Municipio de residencia: Valle del Guamuez

Departamento: Putumayo

CC. 41118956 #118

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	09	05	22	Serum	03701A0848	Clinica Putumayo	09	07	22	Conda
	Hepatitis B		Recién nacido	09	05	22	Serum	03201X0178					
2 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐												
	Poliomielitis (VIP)		1.ª	18	julio	22	Serum	211500 6	Hospital Fronteriza la Dorada				Karen A
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	12	julio	22	Serum	285049088D					Karen A
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	1.ª	12	julio	22	Serum	285049038D					Karen A
	PENTAVALENTE	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	12	julio	22	Serum	285049038D					Karen A
	Diarrea por rotavirus		1.ª	12	julio	22	GSK	AR0IC89 2AF					Karen A
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		1.ª	12	julio	2	GSK	ASPNB338KAF					Karen A
4 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐												
	Poliomielitis (VIP)		2.ª	12	09	22	Serum	211500 4	Hospital Fronteriza la Dorada	cita 12 Sept 2022			Karen A
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	12	09	22	Serum	285049038D					Karen A
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	2.ª	12	09	22	Serum	285049038D					Karen A
	PENTAVALENTE	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	12	09	22	Serum	285049038D					Karen A
	Diarrea por rotavirus		2.ª	12	09	22	GSK	AR0IC89 2AF					Karen A
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		2.ª	12	09	22	GSK	ASPNB342AA					Karen A
6 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐												
	Poliomielitis (VIP)		3.ª	22	11	22	Serum	211500 4	Hospital Fronteriza la Dorada HFLD	cita 12 / NOV / 2022			Karen A.
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	22	11	22	Serum	285149038D					Karen A.
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	3.ª	22	11	22	Serum	285149038D					
	PENTAVALENTE	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	22	11	22	Serum	285149038D					
	Influenza estacional		1.ª	07	06	23	GS	VS0S2300 1					
7 meses	Influenza estacional		2.ª	29	08	23	Green	VS0S2360 1	HFLD	cita 09/05/2023			
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		1.ª	18	5	23	Serum	01311N1B1B	Hospital Fronteriza la Dorada HFLD				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		Refuerzo	18	5	23	Serum	EX859 1A					
	Varicela		2.ª	18	5	23	GSK	285049038D					
	Hepatitis A		Única	18	5	23	MSD	T036268					
	Influenza estacional		Anual	07	mayo	2024	BUTANTAN	249097910 0	ESE Hospital [illegible]				
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)		1.er refuerzo	11	01	24	Biologicals	2123005A	HFLD				Kerly J.
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		1.er refuerzo	11	01	24	Serum	285149033D	HFLD				Karen A.
	Fiebre amarilla		Única	18	5	23	Sanofi	T36411					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)		2.º refuerzo							cita 22/11/23			
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		2.ª	11	01	24	Serum	013270N07 8B	HFLD				Kerly J.
	Varicela		Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)		1.ª							cita: 2 años Cumplidos			
			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.

8 mayo 2023

73
R/V

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 23 MES 04 AÑO 2025 HORA: 1:00 PM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Gael Sebastian APELLIDOS Calvache Rosero

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.126.461.022

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 12 MES: 05 AÑO: 2021 EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

A la madre le da miedo la reaccion de la vacuna

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: Sonia Rosero

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

Nombres Blanca Zonia Apellidos Rosero Mora

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 41.118.956

Firma: Sonia Rosero

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: Kerly Jimenez Zarate.

Firma [signature] Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1075682134

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): H.F.L.D

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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.118.956
ROSERO MORA
APELLIDOS
BLANCA ZONIA
NOMBRES

Sonia Rosero
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 12-OCT-1981
PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | O+ G.S RH | F SEXO

02-FEB-2000 VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1402800-00266099-F-0041116956-20101129 0025028637A 1 30238046

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.122.339.989**

CALVACHE OJEDA

APELLIDOS

ROBINSON

NOMBRES

Robinson Calvache Ojeda

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-JUL-1992**

VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA) (PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

13-AGO-2010 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6401800-00979553-M-1122339989-20180215 0059533461G 1 9903374092

CONTROL DE CITAS

Este carné es un documento de identificación como usuario de los servicios del Hospital; tratelo con cuidado y no lo pierda pues su duplicado tiene un valor de $2.000

Debe ser puntual en el cumplimiento de su cita de Higiene Oral. Si no se presenta en la hora fijada perderá su turno y tendrá que sacar una nueva cita.

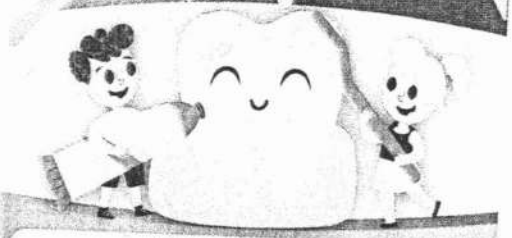
De la asistencia a su cita depende del éxito del tratamiento.

Si por atender a un usuario de cuidado urgente, usted sufre alguna demora en ser atendido, rogamos nos excuse.

Calidad y oportunidad en los servicios

E.S.E.
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús

HIGIENE ORAL



NOMBRES Y APELLIDOS
Gael Sebastian Calvache

IDENTIFICACIÓN 1126461022 N° HISTORIA CLÍNICA HB

DOMICILIO
V/ Bellavista

¡Una buena higiene oral para una salud total!

CP	F	S	D	PRÓXIMA CITA	PRÓXIMA CITA
✓	✓			9 mayo 2025	9 NOV 2025
✓	✓			21 NOV 2025	21 mayo 2025
				Adriana Chav... Higienista Or...	

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Blanca Zonia Rosero Mora Identificado con C.C N° 41 118 956 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Gael Sebastian Caluache R. o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Dueños del Sol 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 03 Días del mes de 04 del Año 2025.

Sonia Rosero

Madre o Acudiente
C.C 41 118 956

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 Gael Sebastian Calvache Rosero, identificado (a) con documento de identidad número 1126461022, 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, Blanca Sonia Rosero Mora, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 41118 956, 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 IC

Suscriben:

Firma: Sonia Rosero
Nombre: Sonia Rosero
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 314 8150 867
Fecha: 03-04-2025
Municipio: San Miguel.

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Gael Sebastian Calvache Rosero

Fecha de nacimiento 08 05 2022 **N° Documento de Identidad** 1126461022

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 03 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Angie Revelo Hernandez

Fecha de registro cualitativo 04 07 2025

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

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

Observaciones generales

El niño recibe experiencias Pedagogicas desarrollando sus habilidades y destrezas haciendo acciones como seguir secuencias de movimientos alternando brazos, Piernas cabeza etc

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Angie Revelo Hernandez

Fecha de registro cualitativo 06 10 2025

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

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

Observaciones generales

El niño es capaz de compartir juego con otros niños, resolviendo pequeñas dificultades sin la ayuda del adulto, cada vez necesita menos ayuda en sus rutinas de cuidado personal.

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)***

Valoración Cualitativa ⇨	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																	
	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	1a	2a	3a
0 a 6 meses	①②③	①②③	①②③	④⑤	④⑤	④⑤	⑥⑦	⑥⑦	⑥⑦	⑧⑨	⑧⑨	⑧⑨	⑩	⑩	⑩	⑪⑫⑬	⑪⑫⑬	⑪⑫⑬	⑭⑮	⑭⑮	⑭⑮	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑲⑳㉑㉒	⑲⑳㉑㉒	⑲⑳㉑㉒	㉓	㉓	㉓	㉔	㉔	㉔	㉕	㉕	㉕
6 meses y 1 día a 12 meses	①②	①②	①②	③④	③④	③④	⑤⑥⑦⑧	⑤⑥⑦⑧	⑤⑥⑦⑧	⑨⑩	⑨⑩	⑨⑩	⑪⑫⑬⑭	⑪⑫⑬⑭	⑪⑫⑬⑭	⑮⑯⑰⑱	⑮⑯⑰⑱	⑮⑯⑰⑱	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	㉒	㉒	㉒	㉓㉔㉕㉖	㉓㉔㉕㉖	㉓㉔㉕㉖	㉗㉘	㉗㉘	㉗㉘	㉙㉚㉛	㉙㉚㉛	㉙㉚㉛	㉜㉝	㉜㉝	㉜㉝
1 año y 1 día a 2 años	①②	①②	①②	③④⑤	③④⑤	③④⑤	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑨⑩	⑨⑩	⑨⑩	⑪⑫	⑪⑫	⑪⑫	⑬⑭	⑬⑭	⑬⑭	⑮⑯	⑮⑯	⑪⑯	⑰⑱⑲	⑰⑱⑲	⑰⑱⑲	⑳㉑	⑳㉑	⑳㉑	㉒㉓	㉒㉓	㉒㉓	㉔	㉔	㉔	㉕㉖	㉕㉖	㉕㉖
2 años y 1 día a 3 años	①②③	①②③	①②③	④⑤	④⑤	④⑤	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑨	⑨	⑨	⑩⑪⑫	⑩⑪⑫	⑩⑪⑫	⑬⑭	⑬⑭	⑬⑭	⑮	⑮	⑮	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	㉒㉓㉔	㉒㉓㉔	㉒㉓㉔	㉕㉖	㉕㉖	㉕㉖	㉗	㉗	㉗
3 años y 1 día a 4 años	✓✓✓✓✓✗	✓✓✓✓✗	①②③④⑤	✓✓✓✗	✓✓✓✓	⑥⑦⑧	✓✓✓✓	✓✓✓✓	⑨⑩⑪	✓✓	✓✓	⑫	✓✓✓✓	✓✓✗✗	⑬⑭⑮⑯	✓✓✓✓	✓✓✓✓	⑰⑱	✓✓✓✗	✓✓✗✗	⑲⑳㉑	✓✓✓✓✓	✓✓✓✓✓	㉒㉓㉔㉕	✓✓✓	✓✓✓	㉖㉗	✓✓✓✓	✓✓✓✓	㉘㉙㉚	✓✓✓✓	✓✓✓✓	㉛㉜㉝㉞	✓✓	✓✓	㉟㊱
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	①②	①②	①②	③	③	③	✗✗⑤	✗✗⑤	④⑤	✗✗⑦	✗✗⑦	⑥⑦	✗✗	✗✗	⑧	✓✗	✓✗	⑨⑩	⑪⑫	⑪⑫	⑪⑫	✗⑭	✗⑭	⑬⑭	✗✗	✗✗	⑮	✗✗⑰	✗✗⑰	⑯⑰	⑱	⑱	⑱	✗✗⑳	✗✗⑳	⑲⑳

= 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): Angie Revelo NOMBRE UCA: Dueños del sol 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Sebastian Gael Caluache IDENTIFICACIO: 1126461022 FECHA DE NACIMIENTO: 08-05-2022

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					
06-05-2025	✓			✓	El dia martes 06-de mayo la agente educativa se comunica via whatsap con la madre de Gael Pena recordarle la cita del dia Miercoles 07-Mayo de higiene oral y la cita de dia viernes 9 de mayo de crecimiento y desarrollo. -La madre refiere que del hospital la llamaron y le ajendaron la cita de crecimiento y desarrollo e higiene oral Para el dia viernes 9-05-25	Sonia R.		El dia Miercoles 14-05-2025 la madre realiza las (copias) entrega las copias actualizadas del control de crecimiento y desarrollo e. higiene oral. Se cierra la novedad.		La madre se compromete a asistir a las citas de CyD e higiene oral. con el niño. el 9 de mayo de 2025
09-11-2025	✓			✓	El dia domingo -09-11-25 la agente educativa se comunica con la madre para indagar si solicito la cita para higiene oral. La madre menciona que del hospital. le dijeron que llame el dia martes a solicitar la cita			El dia martes 11-09-2025 la agente educativo se comunica con la madre para indagar si solicito la cita la madre menciona q" la cita se la dieron para el dia viernes. el de 11-25 a las 9:20 en el hospital de la hormiga		