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

	FUNDACION ALMA DE VIDA	Código: FO-GG-012
	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 265 0/2024

FECHA SOLICITUD CUPO: 26-03-2025 FECHA INGRESO: 01-04-2025

UDS: Dueños del sol 1 MUNICIPIO: San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Ethan Joaquin Ordoñez Ortiz

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ NUIP No. 1126144875

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? NA

FECHA NACIMIENTO: 30-08-2024 EDAD: 6 Meses MUNICIPIO: Nueva Loja Lago Agrio

DEPARTAMENTO: Sucumbios PAIS: Ecuador DIRECCION DE RESIDENCIA: V/ La Ye ESTRATO: 1 ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: X NO: ____

¿CUAL?: DIMF MOTIVO DEL RETIRO: finalizó el Programa.

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

EPS DEL PARTICIPANTE: Emssanar SUBSIDIADO: X CONTRIBUTIVO: ____

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

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: NA

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

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

TIENE SISBEN: SI: X NO: __ PUNTAJE: A4 DESPLAZADO: SI: __ NO: X

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: ____ NO: X RED UNIDOS: SI: ____ NO: X

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: __ NO: X CUAL: ____

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jhony Alexis Ordoñez Castro

No. IDENTIFICACION: 1122340041 DIRECCION RESIDENCIA: V/ La Ye.

CELULAR: 323205 2982 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnico PROFESIÓN: Tecnico Electrico

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Rusuemy Ortiz Ramirez

No. IDENTIFICACION: 1.126.142 996 DIRECCION RESIDENCIA: V/ La Ye.

CELULAR: 323 205 2982 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: NA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Rusuemy Ortiz Ramirez

NUMERO IDENTIFICACION: 1.126 142 996 CELULAR: 323 205 2982

DIRECCION: V/ La Ye PARENTESCO: Madre

. RUSUEMY ORTIZ
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1126144875

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 64362777

* 64362777 *

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	☐	☐☐	X	☐	☐	Y 4 Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ORDOÑEZ	ORTIZ

Nombre(s)
EITHAN JOAQUIN

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024	Mes AGO	Día 30	MASCULINO	A	+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
ECUADOR , SUCUMBIOS , LAGO AGRIO, NUEVA LOJA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	2150841506

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
ORDOÑEZ CASTRO JHONY ALEXIS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1122340041	COLOMBIANA

Datos del padre o madre (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
ORTIZ RAMIREZ RUSVENY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1126142996	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
ORDOÑEZ CASTRO JHONY ALEXIS

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1122340041	SIN FIRMA

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2024 Mes OCT Día 07	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	11/03/2025
Ficha:	86757024477900000115

A4

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres:	LIAN SAMUEL
Apellidos:	ORDOÑEZ ORTIZ
Tipo de documento:	Registro civil
Número de documento:	1126143894
Municipio:	San Miguel
Departamento:	Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	10/11/201
Última actualización ciudadano:	14/02/202
Última actualización via registros administrativos:	25/11/202

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

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:	MARIA ZORAYDA LINARES MONTE
Dirección:	Carrera 4 Calle 7 Esquina La Liber
Teléfono:	4210537 - 3213138
Correo Electrónico:	sisben@sanmiguel-putumayo.gov

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

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	1126144875
NOMBRES	EITHAN JOAQUIN
APELLIDOS	ORDOÑEZ ORTIZ
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	24/02/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/09/2025 05:33:46	**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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:

GITHAN JOAQUIN

Apellidos:

ORDUÑA ORTIZ

Fecha de nacimiento:

30 08 2024

Historia Clínica:

1126144875

Barrio / Vereda:

V/ LA FLORESTA

Responsable del niño (a):

RUSVENY O.

Teléfono:

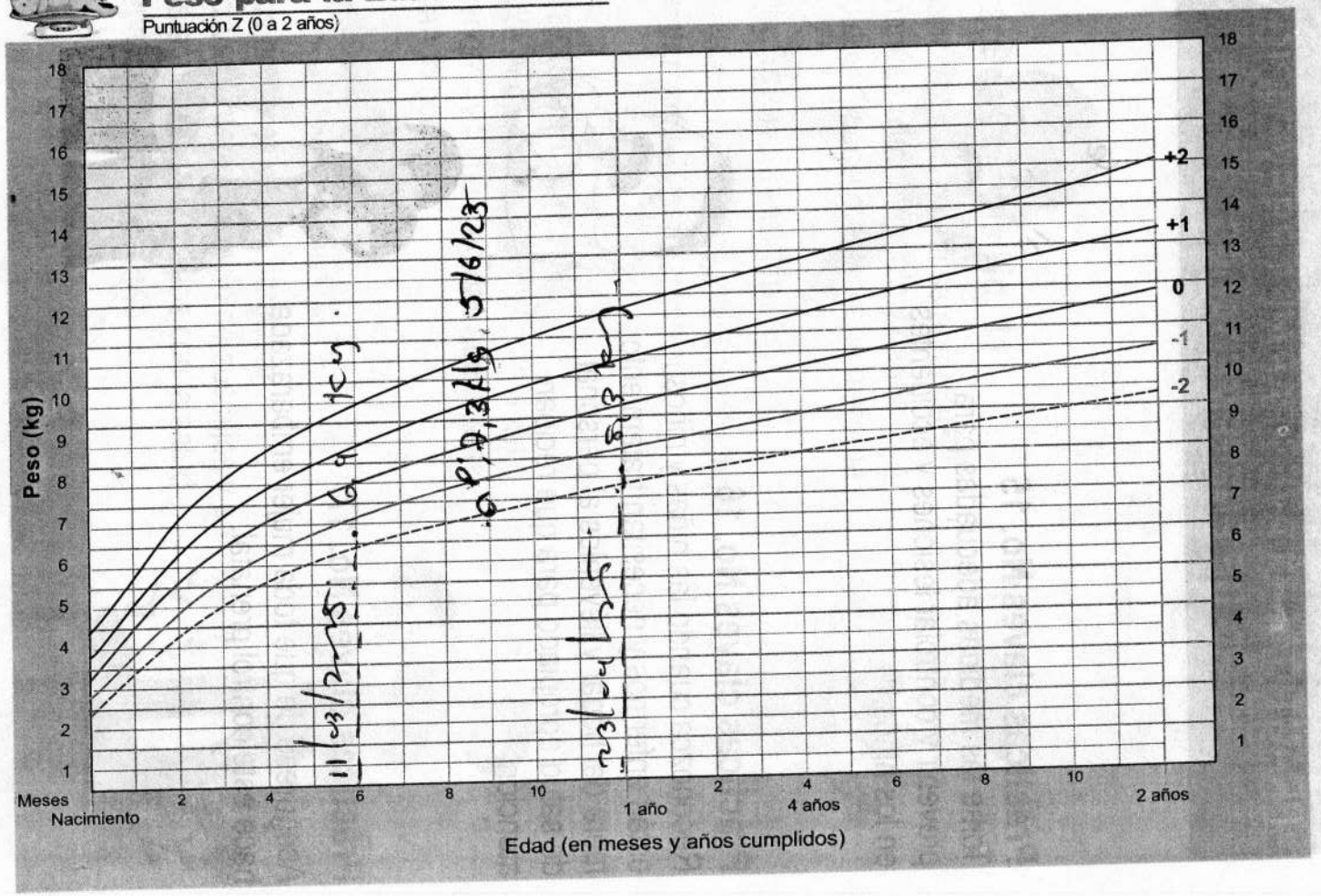
EPS:

EMSSANAR



Peso para la Edad Niños

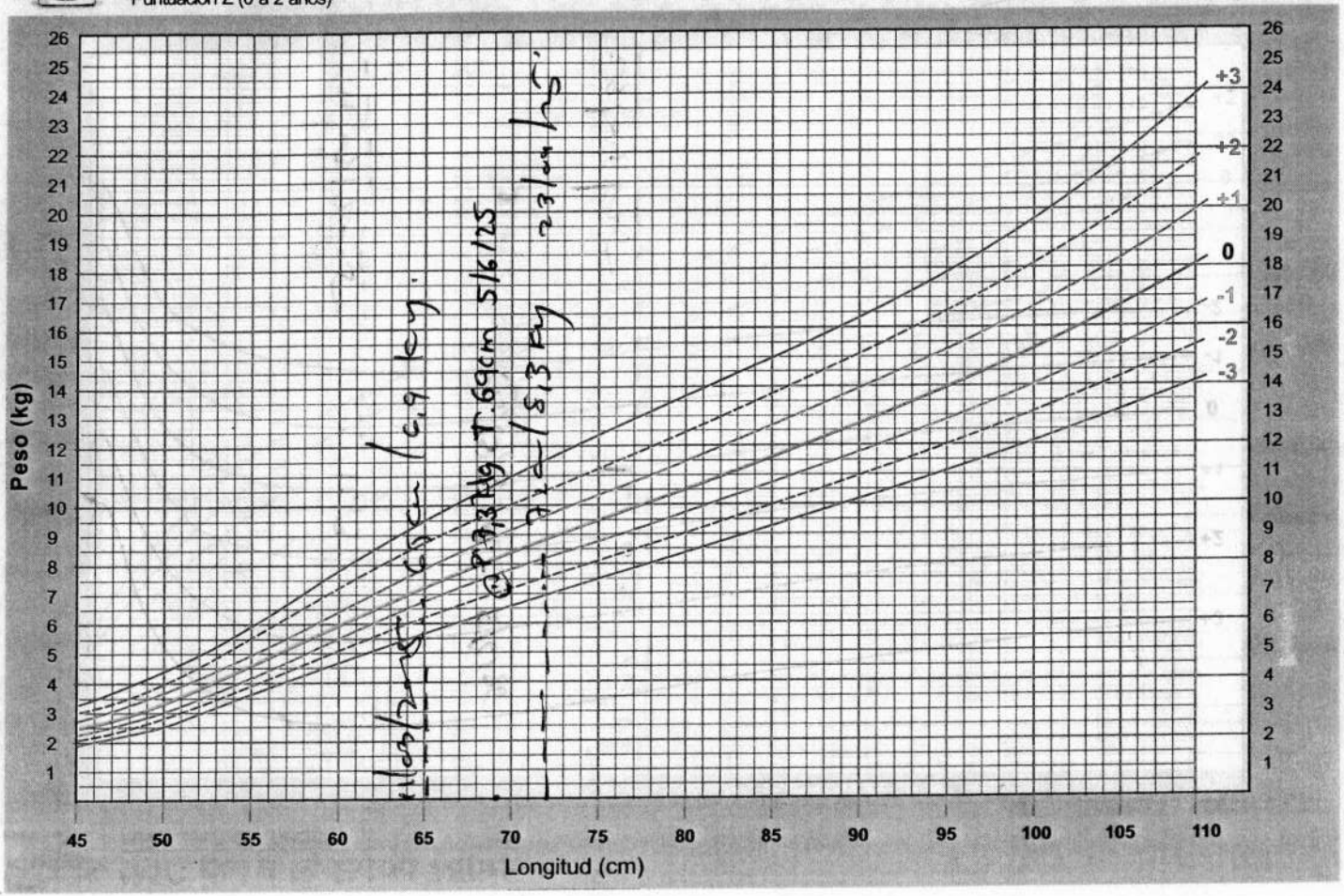
Puntuación Z (0 a 2 años)



07

Peso para la Talla Niños

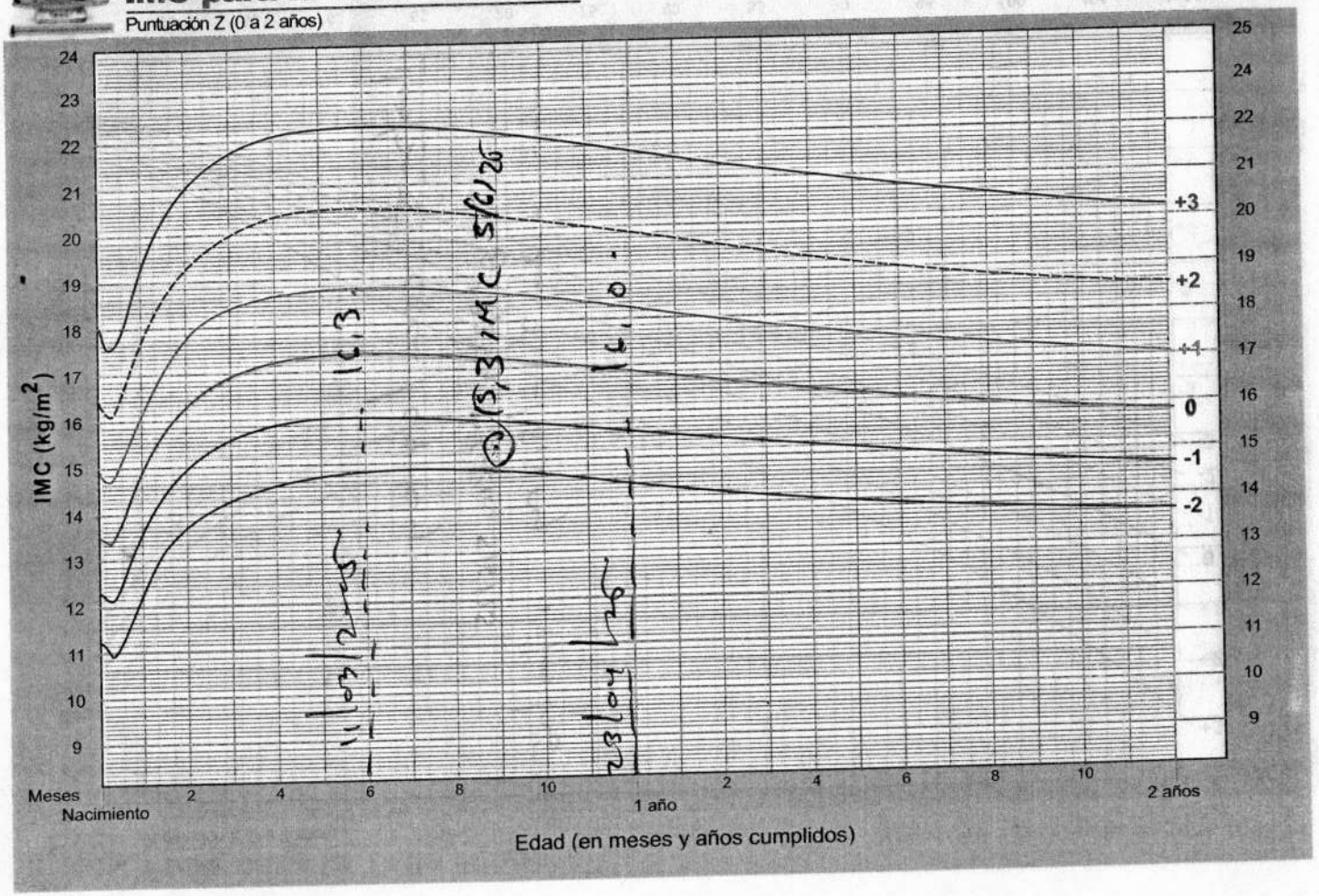
Puntuación Z (0 a 2 años)



(21)

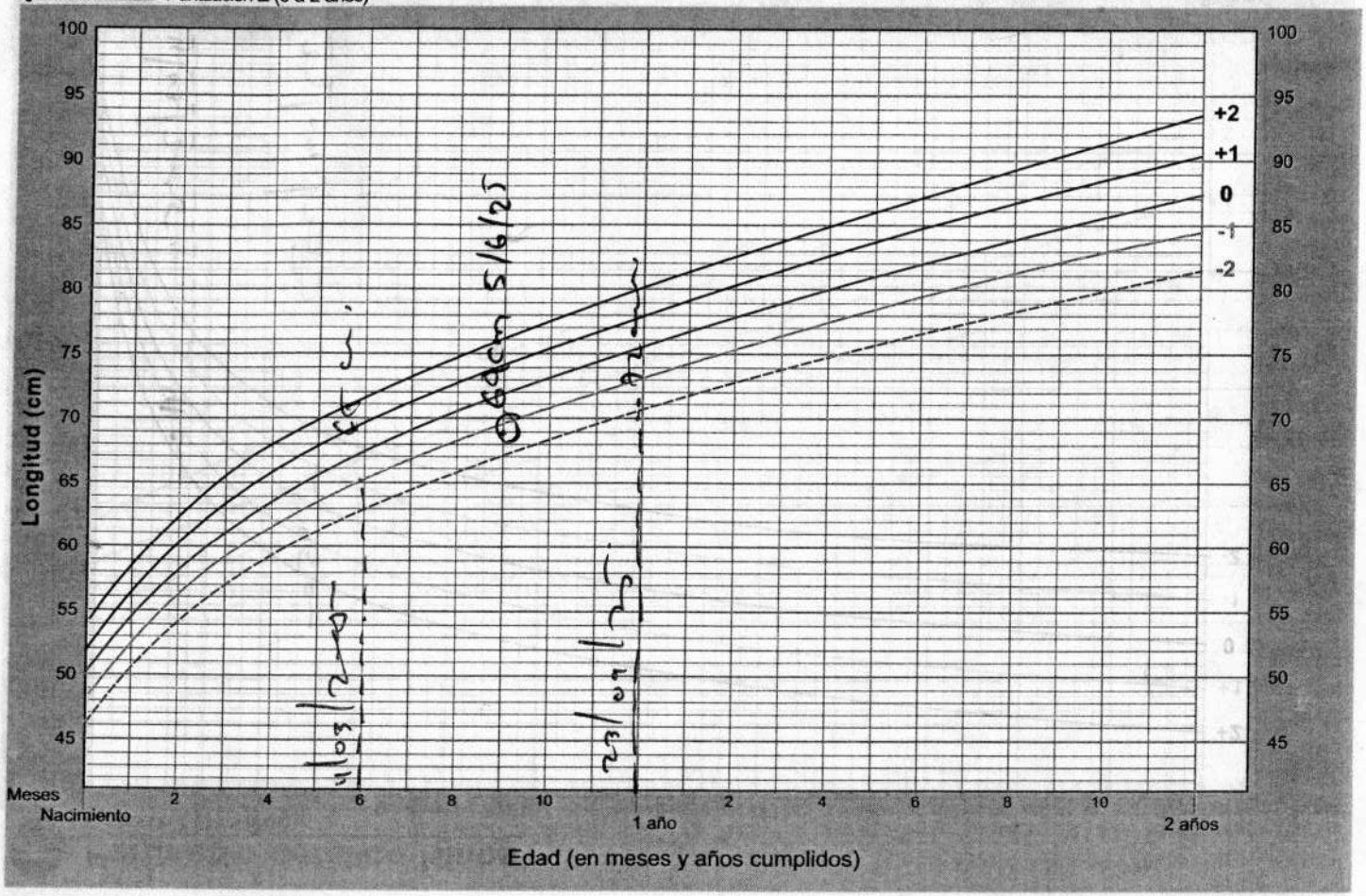
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

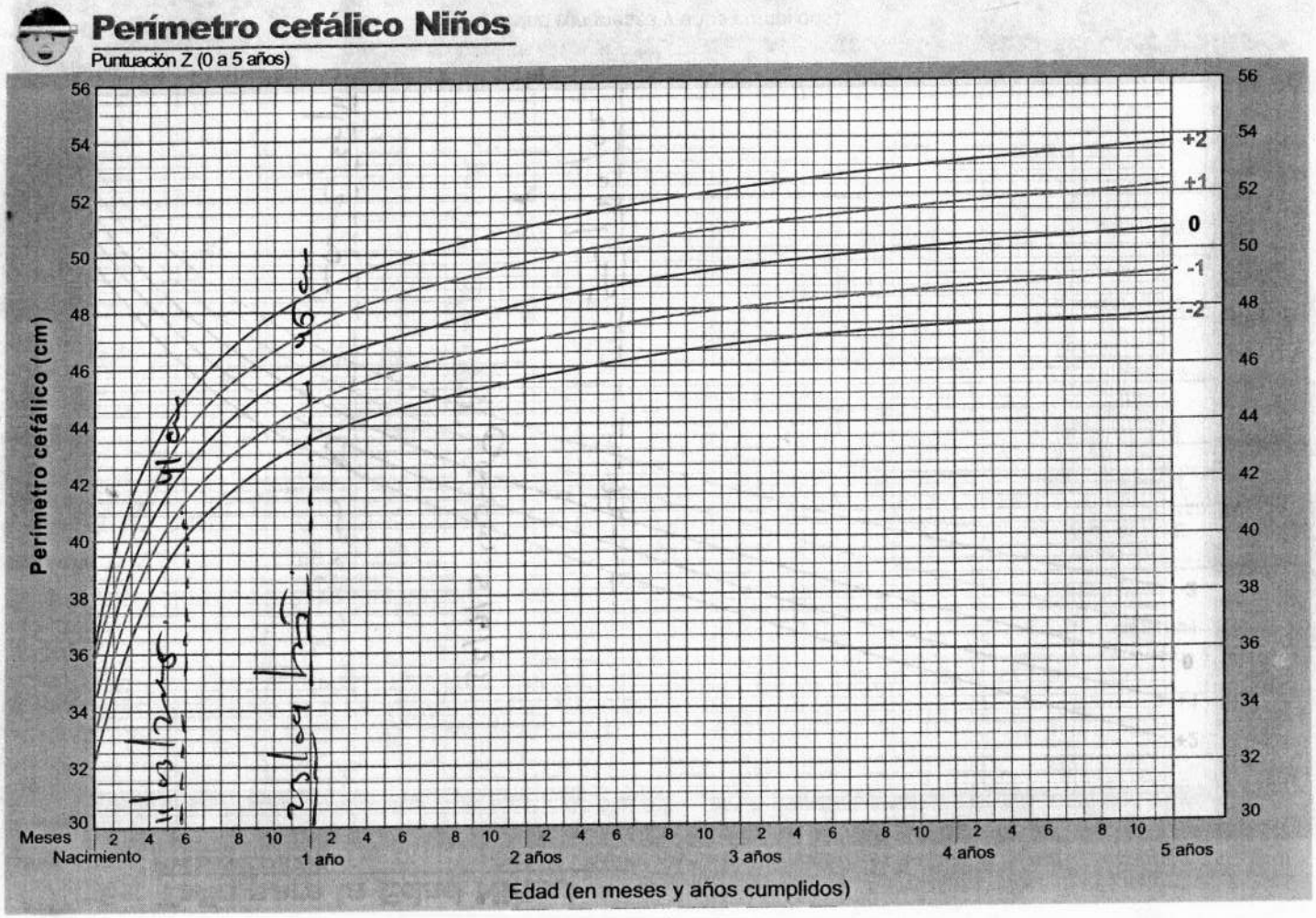


Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



(23)


Perímetro cefálico Niños
Puntuación Z (0 a 5 años)
Perímetro cefálico (cm)
56
54
52
50
48
46
44
42
40
38
36
34
32
30
+2
+1
0
-1
-2
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

24

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
11/03/25	6,9	65	41	15	16,3	30/05/25	
5/6/2025	7,3	69	42,5	13	15,3	30/8/2025	
23/04/25	8,3	72.	45	16	16,0	02/03/26	

Traer al niño a control PIT x enfermeria

27/06/25

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
11	03	2025		✓	
30	05	2025			
05	06	2025	ENFE	SI C/Malestar C.	
27	06	2025	ENF	PIT.	X
23	09	25	TLA		
02	03	2026			



...azlo de una!

...cunas

...y Protección Social

...ción y Prevención

...medades Transmisibles

...rada de Enfermedades

...revenibles

...e Inmunizaciones (PAI)

...es como:

Hepatitis B, Poliomielitis, ...nedades causadas por ...tipo B, **Difteria, Tosferina,** ...virus; **Neumonía, Otitis,** ...causada por Neumococo, ...causada por el virus de **Rubéola, Parotiditis,** ...bre Amarilla y **Virus del**

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

Resultado tamizaje Neonatal

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO					D	M	A
TSH neonatal	Normal		Alterado		D	M	A
Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado		D	M	A
Cardiopatía 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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIEN

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años	D	M	A	SI*
4 años	D	M	A	SI*
5 años	D	M	A	SI*

*Menor o igual a 20 no...al

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

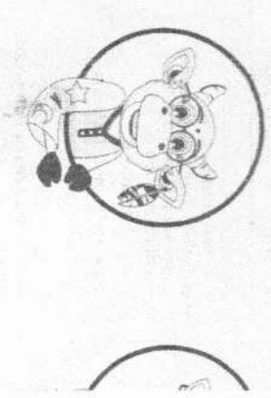
Edad	Fecha			Valoración Nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	D	M
2.ª entrega	D	M
3.ª entrega	D	M

ATENCIÓN EN SALUD BUC

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





Carné de Vacun...

Nombres y Apellidos: ELIANA ...

OROZCO ORTIZ

Tipo de Documento: [X] [ ] [ ] OTRO

No. ... 1.126...

Fecha de Nacimiento: 30 ...

Sexo: MASCULINO

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer:

Dirección: VI FLORESTA

Teléfono 1: 323 205...

Teléfono 2:

Responsable: ROSVENY...

Municipio de residencia: SAN...

CIUDAD San Miguel FECHA: DIA 20 MES 05 AÑO 2025 HORA: 2:00pm

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos — Minsalud

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA LA APLICACION DE LA VACUNA
CONTRA EL SARS-COV-2 / 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.

Soy mujer con más de 12 semanas de gestación o durante los 40 días postparto: SI ☐ NO ☐ y en caso afirmativo aporto certificación del médico tratante que acredita evaluación clínica para que obre adjunto a este consentimiento, requisito indispensable para recibir la vacuna.

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

Firma de la persona: Rusveny Ortiz

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

Nombres Rusveny Apellidos Ortiz Ramirez

Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126142996

Firma: Rusveny Ortiz

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

_____ identificado(a) con C.C ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ número _____

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Saoly Martinez

Firma Saoly Martinez. Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1122336842

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO San Miguel.

Nota 1: Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar junto con uno de sus padres o su representante legal
Nota 2: Para los menores de 12 años deben firmar sus padres o su representante legal

HFLD CITA: 11-Ene-2026

HFLD CITA: 30 AGO 202

HFLD

HFLD VACUNADO ESCANER

CITA: 06-ENE 202

E.S.E HFLD

HFLD ESCANEO

PS vacunadora
Día Mes

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO **1.126.142.996**

ORTIZ RAMIREZ

APELLIDOS

RUSVENY

NOMBRES

RUSVENY ORTIZ

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-OCT-1998**

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

22-MAY-2017 CON NUEVA LOJA ECU
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-8833020-01031999-F-1126142996-20180815 **00623**01507G 1 9905205685

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.122.340.041**

ORDOÑEZ CASTRO

APELLIDOS

JHONY ALEXIS

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO.

FECHA DE NACIMIENTO **07-OCT-1992**

VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

08-OCT-2010 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

R-6401800-00731398-M-1122340041-20150808 **0045**712044A 2 43313226

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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCI**

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Ethan Joaquin ordoñez. O
Doc. de Identidad: 1.126.144.875 EPS: Emssanar
Teléfono: 323 205 2982 Domicilio: V/la Floresta.

		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					22-8-02								
		Atención en salud por enfermería			37										
		Atención en salud por Odontología					20-8-02								
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor							9de hoy 5to 21 t						
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

Proxima cita al cumplir 1 AÑO

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

Yo Rusveny Ortiz Ramirez Identificado con C.C N° 1.126142496 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Ethan Joaquin. Ordoñez O. 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.

RUSVENY ORTIZ. RAMIREZ.

Madre o Acudiente
C.C 1126142496

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Eithan Joaquin Ordoñez Ortiz

Fecha de nacimiento 30 08 2024 **N° Documento de Identidad** 1126144875

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 es capaz de mantenerse sentado además mueve su cuerpo para conseguir lo que quiere observando que tiene un buen manejo corporal

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

Teniendo en cuenta los aprendizajes de la niña se observa que muestra alguna reaccion si le llaman la atención o lo contradicen esto hace que la autoestima del niño se (detallo) desarrolle.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

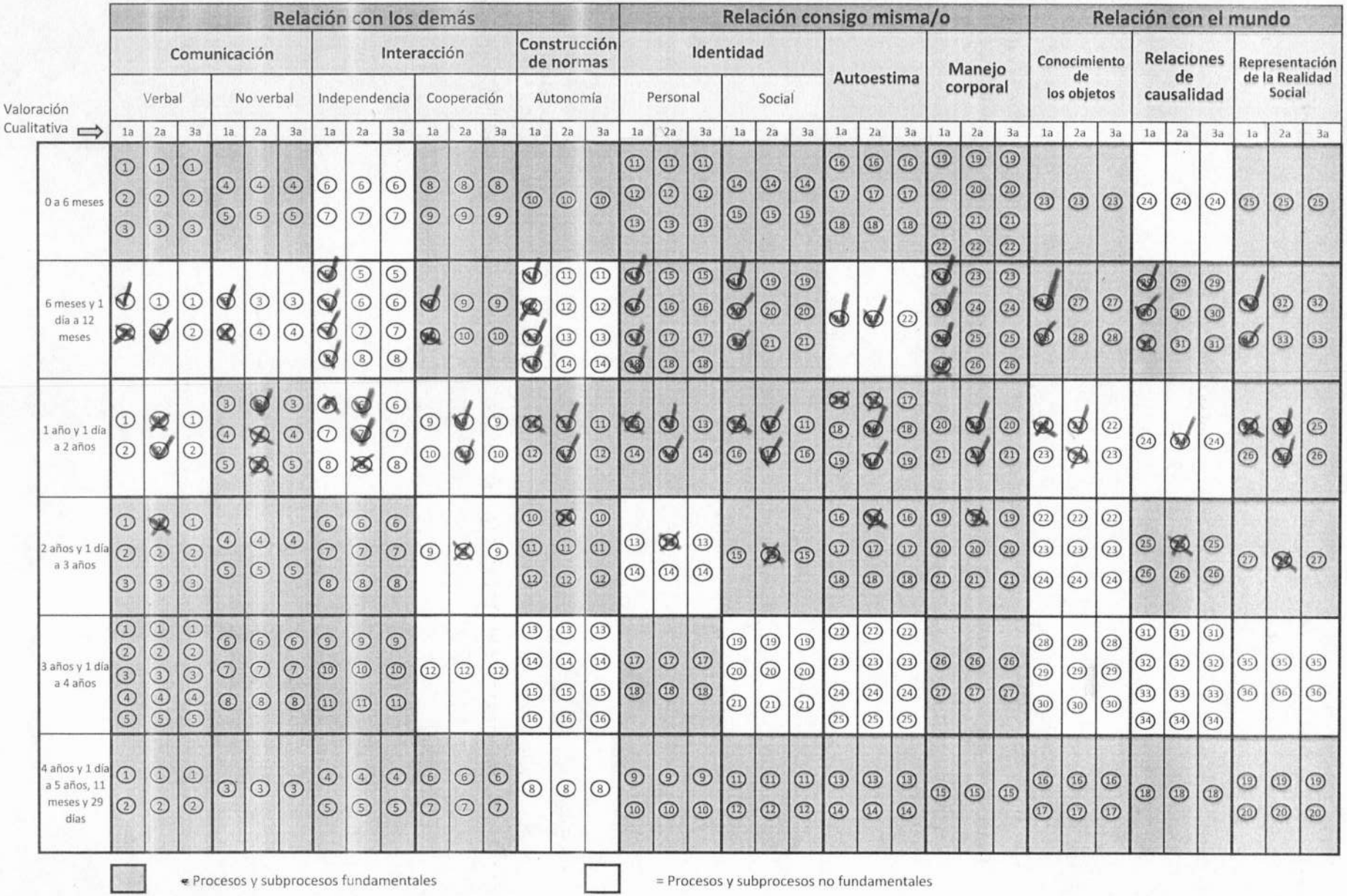
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

22
RV

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: Ethan Joaquin Ordoñez IDENTIFICACIO: 1126444875 FECHA DE NACIMIENTO: 30-08-2024

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					
28-08-2025	✓			✓	El dia Jueves 28 de agosto de 2025 la agente educativo se comunica con la madre de familia Por via whatsap Para recordarle que debe solicitar cita Para crecimiento y desarrollo, higiene oral y vacunas. La madre refiere que en el momento no cuenta con transporte Para ir a solicitar la cita ni tampoco Para acudir a la cita	RUSUENY ORTIZ		El dia Miercoles 3 de septiembre la agente educativo se comunica con la madre Para indagar por el estado de salud del niño y por los citas Para los controles. La madre refiere que el niño ya se encuentra mejor, Pero que las citas no las ha podido sacar Por motivo que no tiene quien la lleve y tampoco cuenta con el recurso economico Para Pagar. La madre informa que Por Parte la comunidad le informaron que apartir del dia lunes 8-09-2025 ella entra a laborar en la bateria colon hacen roseria de los Pasos.		La madre se compromete a ir en la proxima semana del 1 al 5 de septiembre a solicitar la cita una ver. el niño ya se encuentie mejor.
					además menciona que al niño le estan saliendo los dientes y tiene reaccion como fiebre y la vacunadora mencionó que asi no lo vacunan y tampoco quiere exponerlo al viento que va esperar que se sienta mejor y que el Papá del niño llegue de donde esta trabajando y los lleve a sacar la cita	RUSUENY ORTIZ				

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: Ethan Joaquin Cadoñez IDENTIFICACIO: 1126144875 FECHA DE NACIMIENTO: 30-08-2025

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					
						ROSVENY ORTIZ		hasta el día Viernes - 19-09-2025 por ende la madre refiere que ella le realizara los controles una vez salga de laborar ya que ahí contara con el recurso para poder llevar al niño a la HTLD. ya que para solicitar cita toca antes de las 7am y esto hace que tenga que salir 2 veces.		La madre se compromete a llevar y a solicitar las citas de los controles al niño apenas ella salga de trabajar.
						ROSVENY ORTIZ		El día lunes 8 de 09-2025 la agente educativa se comunica con la madre con el fin de sensibilizar a la madre sobre la importancia de realizarle los controles al niño sin embargo la madre refiere que ella comprende la importancia pero que en el momento no puede llevar al niño al control		

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Angie Recelo NOMBRE UCA: Ovejos del Sol 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Eithan Ordoñez IDENTIFICACIO: 1126144875 FECHA DE NACIMIENTO: 30-08-24

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
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION				
						ROSUENY ORTIZ	se la misma manera solicita permiso para el encuentro miercoles 10-09-25 (para) yo que no tiene quien lleve al niño al Programa -El dia lunes 15-09 la agente educativa se comunica con la madre para indagar por el estado de salud del niño y a ver la manera de solucionar lo de los controles. la madre refiere que el niño se encuentra	El dia viernes 12-09-2025 se informa al apoyo en salud y nutricion para el respectivo seguimiento	
							bien de salud, menciona q' no puede asistir a los controles porque ella sale muy tarde del trabajo menciona que en el tema de vacunas si la vacunadora puede ir hasta la casa el miercoles tipo 5 (ella) para vacunar al niño. la agente educativa se comunica con la vacunadora el mismo dia para pedirle el favor, la vacunadora		

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Angie Revelo NOMBRE UCA: Dueñas del sol 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Ethan Ordoñez IDENTIFICACIO: 1126111875 FECHA DE NACIMIENTO: 30-8-24

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
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION				
						RUSUENY ORTIZ	El mismo dia a los 12:30 Pm la vacunadora me informa la agente educativo que no vacunaron al niño por motivo que la mama no estaba. la agente educativo se comunica con la madre del usuario para indagar el motivo por el cual no lo vacunaron la madre refiere que el niño lo esta cuidando la abuela y ella tiene otros nietos		la madre se compromete apenas pueda salir una media hora antes al horario de trabajo avisar para almenos que le pongan las vacunas al niño
						RUSUENY ORTIZ	cuidando entonces la señora ha mencionado que ella no se hace cargo del niño vacunado por los diferentes reacciones que pueden dar los biologicos la madre refiere que apenas salga de trabajar lo lleva al niño al hospital y tambien refiere que no puede asistir a la cita de higiene oral que es mejor cancelarlo para que le den la oportunidad a otro niño		

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Angie Rocio NOMBRE UCA: Duendes del sol 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Ethan Ordoñez IDENTIFICACIO: 1126144 875 FECHA DE NACIMIENTO: 30-8-24

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
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION				
						RUSUENY ORTIZ	Por motivo que aun sigue trabajando y para ella es muy importante contar con ese recurso economico y asi poder llevar al niño ademas menciona que no tiene quien le lleve al niño al control que no hay nadie y quien le colabore. -la agente educativa el dia 8 de 09 a las 11am se acerca al hospital a solicitar las citas.	-la madre se compromete solicitar la cita el dia 19 de septiembre para que le puedan dar la cita para la semana del 22 al 26 de septiembre.
						RUSUENY ORTIZ	Sin embargo en el hospital refieren que las citas para control de crecimiento y desarrollo solo las dan las fichas a las 7 am. Sin embargo le agendan la cita de higiene oral para el dia -09-09- a la 1:30 pm, el mismo dia se comunica con la vacunadora para solicitarle ir alla casa del barrio a vacunarlo alla, la vacunadora menciona que a las 12:00pm van a la casa de él.	

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPESINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Angie Revelo **NOMBRE UCA:** Dueños del sol 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Githan Ordoñez **IDENTIFICACIÓN:** 1126144875 **FECHA DE NACIMIENTO:** 30-8-24

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					
								mencionó que ella va por hacer el favor ya q a esa hora ya debería entregar las cosas en el hospital. Sin embargo muy amablemente ella se compromete a ir. El día miercoles 17-09 la vacunadora informa a la agente educativa que el niño ya queda vacunado, solo le queda Pendiente la 3 dosis de influenza debido a que el lineamiento les garantiza 2 dosis de influenza en el año la tercera dosis se la aplican en el año siguiente 2026 -El día viernes 19-09-2025 la madre se comunica con la agente para informarle que ya salio de trabajar y que para la semana ya va poder ir a los controles. La agente educativo le informa que ya le solicito la cita para control de crecimiento y desarrollo		

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPESINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Angie Rivera NOMBRE UCA: Dueños del sol 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Ethan ordoñez IDENTIFICACIÓN: 1126 [illegible] 875 FECHA DE NACIMIENTO: 30-8-24

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					
								Fue se la agendation para el día martes 23-09-25 a la 7:30Pm se le recomendo alla madre solicitar la cita para higiene oral. El día martes 23-09-25 la madre aciste al control y entrega las copias del control actualizadas la madre refiere que no habia citas para higiene oral. Menciona que va		La madre se compromete a ir al contrl el día martes 23-09-25 y a entregar las copias actualizadas. y se compromete a solicitar la cita para higiene oral.
								solicitar la cita la proxima semana que puede voller a salir ya que ella depende de su esposo para poder transportarse. El día martes 30-09-25 la agente educativa en horas de la tarde se comunica con la madre para indagar si solicito la cita la madre menciona que aun no. El día viernes la agente educativa solicita cita de higiene oral		

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPESINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Angie Reyes NOMBRE UCA: Buenos dias SOCH

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Eitnan Ordoñez IDENTIFICACIÓN: 1120144875 FECHA DE NACIMIENTO: 30-8-24

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					
								La cita de higiene oral se la agendan para el dia martes 07-10-2025 se le informa a la madre para que asista a la cita. El dia miercoles 8 de 10 la madre realiza entrega de la copia del carnel de higiene oral. actualizado Se cierra novedad		La madre se compromete a asistir ala cita de higiene oral.
00-10-2025	✓		✓		El dia miercoles 8 de 10-2025 la madre solicita Permiso Por el niño ya que no lo llevo al encuentro Porque esta lloviendo mucho y no quiere exponerlo a que se enfeime sin embargo ella Participa de todo eh encuentro Pedagogico			El dia miercoles 22-10-25 el niño acude al Programa en Compañia de su madre aparentemente en buenas condiciones de Salud. Se cierra novedad.		