Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripción y Matricula con ffotografía 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).
7	Copia del carnet de vacunación.
8	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
9	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
10	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
11	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
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	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
17	Formato de autorización uso de imágenes.
18	Planilla seguimiento nutricional
19	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
20	OTROS:Formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa (Cuando aplique

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

FECHA SOLICITUD CUPO: 30/8/2025 FECHA INGRESO: 01/9/2025

UDS: Mis Pequeños Soñadores MUNICIPIO: San miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Thiago Emiliano Pascal Ascencio

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1122 344 662

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A
N/A

FECHA NACIMIENTO: 14/8/2025 EDAD: _____ MUNICIPIO: San miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: V/ San Juan Bosco ESTRATO: uno ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: _____ NO: X

¿CUAL?: N/A MOTIVO DEL RETIRO: N/A PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: V CUAL: _____ EPS DEL PARTICIPANTE: _____

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

N/A ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

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

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: N/A TIENE SISBEN: SI: __ NO: __ PUNTAJE: _____ DESPLAZADO: SI: _ NO: _ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: N/A NO: X RED UNIDOS: SI: ____ NO: X

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: ___ NO: X CUAL: N/A

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ No.

IDENTIFICACION: _____ DIRECCION RESIDENCIA: _____ CELULAR: _____ E.P.S: _____

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Leicy Dayana Ascencio Guarnica No.

IDENTIFICACION: 1006956699 DIRECCION RESIDENCIA: _____ CELULAR: _____ E.P.S: _____

OCUPACION U OFICIO: _____ EMPRESA DONDE LABORA: N/A NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Leicy Dayana Ascencio Guarnica

NUMERO IDENTIFICACION: 1006956699 CELULAR: _____

DIRECCION: Leicy Ascencio PARENTESCO: madre

FIRMA DEL PADRE / ACUDIENTE FIRMA AGENTE EDUCATIVA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.662

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61698072

61698072

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 6 Z

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PASCAL	ASCENCIO

Nombre(s)

THIAGO EMILIANO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes AGO Día 14	MASCULINO	B	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	25087010269026

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

ASCENCIO GUARNICA LEICY DAYANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.006.956.699	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

PASCAL GUEVARA DANILO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.006.788.732	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PASCAL GUEVARA DANILO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.006.788.732	Danilo Pascal

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 AGO Día 27	ROY EDISON VALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

dispapeles 761313

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
39557614-8

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

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	1122344662
NOMBRES	THIAGO EMILIANO
APELLIDOS	PASCAL ASCENCIO
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	15/08/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/17/2025 15:47:31	**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

REPORTE NUEVA SOLICITUD EN TRAMITE

Sisbén

Fecha Creación 16/09/2025 10:36:54 a. m Creado Por ADMINISTRADOR DNP

PUTUMAYO
SAN MIGUEL
86
86757
No. solicitud
8675767547780000004427

DATOS DEL SOLICITANTE

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Sexo
LEICY	DAYANA	ASCENCIO	GUARNICA	FEMENINO
Extranjero	**Tipo de documento**	**Documento**	**Fecha de nacimiento**	**Fecha de expedición doc.**
NO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	1006956699	10/12/2002	29/12/2020
País	**Departamento**	**Municipio**	**Correo electrónico**	
COLOMBIA	NARIÑO	SAMANIEGO	DAYANAGUARNICA51@GMAIL.COM	
Dirección			**Teléfono**	
B/ SAN FELIPE			3148940554	

DETALLE DE LA SOLICITUD

¿El solicitante puede aportar información para la solicitud? **SI**

¿El sistema genera alerta de actualización por cambio de edad? **NO**

¿Qué información de la encuesta desea modificar? Identificación ☑ Datos de Ivivienda ☑ Datos de hogar ☑ Datos de personas ☑

PERSONAS DEL HOGAR SOLICITANTE

Primer nombre

Orden	1° Nombre	2° Nombre	1° Apellido	2° Apellido	Documento	Retiro	Inclusión	Mod.
1	LEICY	DAYANA	ASCENCIO	GUARNICA	C.C. 1006956699	☐	☑	☐
2	THIAGO	EMILIANO	PASCAL	ASCENCIO	R.C. 1122344662	☐	☑	☐

AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE

El DNP actuará como responsable del tratamiento de datos personales, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales de la entidad. La información registrada en el Sisbén y los datos personales serán utilizados para orientar las políticas sociales del Gobierno.

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada es verdadera y se brinda de forma voluntaria, y autorizo a que sea verificada con otras fuentes de informacion, y que se actualice de forma automatica a traves del cruce con registros administrativos u otras fuentes que el DNP defina. Cualquier presunta falsedad indentificada a traves de cruces con bases de datos generará la exclusion del Sisbén, independientemente de las accion legales a que haya lugar.

Autorizo que el resultado de la presente solicitud o en su defecto las observaciones que se formulen sean notificadas a la direccion de correo electronico señaladas en la seccion "Informante calificado del hogar".

¿ESTÁ DE ACUERDO? Sí ☐ No ☐

Leicy Ascencio

Firma del Solicitante

Huella índice derecho

Observaciones

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:
Thiago Emiliano

Apellidos:
Pascal Ascencio

Fecha de nacimiento:
14 08 2025

Historia Clínica:
1122344662

Barrio / Vereda:
Barrio San Felipe

Responsable del niño (a):
leicy Ascencio

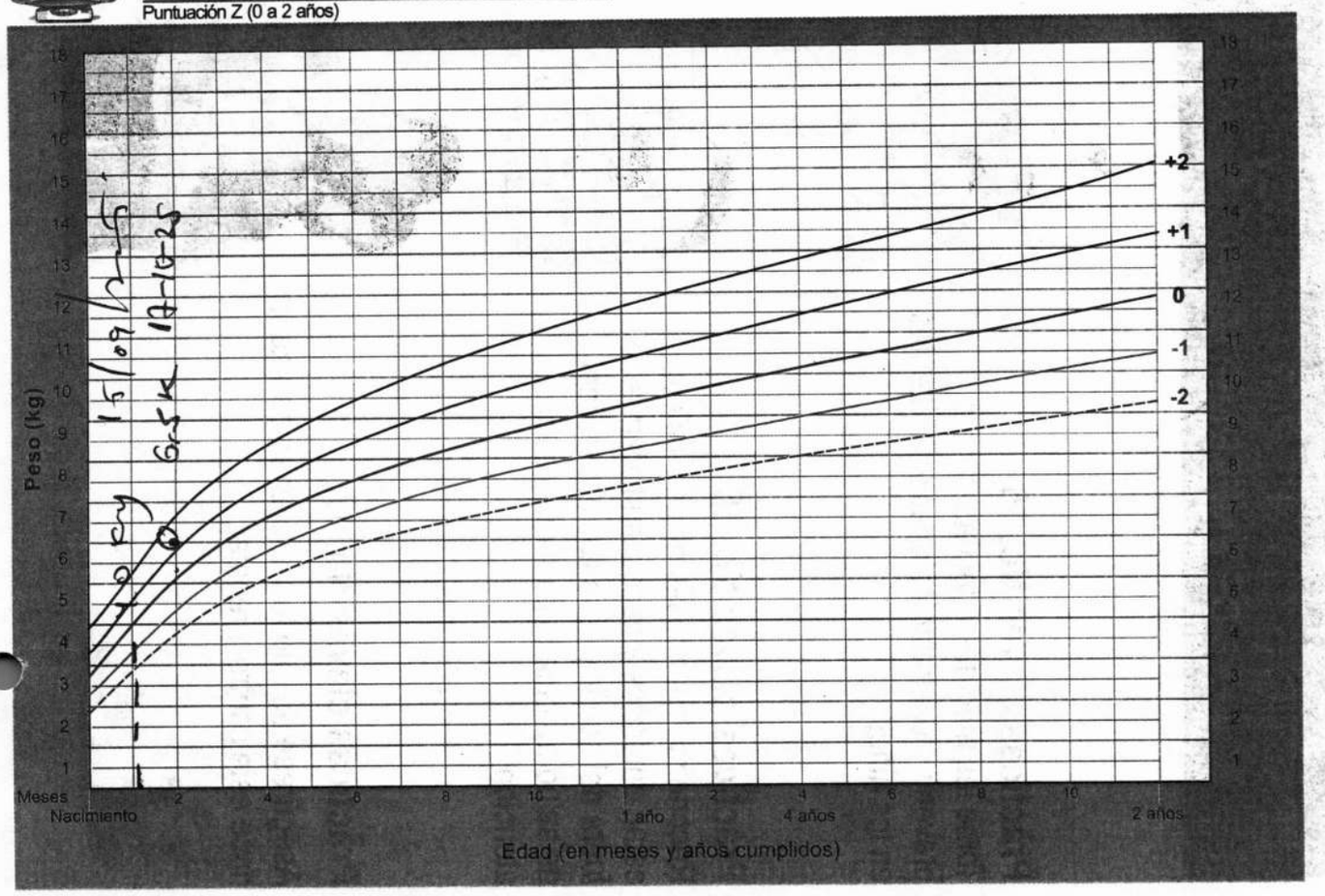
Teléfono:
3148940554

EPS:
Emssanar



Peso para la Edad Niños

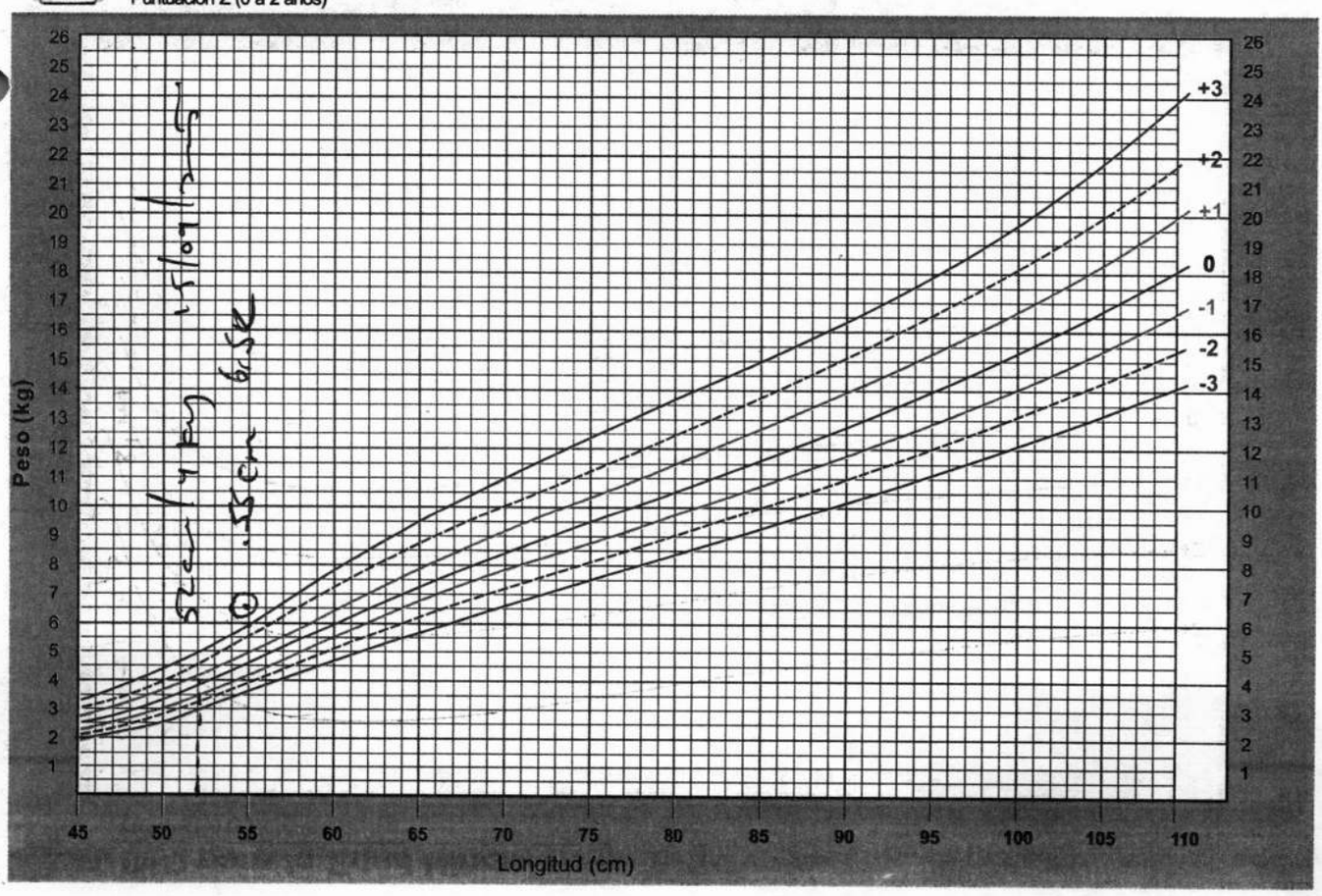
Puntuación Z (0 a 2 años)



20

Peso para la Talla Niños

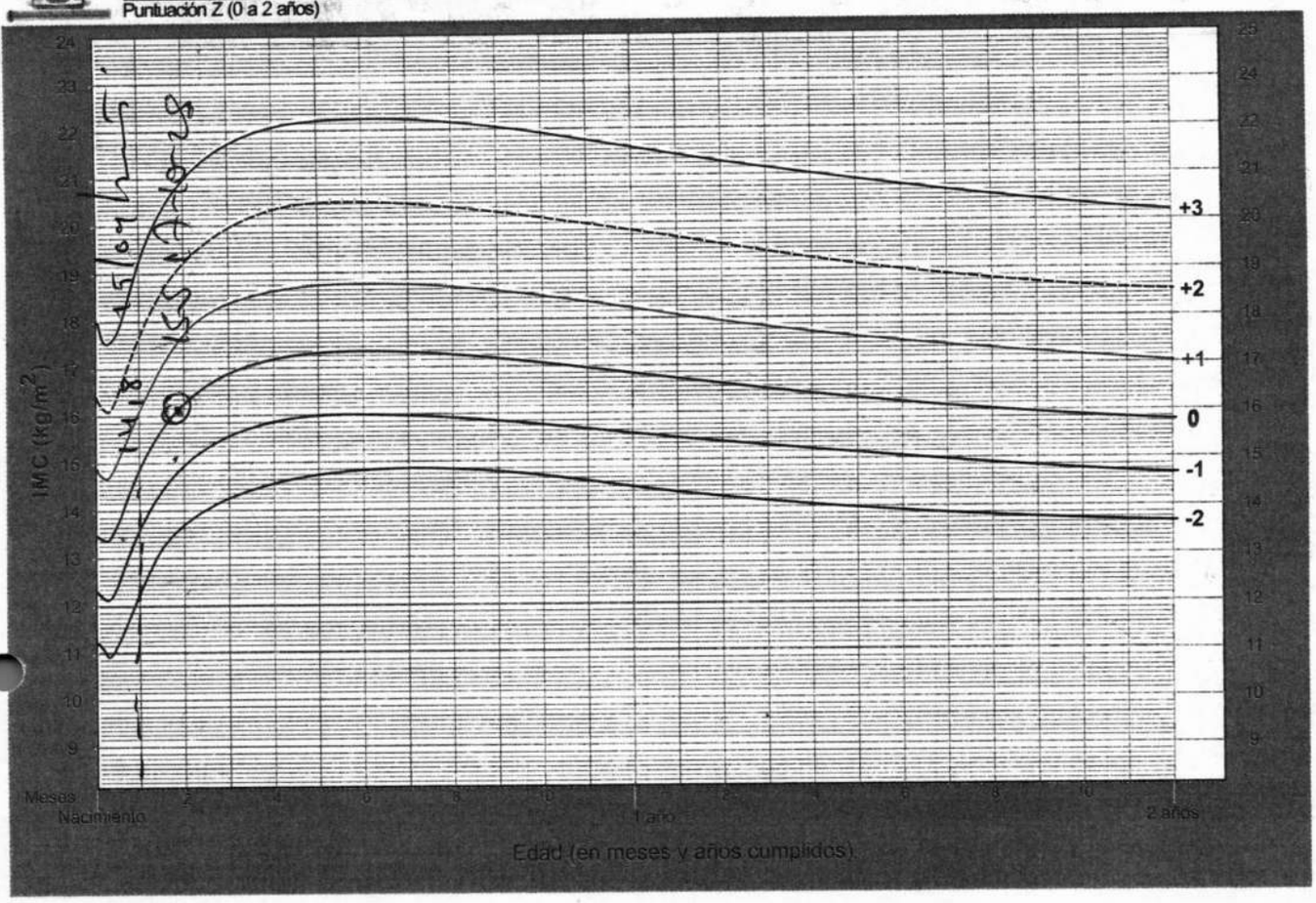
Puntuación Z (0 a 2 años)



21

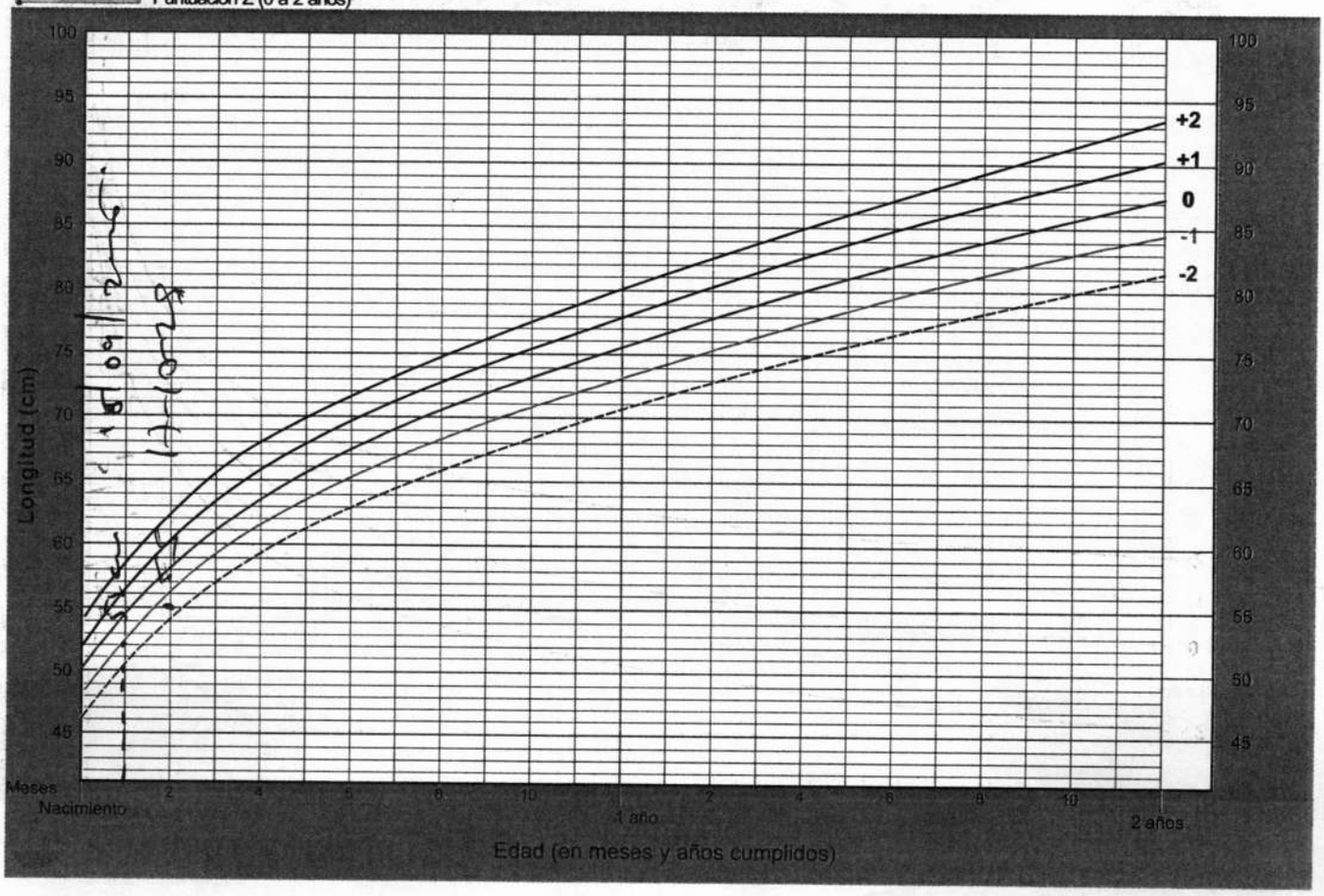
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



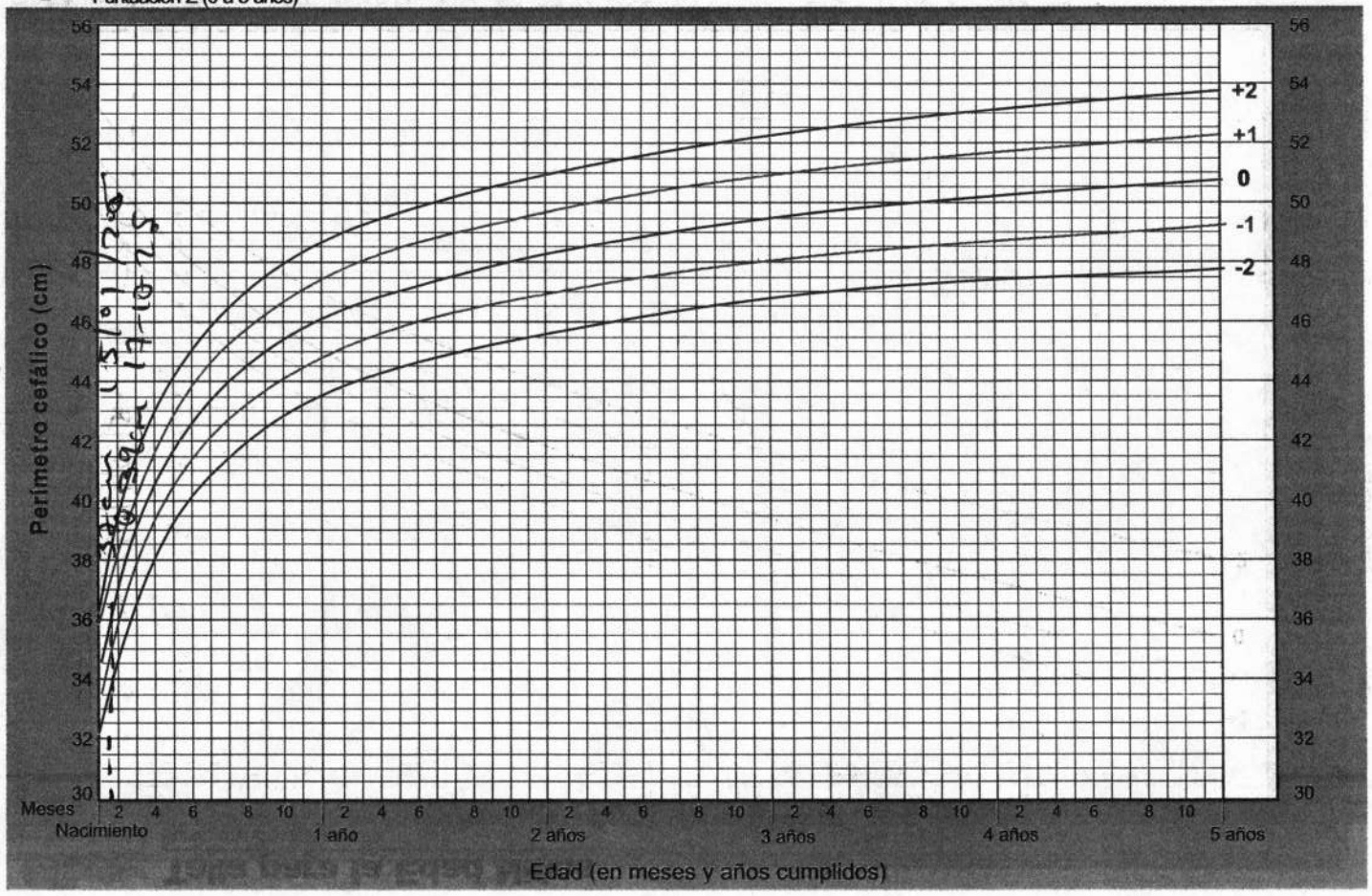
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Perímetro cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



24

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
15/09/25	4	52.	37	12.	14.8.	15/10/25	
17/10/28	6500	55	39	12	155	17/12/28	

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
15	9	2015	PCL	✓	
15	10	2015			

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 *Influenzae 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)

www.**minsalud**.gov.co @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				Valoración del Desarrollo										Profesional que atendió perfil
		Peso	Talla	PC	Punt. Z	Motor Grueso			Motor Fino			Audición y Lenguaje			Personal Social			
						A	R	SP	A	R	SP	A	R	SP	A	R	SP	
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

11MB 18 R/V

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

E.S.E HOSPITAL HJMH
PROGRAMA VACUNACIÓN
MOCOA

LAS VACUNAS SON SEGURAS Y SALVAN VIDAS ¡PONTE AL DÍA!

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Thiago Emiliano Pascal ascencio

X CC	TI	OTRO	1122344662

Tipo de Documento — No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 18 DÍA | AGO MES | 2025 AÑO

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: Rh:

Peso al nacer: 3280 Talla: 48

Dirección: Barrio San Felipe

Teléfono 1: 3148140354

Teléfono 2:

Responsable: Leicy Dayana Ascencio Bolanos.

Municipio de residencia: Dorada

Departamento: Putumayo.

cc: 1006.956.699 #118

Nombres y Apellidos: Thiago emiliano Pascal ascencio Tipo de Indentificación R. civil No. ID: 1122344662.

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	15	AGO	2025	Serum	0373MA117	ESE HJMA MOCOA				David onofre
	Hepatitis B	Recién nacido	15	AGO	2025	Serum	0323R0220	ESE HJMA MOCOA				David onofre
2 meses						**Lactancia materna exclusiva** Si☐ No☐						
	Poliomielitis	1ª	21	OCT	2025	BIOLOGICAL	2429006	HFID.				Sandy Martínez Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1123533862
	*Pentavalente	1ª	21	OCT	2025	SERUM	2854X013E					
	Rotavirus	1ª	21	OCT	2025	GSK	ARC1E075AA					
	Neumococo PCV 10☐ PCV 13☒	1ª	21	OCT	2025	PFIZER	LE5775					
4 meses						**Lactancia materna exclusiva** Si☐ No☐			CITA! 21-DICIEMBRE 2025			
	Poliomielitis	2ª										
	Pentavalente	2ª										
	Neumococo PCV 10☐ PCV 13☐	2ª										
	Rotavirus	2ª										
6 meses						**Lactancia materna exclusiva** Si☐ No☐						
	Poliomielitis	3ª										
	Pentavalente	3ª										
	Influenza estacional	1ª										
7 meses	Influenza estacional	2ª										
12 meses	Sarampión, Rubéola , Paperas	1ª										
	Neumococo PCV 10☐ PCV 13☐	Refuerzo										
	Varicela	1ª										
	Hepatitis A	Única										
	**Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis	1er Refuerzo										
	Pentavalente	1er Refuerzo										
	Sarampión, Rubéola , Paperas	Refuerzo										
	***Fiebre Amarilla	Única										
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 priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

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 nutritivo

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.956.699**
ASCENCIO GUARNICA

APELLIDOS
LEICY DAYANA

NOMBRES
Leicy Ascencio

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-DIC-2002**
PUERTO GUZMAN
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **F** SEXO

29-DIC-2020 SAMANIEGO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2311500-01194970-F-1006956699-20201230 0072971018A 1 8501236660

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Leicy Dayana Ascencio Identificado con C.C N° 1006956699 en calidad de: padre o madre ( ), del niño o niña: Thiago Emiliano Pascal o Gestante ( ) Lactante (✓), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mis Pequeños Soñadores, 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 18 Días del mes de Septiembre del Año 2025.

Leicy Ascencio
Madre o Acudiente
C.C 1006956699

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Merly Ramirez NOMBRE UCA: Mis Pequeños Soñadores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Thiago Emiliano Pascal IDENTIFICACIO: 1122344662 FECHA DE NACIMIENTO: 14/08/2026

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
10/10/25					se Realiza llamada telefonica a madre de participante para Recordarle que el nino tiene cita para control de crecimiento el dia 15/10/2025 y Vacuna 7 dosis de PV se Recomienda asistir puntual a estas sita seguimiento llamado telefonica 15/10/2025	Leidy Ascencio		el 15/10/25 se Realizo llamada telefonica para saber si lla le dieron cita para el control del nino y las Vacunas que esavan, para ese dia madre manifesta que le dieron cita para el 16/10/25 y que ese dia le vacuna de una sola vez	el dia 17/10/25 cumplo con las citas y entrego copias de las mismas dando asi por serrado la novedad	Cumplir con la cita del 15/10/2025 entregar copias para la carpeta del Progrcama

17
R/V

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Merly Patricia Ramirez NOMBRE UCA: Mis Pequeños Sonadores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Thiago Emiliano Pascal IDENTIFICACIO: 1122344662 FECHA DE NACIMIENTO: 14/08/2025

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					
17/9/25	X			X	Participante Thiago no asistio a la uca Porque tiene Permiso ya que su madre esta de Posparto y tiene cirugia ya que el Bebe nace Por cesarea este Permiso esta justificado se realizara seguimiento telefonico	Leidy Ascencio		el dia 12/9/25 se realizo llamada telefonica Para saber como se encuentre el niño madre manifiesta que muy Bien asta La fecha este mismo dia se le informo que el nino tiene cita Para el dia 15/9/25 Para el ingreso al control de crecimiento y desarrollo ya que el 14/9/25 sallo Domingo se lo realizo Puntual el 15/9/25 y entrega copias y se sorvo novedad	14/10/25 se solicita cita Para el ingreso al	Informar de inmediato cualquier novedad que se Presente con el nino Asistir Puntual el dia 15/9/25 con el nino al ingreso al control de Crecimiento y desarrollo entrega sus copias Para la carpeta

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Merly Ramirez NOMBRE UCA: Mis Pequeños Soñadores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Tiago Emiliano Pascal IDENTIFICACIO: 1122344662 FECHA DE NACIMIENTO: 14/8/24

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					
9/10/25				x	se recuerda a la madre en el encuentro grupal que su Hijo tiene cita para el dia 15/10/25 Para su control de Crecimiento y vacunas se sensibiliza sobre la importancia de dar Cumplimiento a dichas citas					Cumplir llevando al niño a las citas el 15/10/25 y entregar las copias a la maestra para la carpeta