Fundación
Alma de Vida

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 (Categoria entre A 01 hasta C7) ___Pertenecientes a Res UNIDOS ___Pertenecientes a Familias en Acción ___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición ___Remitidos por SNBF ___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado) ___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.) ___Niños y niñas con discapacidad. ___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión. ___Población migrante en condición de vulnerabilidad. ___Activos en ruta de reincorporación.
5	Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente: (ADRESS)
6	Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo).
6	Copia del carnet de vacunación.
7	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
8	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
9	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
10	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
11	Fotocopia de un recibo de servicios públicos domiciliarios cuando sea necesario (aplica para zona urbana y en zona rural solo si se cuenta con servicios públicos)
12	Certificado de asistencia a consulta de salud bucal (Niños y niñas mayores de 6 meses)
13	Certificado del examen de agudeza visual (Niños y niñas mayores de 4 años)
14	Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años)
15	Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal.
16	Formato de veracidad de la información ficha de caracterización.
17	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
18	Formato de autorización uso de imágenes.
19	Planilla seguimiento nutricional
20	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
21	Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa,

321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

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

1



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

UDS: Mis Tesoritos **MUNICIPIO:** San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
ADHARA ANTONELLA SOLARTE Madroñero

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO **NUIP No.** 1122317389

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 28-01-2024 **EDAD:** 1 Año **MUNICIPIO:** Puerto Asis

DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** Colombia **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: VI Risaralda **ESTRATO:** A2 **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: NO:

CUAL?: **MOTIVO DEL RETIRO:** **PARTICIPA**

EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: NO: X CUAL: **EPS DEL PARTICIPANTE:** Emsanar

SUBSIDIADO: **CONTRIBUTIVO:** **PRESENTA DISCAPACIDAD:** SI: NO: X **DIAGNOSTICO:** **ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD:** **PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD:** SI: NO: X

CUAL: N/A **PRESENTA ALGUNA ALERGIA:** SI: NO: X CUAL:

TIENE SISBEN: SI: X NO: PUNTAJE:

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: Andason Adrián Solarte Salas

No. IDENTIFICACION: 1.006.188.462 **DIRECCION RESIDENCIA:** VI Risaralda

CELULAR: 3231345153 **E.P.S:** Emsanar

OCUPACION U OFICIO: OFICIOS Varios

EMPRESA DONDE LABORA:

NIVEL DE ESCOLARIDAD: **PROFESIÓN:** OFICIOS Varios

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Rosa Lucy Madroñero Carreña

No. IDENTIFICACION: 1.006.787911 **DIRECCION RESIDENCIA:** VI Risaralda

CELULAR: 3219831330 **E.P.S:** Emsanar

OCUPACION U OFICIO: trabajadora independiente.

EMPRESA DONDE LABORA:

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller **PROFESIÓN:** N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Rosa Lucy Madroñero

NUMERO IDENTIFICACION: 1006787911 **CELULAR:** 3219831330

DIRECCION: VI Risaralda **PARENTESCO:** Madre

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE
Lucy Madroñero

FIRMA AGENTE EDUCATIVA
Natalia Diaz

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.122.344.389

Indicativo Serial 63700388

63700388

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 5 6 2

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
SOLARTE	MADRONERO

Nombre(s)

ADHARA ANTONELLA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes ENE Día 28	FEMENINO	O	NEGATIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	2401981084188 4

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

Apellidos y nombres completos

MADRONERO CARRERA ROSA LUCI

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.006.787.917	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos

SOLARTE SALAS ANDERSON ADRIAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.006.788.462	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MADRONERO CARRERA ROSA LUCI

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.006.787.917	R. Luci Madroñero

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segunda testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2024 Mes FEB Día 14	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

14.FEB.2024 - LIBRO DE VARIO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Adhesivo Copia Registro Civil
36308285-2

San Miguel (La Dorada) - Putumayo, 14 de febrero de 2024
VALIDO TRAMITES LEGALES Y CIVILES.

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador Municipal del Estado Civil

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 02/04/2025

Ficha: 867576741052800008724

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ROSA LUCI

Apellidos: MADROÑERO CARRERA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1006787917

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 01/08/2024

Última actualización ciudadano: 01/08/2024

Última actualización via registros administrativos: 18/09/2024

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTE

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libert

Teléfono: 4210537 - 32131387

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov

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

1. Por validación de información en otros registros administrativos

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	1122344389
NOMBRES	ADHARA ANTONELLA
APELLIDOS	SOLARTE MADROÑERO
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	29/01/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/03/2025 12:15:27	**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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

6
RIV

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

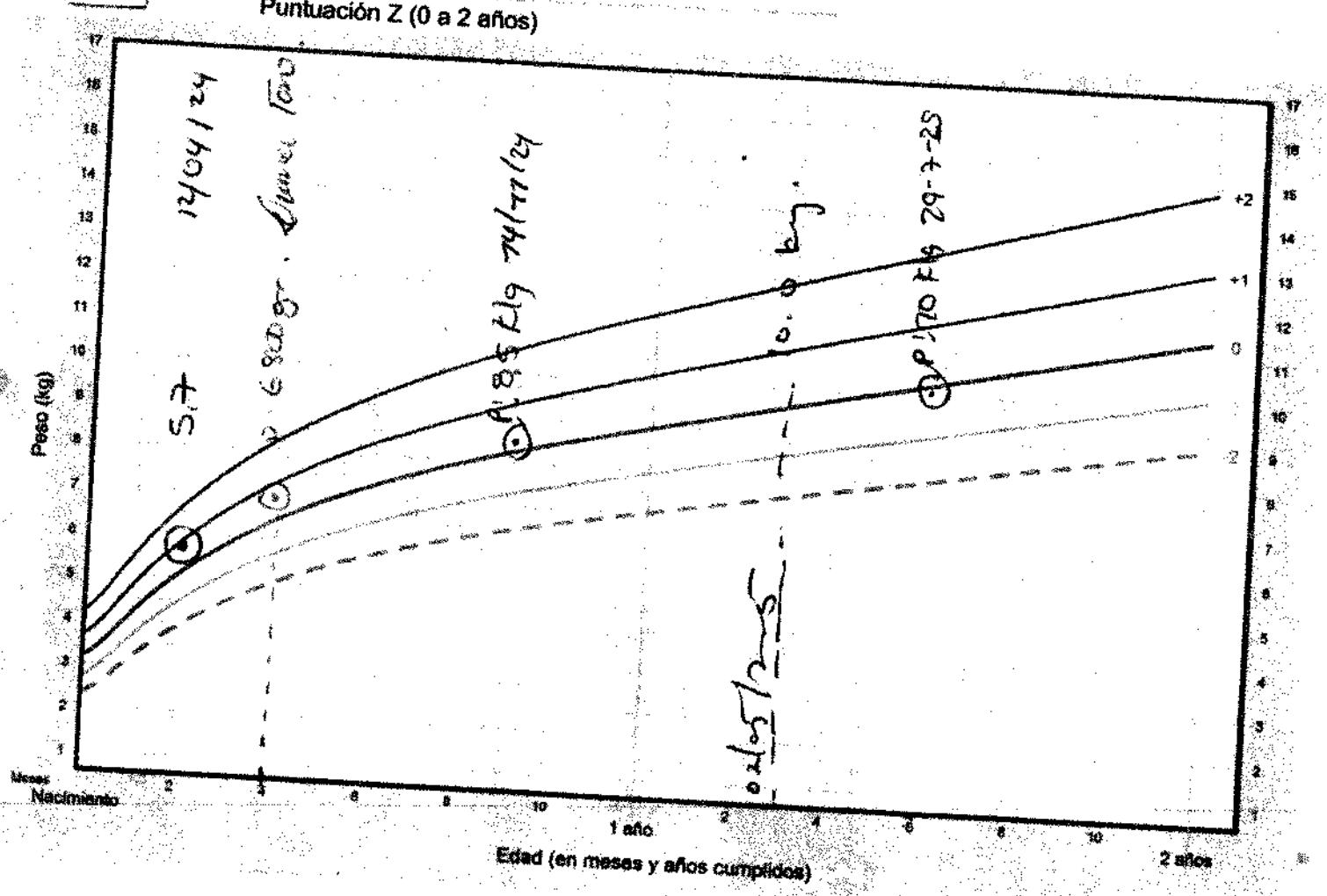
...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: ADHARA ANTONELLA	Apellidos: SOLARTE MADROÑERO
Fecha de nacimiento: 28 DÍA / 01 MES / 2024 AÑO	Historia Clínica: 1122344389
Barrio/Vereda: VI RIBERA	Responsable del niño: ROSA M.
Teléfono:	EPS: 118



Puntuación Z (0 a 2 años)

Peso (kg)

Longitud (cm)

Puntuación Z (0 a 2 años)

Edad (en meses y años cumplidos)

1 año

2 años

P 5,7 T 58 12/04/24

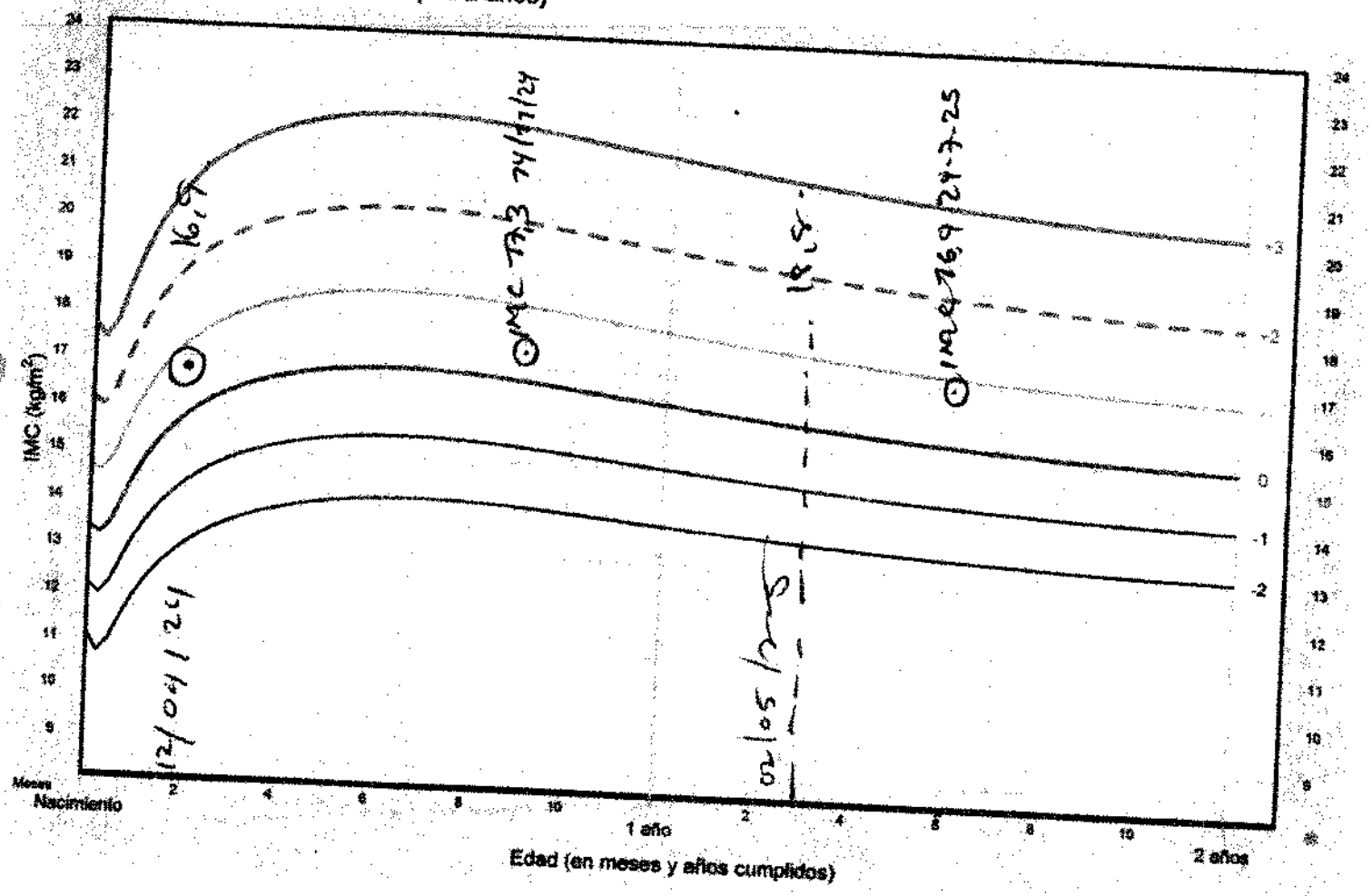
Peso: 6.800 gr. 13/06/24

P: 9,6 Kg T: 74cm 24/11/24

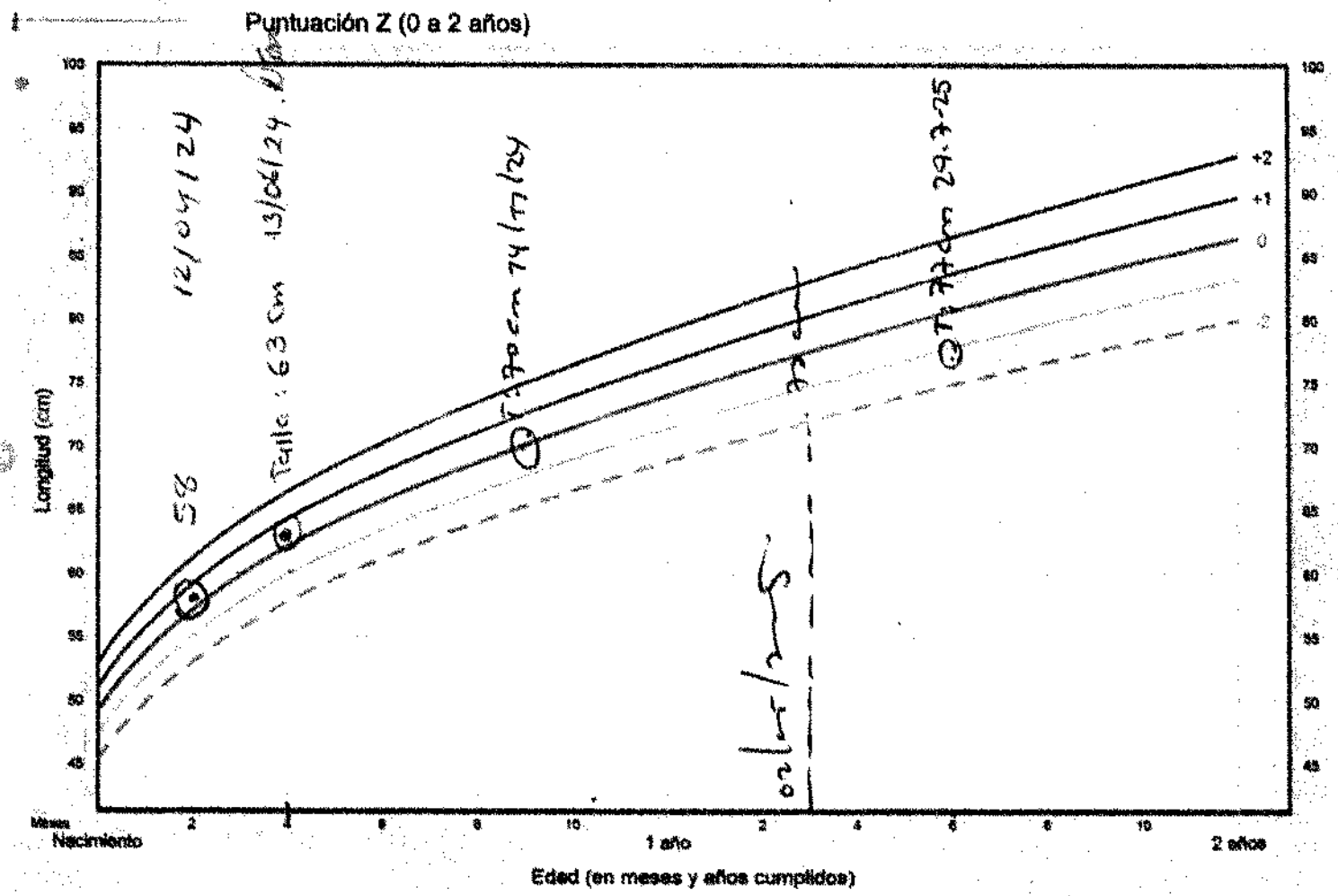
P: 10 Kg T: 77cm 29-7-25

IMC para la Edad Meses

Puntuación Z (0 a 2 años)

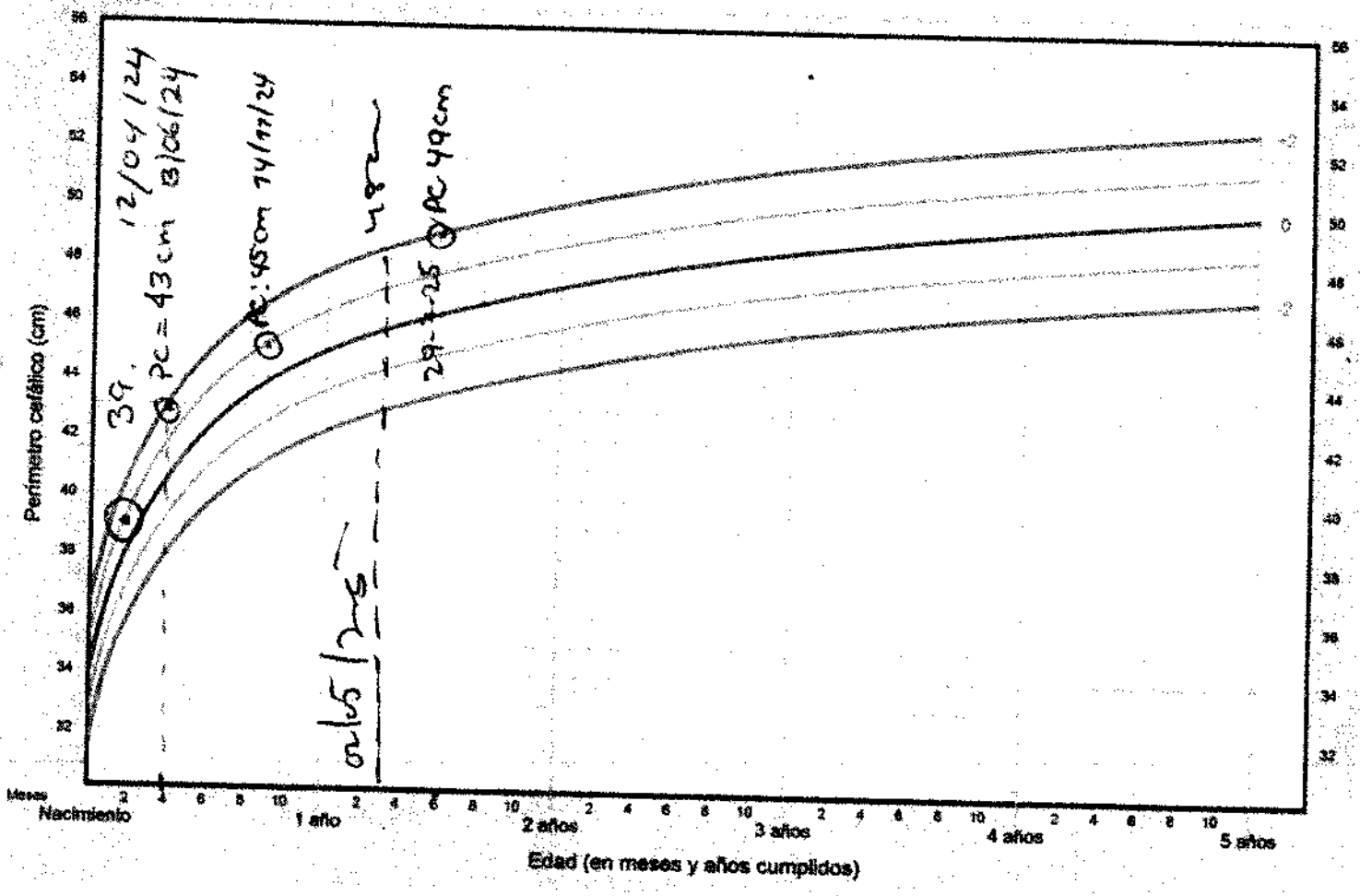


Puntuación Z (0 a 2 años)


Puntuación Z (0 a 2 años)
Longitud (cm)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
12/04/24
13/04/24
74cm 17/7/24
74cm 29-7-25
58
Talla: 63 cm

Perímetro cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



Talla para la Edad Niñas

CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	AÑO	HORA	SI ASISTIO	NO	Firma del profesional
12	Abril	2024	Medico	Si ✓		Dra. Yessenia Cedeño Médico General M.P. 0702555
28	Mayo	2024	Medico			
74	Nov	2024	Enfermeria	Si ✓		Milena C.
52	05	2025	Enf	✓		
74	03	2025	Enf		X	
29	Julio	2025	Enfer	Si ✓		Milena C.
29	07	2026	Medico	Cita		

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
12/04/24	5,7	56	39	14	16,9	28/05/24	Dra. Yessenia Cedeño Médico General M.P. 0702555
13/16/24	6,8	63 cm	43	14,5		28/07/24	
14-11-24	8,5	70	45	14	17,3	28-01-25	Milena C.
02/05/25	10	73	48	15	18,8	28/07/25	
29-7-2025	70	77	49	76	16,9	28-01-2026	Milena C.

10
R/V

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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

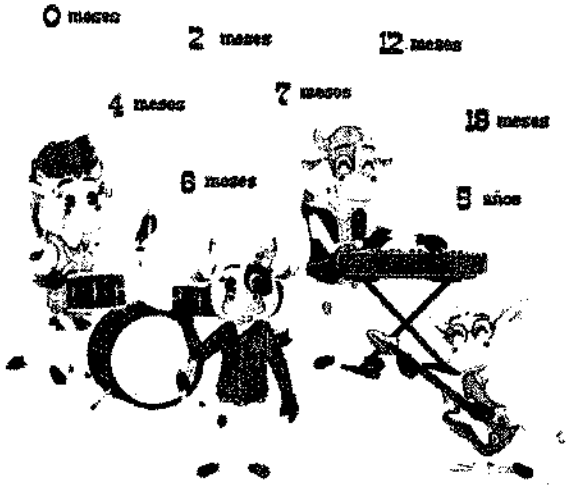
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 cm/cal

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: Adhara Antonella Solarte Madroñero

Fecha de nacimiento: 28-Enero-24

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1 122 344 389

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: O-

Peso al nacer: 3370 Talla: 50

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Rosalucy Madroñero Carrera

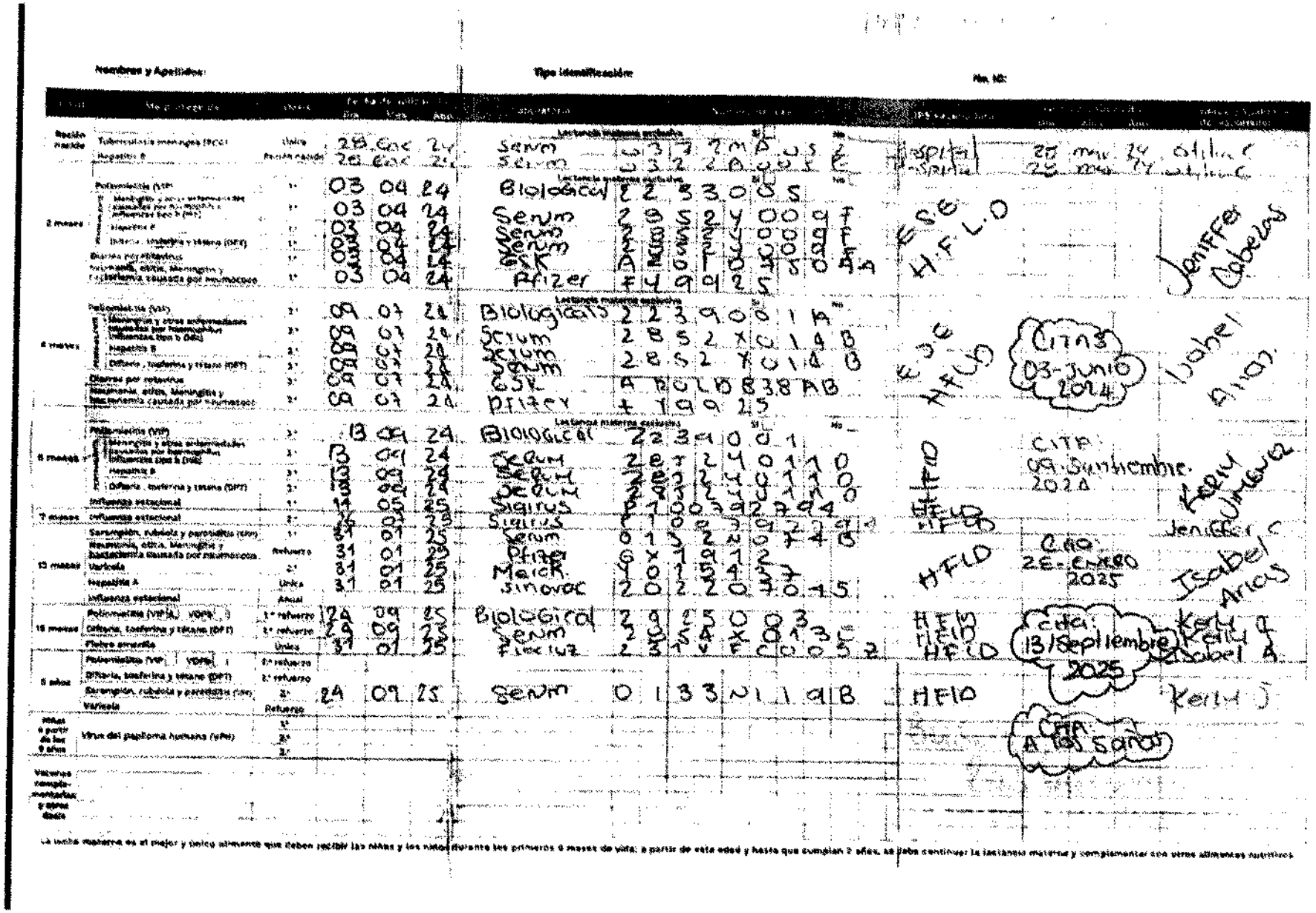
Municipio de residencia: Dorada

Departamento: Putumayo

CC: 1006987917

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol



Nombres y Apellidos:

Tipo Identificación:

No. ID:

Edad	Vacuna que aplica	Dosis	Fecha de aplicación: Día	Mes	Año	Laboratorio productor	Lote No.	Jeringa No.	IPS vacunadora	Día	Mes	Año	Nombre completo del vacunador
Recién nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	28	Dic	24	Serum	0 3 7 2 M 0 5		Hospital	28	Dic	24	Odilia C
	Hepatitis B	Recién nacido	28	Dic	24	Serum	0 3 7 2 A 0 0 5		Hospital	28	Dic	24	Odilia C
2 meses	Polimielitis (VIP)	1ª	03	04	24	Biologicos	2 2 3 3 0 0 5		ESE HFLO				Jeniffer Cabezas
	Meningitis y otras enfermedades invasivas por Haemophilus influenzae tipo b (HiB)	1ª	03	04	24	Serum	2 8 5 2 4 0 0 9	F					
	Hepatitis B	1ª	03	04	24	Serum	2 8 5 2 4 0 0 9	F					
	Difteria, tosferina y tétanos (DPT)	1ª	03	04	24	Serum	2 8 5 2 4 0 0 9	F					
	Diarreas por rotavirus	1ª	03	04	24	GSK	A B C D E 3 8 A B						
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1ª	03	04	24	Pfizer	F 4 9 9 2 5						
4 meses	Polimielitis (VIP)	2ª	09	07	24	Biologicos	2 2 3 9 0 0 1	A	ESE HFLO	CITA 03-JUNIO 2024			Isabel Arias
	Meningitis y otras enfermedades invasivas por Haemophilus influenzae tipo b (HiB)	2ª	09	07	24	Serum	2 8 5 2 X 0 1 4	B					
	Hepatitis B	2ª	09	07	24	Serum	2 8 5 2 X 0 1 4	B					
	Difteria, tosferina y tétanos (DPT)	2ª	09	07	24	Serum	2 8 5 2 X 0 1 4	B					
	Diarreas por rotavirus	2ª	09	07	24	GSK	A B C D E 3 8 A B						
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2ª	09	07	24	Pfizer	F 1 9 9 2 5						
6 meses	Polimielitis (VIP)	3ª	13	09	24	Biologicos	2 2 3 4 0 0 1		HFLD	CITA: 09-Septiembre 2024			Kelin Jimenez
	Meningitis y otras enfermedades invasivas por Haemophilus influenzae tipo b (HiB)	3ª	13	09	24	Serum	2 8 5 2 4 0 1 1	0					
	Hepatitis B	3ª	13	09	24	Serum	2 8 5 2 4 0 1 1	0					
	Difteria, tosferina y tétanos (DPT)	3ª	13	09	24	Serum	2 8 5 2 4 0 1 1	0					
	Influenza estacional	1ª	14	05	25	Sigirus	F 1 0 0 3 9 2 2 9 4		HFLD				Jennifer C
7 meses	Influenza estacional	2ª	04	06	25	Sigirus	F 1 0 0 3 9 2 2 9 4		HFLD				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	31	01	25	Serum	0 1 5 2 N 0 7 4	B	HFLD	Cita: 28- ENERO 2025			Isabel C Arias
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	31	01	25	Pfizer	6 X 1 9 1 2						
	Varicela	1ª	31	01	25	Merck	4 0 1 5 4 3 7						
	Hepatitis A	Única	31	01	25	Sinovac	2 0 2 2 0 7 0 1 5						
	Influenza estacional	Anual											
18 meses	Polimielitis (VIP) (VOPA)	1er refuerzo	24	09	25	Biologicos	2 9 2 5 0 0 3		HFLD	Cita: 13/Septiembre 2025			Kelin Isabel A.
	Difteria, tosferina y tétanos (DPT)	1er refuerzo	24	09	25	Serum	2 8 5 4 X 0 1 3	E	HFLD				
	Fiebre amarilla	Única	31	01	25	Fiocruz	2 3 1 V F C 0 0 5 2		HFLD				
5 años	Polimielitis (VIP) (VOPA)	2º refuerzo											
	Difteria, tosferina y tétanos (DPT)	2º refuerzo											
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2º Refuerzo	24	09	25	Serum	0 1 3 3 N 1 1 9	B	HFLD	CITA A los 5 años			Kelin J
	Varicela	2º Refuerzo											
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1º											
		2º											
		3º											
Vacunas recuperadas, monitoreo y otros datos													

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

11
2/2

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

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

CIUDAD San miguel FECHA: DIA 08 MES 05 AÑO 2025 HORA: 12pm

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA PERSONA:

NOMBRES Adala Alexandra APELLIDOS Salazar medrano

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NUMERO: 1122344389

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 28 MES: 01 AÑO 2024 EDAD: 1A años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunacion 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 utero y el sarampión. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a si 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 aprobacion 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)

Medida de bioseguridad

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Pfizer. Primera dosis [ ] Segunda dosis [ ] 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 inflamacion leve en el lugar de la inyeccion; 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.

INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES

La vacuna tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 dias postparto, siempre que los posibles beneficios superen los posibles riesgos con base en la evaluación clinica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante, lo cual deberá presentar al momento de la vacunacion certificación que acredite tal evaluación.

La vacuna que se le está administrando es eficaz para evitar complicaciones severas y muerte en la gestante y el feto por SARS CoV-2 COVID-19

A la fecha no hay pruebas que la vacuna cause efectos adversos importantes para la mujer embarazada, el feto o la placenta, además de los ya observados para la población general

A nivel poblacional son muchos mayores los beneficios de administrar el biológico, sobre los riesgos de llegar a padecer COVID-19 durante la gestación, por el impacto que sobre la salud materna y perinatal produce la infección por SARS-Co-2 y ante el alto riesgo de complicaciones severas, ingreso a UCI, y morbilidad y mortabilidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.

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 expresion 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 gestacion o durante los 40 días postparto: SI [ ] NO [ ] y en caso afirmativo aporto certificacion 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**: [X] que se me aplique la vacuna

Firma de la persona: Luey madroñero cc 1006787917

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

Nombres _____ Apellidos _____

Tipo de Identificacion: CC [X] CE [ ] OTRO [ ] Número _____

Firma: _____

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: Jeniffer Yulieth Cabezas Meneses

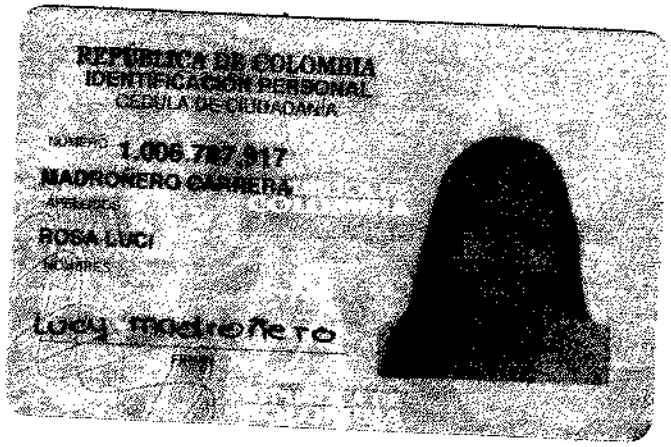
Firma Jeniffer Cabezas Tipo de Identificación: CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] Número 1126446069

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HPD

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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.006.787.917

MADROÑERO CARRERA

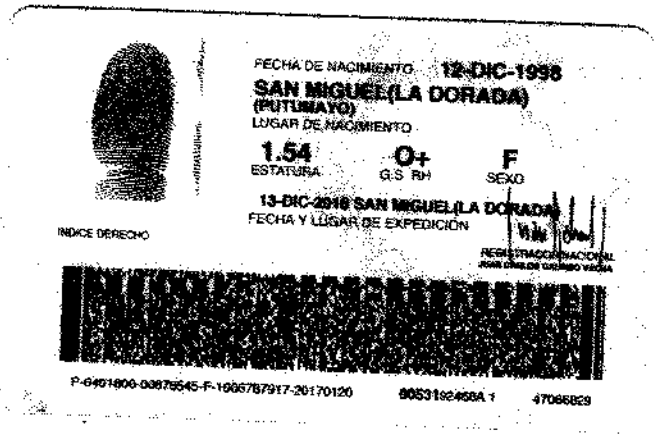
APELLIDOS

ROSA LUCI

NOMBRES

Lucy Madroñero

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 12-DIC-1998

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

13-DIC-2016 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-0401800-00875545-F-1006787917-20170120 0053192458A 1 47066829

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET **RIAS** **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud...



Nombres y Apellidos
Adhara Antonella Salaite M.
Tipo de Identificación | EPS
1122344381 | Emssanar
Teléfono | Procedencia
821983 1330 | V/ Risaralda

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) Ó AÑOS (A)												
			0 DIAS	1 M	2 M	3-4 M	5-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3A	4A	5A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general							15/12/25						
		Atención en salud por enfermería							15/12/25						
		Atención en salud por Odontologia							28/11/25						
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor													
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

Yohana Peñuela Pérez
ODONTÓLOGA
TP 032736

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Rosa lucy Madroñero Identificado con C.C N° 1006797917 en calidad de: . padre o madre (madre), del niño o niña: Adhara antonella Solarte o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Los tesoritos, me comprometo a cumplir con los siguientes lineamientos:

1. Llevar personalmente o enviar con un adulto responsable debidamente autorizado, al niño o niña al encuentro en el horario establecido.
2. En caso de inasistencia, se debe diligenciar una excusa por una justa causa, dirigida a la maestra responsable de la unidad con anticipación.
3. En caso de que el usuario tenga cita o control médico, informar con anticipación a la maestra responsable para su registro.
4. Cuando el usuario vaya a llegar tarde al encuentro por una justa causa informar oportunamente a la maestra.
5. Participar y colaborar en todas las actividades programadas por la unidad comunitaria de atención, y el servicio ofrecido por el ICBF y la Fundación Alma de vida, pues estas son con el objetivo de mejorar la atención del niño o niña y sus familias.
6. Cuando tenga alguna queja, reclamo o sugerencia, seguir el CONDUCTO REGULAR: Maestra, Psicosocial o Auxiliar de enfermería, coordinador, Fundación e ICBF, teniendo en cuenta:
   - ✓ Hacerlo en el momento en el que ocurra el motivo o causa de la queja, reclamo o sugerencia.
   - ✓ Hacerlo con respeto, buenos modales y fines constructivos, que contribuyan al mejoramiento del servicio que ofrece a unidad de atención.
   - ✓ Tratarlo sólo en unidad, con la persona que corresponda de acuerdo al Conducto Regular y nunca hacer comentarios dañinos en la calle.
   - ✓ También se puede hacer a través del Buzón de Sugerencias.
7. Revisar los complementos nutricionales en el momento de entrega por parte de la maestra y reportar inmediatamente si se presenta novedades.

Se firma en San Miguel, a los 01 Días del mes de 04 del Año 2025

lucy Madroñero
Madre o Acudiente
C.C 1006797917

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 Adhara antonella Solarte Madroñero identificado (a) con documento de identidad número 1122349381 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	Y	Audios	Y	Videos	Y	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:
Yo, Rosa lucy Madroñero, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006 487911 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	X	Audios	Y	Videos	X	Otros datos personales	X

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 una deuda, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa EIC

Suscriben:

Firma: lucy Madroñero
Nombre: Rosa lucy Madroñero
Calidad - Titular: Madre Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3219831330
Fecha: 01/04/25
Municipio: Sonsón

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel

Nombre completo de la niña o niño ADHARA ANTHONELLA SOLARTE MADROÑERO

Fecha de nacimiento 28 01 2024 **N° Documento de Identidad** 1122344389

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** 02-04-2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Yennifer Quiñonez Diaz

Fecha de registro cualitativo 03-07-2025

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

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

Observaciones generales

la niña ADHARA le gusta escuchar canciones infantiles Le gusta Pintar con Colores la mayor Parte la Pasa con su madre se encuentra en Perfil esperado.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Sandra Natalia Diaz

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

La niña Adhara solarte le gusta escuchar y Cantar canciones infantiles, usa Palabras Para expresar Como se siente. Esta en el perfil esperado.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

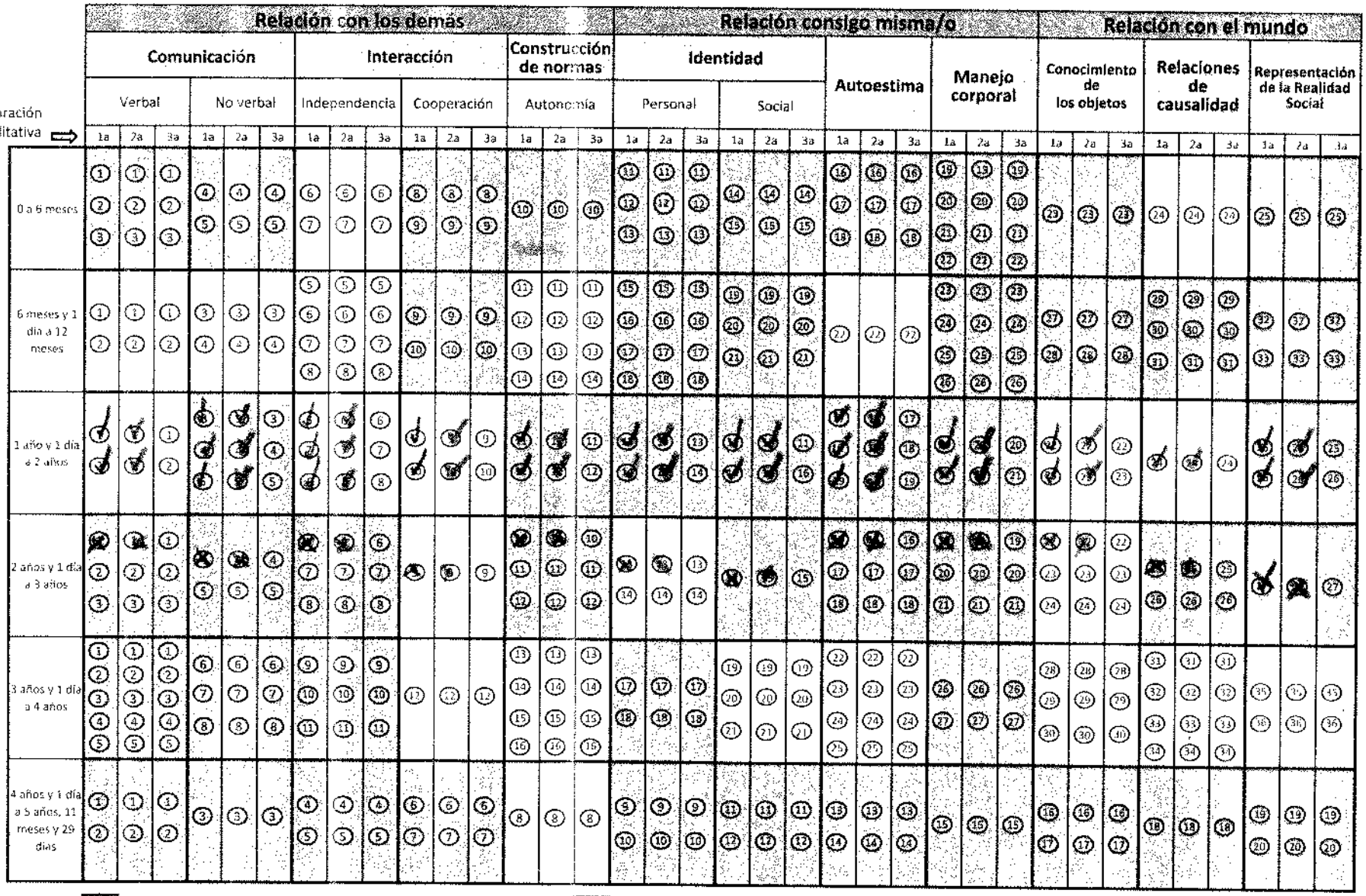
Fecha de resgistro cualitativo

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

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

Observaciones generales

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


Relación con los demás
Relación consigo misma/o
Relación con el mundo
Comunicación
Interacción
Construcción de normas
Identidad
Autoestima
Manejo corporal
Conocimiento de los objetos
Relaciones de causalidad
Representación de la Realidad Social
Verbal
No verbal
Independencia
Cooperación
Autonomía
Personal
Social
Valoración Cualitativa
1a
2a
3a
0 a 6 meses
6 meses y 1 día a 12 meses
1 año y 1 día a 2 años
2 años y 1 día a 3 años
3 años y 1 día a 4 años
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días
= Procesos y subprocesos fundamentales
= Procesos y subprocesos no fundamentales

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPESINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

74

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Natalia Diaz Rules NOMBRE UCA: Mis Ternuritas

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Adhara Antonella Sokrte IDENTIFICACIÓN: 1122344389 FECHA DE NACIMIENTO: 28-01-2024.

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					
05-11-2025	X				El dia 26-07-2025 se reguestra la aplicacion de la Primera dosis de la vacuna contra la Influenza a la niña Adhara, la administracion del biologico se realizo conforme a los lineamientos vigentes del Programa de Inmunizaciones.		Natalia Diaz	Se realiza Orientaciones a la madre de Familia que este Pendiente en la vacunacion ya que son Importantes Para el bienestar de la Salud de la niña.	Se deja en Constancia que, segun la normatividad establecida la niña debera recibir el refuerzo Correspondiente en el proximo año, tal como lo indica el	Se realizo acompañamiento al hospital Fronterito la dorada donde nos da a conocer que ella se asesoro con las vacunadoras donde el esquema de vacunacion de
									lineamiento Para la continuidad del esquema de Vacunacion contra Influenza Se Cierra Novedad.	la niña esta completamente al dia.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPESINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Natalia Diaz NOMBRE UCA: Mis ternuritas

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Adhara Antonella Solarte IDENTIFICACIÓN: 1122344389. FECHA DE NACIMIENTO: 28-01-2024

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					
22-10-2025	X				mediante llamada telefonica la madre se Comunica con la Agente Educativa para solicitar Permiso ya que no esta en el municipio por Problemas Familiares.	Luz Marleny	Natalia Diaz	Se recuerda a la madre la importancia de acudir a los encuentros. Se Cierra Novedad	En el llamado telefonico la madre da a conocer el estado de Salud de la niña; esta bien de salud se cierra Novedad	la madre se compromete a Asistir a los Proximos encuentros.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPESINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O):_____ **NOMBRE UCA:** _____

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: _____ **IDENTIFICACIÓN:** _____ **FECHA DE NACIMIENTO:**_____

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					

19
R/V

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Andrea Cordoba NOMBRE UCA: Mis Ternuritas

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Adhara Antonella Solarte IDENTIFICACIO: 1122344389 FECHA DE NACIMIENTO: 28-enero-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					
13-09-2025	X		9:00		Se realiza llamado telefonico a la madre de adhara para recordarle que el dia dehoy tiene vacunas la niña	Luz Mahecha	Andrea Cordoba	Se recuerda la imfortancia de dar cumplimiento al esquema de Vacunacion como derecho primordial de la niña	16-09-25 se realiza llamado a la madre de adhara en donde sale buzon me comunico con la hermana en donde refiere que ella no se encuentra por que se fue a una finca a trabajar con su Marido y no cree	asistir a los encuentros y citas programadas entregar documentacion actualizada.
									que asista al encuentro de mañana. se le pide a la hermana si logra comunicarse porfavor poderse el dia con documentacion de vacunas. se continuara llamando hasta poder comunicarnos.	

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): _____ **NOMBRE UCA:** _____

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: _____ **IDENTIFICACIO:** _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

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					
24-04-2025	x				Realizamos Dialogo con la Madre de familia donde nos da a conocer que no se Realizo la vacunacion establecida por un inconveniente personal. pero el dia le Realizo la vacunacion Respectiva de los 18 Meses la cual ella entrego el Documento actualizado.	Luci Madroñero	Andrea Cordoba	Orientamos Sobre el Compromiso de Tener a la niña al dia con su Polamentacion		Madre se compromete a estar pendiente de la salud de la niño. Cierre Novedad 24-04-2025 Hora: 4:11pm

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

20 RV

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Andrea Cordoba **NOMBRE UCA:** Mis Tesoritos

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Antonella Solarte madroñero **IDENTIFICACIO:** 1122344389 **FECHA DE NACIMIENTO:** 28-07-2024

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					
9-9-2024	X			1:00	Madre de familia realiza llamado telefonico para solicitar permiso ya que no podra llevar a la niña al encuentro porque tiene una cita medica.	Luis Madroñero	Andrea Cordoba	se le recuerda a la madre de familia la importancia de asistir a los encuentros tambien se recomienda mantener informado sobre el estado de salud de la niña.	el 10-9-2025 se realiza llamado telefonico a la madre en para preguntar sobre el estado de salud de la menor en donde refiere encontrarse bien. Se cierra la novedad.	Madre se compromete hacer asistir al proximo encuentro y mantener informado sobre el estado de salud de la niña.
1- 22-10-2025										

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): _____ **NOMBRE UCA:** _____

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: _____ **IDENTIFICACIO:** _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

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					