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

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

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



FECHA SOLICITUD CUPO: 1-3-25 FECHA INGRESO: 01-04-2025

UDS: Mis Ternuritas MUNICIPIO: San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
ADARA ISABELLA SANTACRUZ

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1126144846

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 4 Junio 2024 EDAD: 9 meses MUNICIPIO: Lago Agrio

DEPARTAMENTO: Nueva Loja PAIS: Ecuador DIRECCION

DE RESIDENCIA: V/ Risaralda ESTRATO: N/A ¿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: X CUAL: N/A

EPS DEL PARTICIPANTE: Emssanar SUBSIDIADO: X __ CONTRIBUTIVO:

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X DIAGNOSTICO: N/A

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: N/A

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

TIENE SISBEN: SI: X NO: __ PUNTAJE: A-2 DESPLAZADO: SI: X __ NO:

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

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: BRAYAN DAVID SANTACRUZ GUERRERO

No. IDENTIFICACION: 1006 788 457 DIRECCION RESIDENCIA: V/Risaralda

CELULAR: 310 782 0877 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: ____

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: LUISA FERNANDA VALLEJO ALVAREZ

No. IDENTIFICACION: 1086695318 DIRECCION RESIDENCIA: V/ Risaralda

CELULAR: 3107820872 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de Casa

EMPRESA DONDE LABORA: ____

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: MARIA SIBERIA ALVAREZ

NUMERO IDENTIFICACION: 27314293 CELULAR: N/A

DIRECCION: V/ Risaralda PARENTESCO: ABUELA

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE
Luisa VALLEJO

FIRMA AGENTE EDUCATIVO
Sara Lorena Mueses

3
RIN

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1126144846

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 64362748

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [X] Delegación [ ] Inspección de Policía [ ] Código Y 4 Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e Inspección de Policía

ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANTACRUZ	VALLEJO

Nombre(s)

ADARA ISAABELLA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes JUN Día 04	FEMENINO	A	+

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

ECUADOR , SUCUMBIOS , LAGO AGRIO, NUEVA LOJA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	2150830384

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas mujeres con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que incluyen los documentos para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

SANTACRUZ GUERRERO BRAYAN DAVID

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1006788457	COLOMBIANA

Datos del padre o madre (Para casos de parejas mujeres con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que incluyen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

VALLEJO ALVAREZ LUISA FERNANDA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1086695318	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VALLEJO ALVAREZ LUISA FERNANDA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1086695318	[signature]

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXX

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

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXX

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

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2024 Mes SEP Día 03	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES [signature] Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
BRAYAN DAVID SANTACRUZ GUERRERO [signature] Firma	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES [signature] Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Fiel copia del original expedido el 2024-09-04 por MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES, CONSUL en el Consulado de Colombia

[signature]

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

CONSULADO EN NUEVA LOJA (ECUADOR)

El suscrito (a) CONSUL certifica que el presente documento es fiel COPIA del REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO tomada de su original que reposa en el Ministerio de Relaciones Exteriores. con serial 64362748 de ADARA ISAABELLA SANTACRUZ VALLEJO.

Se expide para DEMOSTRAR PARENTESCO.

La copia se expide el 04 de septiembre de 2024.

MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES
CONSUL
NUEVA LOJA

La autenticidad de este documento puede ser verificada en: http://verificacion.cancilleria.gov.co
Código de Verificación:CRYJE10558542

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 27/03/2025

Ficha: 86757012478200000057

A2

GRUPO SISBEN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ADARA ISAABELLA

Apellidos: SANTACRUZ VALLEJO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1126144846

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/11/2023

Última actualización ciudadano: 30/09/2024

Última actualización vía registros administrativos:

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



Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co

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	1126144846
NOMBRES	ADARA ISAABELLA
APELLIDOS	SANTACRUZ VALLEJO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	09/04/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/03/2025 12:11:06	**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".

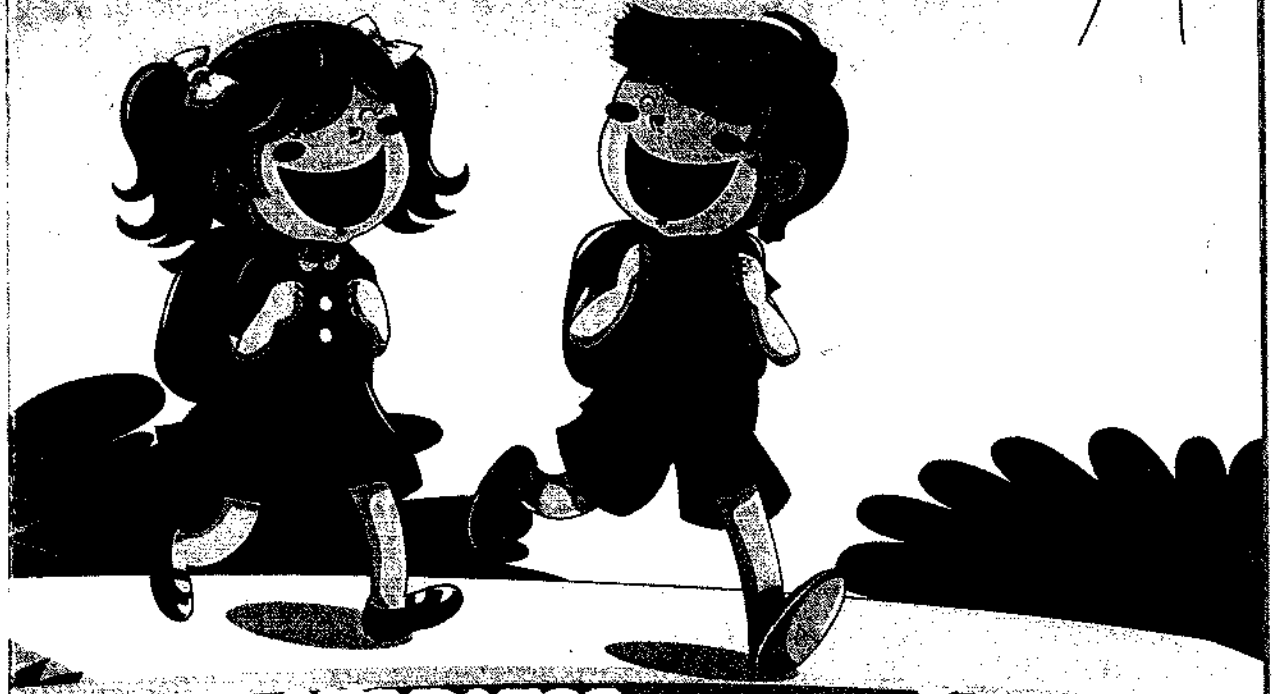
Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen 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.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de

CARNET DE CONTROL

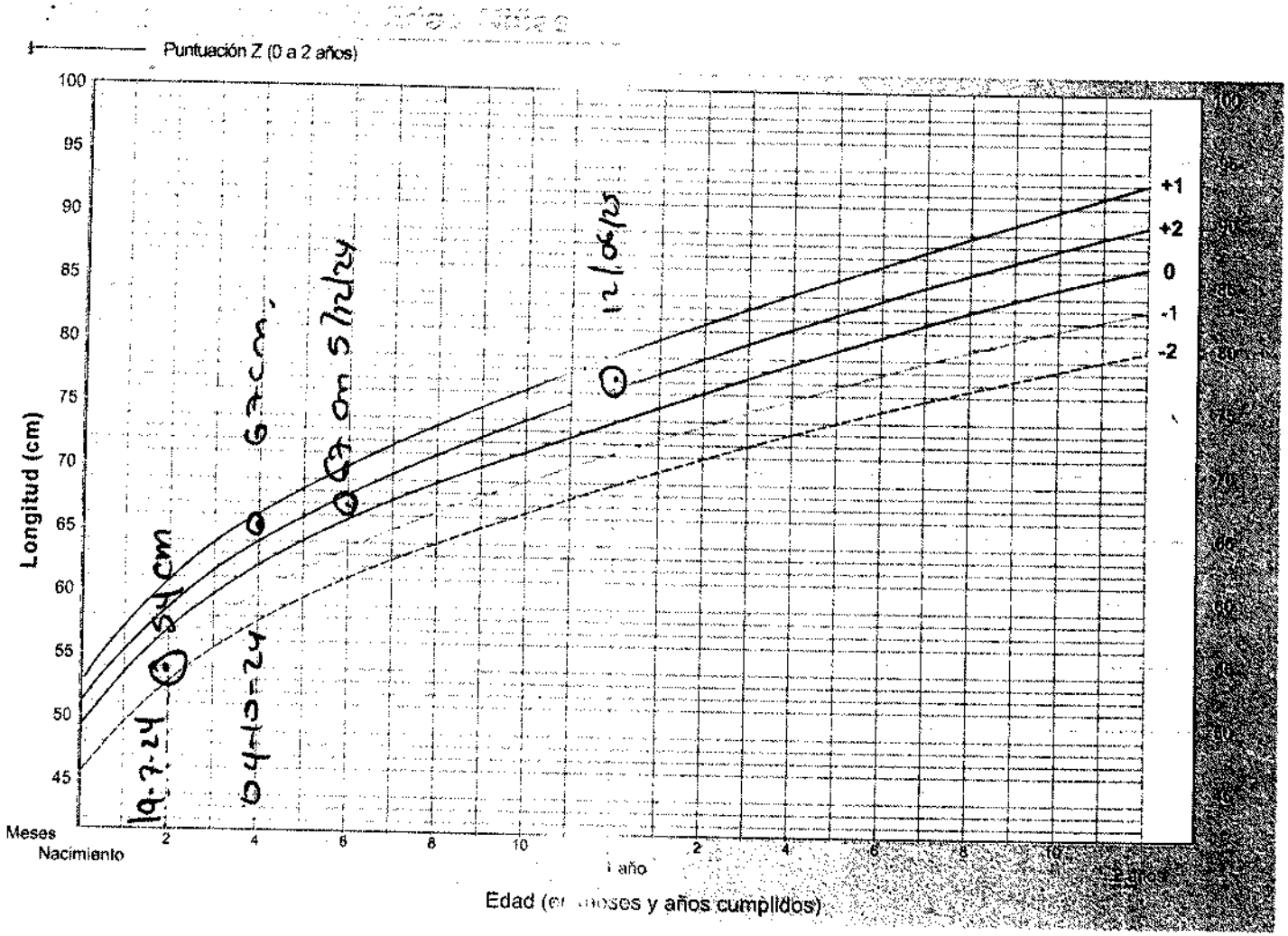
NIÑO Y NIÑA

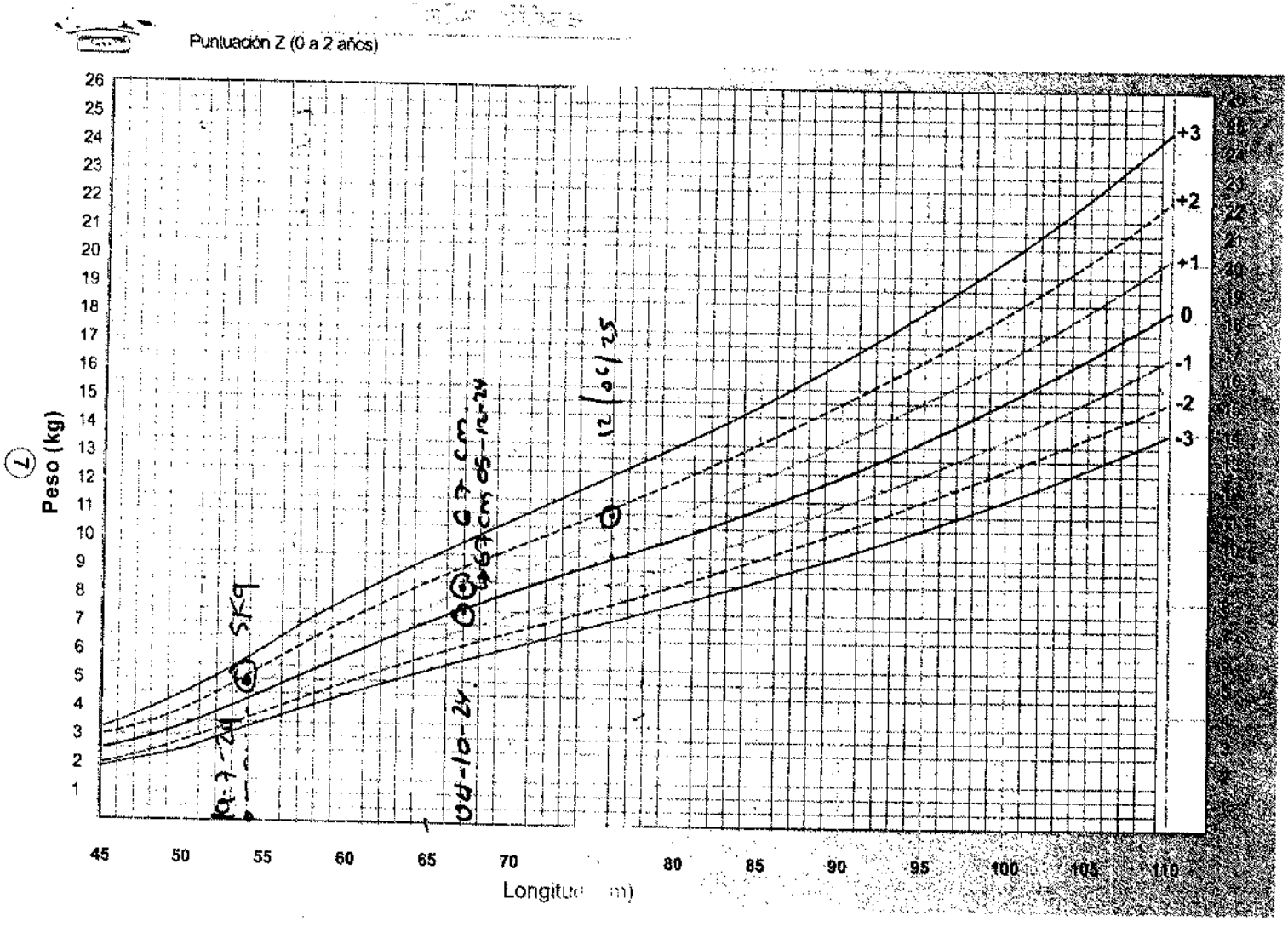
...Sanos



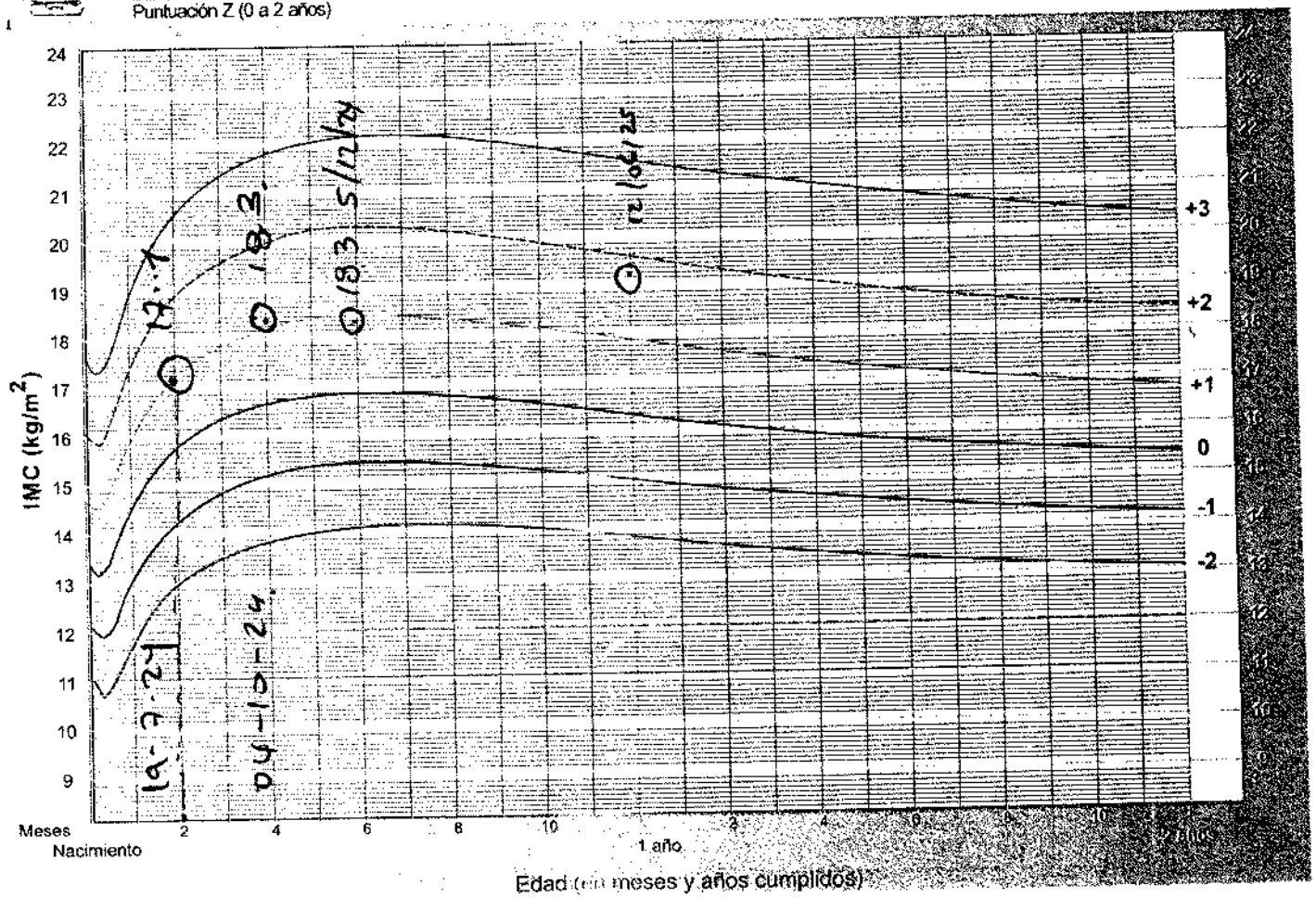
MIS DATOS

Nombres: [illegible]	Apellidos: SANTACRUZ VALLEJO
Fecha de nacimiento: 04 DÍA / 06 MES / 2024 AÑO	Historia Clínica: [illegible]
Barrio/Vereda: B/ LIBERTAD	Responsable del niño: LUISA VALLEJO
Teléfono:	EPS:


Puntuación Z (0 a 2 años)
Longitud (cm)
100
95
90
85
80
75
70
65
60
55
50
45
+1
+2
0
-1
-2
19-7-24 0 54cm
0 63cm
0 93cm 5/12/24
0 12/04/25
0 4-10-24
Meses
Nacimiento
2
4
6
8
10
1 año
2
4
6
8
10
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)

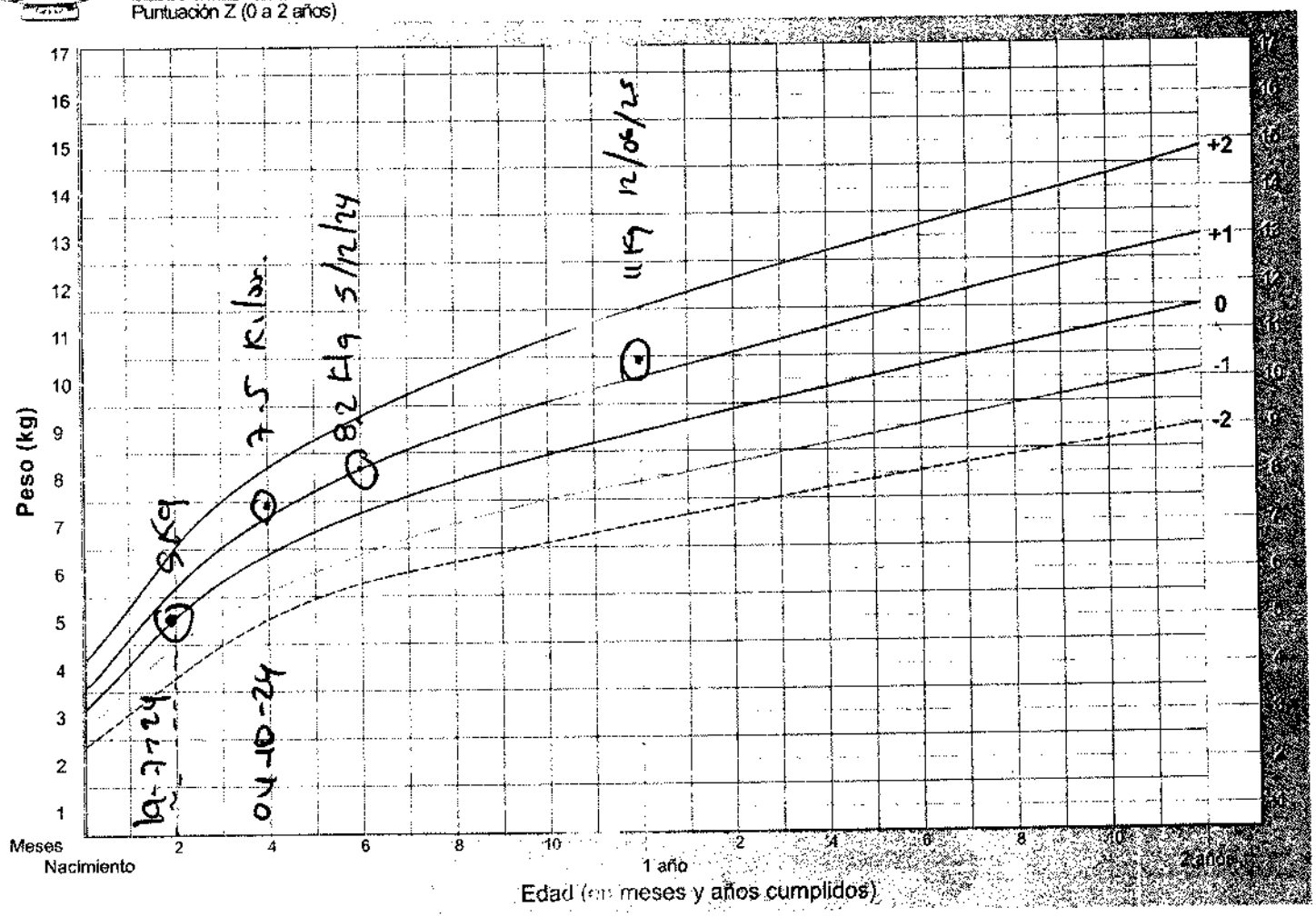

Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Longitud (cm)
+3
+2
+1
0
-1
-2
-3
45
50
55
60
65
70
80
85
90
95
100
105
110
12/05/25
05-12-24
04-10-24

IMC para la Edad Niñas



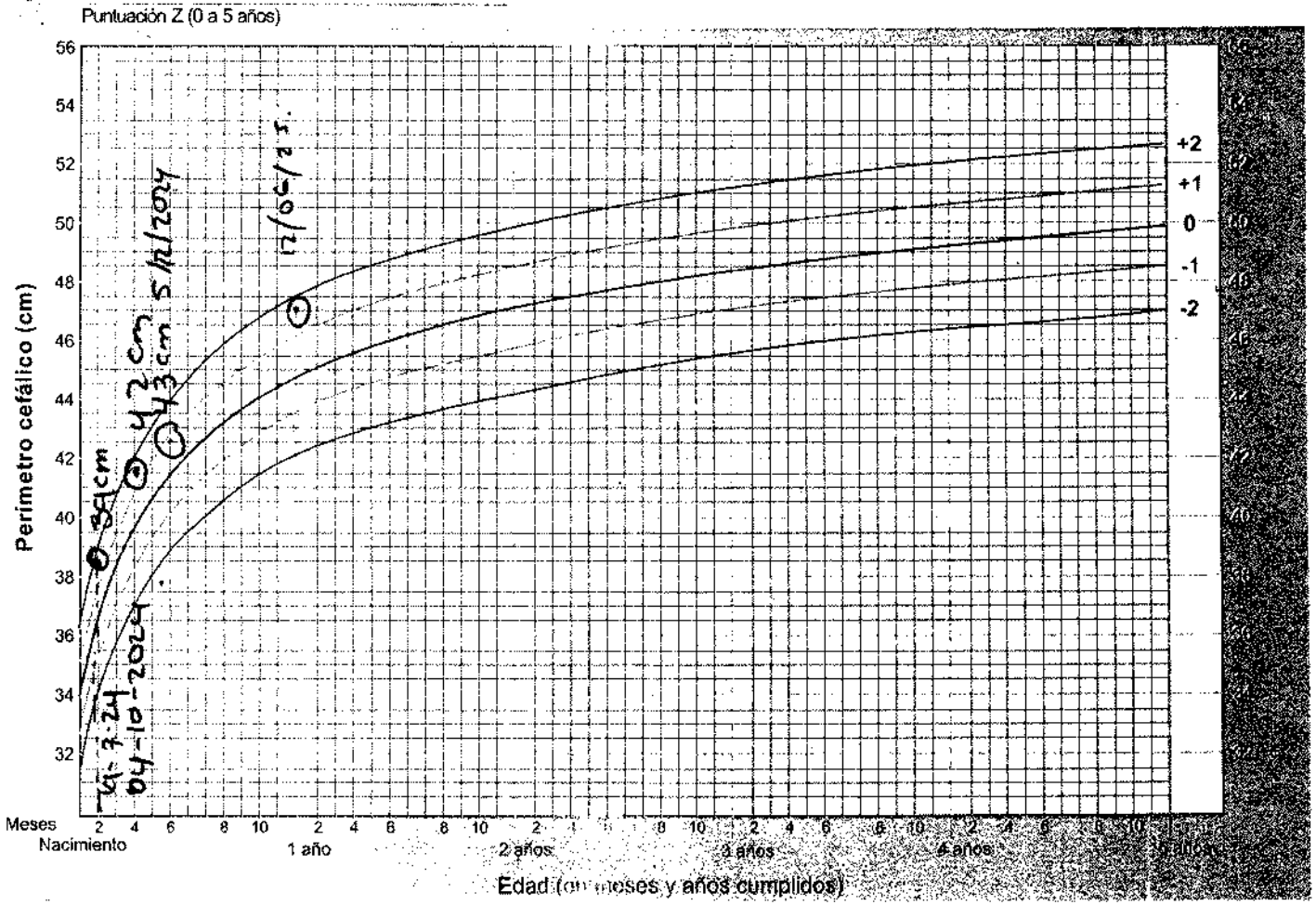
(8)

Peso para la Edad Niñas



⑨

Perímetro cefálico Niños



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
19-04	07	24	Medico	✓	
05	10	24	Enfermeria	✓	
04	03	2025	Medico	SI Milena C.	
12-04	06	25	Enfermeria	✓	
	12	25	Medico		

Melissa Guevara
Médico General
1006995742

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
19-7-24	5K.	54cm	39	15cm	17.7	4-10-24	Dora Salcedo
04 10-24	7.5	67 cm	2/2	15	18.8	4 12-24	Dora Salcedo
05-12-24	8.2	67	4/3	16	18,3	04-03-2025	Milena C.
12/06/25	11	76	46.5	18	19	04/12/25	Melna G.

13
2|V

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCION SOCIAL



Carné de Vacunación



Nombres y Apellidos Adara Isabella Santacruz Alvarez

T			1.126.749.896.
Tipo de Documento			No. de Documento

Fecha de Nacimiento 09 | 06 | 2024

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: A+

Peso al nacer: Talla:

Dirección:

Teléfono 1: 3107820872

Teléfono 2:

Responsable: Luisa Fernanda V.

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

Nombres y Apellidos: _____ Tipo de Indentificación _____ No. ID: _____

	Me protege de:	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién Nacido						Lactancia materna exclusiva SI NO						
	Tuberculosis meningea (BCG)	Unica						Ecuador				Ecuador
	Hepatitis B	Recién nacido										
2 meses						Lactancia materna exclusiva SI NO						
	Poliomielitis (VIP)	1ª	06	08	24	Biological	L 2 3 9 0 0 1 A					
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	06	08	24	Serum	L B 5 2 X 0 1 4 B	6-5-E HXLO				Jennifer Colorado
	Hepatitis B	1ª	06	08	24	Serum	L B 5 2 X 0 1 4 B					
	Difteria, Tetanos, Tosferina	1ª	06	08	24	Serum	L B 5 2 X 0 1 4 B					
	Diarrea por rotavirus	1ª	06	08	24	GSK	A K C 0 8 3 6 B A					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteremia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	06	08	24	pfizer	C J 1 9 1 2					
4 meses						Lactancia materna exclusiva SI NO						
	Poliomielitis (VIP)	2ª	04	10	24	Biological	L 2 3 9 0 0 3					
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	04	10	24	Serum	L 6 5 2 4 0 1 3 A	E-J-E HFLO	CITA: 06-DCTUBRE 2024			1996el A1100
	Hepatitis B	2ª	04	10	24	Serum	L 6 5 2 4 0 1 3 A					
	Difteria, Tetanos, Tosferina	2ª	04	10	24	Serum	L 6 5 2 4 0 1 3 A					
	Diarrea por rotavirus	2ª	04	10	24	GSK	A K C 0 5 8 4 1 AE					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteremia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	04	10	24	Pfizer	C J 1 9 1 2					
6 meses						Lactancia materna exclusiva SI NO						
	Poliomielitis (VIP)	3ª	10	12	24	Biological	L 3 2 7 C 0 3		CITA:			
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	10	12	24	Serum	L 6 5 5 20 1 0	HFLO	09 DICIEM 2024			
	Hepatitis B	3ª	10	12	24	Serum	L 6 5 5 20 1 0					
	Difteria, Tetanos, Tosferina	3ª	10	12	24	Serum	L 6 5 5 20 1 0					
	Influenza estacional	1ª	11	05	25	Sinilus	P 1 0 8 3 9 2 7 9 1	HFLO				Isabel A.
7 meses	Influenza estacional	2ª	16	06	25	Sinilus	P 1 0 0 7 9 2 7 9 A	HFLO				Jennifer C.
12 meses	*Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	1ª	10	06	25	Serum	O 1 3 2 N 0 9 4 A		CITA: 4-JUNIO 2025			
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteremia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	10	06	25	Pfizer	H J J 2 7 7	HFLO				
	Varicela	1ª	10	06	25	MSD	U 8 0 3 9 0					
	Hepatitis A	Unica	10	06	25	MSD	U 0 0 8 4 8					
	*Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo										
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo										
	**Fiebre Amarilla	Unica	10	08	25	Fiocruz	2 A 6 0 0 3 2	HFLO	CITA: 10 Diciem 2025			
5 años	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	2ª										
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª										
		2ª										
		3ª										
Sin rango de edad	Covid-19	1ª										
		2ª										
		1er Refuerzo										
		2do Refuerzo										
Vacunas antirrabica y otras dosis												

*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 nutritivos

14
RN

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

CIUDAD San Miguel FECHA: DIA 05 MES 06 AÑO 2025 HORA: 11-Am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES ADARA ISABELA APELLIDOS Santacruz Vallejo

TIPO DE IDENTIFICACION: RC [x] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1126144846

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 04 MES 06 AÑO 2024 EDAD: 1 A años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar

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

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación. Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

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

Mixto alarcon b

¿COMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Ninguna . 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, artralgias (artralgia), muscular (mialgia), fatiga (cansancio), resfriado, fiebre (pirexias), enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección, inflamación de los ganglios (linfadenopatía), malestar general, sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES

La vacuna tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 días postparto, siempre que los posibles beneficios superen los posibles riesgos con base en la evaluación clínica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante, lo cual deberá presentar al momento de la vacunación 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 mortalidad 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 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: Luisa Fernanda Valley o CC. 1086695357

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

Nombres _____ Apellidos _____

Tipo de Identificación: CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Numero _____

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:	Isabel Arias Ekon
Firma Isabel	Tipo de Identificación: CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.004.695.938

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HAH

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

15

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.086.695.318



Apellidos
VALLEJO ALVAREZ

Nombres
LUISA FERNANDA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.62

Sexo
F

Fecha de nacimiento
16 OCT 2004

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
CUMBITARA (NARIÑO)

Fecha y lugar de expedición
19 OCT 2022, SAN MIGUEL(LA DORADA)

Firma
Luisa Alvarez

Fecha de expiración
19 OCT 2032

CC
1007966253

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL007966253664018<<<<<<<<<<
0410162F3210190COL1086695318<0
VALLEJO<ALVAREZ<<LUISA<FERNAND

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.006.788.457**
SANTACRUZ GUERRERO

APELLIDOS
BRAYAN DAVID

NOMBRES

Brayan D. Santacruz

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-MAY-1999**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

30-MAY-2017 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-6401800-00921893-M-1006788457-20170717 0055386175A 2 47995706

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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos:
Adara Isabella Sinisterra Valdés

Doc. de Identidad:
1126149846

EPS:

Teléfono:
3107820872

Domicilio:
B/ la Salud

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

ANGELA ORIANDO DUARTE
Odontóloga General
C.C. 1122124433
U. Nacional de Colombia

ANGELA ORIANDO DUARTE
Odontóloga General
C.C. 1122124433
U. Nacional de Colombia

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600483-2018

12-12-2023
12-12-2023

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo María Silvana Hernandez identificado con C.C N° 27.314.293 en calidad de: padre o madre ( ), del niño o niña: AMARA ISABELLA SANTACRUZ o Gestante ( ) Lactante (X), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mis Comunitos, 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 02 Días del mes de 04 del Año 2025.

María Silvana Hernandez T.
Madre o Acudiente
C.C 27.314.293

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 Adara Isabella Santacruz, identificado (a) con documento de identidad número 1126744846 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	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, dara hernandez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1086695318 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	X	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 alma 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: luisa alvarez
Nombre: luisa fernanda alvarez
Calidad - Titular: madre Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3107820872
Fecha: 01/04/2025
Municipio: San Miguel

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San miguel

Nombre completo de la niña o niño ADARA ISABELLA Santacruz Vallejo

Fecha de nacimiento 04 06 2024 **N° Documento de identidad** 1126144846

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Yennifer Quiñonez

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 [redacted] **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

la niña ADARA Santacruz es dinamica sus gusto favorito escuchar musica infantiles le llama la atencion los juguetes que emiten sonidos Musicales 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 Díaz

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 [redacted] **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

La niña Adara Santacruz Comparte objetos, juegos o juguetes con otros niños. Le gusta escuchar cuentos o cantar canciones.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

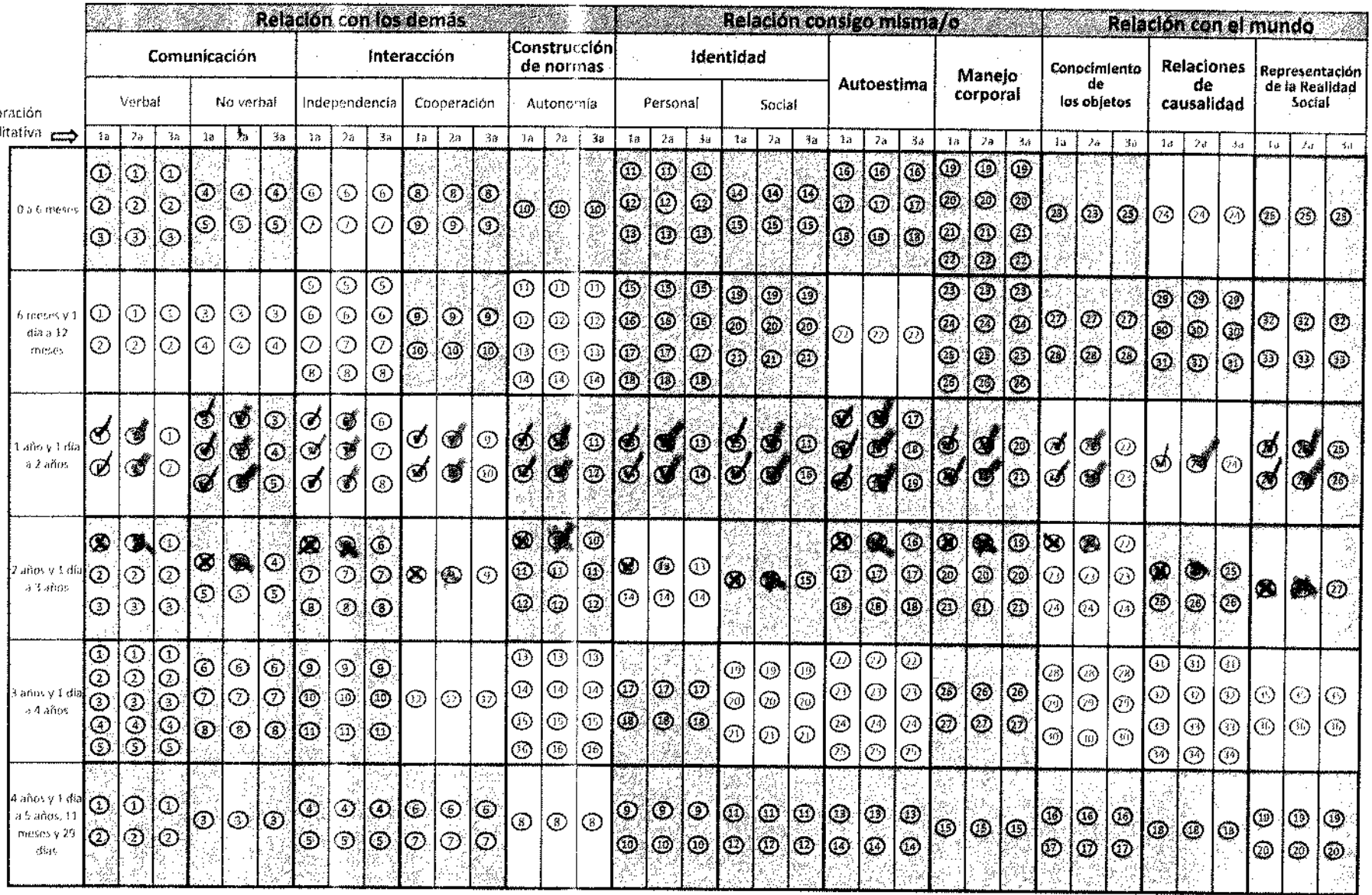
Fecha de resgistro cualitativo

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)***



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPESINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Adara Isabella Santacruz IDENTIFICACIÓN: 1126144846 FECHA DE NACIMIENTO: 04-Junio-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 16-06-2025 se registra la aplicacion de la primera dosis la vacuna contra la influenza a la niña Adara. la administracion del biologico se realizo conforme a los lineamientos vigentes del Programa de inmunizaciones.	Luisa Vallejo	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 de que segun la normatividad establecida la niña debera recibir el refuerzo correspondiente. en el proximo año, tal como lo indica el lineamiento para la continuidad del esquema de vacunacion contra influenza Se cierra novedad.	se realzo acompañamiento al hospital Fronterizo la dorada donde nos dan a conocer que ella se asesoro con las vacunadoras donde el esquema de vacunacion de 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 Rivales NOMBRE UCA: Mis tesoritos

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Adara Isabela Santacruz IDENTIFICACIÓN: 1126144846 FECHA DE NACIMIENTO: 4-Junio-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	+				La madre se Comunica con la Agente educativa Para dar a conocer que no Podra asistir al encuentro Por razon de salud de la niña Adara	Luisa Alvarez	Natalia Diaz	La manita refiere que Por ella viene alguien que Puede asistir al encuentro se recuerda a la madre la importancia de asistir al Programa	en la comunicación de la madre hacia la docente comunica que la niña Adara se encuentra un Poco indispuesta Por motivos de salud	la madre se compromete a Asistir Puntualmente a los Proximos encuentros
									se cierra Novedad	

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					

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: Adara Isabella Santacruz IDENTIFICACIO: 1126149846 FECHA DE NACIMIENTO: 4-Junio-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					
20-08-2024	X			1pm	Madre se comunica con agente educativo para solicitar un permiso ya que no podra asistir al encuentro por motivo de que la niña se encuentra con dazo de estomago	Luisa Vallejo	Andrea Cordoba	se recomienda a la madre si la diarrea continua llevar al hospital y mantener informada cualquier novedad de como sigue la niña.	el dia 21 de agosto se realiza llamado telefonico a la madre de la niña para preguntar como sigue la niña en donde ella manifiesta que se encuentra un poco mejor. se sierra novedad.	Madre se compromete a llevar la niña al doctor si continua con dazo de estomago y tener cuidado en los alimentos tambien a mantenerme informada como sigue la niña.
AM					Se realiza llamado telefonico a la madre de familia solicitando copia de carnet de vacunas ya que tiene pendiente vacuna de influenza	Luisa Alvarez	Andrea Cordoba	Se sensibilize a la madre sobre la importancia de mantener la documentacion al dia como derecho fundamental de la niña.	30-9-25 madre mediante llamado telefonico informa averse alertado al hospital en donde la refieren que la niña esta al dia y que a lo que cumpla los dos años le aplican la influenza. Se cierra la novedad.	Madre se compromete hacercarse al hospital para verificar sobre el biologico ya que los lineamientos cambian

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Adara Isabella Santacruz 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					

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Adara Isabella Santacruz IDENTIFICACIO: 1126144846 FECHA DE NACIMIENTO: 4-Jun-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					
11-08-2025	x			1:30	Realizamos Dialogo con la madre de familia manifestando que hace falta documentacion de crecimiento y desarrollo e higiene oral. La madre manifiesta que se encontraba en la finca pero se compromete a llevar los copias al proximo encuentro	LUISA VALLEJO	Andrea cordoba.	Se hace llamado telefonico solicitando la documentacion faltante	el dia 13-08-25 madre lleva copias pendientes se da cierre de la novedad.	La madre manifiesta que el dia del encuentro el dia 13-agosto llevara las copias pendientes. se recomienda mas compromiso y responsabilidad en la documentacion.
13-08-2025	x			1:00	Madre de familia mediante llamado telefonico se comunica con agente educativo solicitando permiso ya que tiene una cita en el hospital por lo que no podia asistir al encuentro y llevar a la niña		Andrea Cordoba	Se recomienda a la madre la asistencia a todos los encuentros y mantener informada cualquier novedad	el dia 15 se llama a la madre para preguntar sobre el estado de salud de la niña en donde manifiesta encontrarse bien.	Madre de familia se compromete a asistir al proximo encuentro

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

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					