Fundación
Alma de Vida

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con otografía 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) _X_ 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	Código: FO-GG-012
	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 25/03 /2025

FECHA SOLICITUD CUPO: 27/03/2025 **FECHA INGRESO:** 01-04-25

UDS: Grandes Exploradores **MUNICIPIO:** San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Dilan Smith García Acevedo

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO ___ **NUIP No.** 1122343923

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 04/08/2020 **EDAD:** 4 Años **MUNICIPIO:** San Miguel

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

DE RESIDENCIA: V/ Albania **ESTRATO:** 1 **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: ___ NO: X

¿CUAL?: ___ **MOTIVO DEL RETIRO:** N/A

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: ___ NO: X CUAL: ___

EPS DEL PARTICIPANTE: En Fronte **SUBSIDIADO:** X **CONTRIBUTIVO:**

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: ___ NO: X **DIAGNOSTICO:** ___

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: ___ NO: X CUAL: ___

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: ___ NO: X CUAL: ___

TIENE SISBEN: SI: ___ NO: X PUNTAJE: NO **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: Pedro Pablo García Guanga

No. IDENTIFICACION: 1089290237 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/ Albania

CELULAR: No tiene **E.P.S:** N/A

OCUPACION U OFICIO: Oficios Varios

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Francy Acevedo

No. IDENTIFICACION: 1037262774 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/ Albania

CELULAR: 3209195881 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Oficios Varios

EMPRESA DONDE LABORA: N/A.

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Marleny Rodriguez Vargas

NUMERO IDENTIFICACION: 40077062 **CELULAR:** 3209195881

DIRECCION: V/ Albania **PARENTESCO:** Abuela Materna

Marleny Rodriguez V
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

Latitud
O30.8997
N O 18'32.3582"

Longitud
-76.762092
W76°45'46.4101"

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 1573576

NUIP 1.122.343.923

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

GARCIA ACEVEDO DILAN SMITH

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	0	Mes	A	G	O	Día	0	4	MASCULINO	O +

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

COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	2	Mes	F	E	B	Día	1	6	0061322449

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

ACEVEDO RODRIGUEZ FRANCY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.037.262.774	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

GARCIA GUANGA PEDRO PABLO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.089.290.237	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

GARCIA GUANGA PEDRO PABLO

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.089.290.237

Espacio para notas

VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)	X 6 Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)											
Año	2	0	2	2	Mes	F	E	B	Día	1	6

Nombre y firma del funcionario

MONICA YENI LOPEZ GOMEZ

Registrador del Estado Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 29831354-7

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: **22/10/2025**

Ficha: **5200106376910000712 6**

A1

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DILAN SMITH

Apellidos: GARCIA ACEVEDO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343923

Municipio: Pasto

Departamento: Nariño

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **16/09/2022**

Última actualización ciudadano: **16/09/2022**

Última actualización vía registros administrativos: **25/11/2023**

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: **MARGOT RUBIELA ANDRADE RODRIGUEZ**

Dirección: **Calle 16 No. 28-57 Barrio San Andres Rumipamba**

Teléfono: **7374508 Opcion 2 - 3164190060**

Correo Electrónico: **sisben@pasto.gov.co**

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - 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	1122343923
NOMBRES	DILAN SMITH
APELLIDOS	GARCIA ACEVEDO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	NARINO
MUNICIPIO	PASTO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	14/07/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/19/2025 18:45:36	**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

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

DILAN SMITH GARCIA ACEVEDO RC 1122343923 S 10555527

INFORMACIÓN DEL PRESTADORES

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL PRIMERA INFANCIA	1

OBSERVACIONES

USUARI@ PORTABLE // EXONERADO CUOTA MODERADO - COPAGO

EPS SANITAS
SERVICIOS MÉDICOS

PLANEADO POR: Katherine Bermudez

APROBADO POR: Katherine Bermudez

OFICINA QUE SOLICITA

7.
R/V

Fecha de Expedición: 27 05 2025

Régimen: ColSanitas Medisanitas X Capital Salud

Integral Modular X PAC

No. 00024579

INFORMACIÓN DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Documento de Identificación: Tipo	Número	Plan	No. de Carnet	Edad
DILAN SMITH GARCIA ACEVEDO	RC	1122343923	S	10555527	

INFORMACIÓN DE PRESTADORES

Médico que ordena: ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Prestador de servicio: ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Dirección: ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Tipo de servicio: Diagnóstico Terapéutico Clase: Información del servicio: Consultorio Ambulatorio Hospitalario Cirugía

PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

Código	Descripción	Cantidad/Tarifa Oficial
890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	1

OBSERVACIONES

USUARI@ PORTABLE

EPS SANITAS
SERVICIOS MÉDICOS

ELABORADO POR: Luz Dary Soler Daza

APROBADO POR: Luz Dary Soler Daza

OFICINA COORDINADORA:

27 05 2025 [ ] Ambulatorio [ ] Hospitalario [X] Urgencias [ ] Otro

No. 00024578

INFORMACIÓN DEL USUARIO

Nombre y Apellido	Documento de Identificación		Edad	No. de Carnet	Estado
	Tipo	Número			
DILAN SMITH GARCIA ACEVEDO	RC	1122343923	S	10555527	

INFORMACIÓN DE PRESTADORES

Prestador que remite: ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Prestador solicitado: ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Prestador: ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Tipo de servicio: [ ] Hospitalario [ ] Terapéuticos Clase: Información del servicio: [ ] Consultorio [ ] Ambulatorio [ ] Hospitalario Días:

PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

Código	Descripción	Tratamiento/Terapias
890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL " PRIMERA INFANCIA "	1

OBSERVACIONES

USUARI@ PORTABLE

EPS SANITAS
SERVICIOS MEDICOS

ELABORADO POR: Luz Dary Soler Daza

APROBADO POR: Luz Dary Soler Daza

OFICINA QUE SOLICITA:

REMITENTE	PROCESO	
afiliacioneseps@epssanitas.notify-it.com	Número Proceso:	349740677
ASUNTO	Fecha Proceso:	2025/05/06 - 16:19:00
Respuesta a solicitud de portabilidad	Estado Proceso:	Procesamiento Satisfactorio
DESTINO	Id Notificación:	512160299
pqrssanmiguelputumayo86@gmail.com	Estado Actual de	Lectura de email confirmada

Acciones Realizadas en la Notificación:

Contenido

EPS Sanitas

Bogotá, 06 de mayo de 2025

Señor(a)

DILAN SMITH GARCIA ACEVEDO

pqrssanmiguelputumayo86@gmail.com

3232076635

***Asunto** . Carta de Respuesta a solicitud de portabilidad SAN MIGUEL,PUTUMAYO*

Respetado Usuario:

Con base en la solicitud de portabilidad efectuada para El afiliado (a) DILAN SMITH GARCIA ACEVEDO identificado(a) con RC, 1122343923 para el municipio SAN MIGUEL, PUTUMAYO, nos permitimos informar que la misma fue aprobada y tendrá cobertura a partir del 06/05/2025 hasta 06/05/2026. Para poder acceder a los servicios ya sea consulta de medicina general, odontología general, reclamar medicamentos o cualquier otro procedimiento debe solicitar primero la respectiva autorización a **Servicios Médicos** por medio del correo electrónico smnuevomodeloeps@colsanitas.com con la siguiente información: nombre, tipo y número de documento del usuario y el nombre del servicio requerido y adjuntar esta comunicación.

La atención médica será brindada por el HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA, el cual se encuentra ubicado Carrera 7 No. 1 - 36, Teléfono 4210533, a través del cual podrá acceder a los servicios de Primer Nivel dentro de los cuales se encuentran medicina general, odontología general, exámenes de laboratorio y promoción y prevención. En cuanto a la prestación de servicios especializados los mismos serán brindados a través de la red de prestadores de la cual dispone EPS Sanitas en las ciudades donde está autorizada para funcionar. La dispensación de medicamentos se realizará a través de DROGUERÍA CRUZ VERDE.

Notificalo.com (o Notify-it.com) es una plataforma de envío masivo de notificaciones (vía correo electrónico y mensajería de texto a dispositivo móvil celular). Notificalo.com (o Notify-it.com) NO es un ente responsable de certificar el envío de correos electrónicos ni mensajes de texto por ser una plataforma tecnológica de envío y no de comprobación. Notificalo.com (o Notify-it.com) regula los contenidos de las notificaciones enviadas pero no es responsable del contenido de las mismas dado que el usuario final es quien construye los contenidos y dispone de las bases de datos de destino de los mismos.

REMITENTE	PROCESO	
afiliacioneseps@epssanitas.notify-it.com	Número Proceso:	349740677
ASUNTO	Fecha Proceso:	2025/05/06 - 16:19:00
Respuesta a solicitud de portabilidad	Estado Proceso:	Procesamiento Satisfactorio
DESTINO	Id Notificación:	512160299
pqrssanmiguelputumayo86@gmail.com	Estado Actual de	Lectura de email confirmada

Acciones Realizadas en la Notificación:

Contenido

EPS Sanitas

Bogotá, 06 de mayo de 2025

Señor(a)

DILAN SMITH GARCIA ACEVEDO

pqrssanmiguelputumayo86@gmail.com

3232076635

***Asunto** . Carta de Respuesta a solicitud de portabilidad SAN MIGUEL,PUTUMAYO*

Respetado Usuario:

Con base en la solicitud de portabilidad efectuada para El afiliado (a) DILAN SMITH GARCIA ACEVEDO identificado(a) con RC, 1122343923 para el municipio SAN MIGUEL, PUTUMAYO, nos permitimos informar que la misma fue aprobada y tendrá cobertura a partir del 06/05/2025 hasta 06/05/2026. Para poder acceder a los servicios ya sea consulta de medicina general, odontología general, reclamar medicamentos o cualquier otro procedimiento debe solicitar primero la respectiva autorización a **Servicios Médicos** por medio del correo electrónico smnuevomodeloeps@colsanitas.com con la siguiente información: nombre, tipo y número de documento del usuario y el nombre del servicio requerido y adjuntar esta comunicación.

La atención médica será brindada por el HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA, el cual se encuentra ubicado Carrera 7 No. 1 - 36, Teléfono 4210533, a través del cual podrá acceder a los servicios de Primer Nivel dentro de los cuales se encuentran medicina general, odontología general, exámenes de laboratorio y promoción y prevención. En cuanto a la prestación de servicios especializados los mismos serán brindados a través de la red de prestadores de la cual dispone EPS Sanitas en las ciudades donde está autorizada para funcionar. La dispensación de medicamentos se realizará a través de DROGUERÍA CRUZ VERDE.

lotificalo.com (o Notify-it.com) es una plataforma de envío masivo de notificaciones (vía correo electrónico y mensajería de texto a dispositivo móvil celular). Notificalo.com (o Notify-it.com) IO es un ente responsable de certificar el envío de correos electrónicos ni mensajes de texto por ser una plataforma tecnológica de envío y no de comprobación. Notificalo.com (o Notify-.com) regula los contenidos de las notificaciones enviadas pero no es responsable del contenido de las mismas dado que el usuario final es quien construye los contenidos y dispone de la

Gmail **PQRS SANMIGUEL PUTUMAYO 86 <pqrssanmiguelputumayo86@gmail.com>**

Respuesta a solicitud de portabilidad

1 mensaje

Afiliaciones EPS Sanitas <afiliacioneseps@epssanitas.notify-it.com> 6 de mayo de 2025, 16:20
Para: pqrssanmiguelputumayo86@gmail.com

EPS Sanitas

Bogotá, 06 de mayo de 2025

Señor(a)

DILAN SMITH GARCIA ACEVEDO

pqrssanmiguelputumayo86@gmail.com

3232076635

***Asunto.** Carta de Respuesta a solicitud de portabilidad SAN MIGUEL,PUTUMAYO*

Respetado Usuario:

Con base en la solicitud de portabilidad efectuada para El afiliado (a) DILAN SMITH GARCIA ACEVEDO identificado(a) con RC, 1122343923 para el municipio SAN MIGUEL, PUTUMAYO, nos permitimos informar que la misma fue aprobada y tendrá cobertura a partir del 06/05/2025 hasta 06/05/2026. Para poder acceder a los servicios ya sea consulta de medicina general, odontología general, reclamar medicamentos o cualquier otro procedimiento debe solicitar primero la respectiva autorización a **Servicios Médicos** por medio del correo electrónico smnuevomodeloeps@colsanitas.com con la siguiente información: nombre, tipo y número de documento del usuario y el nombre del servicio requerido y adjuntar esta comunicación.

La atención médica será brindada por el HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA, el cual se encuentra ubicado Carrera 7 No. 1 - 36, Teléfono 4210533, a través del cual podrá acceder a los servicios de Primer Nivel dentro de los cuales se encuentran medicina general, odontología general, exámenes de laboratorio y promoción y prevención. En cuanto a la prestación de servicios especializados los mismos serán brindados a través de la red de prestadores de la cual dispone EPS Sanitas en las ciudades donde está autorizada para funcionar. La dispensación de medicamentos se realizará a través de DROGUERÍA CRUZ VERDE.

Recuerde por cada autorización que solicite debe anexar su carta de portabilidad. La respuesta de las autorizaciones se encuentra entre uno (1) a cinco (5) días a partir del envío de la documentación completa solicitada.

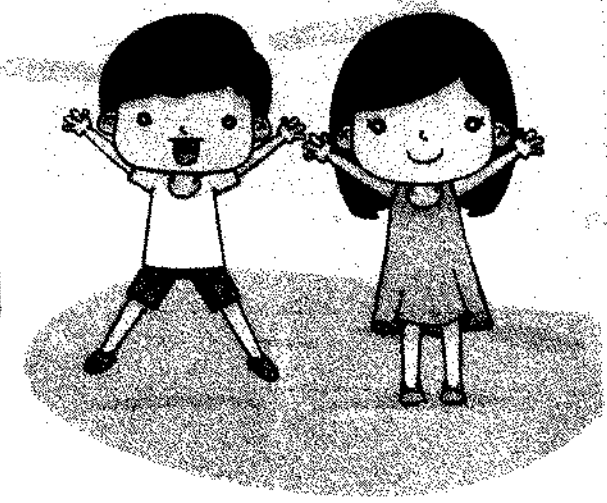
Nota: **No acercarse al hospital o IPS asignada para portabilidad sin la respectiva autorización del servicio.**

Cualquier inquietud puede comunicarse con nuestra línea de atención Bogotá (60+1)3759000, Barranquilla (60+5) 3226888, Bucaramanga (60+7) 6852985, Cali (60+2) 3989340, Cartagena (60+5) 6545754, Medellín (60+4) 5908383, Villavicencio (60+8) 6611838, línea nacional de información general 018000919100

Cordialmente,

CARNET DE CONTROL

Niño y Niña SANOS

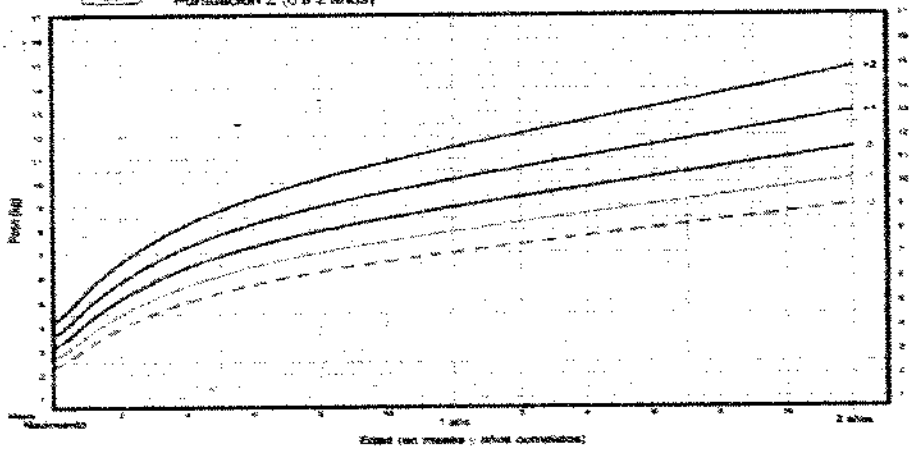


Mis Datos

Nombres: Dilan Smith	Apellidos: Acevedo Rodriguez
Fecha de Nacimiento: 4 | 6 | 2020	Historia Clínica: 1122343923
Barrio/Vereda:	Responsable del Niño: Francy Acevedo
Teléfono: 3174517922	EPS: Sanitas

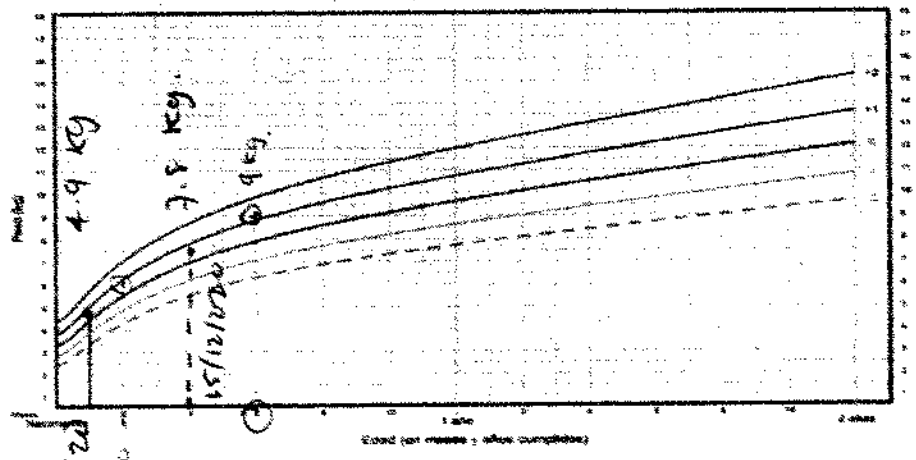
Peso para la Edad Niños

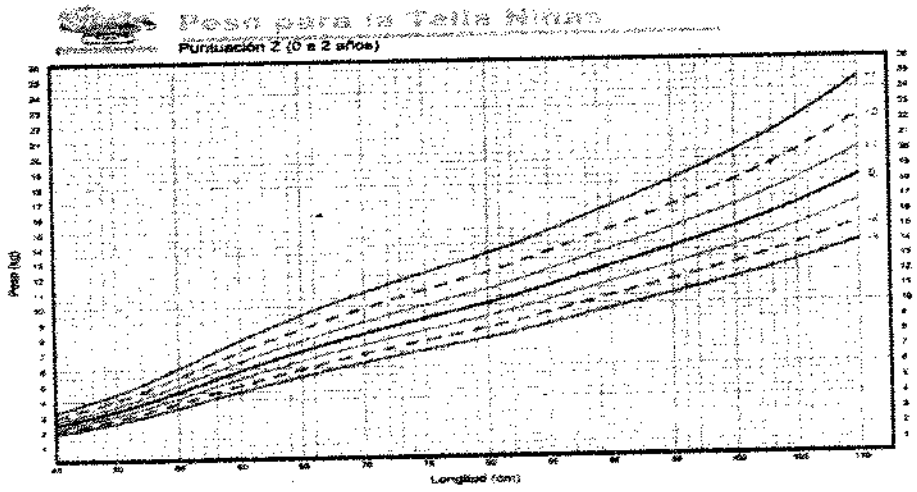
Puntuación Z (0 a 2 años)

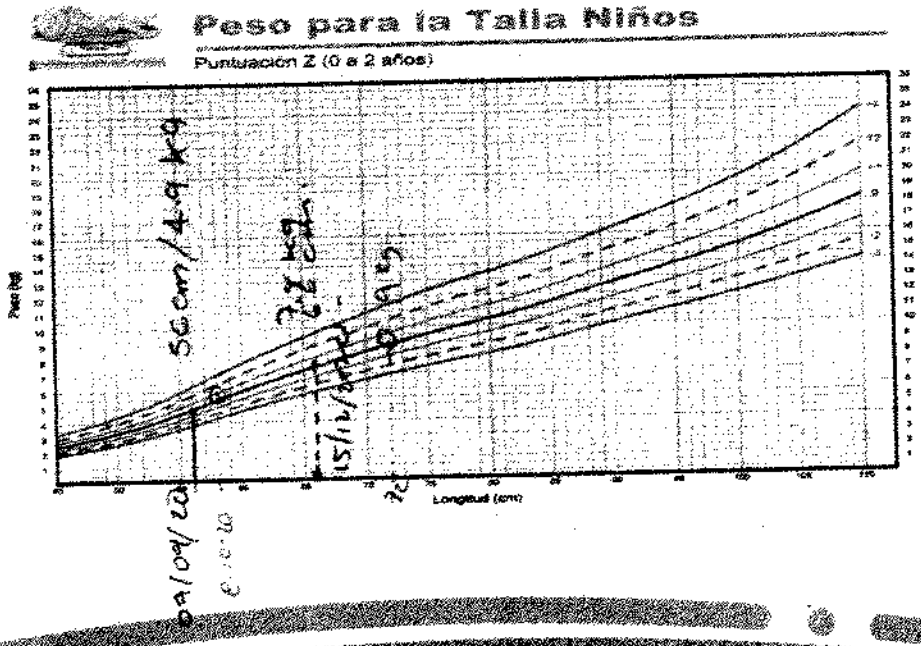


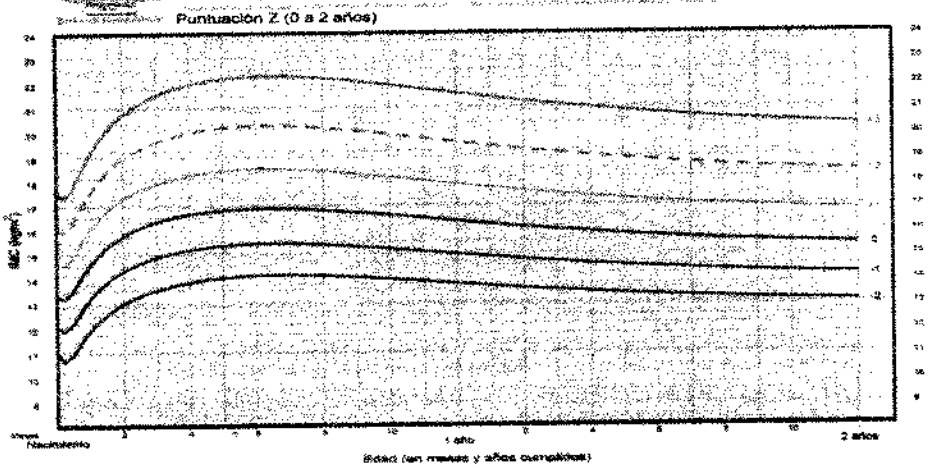
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

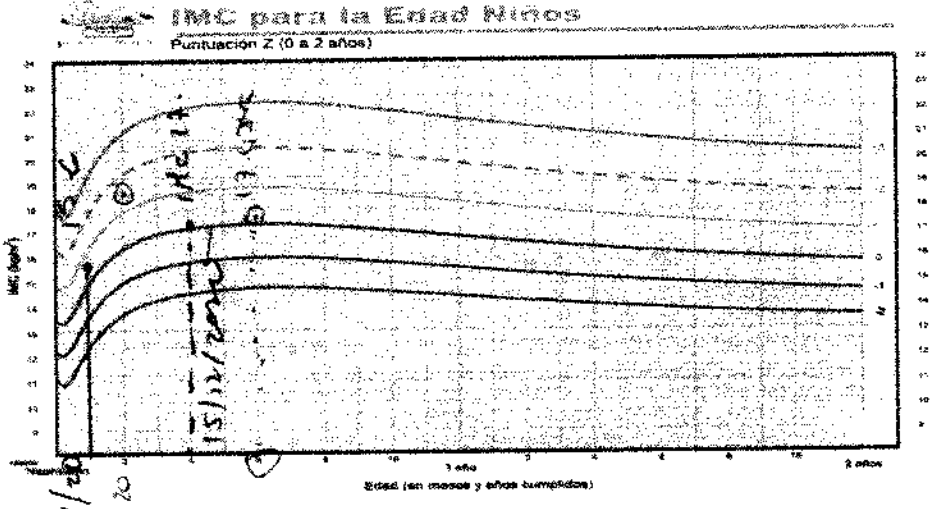



Peso para la Talla Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Longitud (cm)


Peso para la Talla Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Longitud (cm)



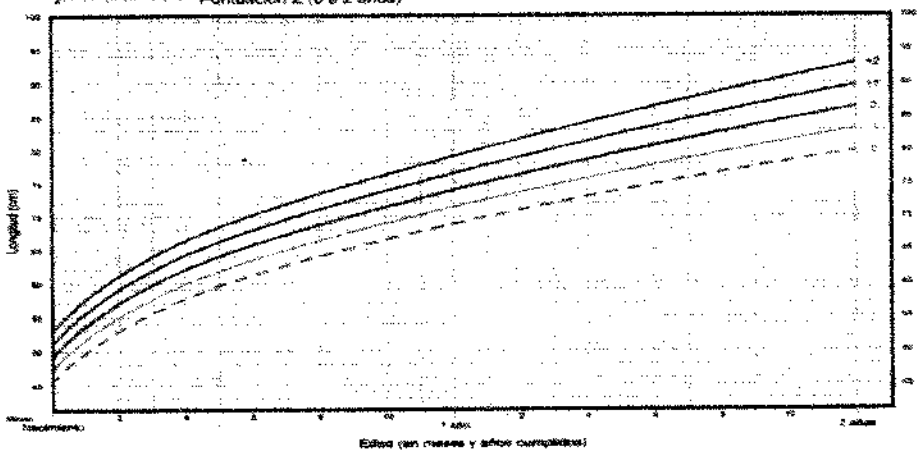
IMC para la Edad Niños



07/04/20
8 to 20

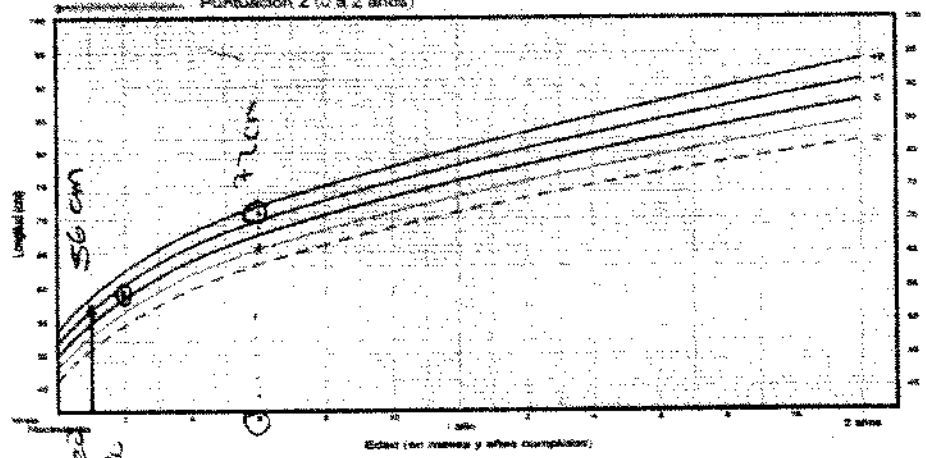
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

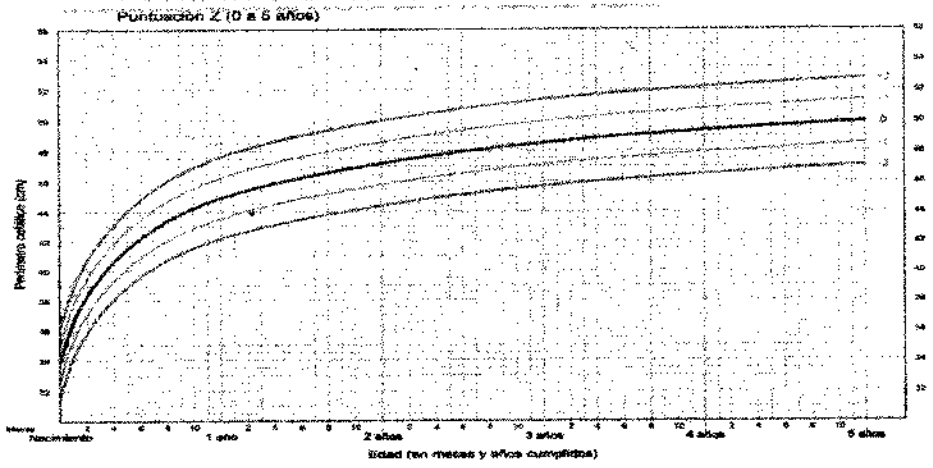


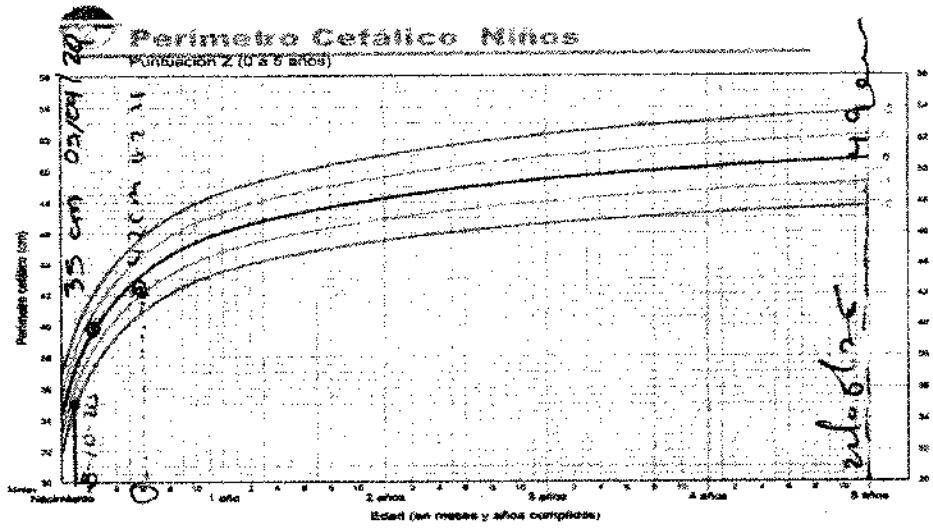
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



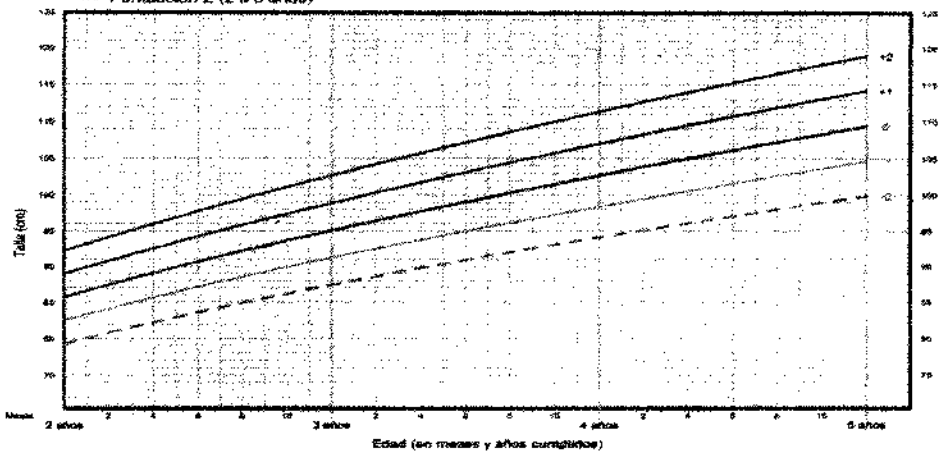
23/04/22
8 k. 2d


Puntuación Z (0 a 5 años)
Perímetro cefálico (cm)
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)


Perímetro Cefálico Niños
Puntuación Z (0 a 5 años)
Perímetro cefálico (cm)
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

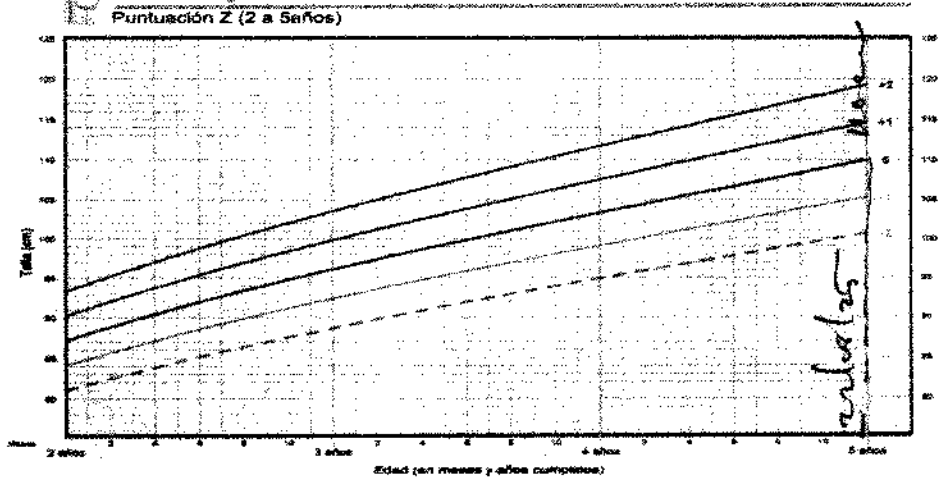
Talla para la Edad Niñas

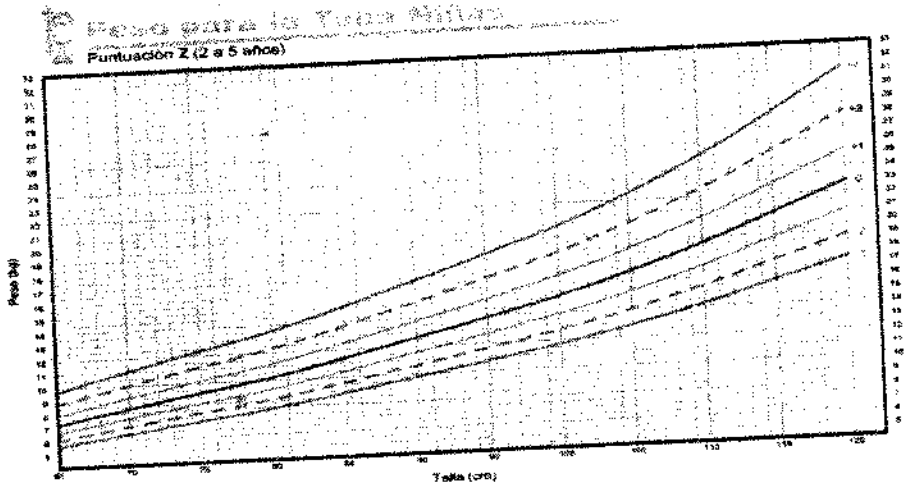
Puntuación Z (2 a 5 años)

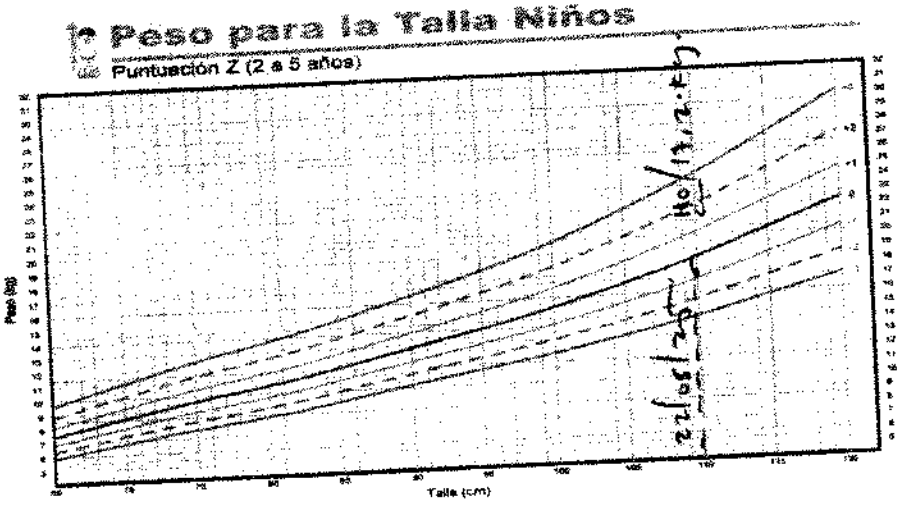


Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)

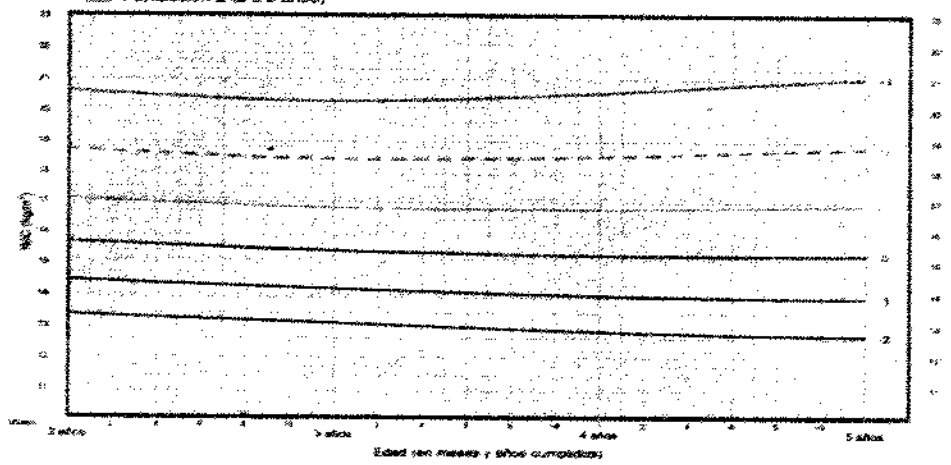



Peso para la Talla Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Peso (kg)
Talla (cm)


Peso para la Talla Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Peso (kg)
Talla (cm)

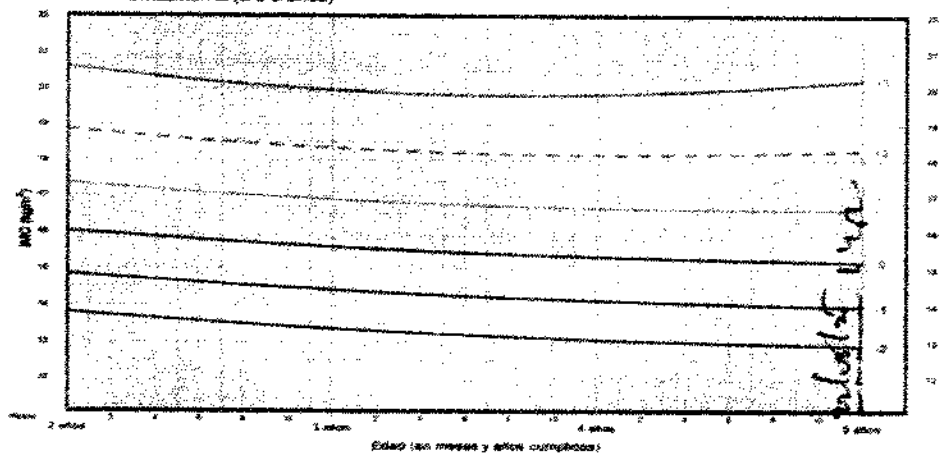
IMC para la Edad Niños

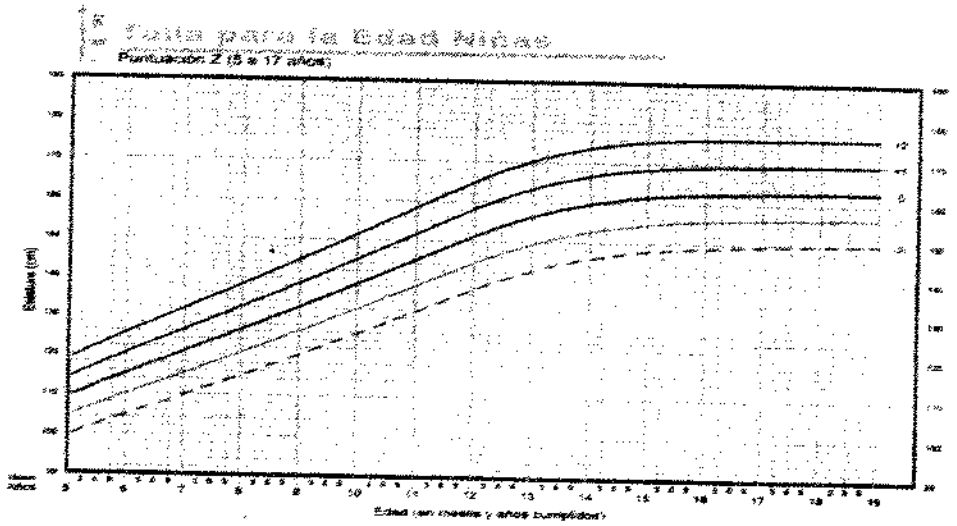
Puntuación Z (2 a 5 años)

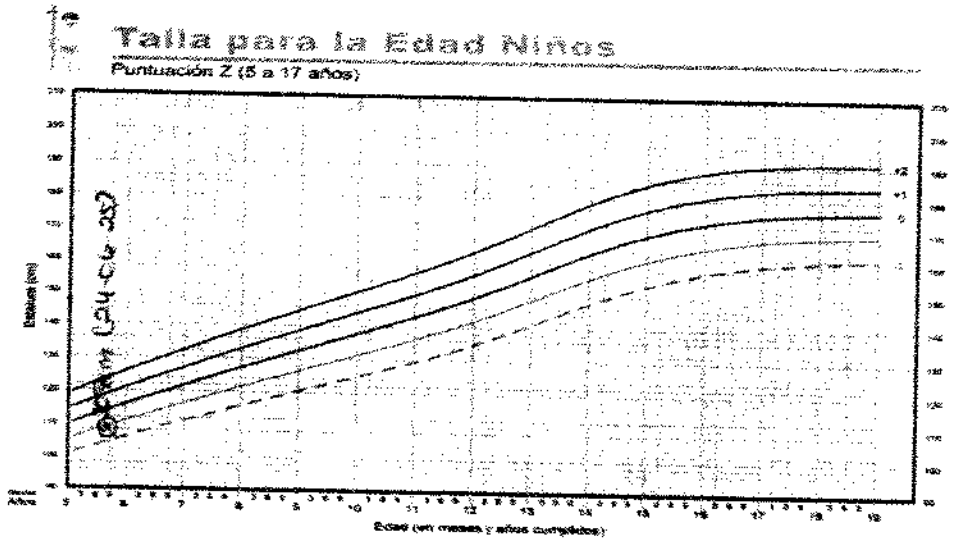


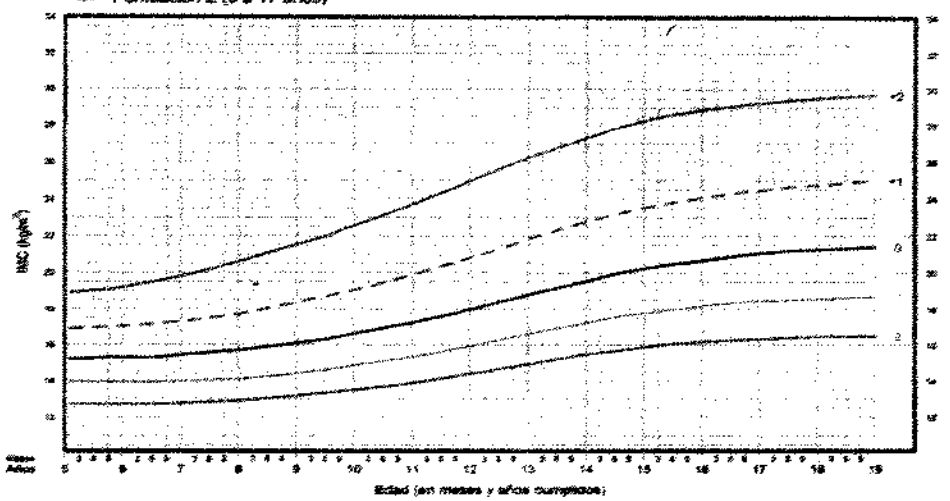
IMC para la Edad Niños

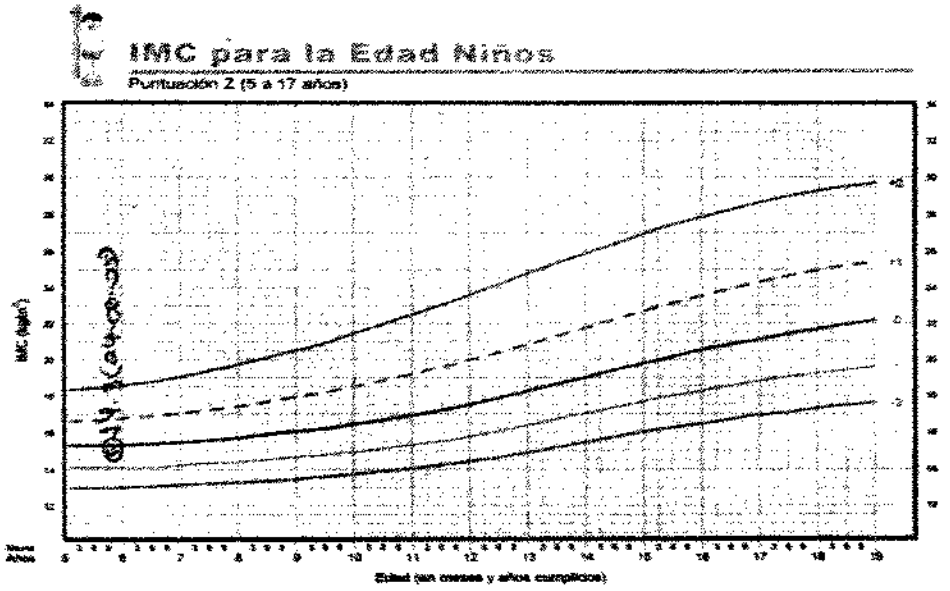
Puntuación Z (2 a 5 años)




Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (5 a 17 años)


Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (5 a 17 años)


IMC para la Edad Niños
Puntuación Z (5 a 17 años)
IMC (kg/m²)
Edad (en meses y años cumplidos)


IMC para la Edad Niños
Puntuación Z (5 a 17 años)
IMC (kg/m²)
Edad (en meses y años cumplidos)

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO SI	ASISTIO NO
07	octubre	2020	Enf	✓	
08	Dic.	2020	x N.O.	✓	
15	Febrero	2021		—	
15	Mayo	2021	x Enfermera		
13	08	2024	Enf. PESO: 144	Talla: 1,0	
04	08	2025	Medico	—	x
22	08	2020	Tcd		
04	08	2021			

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACION E INSCRIPCION TEMPRANA

Al momento de nacer — **Fecha:**

PRIMER CONTROL MEDICO

Durante el primer mes de vida — **Fecha:**

SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistio	Profesional que atendio
1 meses	22/4-24-0744	10 MC90	4460SP 2014
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses	13-08-2021	Proxima cita 5 años	
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

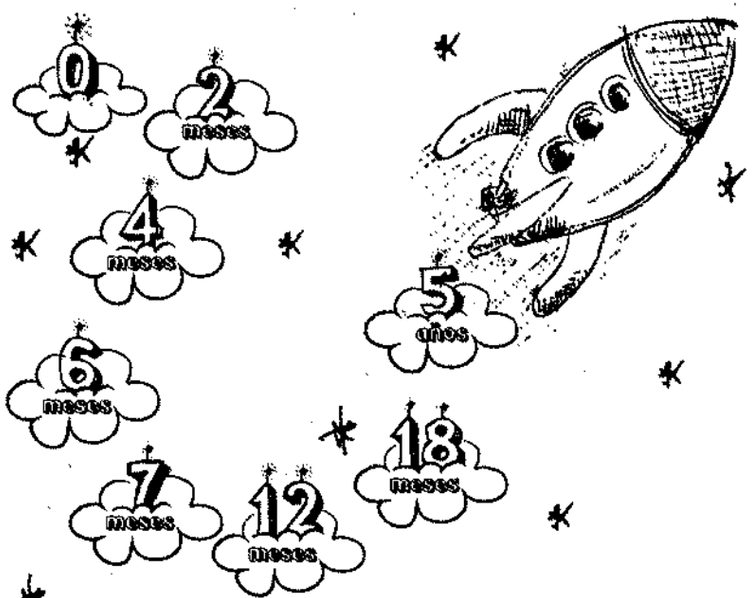
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI — Porque mi vida hoy vale mañana hoy

de cero a Siempre — Atención integral a la primera infancia

MinSalud

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Dilan Samit Pantia Acevedo

Fecha de nacimiento: 09-08-2020

Nº de certificado de nacido vivo: 061322449.

Registro civil: 1122343923.

Sexo: MASCULINO

Grupo sanguíneo: O+.

Peso al nacer: 3100

Dirección: Barrio de San Miguel

Teléfono: 3174151922.

Responsable: Francy Acevedo

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: García Acevedo Dilan Civil: 1122543923

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	SI ☐ No ☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única	05/08/20	Serum	[illegible]	HTO		Ana Izquierdo
	Hepatitis B	Recién nacido	05/08/20	Serum	[illegible]	HTO	CITA: 05-[illegible]-2020	Ana Izquierdo
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	SI ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª	02-OCT-2020	Sanofi	R3L6	HTO 2020		Ana Izquierdo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	02-OCT-2020	BIO	23591	HTO		Ana Izquierdo
	Rotavirus	1ª	02-OCT-2020	GSK	A2[illegible]	HTO		Ana Izquierdo
	Neumococo	1ª	02-OCT-2020	GSK	MSDNB2[illegible]	HTO		Ana Izquierdo
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	SI ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	15-12-20	Sanofi	R3L33	HTO	CITA: 08-DIC-2020	Karen A.
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	15-12-20	Biological	23541x0220	HTO		Karen A.
	Rotavirus	2ª	15-12-20	GSK	A1CC254A	HTO		Karen A.
	Neumococo	2ª	15-12-20	GSK	ASDNB292A6	HTO		Karen A.
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	15-feb-2021	Sanofi	R3L891	HTO		Ana Izquierdo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	15-FEB-2021	BIO	23384093	HTO	CITA 20-junio-2021	Ana Izquierdo
	Influenza	1ª	24-OCT-21	Sanofi	V3C131	HTO		Ana Izquierdo
7 Meses	Influenza	2ª						
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	24-OCT-21	Sanofi	O1BCN2X6	HTO		Ana Izquierdo
	Fiebre Amarilla	1ª	24-OCT-21	Sanofi	R3NCA1	HTO		Ana Izquierdo
	Neumococo	Refuerzo	24-OCT-21	Sanofi	MSDNB320	HTO		Ana Izquierdo
	Influenza	Anual						
	Hepatitis A	ÚNICA	24-OCT-21	SINOVAC	CT2G433	HTO		Ana Izquierdo
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	16-02-22	Sanofi	23340C39A	HTO		Paula C.
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	16-02-22	Sanofi	1801P0D2	HTO		Paula C.
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo	22/08/25	Biological	L4230074	HTO	CITA: 24-09-2021	Eduard IB
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo	22/08/25	Sanofi	7211005L54A	HTO		Eduard IB
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	27 Abril 2023	Sanofi	0134NORA	IPS APVladero		Marcos Alirio Caicedo
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª	22/08/25					
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela SR Varicela	única RF Ud	24-OCT-21 16-02-21 22/08/25	GSK Sanofi Merck	TCR6330 01294W237 [illegible]	HTO HTFLB [illegible]	cita 9 AÑOS	Ana Izquierdo Paula C. Eduard IB

Estas vacunas son gratuitas

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. Hospital Fronterizo LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Dilan Smit García Acevedo

Doc. de Identidad: 1122343923 EPS: Sanitas

Teléfono: 3232076635 Domicilio: V/ Albania

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) Ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general												25-06-25	
		Atención en salud por enfermería												25-06-26	
		Atención en salud por Odontología												19-06-25	
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor													
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

Yuliana Daniela Pérez
ODONTÓLOGA

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

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-COV-2 / COVID-19

CIUDAD: San Miguel (La Dorada) FECHA: DIA 12 MES 05 AÑO 2025 HORA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES: Dilan Smith APELLIDOS: García Acevedo

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122343923

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 04 MES 08 AÑO 2020 EDAD: 4 AÑOS

OCUPACIÓN DE LA PERSONA VACUNADA: Promotora de salud Sanitas

INFORMACIÓN PREVIA: [illegible] SARS-CoV-2 / COVID-19 [illegible]

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA: [illegible]

Miedo ala reacción de la vacuna

CÓMO SE APLICA?	[illegible]
VACUNA Y DOSIS	[illegible] Ninguna
BENEFICIOS	[illegible]
RIESGOS	[illegible]
ALTERNATIVAS	[illegible]

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

[illegible]

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 brindarle la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

En consecuencia, decido: **ACEPTAR:** _____ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** 1 que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Francy Acevedo Rodriguez

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

Nombres Francy Apellidos Acevedo Rodriguez

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Numero 1037262774

Firma: Francy Acevedo Rodriguez

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar: _____, identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma el(la) señor(a)

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

de _____

Firma del Rogado

Huella dactilar o plantar del Rogante

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador: Kelly Jimenez Zárate

Firma Kelly J Z Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1075682134

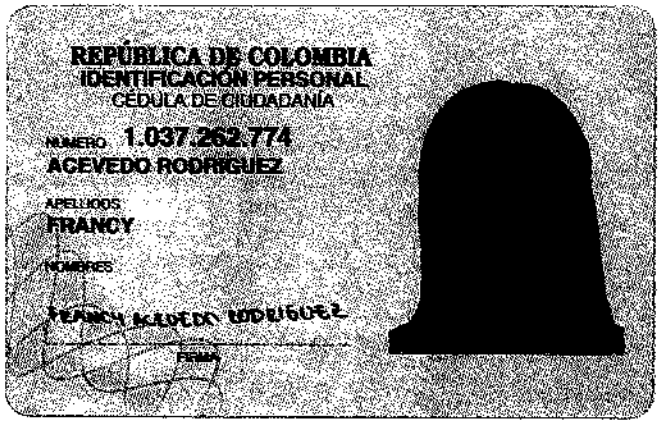
DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HF10

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo

MUNICIPIO: San Miguel

Nota: Cuanto se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con unos de sus padres o su representante legal.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.037.262.774
ACEVEDO RODRIGUEZ

APELLIDOS
FRANCY

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-SEP-2002
ITUANGO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

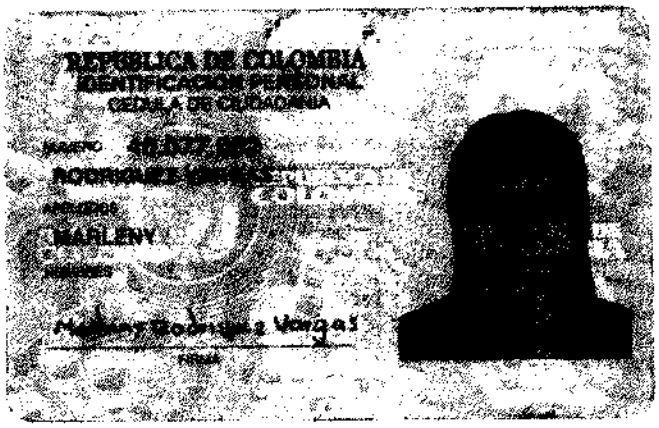
1.59 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

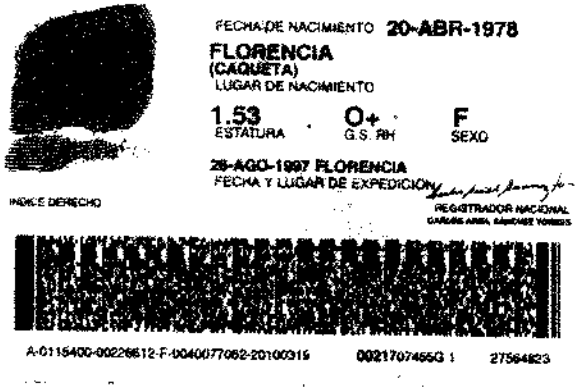
15-FEB-2021 SAN MIGUEL(LA [illegible])
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEJANDRO VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-6401800-01221663-F-1037262774-20210212 0073724685A 1 56511202


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO
APELLIDOS
NOMBRES
MARLENY
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 20-ABR-1978
FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
28-AGO-1997 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-0115400-00226612-F-0040077062-20100319 0021707465G 1 27564823

Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Francy Acevedo identificado con C.C N° 1037262774 en calidad de: padre ( ) o madre (Madre), del niño o niña: Dilan Smith Garcia Acevedo o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Grandes Exploradores, 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 16 Dias del mes de Abril del Año 2025.

Francy Acevedo
Madre o Acudiente
C.C 1037262774

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 Dilan Smith García Acevedo, identificado (a) con documento de identidad número 1122343923, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Francy Acevedo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1037262794, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por Fundación Alma de vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa E.J.C.

Suscriben:

Firma: Francy Acevedo
Nombre: Francy Acevedo
Calidad - Titular: Madre Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3209195881
Fecha: 16/04/2025
Municipio: San Miguel Ptyo.

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel la Dorada

Nombre completo de la niña o niño Dilan Smith Garcia Acevedo

Fecha de nacimiento 04 08 2020 **N° Documento de Identidad** U1223423923

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 16 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador William Marín O

Fecha de registro cualitativo 17 07 2025

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

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

Observaciones generales

El niño Dilan Smith se encuentra en un perfil de desarrollo esperado, adquiriendo los ítems de las dimensiones acorde a su rango de edad.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador William Marín O.

Fecha de registro cualitativo 20 10 2025

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

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

Observaciones generales

El niño Dilan Smith se encuentra en un perfil esperado teniendo en cuenta que realiza diferentes acciones dentro de su rango de edad, la buena relación con los demás, la independencia, autonomía, se continuara implementando estrategias en su desarrollo integral.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

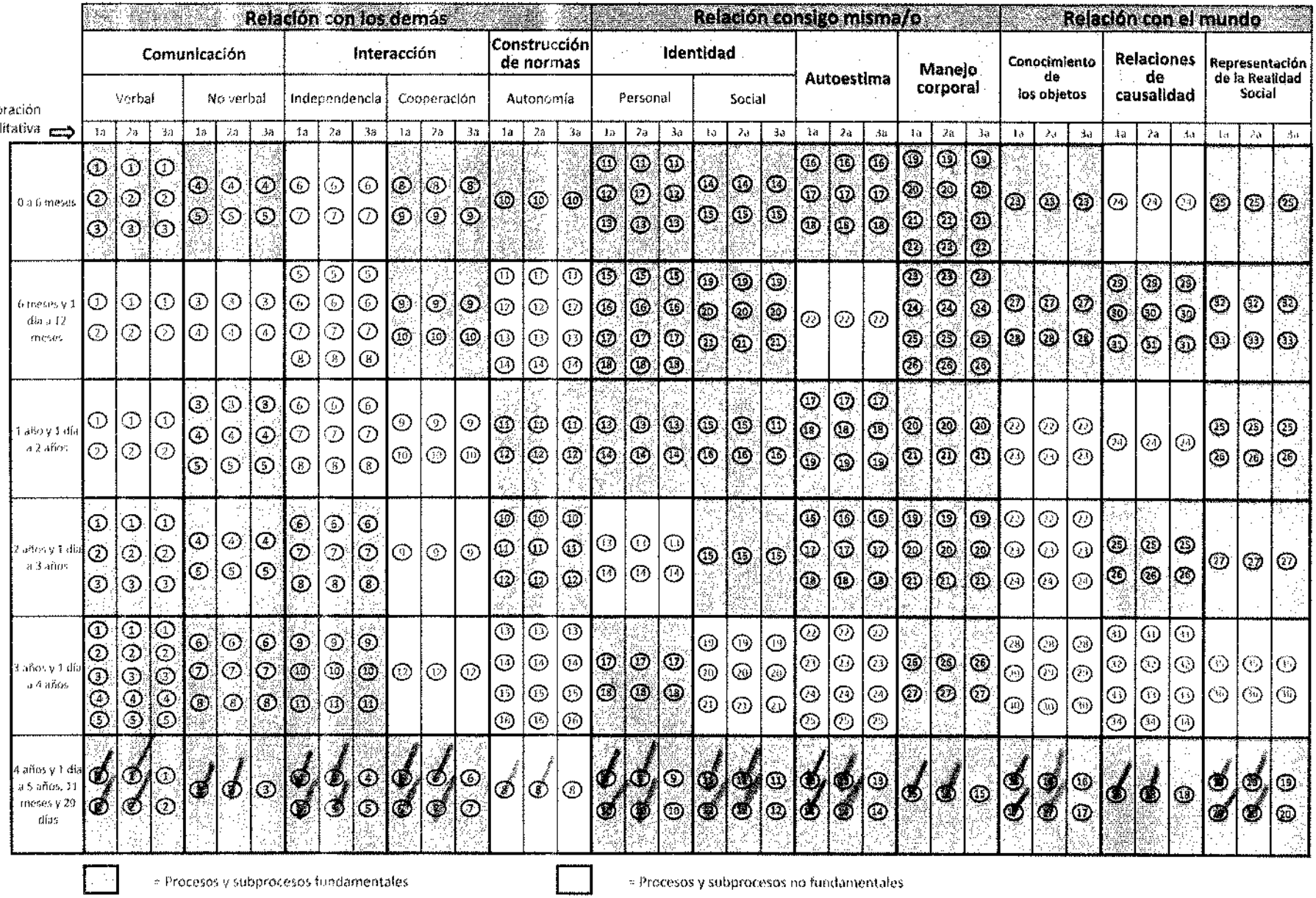
Fecha de resgistro cualitativo

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)*



= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Willan Marín O. NOMBRE UCA: Grandes Exploradores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Dilan Smith García IDENTIFICACIO: 1122543923 FECHA DE NACIMIENTO: 4/08/2020

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION				
04/01/25	X		10:20		Se revisa el carné de vacunas del niño Dilan smith donde se encuentra que tiene el esquema de vacunas incompleto del biológico de influenza correspondiente de los 7 meses y 8 meses de edad, se indaga a la madre que refiere que llevo al niño al servicio de atención de las vacunas pero le manifestaron que no había disponible del biológico cabe aclarar que por la edad no aplica para las vacunas.			Se sensibiliza la madre sobre la importancia de garantizarle los derechos de atención en salud.	- La madre se compromete a cumplir los compromisos pactados en cuanto a los controles de salud en las fechas programadas.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Willian Marin Ordoñez NOMBRE UCA: Grandes Exploradores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Dilan Smith García A. IDENTIFICACIO: 1122343923 FECHA DE NACIMIENTO: 04/08/2020

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					
13/05/25	X		11:30		La madre del niño refiere que hizo el tramite de la portabilidad para poder asistir a los controles de salud.	Francy Acevedo	Zuleidy Meneses	Se le realizó la visita en su hogar Sensibilizando en la importancia de asistir a los controles.		La madre se compromete en asistir al control de crecimiento y desarrollo y higiene oral.
16/06/25	X				La madre del niño manifiesta que por parte de la entidad de salud le dieron la solicitud de la portabilidad y la autorización.	Francy Acevedo		La madre asistirá al control de higiene oral al hospital.		La madre se comunica con el agente Educativo para informar le sobre los certificados de solicitud.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Willian Marin O NOMBRE UCA: Grandes Exploradores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Dilan Smith García IDENTIFICACIO: 1122343923 FECHA DE NACIMIENTO: 04/08/2020

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					
17/04/23	X			6:00	La madre se comunica por medio de whatsapp solicitando permiso del niño Dilan que no puede asistir al encuentro comunitario porque debe asistir a la cita de higiene oral.	Francy Acevedo		Se registra en raciadas la solicitud del permiso justificado.		La madre se compromete en llevar el documento al agente educativo para anexarlo a la carpeta.
24/04/23	X		10:00 AM		La madre se comunica via whatsaap con el agente Educativo refiriendo que ya tiene los documentos actualizados del niño.	Francy Acevedo		La madre asiste al hospital para la cita del niño de crecimiento y desarrollo	La madre cumplió con el compromiso de entregar copias del carnet actualizado de crecimiento y desarrollo y higiene oral	La madre se compromete en seguir asistiendo a las citas de salud del niño

28
P IV

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Willan Marin O NOMBRE UCA: Grandes exploradores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Dilon Smith Garcia IDENTIFICACIO: 1122343923 FECHA DE NACIMIENTO: 04/09/2020

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					
04/09/25	x		9:20		La madre refiere que no podia asistir a la cita de crecimiento y desarrollo ya que no le llegaba la autorización de la Eps.	whatsApp		Se sensibilizó a la madre de la importancia de los derechos de salud del niño		- La madre si amplió con los compromisos pactados y presentó los carné de Crecimiento y desarrollo y Vacunas.
24/09/25				2:00	La madre a través de whatsapp refiere que ya llevo al niño a la cita de Crecimiento y desarrollo y se encuentra al dia con los servicios de salud.	whatsapp		el agente Educativo reclama los documentos de salud y los anexa en la carpeta del participante		