ANEXO 15

Inscripción individual niños y niñas al Programa de Atención Integral a la Primera Infancia (PAIPI)

La Dirección de Primera Infancia del Ministerio de Educación Nacional, en concordancia con su propuesta de organizar sistemáticamente el proceso de Atención Integral a la Primera Infancia a través del Plan de Atención Integral (PAI), presenta el procedimiento para la Inscripción individual de niños, niñas, mujeres gestantes y lactantes al PAIPI, el cual permite identificar y caracterizar aquéllos que por sus condiciones de vulnerabilidad ameritan acceder de forma prioritaria al Programa.

Los prestadores del servicio, tal como lo indica el Reglamento Operativo del Fondo de Fomento a la Atención Integral de la Primera Infancia y la Guía Operativa N°35, están en la obligación de dar cuenta y hacer seguimiento a la garantía de los derechos fundamentales de la población mencionada, a través de la verificación de la información que soporta su reconocimiento, acceso a los servicios de salud y condiciones socioeconómicas, y de la implementación de acciones que promuevan la garantía y reconocimiento de los mismos.

Por ello, a la luz del procedimiento presentado en el presente anexo, el prestador del servicio deberá garantizar la debida inscripción de cada uno de los niños, niñas, mujeres gestantes y lactantes que se han priorizado para acceder al subsidio, y a su vez asegurar la existencia de un archivo físico que permita documentar la información y realizar seguimiento a la atención correspondiente a cada uno de ellos.

I. Objetivo

Orientar a los prestadores del servicio y a los Delegados de Primera Infancia de Alcaldías y Secretarías de Educación en cuanto al procedimiento y las condiciones que se deben cumplir en lo relacionado con la inscripción de niños, niñas, mujeres gestantes y madres lactantes en cada modalidad de atención, y la conformación del respectivo archivo.

II. Justificación del proceso de inscripción individual al PAIPI

El PAIPI en cada municipio debe responder a las características y necesidades particulares de los niños y las niñas en primera infancia según los requerimientos establecidos por el MEN, buscando siempre el respeto por la diversidad y las características particulares de éstos, sus familias y comunidades. La realización de la inscripción de los niños y las niñas al Programa, es la constancia de un derecho adquirido y la oportunidad para tener de primera mano, información básica y vital de ellos(as).

El ejercicio de inscripción individual de niños, niñas, mujeres gestantes y madres lactantes beneficiarios de los subsidios para la atención en el marco del PAIPI, forma parte del proceso de identificación y priorización de la población de cada municipio, el cual debe permitir identificar aquéllos beneficiarios que por sus condiciones de vulnerabilidad ameritan acceder de forma prioritaria al Programa.

La información obtenida a través de este procedimiento, es el punto de partida de la Atención Integral que se ofrecerá a los beneficiarios del Programa, y es un insumo de gran importancia para la elaboración del PAI del prestador del servicio, pues ésta ofrece un primer panorama de ellos.

III. Proceso de Inscripción

Una vez el municipio y el prestador del servicio han realizado las actividades de identificación de la población, verificación y cruce de datos, priorización y elaboración de listas de espera y socialización de los listados, tal como se indica en el punto c del numeral 2 del Capítulo A del Anexo 12 del Reglamento Operativo, está en la obligación de realizar un proceso de inscripción de cada uno y cada una de los niños, niñas y mujeres gestantes y lactantes a la modalidad, según corresponda.

Este proceso debe por una parte, dar cuenta del reconocimiento y garantía del cumplimiento de los derechos fundamentales del niño y la niña en términos de su existencia, reconocimiento, desarrollo y protección, y por otra parte, contar con información vital para garantizar la seguridad y protección de niños y niñas durante su permanencia en la sede donde será atendido.

Por tanto, el prestador con el apoyo del municipio en la fase de alistamiento, deberá realizar la convocatoria con las familias priorizadas para:

- Socializar la operación del Programa
- Explicar las modalidades a operar en el municipio
- Indicar las condiciones de atención y los requisitos las familias deben cumplir para permanecer en el mismo
- Diligenciar el formato de inscripción

Es esta fase se debe igualmente organizar las carpetas y el archivo, el cual debe estar constituido para la apertura del servicio.

Se citan a continuación de forma textual cinco (5) notas a tener en cuenta, las cuales se presentaron previamente en el Capítulo A del Anexo 12 del Reglamento Operativo:

Nota 1: el prestador del servicio debe contar con una carpeta por niño y niña que contenga la información señalada en el proceso de inscripción. En caso de no contar en el momento de inscripción con uno de los documentos solicitados deberá realizar asesoría y seguimiento con las familias, sobre cómo acceder a los servicios y conseguir los respectivos documentos en el marco de implementación del PAI, y llevar registro de ello.

Nota 2: si la familia no accede al subsidio, es decir si no se acerca en las fechas establecidas para legalizar el subsidio y realizar la inscripción, se dará un plazo no mayor a 8 días calendario para realizar dicho trámite. Si transcurrido este lapso de tiempo no hay algún tipo de notificación por parte de la familia para inscribir al niño o la niña, el subsidio se asignará a otro niño o niña que se encuentre identificado en la lista de espera.

Nota 3: una vez se retire el niño o la niña del Programa y esta novedad sea notificada en el Sistema de Información de Primera Infancia – SIPI, el subsidio se le otorgará a un niño o niña registrado en la lista de espera y se procederá a cargar su información en el sistema.

Nota 4: para los casos en los que se focalice población indígena de primera infancia, el prestador del servicio deberá enviar al Ministerio de Educación Nacional, previo al inicio de la atención, el Acta de Concertación con las autoridades indígenas de las respectivas comunidades. Así mismo, debe enviar copia del acto administrativo de reconocimiento de dichas autoridades expedido por la dirección de asuntos indígenas del Ministerio del Interior y de la Justicia, en la que se le avale su competencia para

prestar el servicio a dicha comunidad. Este proceso debe estar acompañado por la Secretaría de Educación de la entidad territorial certificada.

Nota 5: para los casos en los que una familia inscriba al niño o niña para la modalidad de entorno familiar con dos prestadores diferentes y estén siendo atendidos efectivamente por ambos, se reconocerá únicamente el pago de la canasta al prestador que haya focalizado y cargado los niños al SIPI inicialmente.

IV. Formato de Inscripción individual

En el presente anexo se incluyen cuatro (4) formatos distintos para la inscripción de los niños, niñas, mujeres gestantes y lactantes beneficiarios del Programa, así:

1. Formato de Inscripción Individual Niños y Niñas – Entorno Institucional
2. Formato de Inscripción Individual Niños y Niñas – Entorno Comunitario
3. Formato de Inscripción Individual Niños y Niñas – Entorno Familiar
4. Formato de Inscripción Individual Mujeres gestantes y Madres lactantes – Entorno Familiar

Estos formatos entran en vigencia y son de obligatorio cumplimiento para los convenios suscritos a partir de 2011, cada formato debe ser diligenciado por un agente educativo del prestador del servicio, con la colaboración del adulto responsable del niño o niña, quien debe tener a mano los documentos requeridos. Se puede tener acceso a los respectivos archivos digitales a través de la página web de Primera Infancia.

V. Instrucciones para el diligenciamiento del Formato de Inscripción individual

Diligencie el formato completamente, escribiendo sólo en los campos sombreados en color gris, en tinta negra, letra mayúscula, legible, clara, sin borrones, ni tachones. Los datos se deben transcribir tal como aparecen en el documento de identidad y demás soportes requeridos. Una vez firmado y sellado, el formato no podrá ser modificado.

A continuación presentamos las instrucciones para el diligenciamiento de cada uno de los formatos:

A. Formato de Inscripción Individual Niños y Niñas – Entorno Institucional

1. DATOS DEL NIÑO – NIÑA

Nombre: nombre completo según el orden establecido, tal como aparece en el registro civil.
Fecha de nacimiento: tal como aparece en el registro civil de nacimiento. Sólo en caso de no contar con el registro civil ni con otro documento que registre los datos solicitados, éstos serán tomados del reporte verbal del adulto acompañante.
Edad: meses y años cumplidos a la fecha de la inscripción del niño-niña en el Programa.
Sexo: Marque F si femenino, ó M si masculino.
Lugar de nacimiento: municipio, departamento y país tal como aparece en el registro civil de nacimiento.
Registro Civil: indicar si el niño –niña está registrado, escribir el municipio y departamento de expedición del registro civil. A continuación escribir el número del registro y señalar si éste corresponde al NUIP (10 dígitos numéricos), SERIAL (número del serial del Registro Civil en caso de no tener NUIP) u OTRO (10

dígitos alfanuméricos del antiguo NUIP ó número del certificado de cabildo). En caso de que el(la) niño(a) no tenga documento de identificación se debe indicar en observaciones la situación que corresponda: si perdió el documento, si no ha sido registrado, o la situación particular.

Afiliación al sistema de Seguridad social en Salud SGSSS, indique si está o no afiliado al sistema, es decir, si tiene afiliación a alguna EPS o EPSs, y a continuación indique el nombre de la entidad según carné de afiliación.

Régimen: marque con una X según corresponda:

- Subsidiado, si la persona o grupo familiar NO realiza aportes mensualmente al sistema.
- Contributivo, si la persona o grupo familiar mensualmente paga aportes al sistema.
- Vinculado, si a la persona o grupo familiar le han realizado la encuesta Sisbén pero aún no ha obtenido un cupo para pertenecer al régimen subsidiado y tiene prelación para ser atendida en la red pública de servicios de salud.
- Otro, si la persona pertenece a algún régimen especial, si señala esta opción indique a que régimen especial pertenece.

Etnia: a partir del auto reporte ó con los datos del certificado de cabildo, indicar nombre de la etnia y del resguardo, cabildo, capitanía o zonal, según corresponda.

Optometría y audiometría: marque con una X según corresponda, y escriba la fecha del último examen realizado tal como aparezca en el soporte físico, la cual no puede ser más antigua de un (1) año.

Discapacidad: indique si el niño-niña ha sido diagnosticado con alguna discapacidad, por médico especialista, indique el tipo y transcriba el nombre según aparezca en el soporte físico, el cual puede ser una fórmula de tratamiento farmacológico. También transcriba el nombre del medicamento y la dosis prescrita por el especialista.

Para el tipo de discapacidad tenga en cuenta:

Sensorial	Cognitiva	Física
Sordera Profunda	*Parálisis cerebral*	*Lesión neuromuscular*
Hipoacusia o Baja audición	*Autismo*	*Ausencia de alguna extremidad*
Baja visión diagnosticada	*Deficiencia cognitiva (Retardo Mental)*	
Ceguera	*Síndrome de Down*	

Esquema de vacunación: marque con una X si ó no según corresponda si el niño-a cumple según indica el soporte físico con el esquema de vacunación completo para su edad <<carné de salud infantil>> ó <<carné de vacunas>>.

Tipo de sangre: complete la información del tipo de sangre: A, B, O ó AB y el Factor Rhesus (RH): + ó – según corresponda, preferiblemente a partir de soporte presentado.

Crecimiento y desarrollo: marque con una X si ó no según corresponda si el niño-a asiste periódicamente según requerimientos para su edad, a los controles de crecimiento y desarrollo, según indica el soporte físico <<carné de salud infantil>> para su edad. Menores de 2 años: mensualmente, mayores de 2 años: cada 6 meses.

Alergia: marque con una X si ó no según corresponda según reporte verbal del acudiente, y especifique a qué le tiene alergia el niño-a.

Se sugiere pegar foto reciente del niño –niña, pero la ausencia de ésta no puede ser impedimento para el acceso al Programa.

2. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Estrato Socioeconómico: marque con una X el estrato que corresponda, según lo indique el soporte presentado <<recibo de servicios públicos>>.
Clasificación Sisbén II: marque con una X si la familia del niño-a tiene el puntaje obtenido en la encuesta SISBEN II (realizada entre 2002 y 2009), e indique el nivel.
Clasificación Sisbén III: marque con una X si la familia del niño-a tiene el puntaje obtenido en la encuesta Sisbén III (realizada a partir de 2010), e indique el puntaje.
Situación de desplazamiento: marque con una X SI ó No según corresponda si la familia está en situación de desplazamiento forzado por la violencia e indique el último lugar del cual se desplazó la familia.
Subsidio de Familias en Acción / Red Unidos: marque con una X SI ó No según corresponda si la familia está recibiendo subsidio de Familias en Acción y si forma parte o no de la Red Unidos.

3. DATOS DE LA VIVIENDA

Zona: indique si la vivienda está ubicada en zona urbana o rural
Departamento: escriba el departamento de residencia
Municipio: escriba el municipio de residencia
Dirección: escriba dirección según soporte presentado <<recibo de servicios públicos>>, y de no estar disponible, según reporte del acudiente.
Teléfono: escriba el número de teléfono fijo y/o móvil de la residencia.
Barrio / vereda: escriba el nombre del barrio y/o vereda donde está ubicada la vivienda.
Acceso a agua potable, energía eléctrica, manejo de aguas residuales, gas: marque con SI ó NO según corresponda a la situación de la familia en la vivienda actual, según reporte.

4. DATOS DE ACUDIENTE, MADRE Y/O PADRE

En este apartado cuenta con tres secciones en las cuales debe diligenciar los datos que correspondan a madre, padre y persona responsable del niño-a. Los datos a diligenciar son:
Nombre: nombre completo según el orden establecido, tal como aparece en el documento de identidad.
Documento de identidad: seleccione el tipo de documento: tarjeta de identidad (T.I.), Cédula de ciudadanía (C.C.), Cédula de Extranjería (C.E.), y el número.
Vive con el niño: marque con una X según corresponda si la madre, padre ó acudiente viven en el mismo hogar con el niño-a.
Teléfonos de contacto: escriba los números de teléfono fijo y/o móvil.
Dirección de la vivienda: escriba dirección según soporte presentado <<recibo de servicios públicos>>, y de no estar disponible, según reporte del acudiente.
Barrio / vereda: escriba el nombre del barrio y/o vereda donde está ubicada la vivienda.
Gestación: indique para la madre y la acudiente (si aplica), si está en período de gestación y escriba los meses de gestación.
Lactante: indique para la madre y la acudiente (si aplica), si actualmente está lactando.
Nivel de estudios: escriba el nivel de estudios según corresponda (sin estudio, primaria, bachiller, técnico, profesional).

Ocupación actual: escriba según corresponda. (ama de casa, trabajador independiente, trabajador ocasional, trabajador con contrato laboral u otros).

5. ADULTOS AUTORIZADOS PARA RECOGER AL NIÑO –NIÑA

En esta sección debe relacionar **únicamente** a los adultos-as autorizados por la persona responsable del niño y la niña para recogerlo de la sede de atención. Se debe diligenciar el nombre completo tal y como aparece en el documento de identidad, el número de documento de identidad, teléfono fijo y teléfono móvil.

Se le debe informar a la persona responsable del niño para que autorice a personas mayores de edad, las cuales deben portar obligatoriamente su documento de identidad ó en caso de no tenerlo, un documento o carné que el prestador elabore para certificar tal autorización al momento de recoger al niño o la niña en la sede de atención.

6. INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIO

Diligencie los datos correspondientes al lugar donde está ubicada la sede donde se presta el servicio:
Municipio: escriba el municipio donde está ubicada la sede.
Departamento: escriba el departamento donde está ubicada la sede.
Nombre del prestador del servicio: escriba completo el nombre del prestador responsable del servicio.
Nombre de la sede según SIPI: escriba el nombre de la sede tal y como quedó registrado en el SIPI.
Fecha de ingreso: diligencie el día, mes y año en que ingresó el niño –niña al Programa.
Fecha de retiro: diligencie el día, mes y año en que el niño –niña fue retirado del Programa.
Motivo: escriba el motivo por el cual el niño-niña fue retirado del Programa. Puede ser alguna de las siguientes opciones previstas (si es otra, descríbala claramente en el espacio de observaciones):

1. Enfermedad	5. No le gusta la comida	9. Pasó a SIMAT
2. Distancia al centro de atención	6. Traslado de municipio	10. Retiro voluntario del Programa
3. Alto costo para la familia (transporte al sitio)	7. Conflicto armado	
4. En casa hay alguien quien lo cuida	8. Muerte	

7. DOCUMENTOS ANEXOS A ESTE FORMATO

En esta sección encuentra una lista de chequeo de los documentos que se deben adjuntar, debe marcar con una equis (X) al lado de cada documento recibido para su respectivo archivo. Se debe establecer el compromiso con el acudiente de completar los documentos faltantes y actualizar con la frecuencia indicada en el Capítulo VI de presente anexo, cada soporte.

Al terminar de diligenciar el formato y recibir los documentos de soporte, se le debe **informar** a la persona responsable del niño o niña que suministró la información que:

> *Acepta todos los términos y condiciones del Programa de Atención integral a la Primera Infancia y se compromete a traer y retirar al niño(a) en los horarios acordados a la sede de atención o presentar excusa en caso de ausencia, asistir a las reuniones programadas, recibir las visitas notificadas y entregar la documentación e información solicitada de forma oportuna y veraz durante el desarrollo del Programa.*

Una vez terminado el proceso e informado lo anterior, se solicita la firma a la persona que suministró la información, y el agente educativo que lo diligenció procede a firmar también. El prestador del servicio debe poner el sello institucional al formato e indicar la fecha de diligenciamiento del mismo.

B. Formato de Inscripción Individual Niños y Niñas – Entorno Comunitario

1. DATOS DEL NIÑO – NIÑA

La Información solicitada en este apartado es la misma solicitada en el entorno institucional (ver Datos del Niño – Niña en Formato de inscripción individual niños y niñas – Entorno Institucional, apartado A – 1)

2. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

La Información solicitada en este apartado es la misma solicitada en el entorno institucional (ver Situación socioeconómica en Formato de inscripción individual niños y niñas – Entorno Institucional, apartado A – 2)

3. DATOS DE LA VIVIENDA

La Información solicitada en este apartado es la misma solicitada en el entorno institucional (ver Datos de la vivienda en Formato de inscripción individual niños y niñas – Entorno Institucional, apartado A – 3)

4. DATOS DE ACUDIENTE, MADRE Y/O PADRE

La Información solicitada en este apartado es la misma solicitada en el entorno institucional (ver Datos de acudiente, padre o madre en Formato de inscripción individual niños y niñas – Entorno Institucional, apartado A – 4)

5. DATOS DE LA MADRE COMUNITARIA

En este apartado debe diligenciar los datos que correspondan a la Madre Comunitaria responsable del Hogar Comunitario de Bienestar del cual forma parte el niño o la niña. Los datos a diligenciar son:
Nombre: nombre completo según el orden establecido, tal como aparece en el documento de identidad.
Documento de identidad: seleccione el tipo de documento: tarjeta de identidad (T.I.), Cédula de ciudadanía (C.C.), Cédula de Extranjería (C.E.), y el número.
Centro Zonal: escriba el nombre del Centro Zonal de ICBF al cual está adscrito el HCB.
Nombre del Hogar Comunitario: debe quedar igual a como se registre en el SIPI
Dirección del HCB: escriba dirección según reporte de la madre comunitaria.
Barrio / Vereda: escriba el nombre del barrio y/o vereda donde está ubicado el HCB.
Teléfonos de contacto: escriba los números de teléfono fijo y/o móvil de la madre comunitaria.
Nivel de estudios: escriba el nivel de estudios según corresponda (sin estudio, primaria, bachiller, técnico, profesional).
Tiempo de experiencia con Primera Infancia: escriba según corresponda.

6. INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIO

Diligencie los datos correspondientes al lugar donde está ubicada la sede donde se presta el servicio:
Municipio: escriba el municipio donde está ubicada la UPA.
Departamento: escriba el departamento donde está ubicada la UPA.
Nombre del prestador del servicio: escriba completo el nombre del prestador responsable del servicio.
Especificación del servicio Entorno Comunitario: marque con una equis (X) según la modalidad que le corresponda al HCB:

- Sin transporte: el HCB asiste a la UPA fija pero no utiliza servicio de transporte automotor.
- Con transporte: el HCB asiste a la UPA fija utilizando servicio de transporte automotor.
- UPA Móvil: el HCB recibe el apoyo del equipo de la UPA Móvil, en la sede del HCB.
- Hogar Agrupado: el HCB Agrupado recibe el apoyo del equipo de la UPA, en la sede del HCB.

Nombre de la sede según SIPI: escriba el nombre de la UPA tal y como quedó registrado en el SIPI.
Días de Atención a la semana: escriba el día en que el HCB asiste a la UPA ó recibe el acompañamiento de la UPA Móvil.
Fecha de ingreso: diligencie el día, mes y año en que ingresó el niño –niña al Programa.
Fecha de retiro: diligencie el día, mes y año en que el niño –niña fue retirado del Programa.
Motivo: escriba el motivo por el cual el niño-niña, ó el HCB fue retirado del Programa. Puede ser alguna de las opciones previstas (ver Información de la prestación del servicio en Formato de inscripción individual niños y niñas – Entorno Institucional, apartado A – 6)

7. DOCUMENTOS ANEXOS A ESTE FORMATO

La Información solicitada en este apartado es la misma solicitada en el entorno institucional (ver Documentos Anexos a esta hoja de inscripción en Formato de inscripción individual niños y niñas – Entorno Institucional, apartado A – 7).

C. Formato de Inscripción Individual Niños y Niñas – Entorno Familiar

1. DATOS DEL NIÑO – NIÑA

La Información solicitada en este apartado es la misma solicitada en el entorno institucional (ver Datos del Niño – Niña en Formato de inscripción individual niños y niñas – Entorno Institucional, apartado A – 1)

2. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

La Información solicitada en este apartado es la misma solicitada en el entorno institucional (ver Situación socioeconómica en Formato de inscripción individual niños y niñas – Entorno Institucional, apartado A – 2)

3. DATOS DE LA VIVIENDA

La Información solicitada en este apartado es la misma solicitada en el entorno institucional (ver Datos de la vivienda en Formato de inscripción individual niños y niñas – Entorno Institucional, apartado A – 3)

4. DATOS DE ACUDIENTE, MADRE Y/O PADRE

La Información solicitada en este apartado es la misma solicitada en el entorno institucional (ver Datos de acudiente, padre o madre en Formato de inscripción individual niños y niñas – Entorno Institucional, apartado A – 4)

5. INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIO

Diligencie los datos correspondientes al lugar donde está ubicada la sede donde se presta el servicio tal como se indicó en el formato de entorno institucional (ver Información de la prestación del servicio en Formato de inscripción individual niños y niñas – Entorno Institucional, apartado A – 6) y adicionalmente:
Nombre de la sede: escriba el nombre ó la dirección del lugar en donde se realiza el encuentro educativo.
Día y horario de Atención: escriba el día en que el niño-niña y su acompañante participan en el encuentro educativo.

6. DOCUMENTOS ANEXOS A ESTE FORMATO

La Información solicitada en este apartado es la misma solicitada en el entorno institucional (ver Documentos Anexos a esta hoja de inscripción en Formato de inscripción individual niños y niñas – Entorno Institucional, apartado A – 7).

D. Formato de Inscripción Individual Mujeres gestantes y Madres Lactantes – Entorno Familiar

1. DATOS DE LA MUJER GESTANTE / LACTANTE

La Información solicitada en este apartado corresponde a los datos básicos de la mujer beneficiaria en el mismo formato del entorno institucional (ver Datos del Niño – Niña en Formato de inscripción individual niños y niñas – Entorno Institucional, apartado A – 1), y adicionalmente se solicita:

Gestante: escribir número de semanas de gestación cumplidas.
Lactante: especifique edad del bebé que está lactando.
Número de Hijos – hijas: especifique el número de nacidos vivos y sus edades.
Esquema de vacunación completo: marque con una X si ó no según corresponda, sólo si cumple según indica el soporte físico, con el esquema de vacunación completo para sus semanas de gestación ó para la edad del niño o niña al que está lactando según <<carné de vacunas>> ó <<carné de salud infantil>>.
Tipo de sangre: complete la información del tipo de sangre: A, B, O ó AB y el Factor Rhesus (RH): + ó – según corresponda, preferiblemente a partir de soporte presentado.
Crecimiento y desarrollo: marque con una X si ó no según corresponda si la mujer gestante ó el niño que está lactando según corresponda, asiste periódicamente según requerimientos a los controles de crecimiento y desarrollo, según indica el soporte físico <<carné de control pre-natal >> ó <<carné de salud infantil>>.
Alergia: marque con una X si ó no según corresponda según reporte verbal de la mujer y especifique a qué le tiene alergia ella.

Nivel de estudios: escriba el nivel de estudios según corresponda (sin estudio, primaria, bachiller, técnico, profesional).
Ocupación actual: escriba según corresponda. (ama de casa, trabajador independiente, trabajador ocasional, trabajador con contrato laboral u otros).
Se sugiere pegar foto reciente de la mujer gestante ó lactante, pero la ausencia de ésta no puede ser impedimento para el acceso al Programa.

2. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

La Información solicitada en este apartado es la misma solicitada en el entorno institucional (ver Situación socioeconómica en Formato de inscripción individual niños y niñas – Entorno Institucional, apartado A – 2)

3. DATOS DE LA VIVIENDA

La Información solicitada en este apartado es la misma solicitada en el entorno institucional (ver Datos de la vivienda en Formato de inscripción individual niños y niñas – Entorno Institucional, apartado A – 3)

4. INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIO

Diligencie los datos correspondientes al lugar donde está ubicada la sede donde se presta el servicio tal como se indicó en el formato de entorno institucional (ver Información de la prestación del servicio en Formato de inscripción individual niños y niñas – Entorno Institucional, apartado A – 6) y adicionalmente:
Nombre de la sede: escriba el nombre ó la dirección del lugar en donde se realiza el encuentro educativo.
Día y horario de Atención: escriba el día en que la mujer gestante ó lactante participa en el encuentro educativo.
Fecha de ingreso: diligencie el día, mes y año en que ingresó al Programa.
Fecha de retiro: diligencie el día, mes y año en que fue retirada del Programa.
Motivo: escriba el motivo por el cual la mujer gestante ó lactante fue retirada del Programa. Puede ser alguna de las siguientes opciones previstas (si es otra, descríbala claramente en el espacio de observaciones):

1. Enfermedad	5. No le gusta la comida	9. Pasó a SIMAT **(No aplica)**
2. Distancia al centro de atención	6. Traslado de municipio **(No aplica)**	10. Retiro voluntario del Programa
3. Alto costo para la familia (transporte al sitio)	7. Conflicto armado	
4. En casa hay alguien quien lo cuida **(No aplica)**	8. Muerte	

5. DOCUMENTOS ANEXOS A ESTE FORMATO

En esta sección encuentra una lista de chequeo de los documentos que se deben adjuntar, debe marcar con una equis (X) al lado de cada documento recibido para su respectivo archivo. Se debe establecer el compromiso con la mujer gestante o lactante de completar los documentos faltantes y actualizar con la frecuencia indicada en el Capítulo VI de presente anexo, cada soporte.

Al terminar de diligenciar el formato y recibir los documentos de soporte, se le debe informar a la mujer gestante o lactante que:

> *Acepta todos los términos y condiciones del Programa de atención integral a la Primera Infancia y se compromete a participar en los encuentros educativos en los horarios acordados o presentar excusa en caso de ausencia, asistir a las reuniones programadas, recibir las visitas notificadas y entregar la documentación e información solicitada de forma oportuna y veraz durante el desarrollo del Programa.*

Una vez terminado el proceso e informado lo anterior, se solicita la firma y el agente educativo que lo diligenció procede a firmar también. El prestador del servicio debe sellar el formato e indicar la fecha de diligenciamiento del mismo.

VI. Condiciones de obligatorio cumplimiento para la conformación del archivo con la información de los beneficiarios

Para todos los entornos el prestador está comprometido a garantizar la oportunidad y calidad de la información relacionada con los beneficiarios. Para ello, deberá contar con un archivo físico de la información de niños, niñas, mujeres gestantes y madres lactantes beneficiarias del Programa.

Cada formato debe ser legajado en una carpeta por cada beneficiario inscrito al Programa, junto con sus respectivos soportes y registros de seguimiento. Esta carpeta debe reposar en un archivo debidamente organizado, en la sede donde se presta el servicio.

Para el caso del entorno familiar y de la UPA Móvil, el docente debe llevar un archivo viajero en cada encuentro educativo, con la información básica de los participantes del encuentro (Hoja de registro con información básica y formatos de seguimiento). Para los casos en los cuales por condiciones geográficas y/o de orden público, ésta condición no pueda ser cumplida, el prestador del servicio deberá notificar a la interventoría y al Delegado de Primera Infancia, sobre el lugar físico en donde siempre reposarán tales archivos, el cual sólo podrá ser una sede del prestador del servicio en el municipio de atención, ó un espacio en la alcaldía municipal en donde se garantice su custodia.

Los documentos básicos a anexar con su respectiva frecuencia de actualización, son los siguientes:

A. Documentos anexos a Formato de Inscripción Niños y Niñas

Documento	Frecuencia de actualización
Formato de Inscripción Individual	En el marco de convenios de continuidad en donde se presta la atención en la misma modalidad, se conserva el mismo formato y se actualizan los soportes. En caso de cambio de modalidad de atención, prestador o sede, se debe diligenciar un nuevo formato de inscripción para el niño o la niña.
Fotocopia del Registro civil de nacimiento	Único
Fotocopia de puntaje Sisbén o carta de desplazado	Si para la inscripción presentó puntaje de Sisbén II, debe presentar soporte de Sisbén III una vez cuente con éste.
Fotocopia de afiliación a salud vigente	Actualizar en caso de cambio de EPS ó EPSs a la cual está afiliado el niño o niña.
Curva de crecimiento y desarrollo (puede	Cada cuatro meses, para menores de 24 meses.

Documento	Frecuencia de actualización
Formato de Inscripción Individual	En el marco de convenios de continuidad en donde se presta la atención en la misma modalidad, se conserva el mismo formato y se actualizan los soportes. En caso de cambio de modalidad de atención, prestador o sede, se debe diligenciar un nuevo formato de inscripción para el niño o la niña.
Fotocopia del Registro civil de nacimiento	Único
Fotocopia de puntaje Sisbén o carta de desplazado	Si para la inscripción presentó puntaje de Sisbén II, debe presentar soporte de Sisbén III una vez cuente con éste.
ser Carné de salud infantil)	Cada 6 meses para mayores de 24 meses en adelante.
Carné de vacunación al día según edad (puede ser Carné de salud infantil)	Cada cuatro meses, para menores de 24 meses. Cada 6 meses para mayores de 24 meses en adelante.
Certificado médico actualizado	Cada 6 meses
Certificado de valoración de optometría	Cada año
Certificado de valoración de audiometría	Cada año
Fotocopia de un recibo público	En caso de cambiar de residencia.
Fotocopia de documento del padre, madre y/o responsable	Único
Certificado de Cabildo, capitanía o zonal	Único, sólo para los casos que aplique.
Acta de Concertación	Único, sólo para población que presenta certificado de pertenencia a comunidad indígena, afrocolombiana, o Rom, ó que se ha auto referido como tal.
Registros de seguimiento al niño o la niña en el Programa.	Deben corresponder a la frecuencia establecida de registro y formatos del prestador del servicio.

B. Documentos anexos a Formato de Inscripción Mujeres Gestantes y Lactantes

Documento	Frecuencia de actualización
Formato de Inscripción Individual	En el marco de convenios de continuidad en donde se presta la atención en la misma modalidad, se conserva el mismo formato y se actualizan los soportes. En caso de pasar de mujer gestante a lactante se debe actualizar la información
Fotocopia del Documento de Identidad	Único
Fotocopia de puntaje Sisbén o carta de desplazado	Si para la inscripción presentó puntaje de Sisbén II, debe presentar soporte de Sisbén III una vez cuente con éste.
Fotocopia de afiliación a salud vigente	Actualizar en caso de cambio de EPS ó EPSs a la cual está afiliado el niño o niña.
Carné de control pre-natal	Sólo para gestantes, cada tres meses.
Curva de crecimiento y desarrollo (puede ser Carné de salud infantil)	Sólo para lactantes de bebes menores de 24 meses. Se debe actualizar cada cuatro meses.
Carné de vacunas al día según etapa de gestación	Sólo para gestantes, actualizar cada trimestre de gestación.

Carné de vacunación al día según edad (puede ser Carné de salud infantil)	Sólo para lactantes de bebes menores de 24 meses. Se debe actualizar cada cuatro meses.
Fotocopia de un recibo público	En caso de cambiar de residencia.
Certificado de Cabildo, capitanía o zonal	Único, sólo para los casos que aplique.
Acta de Concertación	Único, sólo para población que presenta certificado de pertenencia a comunidad indígena, afrocolombiana, o Rom, ó que se ha auto referido como tal.
Registros de seguimiento a la mujer gestante o lactante.	Deben corresponder a la frecuencia establecido de registro y formatos del prestador del servicio.

Cuando el prestador del servicio no logre obtener copia de alguno de los soportes indicados, debe registrar en el formato la situación presentada. En caso de que la ausencia del soporte revele la vulneración de algún derecho, en términos de acceso a un servicio fundamental, el prestador del servicio deberá realizar y documentar las respectivas gestiones a que haya lugar en el municipio con el objetivo de apoyar a la familia para acceder a los servicios y conseguir dichos documentos.

Este archivo es **confidencial**, el acceso sólo está permitido a los representantes del Prestador del servicio, Delegado-a de Primera Infancia del Municipio, representantes de la firma Interventora correspondiente y autoridades competentes.

Elaboró:
Equipo de seguimiento a la Atención
Fondo de Fomento a la Atención Integral de la Primera Infancia – Dirección de Primera Infancia

ESPACIO PARA LOGO DEL PRESTADOR

educación de calidad — Ministerio de Educación Nacional, República de Colombia — Prosperidad para todos

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA (PAIPI)
FORMATO DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL NIÑOS Y NIÑAS
ENTORNO INSTITUCIONAL

ESPACIO PARA FOTO

1. DATOS DEL NIÑO - NIÑA

PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAA EDAD AÑOS MESES SEXO F M

LUGAR DE NACIMIENTO MUNICIPIO DEPARTAMENTO PAIS

¿TIENE REGISTRO CIVIL? SI NO LUGAR DE EXPEDICIÓN MUNICIPIO DEPARTAMENTO

NUMERO REGISTRO CIVIL NUIP SERIAL OTRO

AFILIACION A SGSSS SI NO NOMBRE ENTIDAD

RÉGIMEN SGSSS SUBSIDIADO CONTRIBUTIVO VINCULADO OTRO ¿CUÁL?

¿PERTENECE A UNA ETNIA? NOMBRE ETNIA NOMBRE RESGUARDO / CABILDO / CAPITANIA / ZONAL

¿LE HAN REALIZADO OPTOMETRÍA? SI NO FECHA DD MM AA ¿LE HAN REALIZADO AUDIOMETRÍA? SI NO FECHA DD MM AA

¿LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA DISCAPACIDAD? SI NO ¿CUÁL? SENSORIAL COGNITIVA FÍSICA

DIAGNÓSTICO: TRATAMIENTO

¿TIENE EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA SU EDAD? SI NO TIPO DE SANGRE R.H.

¿ESTÁ RECIBIENDO ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO? SI NO ¿TIENE ALGUNA ALERGIA? SI NO

ESPECIFIQUE

2. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2 3 4 5 6 NINGUNO

CLASIFICACIÓN Sisbén II SI NO NIVEL 1 2 3 4 5 6 N

CLASIFICACIÓN Sisbén III SI NO PUNTAJE

FAMILIA EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO SI NO ÚLTIMO LUGAR EXPULSOR MUNICIPIO / DEPARTAMENTO

¿LA FAMILIA RECIBE SUBSIDIO DE FAMILIAS EN ACCIÓN? SI NO ¿LA FAMILIA FORMA PARTE DE LA RED UNIDOS? SI NO

3. DATOS DE LA VIVIENDA

ZONA: URBANA RURAL DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA:

DIRECCION: MUNICIPIO DE RESIDENCIA:

TELÉFONO TELEFONO 1 TELEFONO 2 BARRIO / VEREDA

ACCESO A: AGUA POTABLE ENERGÍA ELÉCTRICA MANEJO DE AGUAS RESIDUALES GAS

4. DATOS DE ACUDIENTE, MADRE Y/O PADRE

DATOS DE LA MADRE

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD TI CC CE **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y LUGAR DE EXPEDICIÓN**

¿VIVE CON EL NIÑO-ÑA? SI NO TELÉFONOS DE CONTACTO **FIJO** **MÓVIL**

DIRECCIÓN DE VIVIENDA BARRIO / VEREDA

¿ACTUALMENTE ESTÁ EN PERÍODO DE GESTACIÓN? SI NO MESES DE GESTACIÓN MM LACTANTE SI NO

NIVEL DE ESTUDIOS OCUPACIÓN ACTUAL

DATOS DEL PADRE

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD TI CC CE NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

¿VIVE CON EL NIÑO-ÑA? SI NO TELÉFONOS DE CONTACTO FIJO MÓVIL

DIRECCIÓN DE VIVIENDA BARRIO / VEREDA

NIVEL DE ESTUDIOS OCUPACIÓN ACTUAL

DATOS DEL - LA PERSONA RESPONSABLE DEL NIÑO - NIÑA

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PARENTESCO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD TI CC CE NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

¿VIVE CON EL NIÑO-ÑA? SI NO TELÉFONOS DE CONTACTO FIJO MÓVIL

DIRECCIÓN DE VIVIENDA BARRIO / VEREDA

¿ACTUALMENTE ESTÁ EN PERÍODO DE GESTACIÓN? SI NO MESES DE GESTACIÓN MM LACTANTE SI NO

NIVEL DE ESTUDIOS OCUPACIÓN ACTUAL

5. ADULTOS AUTORIZADOS PARA RECOGER AL NIÑO -NIÑA

	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL
1				
2				
3				

6. INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIO

MUNICIPIO DE ATENCIÓN DEPARTAMENTO

NOMBRE DEL PRESTADOR DEL SERVICIO

NOMBRE DE LA SEDE SEGÚN SIPI

FECHA DE INGRESO DD MM AAAA FECHA DE RETIRO DD MM AAAA MOTIVO

OBSERVACIONES:

7. DOCUMENTOS ANEXOS A ESTE FORMATO

- Registro civil de nacimiento
- Fotocopia de puntaje Sisbén o carta de desplazado
- Fotocopia de afiliación a salud vigente
- Curva de crecimiento y desarrollo.
- Carné de vacunación al día según edad
- Certificado médico actualizado
- Certificado de valoración de optometría
- Certificado de valoración de audiometría
- Fotocopia de un recibo público
- Fotocopia de documento del padre, madre y/o responsable
- Certificado de Cabildo, Zonal, Resguardo o Capitanía
- Acta de Concertación

ACEPTO TODOS LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA Y ME COMPROMETO A TRAER Y RECOGER AL NIÑO(A) EN LOS HORARIOS ACORDADOS A LA SEDE DE ATENCIÓN O PRESENTAR EXCUSA EN CASO DE AUSENCIA, ASISTIR A LAS REUNIONES PROGRAMADAS, RECIBIR LAS VISITAS NOTIFICADAS Y ENTREGAR LA DOCUMENTACION E INFORMACIÓN SOLICITADA DE FORMA OPORTUNA Y VERAZ DURANTE EL DESARROLLO DEL PROGRAMA.

FIRMA Y CÉDULA DEL - LA ACUDIENTE

FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO RESPONSABLE Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DD MM AAAA

ESPACIO PARA LOGO DEL PRESTADOR

educación de calidad — Ministerio de Educación Nacional República de Colombia — Prosperidad para todos

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA (PAIPI)
FORMATO DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL NIÑOS Y NIÑAS
ENTORNO COMUNITARIO

ESPACIO PARA FOTO

1. DATOS DEL NIÑO - NIÑA

PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAA EDAD AÑOS MESES SEXO F M

LUGAR DE NACIMIENTO MUNICIPIO DEPARTAMENTO PAÍS

¿TIENE REGISTRO CIVIL? SI NO LUGAR DE EXPEDICIÓN MUNICIPIO DEPARTAMENTO

NUMERO REGISTRO CIVIL NUIP SERIAL OTRO

AFILIACION A SGSSS SI NO NOMBRE ENTIDAD

RÉGIMEN SGSSS SUBSIDIADO CONTRIBUTIVO VINCULADO OTRO ¿CUÁL?

¿PERTENECE A UNA ETNIA? NOMBRE ETNIA NOMBRE RESGUARDO / CABILDO / CAPITANÍA / KONAS

¿LE HAN REALIZADO OPTOMETRÍA? SI NO FECHA DD MM AA ¿LE HAN REALIZADO AUDIOMETRÍA? SI NO FECHA DD MM AA

¿LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA DISCAPACIDAD? SI NO TIPO SENSORIAL COGNITIVA FÍSICA

DIAGNÓSTICO: TRATAMIENTO

¿TIENE EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA SU EDAD? SI NO TIPO DE SANGRE R.H.

¿ESTÁ RECIBIENDO ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO? SI NO ¿TIENE ALGUNA ALERGIA? SI NO

ESPECIFIQUE

2. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2 3 4 5 6 NINGUNO

CLASIFICACIÓN Sisbén II SI NO NIVEL 1 2 3 4 5 6 N

CLASIFICACIÓN Sisbén III SI NO PUNTAJE

FAMILIA EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO SI NO ÚLTIMO LUGAR EXPULSOR MUNICIPIO / DEPARTAMENTO

¿LA FAMILIA RECIBE SUBSIDIO DE FAMILIAS EN ACCIÓN? SI NO ¿LA FAMILIA FORMA PARTE DE LA RED UNIDOS? SI NO

3. DATOS DE LA VIVIENDA

ZONA: URBANA RURAL DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA:

DIRECCION: MUNICIPIO DE RESIDENCIA:

TELÉFONO TELÉFONO 1 TELÉFONO 2 BARRIO / VEREDA

ACCESO A: AGUA POTABLE ENERGÍA ELÉCTRICA MANEJO DE AGUAS RESIDUALES GAS

4. DATOS DE ACUDIENTE, MADRE Y/O PADRE

DATOS DE LA MADRE

PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD R.C. T.I. C.E. **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y LUGAR DE EXPEDICIÓN**

¿VIVE CON EL NIÑO-ÑA? SI NO TELÉFONOS DE CONTACTO **FIJO** **MÓVIL**

DIRECCIÓN DE VIVIENDA BARRIO / VEREDA

¿ACTUALMENTE ESTÁ EN PERÍODO DE GESTACIÓN? SI NO MESES DE GESTACIÓN MES LACTANTE SI NO

NIVEL DE ESTUDIOS OCUPACIÓN ACTUAL

DATOS DEL PADRE

PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD R.C. T.I. C.E. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

¿VIVE CON EL NIÑO-ÑA? SI NO TELÉFONOS DE CONTACTO FIJO MÓVIL

DIRECCIÓN DE VIVIENDA BARRIO / VEREDA

NIVEL DE ESTUDIOS OCUPACIÓN ACTUAL

DATOS DEL - LA PERSONA RESPONSABLE DEL NIÑO - NIÑA

PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PARENTESCO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD R.C. T.I. C.E. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

¿VIVE CON EL NIÑO-ÑA? SI NO TELÉFONOS DE CONTACTO FIJO MÓVIL

DIRECCIÓN DE VIVIENDA BARRIO / VEREDA

¿ACTUALMENTE ESTÁ EN PERÍODO DE GESTACIÓN? SI NO MESES DE GESTACIÓN MES LACTANTE SI NO

NIVEL DE ESTUDIOS OCUPACIÓN ACTUAL

5. DATOS DE LA MADRE COMUNITARIA

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD | C.C. | C.E. | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

NIVEL DE ESTUDIOS | TIEMPO DE EXPERIENCIA CON PRIMERA I.

CENTRO ZONAL | NOMBRE DEL HCB

DIRECCIÓN DEL HCB | BARRIO / VEREDA

MUNICIPIO | TELÉFONOS DE CONTACTO | FIJO | MÓVIL

6. INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIO

MUNICIPIO DE ATENCIÓN | DEPARTAMENTO

NOMBRE DEL PRESTADOR DEL SERVICIO

ESPECIFICACIÓN DEL SERVICIO E. COMUNITARIO: | SIN TRANSPORTE | CON TRANSPORTE | UPA MÓVIL | H. AGRUPADO

NOMBRE DE LA UPA SEGÚN SIPI

DÍA DE ATENCIÓN A LA SEMANA | FECHA DE INGRESO | DD | MM | AAAA | FECHA DE RETIRO | DD | MM | AAAA

MOTIVO

OBSERVACIONES:

7. DOCUMENTOS ANEXOS A ESTE FORMATO

	Registro civil de nacimiento		Certificado de valoración de optometría
	Fotocopia de puntaje Sisbén o carta de desplazado		Certificado de valoración de audiometría
	Fotocopia de afiliación a salud vigente		Fotocopia de un recibo público
	Curva de crecimiento y desarrollo.		Fotocopia de documento del padre, madre y/o responsable
	Carné de vacunación al día según edad		Certificado de Cabildo, Zonal, Resguardo o Capitanía
	Certificado médico actualizado		Acta de Concertación

ACEPTO TODOS LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA Y ME COMPROMETO A TRAER Y RECOGER AL NIÑO(A) EN LOS HORARIOS ACORDADOS A LA SEDE DE ATENCIÓN O PRESENTAR EXCUSA EN CASO DE AUSENCIA, ASISTIR A LAS REUNIONES PROGRAMADAS, RECIBIR LAS VISITAS NOTIFICADAS Y ENTREGAR LA DOCUMENTACION E INFORMACIÓN SOLICITADA DE FORMA OPORTUNA Y VERAZ DURANTE EL DESARROLLO DEL PROGRAMA.

FIRMA Y CÉDULA DEL - LA ACUDIENTE

FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO RESPONSABLE Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | DD | MM | AAAA

ESPACIO PARA LOGO DEL PRESTADOR

educación de calidad — EL CAMINO PARA LA PROSPERIDAD | Ministerio de Educación Nacional República de Colombia | Prosperidad para todos

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA (PAIPI)
FORMATO DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL NIÑOS Y NIÑAS
ENTORNO FAMILIAR

ESPACIO PARA FOTO

1. DATOS DEL NIÑO - NIÑA

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAA EDAD AÑOS MESES SEXO F M

LUGAR DE NACIMIENTO MUNICIPIO DEPARTAMENTO PAIS

¿TIENE REGISTRO CIVIL? SI NO LUGAR DE EXPEDICIÓN MUNICIPIO DEPARTAMENTO

NUMERO REGISTRO CIVIL NUIP SERIAL OTRO

AFILIACION A SGSSS SI NO NOMBRE ENTIDAD

RÉGIMEN SGSSS SUBSIDIADO CONTRIBUTIVO VINCULADO OTRO ¿CUÁL?

¿PERTENECE A UNA ETNIA? NOMBRE ETNIA NOMBRE RESGUARDO / CABILDO /CAPITANIA/ZONAL

¿LE HAN REALIZADO OPTOMETRÍA? SI NO FECHA DD MM AA ¿LE HAN REALIZADO AUDIOMETRÍA? SI NO FECHA DD MM AA

¿LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA DISCAPACIDAD? SI NO ¿CUÁL? SENSORIAL COGNITIVA FÍSICA

DIAGNÓSTICO: TRATAMIENTO

¿TIENE EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA SU EDAD? SI NO TIPO DE SANGRE R.H.

¿ESTÁ RECIBIENDO ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO? SI NO ¿TIENE ALGUNA ALERGIA? SI NO

ESPECIFIQUE

2. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2 3 4 5 6 NINGUNO

CLASIFICACIÓN Sisbén IINIVEL SI NO 1 2 3 4 5 6 N

CLASIFICACIÓN Sisbén III SI NO PUNTAJE

FAMILIA EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO SI NO ÚLTIMO LUGAR EXPULSOR MUNICIPIO / DEPARTAMENTO

¿LA FAMILIA RECIBE SUBSIDIO DE FAMILIAS EN ACCIÓN? SI NO ¿LA FAMILIA FORMA PARTE DE LA RED UNIDOS? SI NO

3. DATOS DE LA VIVIENDA

ZONA: URBANA RURAL DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA:

DIRECCION: MUNICIPIO DE RESIDENCIA:

TELÉFONO TELÉFONO 1 TELÉFONO 2 BARRIO / VEREDA

ACCESO A: AGUA POTABLE ENERGÍA ELÉCTRICA MANEJO DE AGUAS RESIDUALES GAS

4. DATOS DE ACUDIENTE, MADRE Y/O PADRE

DATOS DE LA MADRE

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. C.C. C.E. **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y LUGAR DE EXPEDICIÓN**

¿VIVE CON EL NIÑO-ÑA? SI NO TELÉFONOS DE CONTACTO **FIJO** **MÓVIL**

DIRECCIÓN DE VIVIENDA BARRIO / VEREDA

¿ACTUALMENTE ESTÁ EN PERÍODO DE GESTACIÓN? SI NO MESES DE GESTACIÓN MES LACTANTE SI NO

NIVEL DE ESTUDIOS OCUPACIÓN ACTUAL

DATOS DEL PADRE

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. C.C. C.E. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

¿VIVE CON EL NIÑO-ÑA? SI NO TELÉFONOS DE CONTACTO FIJO MÓVIL

DIRECCIÓN DE VIVIENDA BARRIO / VEREDA

NIVEL DE ESTUDIOS OCUPACIÓN ACTUAL

DATOS DEL - LA PERSONA QUE PARTICIPA EN EL ENCUENTRO EDUCATIVO CON EL NIÑO O LA NIÑA

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PARENTESCO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD TI CC CE NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

¿VIVE CON EL NIÑO-ÑA? SI NO TELÉFONOS DE CONTACTO FIJO MÓVIL

DIRECCIÓN DE VIVIENDA BARRIO / VEREDA

¿ACTUALMENTE ESTÁ EN PERÍODO DE GESTACIÓN? SI NO MESES DE GESTACIÓN MM LACTANTE SI NO

NIVEL DE ESTUDIOS OCUPACIÓN ACTUAL

5. INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIO

MUNICIPIO DE ATENCIÓN DEPARTAMENTO

NOMBRE DEL PRESTADOR DEL SERVICIO

NOMBRE DE LA SEDE SEGÚN SIPI

DÍA Y HORARIO DE ATENCIÓN FECHA DE INGRESO DD MM AAAA FECHA DE RETIRO DD MM AAAA

MOTIVO

OBSERVACIONES:

6. DOCUMENTOS ANEXOS A ESTE FORMATO

- [ ] Registro civil de nacimiento
- [ ] Fotocopia de puntaje Sisbén o carta de desplazado
- [ ] Fotocopia de afiliación a salud vigente
- [ ] Curva de crecimiento y desarrollo.
- [ ] Carné de vacunación al día según edad
- [ ] Certificado médico actualizado
- [ ] Certificado de valoración de optometría
- [ ] Certificado de valoración de audiometría
- [ ] Fotocopia de un recibo público
- [ ] Fotocopia de documento del padre, madre y/o responsable
- [ ] Certificado de Cabildo, Zonal, Resguardo o Capitanía
- [ ] Acta de Concertación

ACEPTO TODOS LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA Y ME COMPROMETO A ACOMPAÑAR AL NIÑO(A) EN LOS HORARIOS ACORDADOS O PRESENTAR EXCUSA EN CASO DE AUSENCIA, ASISTIR A LAS REUNIONES PROGRAMADAS, RECIBIR LAS VISITAS NOTIFICADAS Y ENTREGAR LA DOCUMENTACION E INFORMACIÓN SOLICITADA DE FORMA OPORTUNA Y VERAZ DURANTE EL DESARROLLO DEL PROGRAMA.

FIRMA Y CÉDULA DEL - LA ACUDIENTE

FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO RESPONSABLE Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DD MM AAAA

ESPACIO PARA LOGO DEL PRESTADOR

educación de calidad — Ministerio de Educación Nacional República de Colombia — Prosperidad para todos

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INF ANCIA (PAIPI)
FORMATO DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL MUJERES GESTANTES O LACTANTES
ENTORNO FAMILIAR

ESPACIO PARA FOTO

1. DATOS DE LA MUJER GESTANTE / LACTANTE

PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAA EDAD GESTANTE MESES LACTANTE

LUGAR DE NACIMIENTO MUNICIPIO DEPARTAMENTO PAÍS

DOCUMENTO DE IDENTIDAD SI NO LUGAR DE EXPEDICIÓN MUNICIPIO DEPARTAMENTO

NUMERO DOC. DE IDENTIDAD NUIP SERIAL OTRO

NÚMERO DE HIJOS-HIJAS ESPECIFIQUE EDADES 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

AFILIACION A SGSSS SI NO NOMBRE ENTIDAD

RÉGIMEN SGSSS SUBSIDIADO CONTRIBUTIVO VINCULADO OTRO ¿CUÁL?

¿PERTENECE A UNA ETNIA? NOMBRE ETNIA NOMBRE RESGUARDO / CABILDO /CARITANIA/ KONIAL

¿LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA DISCAPACIDAD? SI NO ¿CUÁL? SENSORIAL COGNITIVA FÍSICA

DIAGNÓSTICO: TRATAMIENTO

¿TIENE EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO? SI NO TIPO DE SANGRE R.H.

¿ESTÁ RECIBIENDO ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO? SI NO ¿TIENE ALGUNA ALERGIA? SI NO

ESPECIFIQUE

NIVEL DE ESTUDIOS OCUPACIÓN ACTUAL

2. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

ESTRATO SOCIOECONÓMICO 1 2 3 4 5 6 NINGUNO

CLASIFICACIÓN Sisbén II SI NO NIVEL 1 2 3 4 5 6 N

CLASIFICACIÓN Sisbén III SI NO PUNTAJE

FAMILIA EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO SI NO ÚLTIMO LUGAR EXPULSOR MUNICIPIO / DEPARTAMENTO

¿LA FAMILIA RECIBE SUBSIDIO DE FAMILIAS EN ACCIÓN? SI NO ¿LA FAMILIA FORMA PARTE DE LA RED UNIDOS? SI NO

3. DATOS DE LA VIVIENDA

ZONA: URBANA RURAL DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA:

DIRECCION: MUNICIPIO DE RESIDENCIA:

TELÉFONO TELEFONO 1 TELEFONO 2 BARRIO / VEREDA

ACCESO A: AGUA POTABLE ENERGÍA ELÉCTRICA MANEJO DE AGUAS RESIDUALES GAS

4. INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIO

MUNICIPIO DE ATENCIÓN DEPARTAMENTO

NOMBRE DEL PRESTADOR DEL SERVICIO

NOMBRE DE LA SEDE SEGÚN SIPI

DÍA Y HORARIO DE ATENCIÓN FECHA DE INGRESO DD MM AAAA FECHA DE RETIRO DD MM AAAA

MOTIVO

OBSERVACIONES:

5. DOCUMENTOS ANEXOS A ESTE FORMATO

- Documento de identidad
- Fotocopia de puntaje Sisbén o carta de desplazado
- Fotocopia de afiliación a salud vigente
- Carné de control pre-natal
- Curva de crecimiento y desarrollo (sólo lactantes).
- Carné de vacunación al día según etapa de gestación
- Carné de vacunación al día según edad (sólo lactantes)
- Fotocopia de un recibo público
- Certificado de Cabildo, Zonal, Resguardo o Capitanía
- Acta de Concertación

ACEPTO TODOS LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA Y ME COMPROMETO A PARTICIPAR EN LOS ENCUENTROS EN LOS HORARIOS ACORDADOS O PRESENTAR EXCUSA EN CASO DE AUSENCIA, ASISTIR A LAS REUNIONES PROGRAMADAS, RECIBIR LAS VISITAS NOTIFICADAS Y ENTREGAR LA DOCUMENTACION E INFORMACIÓN SOLICITADA DE FORMA OPORTUNA Y VERAZ DURANTE EL DESARROLLO DEL PROGRAMA.

FIRMA Y CÉDULA DE LA MUJER GESTANTE / LACTANTE

FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO RESPONSABLE Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DD MM AAAA