Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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) ✓ 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 ___Victimas 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). vencido
6	Copia del carnet de vacunación. vencido
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,

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

FECHA SOLICITUD CUPO: 27.03.23 FECHA INGRESO: 16-04-2025

UDS: Pequeños exploradores MUNICIPIO: San miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Madelyn lizeth lopez chauza

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ NUIP No. 1776.925.788

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? _____

FECHA NACIMIENTO: 18-06-2023 EDAD: _____ MUNICIPIO: San miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo. PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: R/ Campo alegre. ESTRATO: 1 ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: _____ NO: X

CUAL?: EMSsanar. MOTIVO DEL RETIRO: _____ PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: __ CUAL: _____ EPS DEL PARTICIPANTE: _____

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

No/Aplica ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: _____

No/Aplica PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: __ CUAL: _____

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

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: X NO: ___ CUAL: CoFan

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yilson Arley lopez Portilla No.

IDENTIFICACION: 1176925788 DIRECCION RESIDENCIA: Campo alegre CELULAR: 318.466 3267 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Agricultor EMPRESA DONDE LABORA: N/Aplica NIVEL DE ESCOLARIDAD: N/Aplica PROFESIÓN: N/Aplicla

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Luna Chauza gutierres No.

IDENTIFICACION: 1006459063 DIRECCION RESIDENCIA: Campo alegre CELULAR: E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: OFICIOS Varios EMPRESA DONDE LABORA: N/Aplica NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: NO/Aplica

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Yilson Arley lopez Portilla

NUMERO IDENTIFICACION: 1006459063 CELULAR: 3204633473

DIRECCION: R/ Campo alegre PARENTESCO: Padre.

* Luna Chauza Gutierres

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE FIRMA AGENTE EDUCATIVA Paliana Morales

C. A

3

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.116.925.788

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61033973

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** W E M

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

REGISTRADURIA DE EL DONCELLO - COLOMBIA CAQUETA - EL DONCELLO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LOPEZ	CHAUZA

Nombre(s)

MADELYN LIZETT

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes JUL Día 18	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA CAQUETA EL DONCELLO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	230794105656OO

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

Apellidos y nombres completos

CHAUZA GUTIERREZ LUNA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.006.459.063	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos

LOPEZ PORTILLA YILSON ARLEY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.508.766	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

LOPEZ PORTILLA YILSON ARLEY

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.004.508.766	Arley Lopez

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Adhesivo Copia Registro Civil 34124240-8

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes JUL Día 21	JORGE HERNAN PIZARRO GRISALES (R
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Arley Lopez T.	
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

24 días

Julio 2023

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

EL SUSCRITO GOBERNADOR DEL RESGUARDO CAMPO ALEGRE DEL AFILADOR EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES CONSTITUCIONALES Y EN ESPECIAL LOS CONFERIDOS EN LA LEY 89 DE 1890 Y LEY 21 DE 1991

CONSTANCIA:

El resguardo campo alegre del afilador hace costar que el niña **MADELYN LIZETH LOPEZ CHAUZA** Identificada con RC, No **1116925788** expedida **Doncello (Caqueta)** Se encuentra registrada en el censo de la comunidad, bajo las normas que se rigen dentro del resguardo del pueblo cofán, por lo tanto, la autoridad tradicional y la autoridad política le otorga la constancia así despeja cualquier inquietud que se vaya realizar.

El presente documento, se firma al primero [1 AGOSTO] días del mes de agosto del 2025.

YADIRA VILLOTA LUCITANTE
GOBERNADORA
Resguardo Campo Alegre – Afilador
Municipio de San Miguel
Comunidad Pueblo Cofán

Proyecto: Yamile lucitante criollo
Secretaria Resguardo Campo Alegre – Afilador
Municipio de San Miguel

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	1116925788
NOMBRES	MADELYN LIZEHT
APELLIDOS	LOPEZ CHAUZA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	01/12/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/20/2025 00:09:28	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

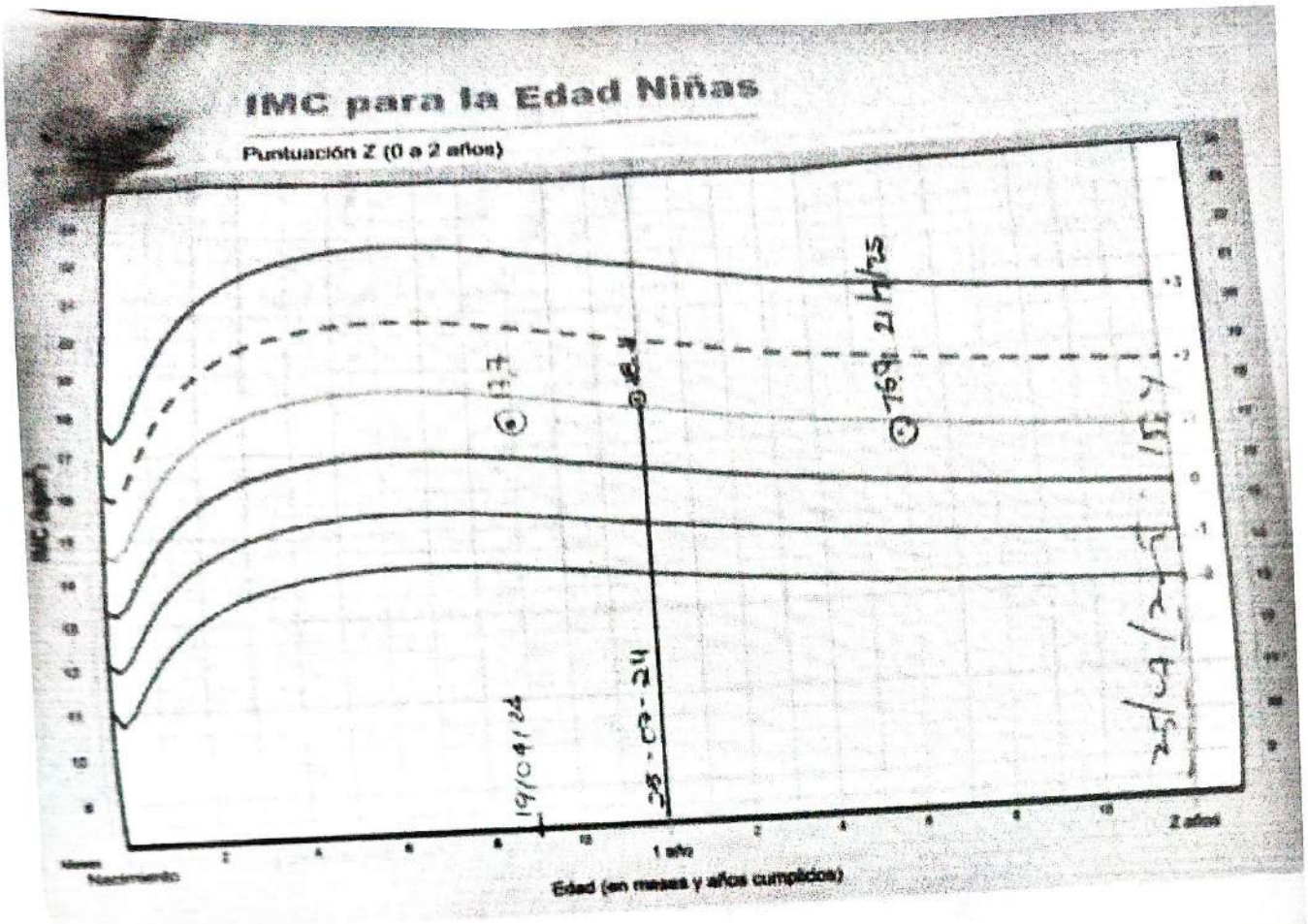
...Sanos

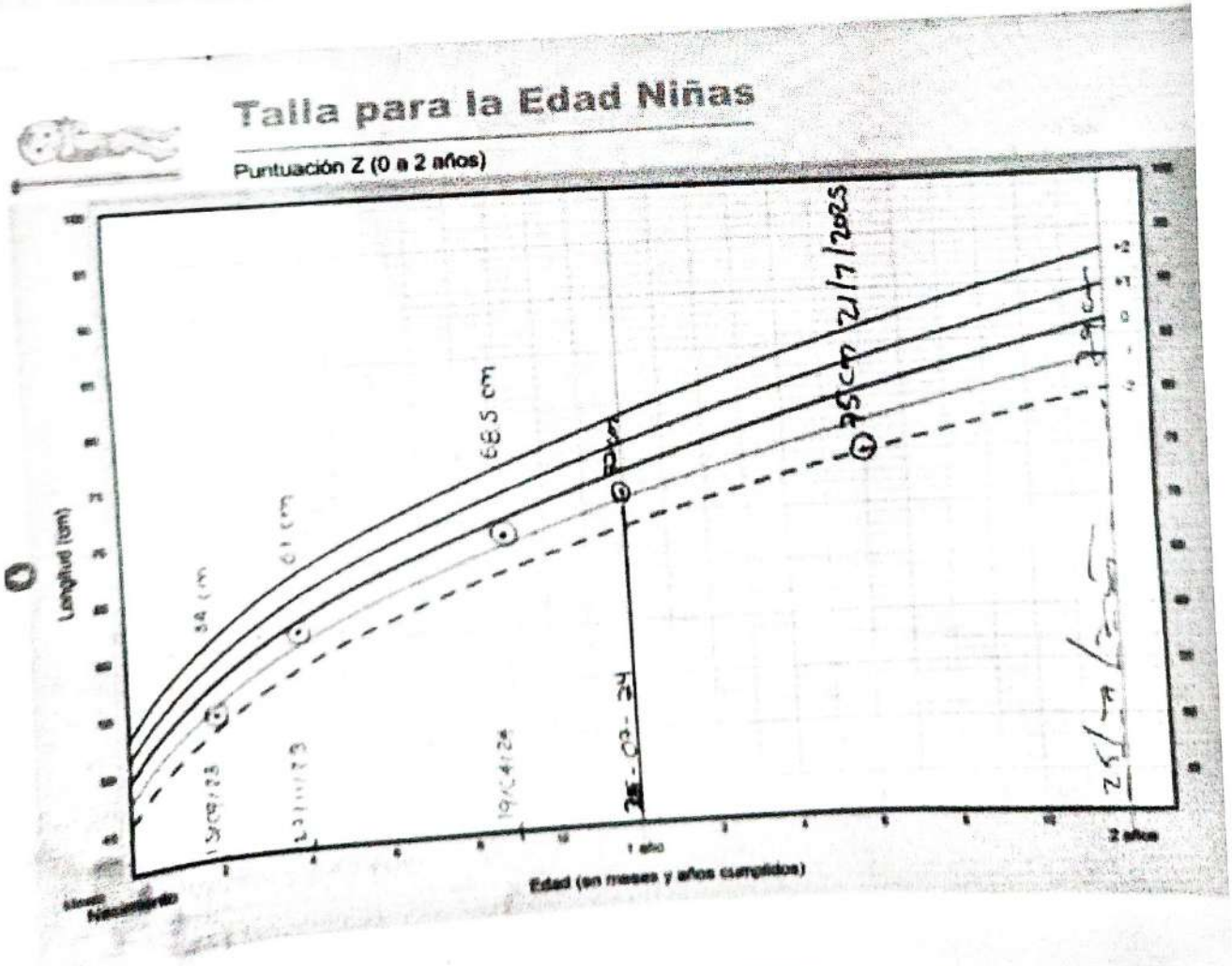


E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

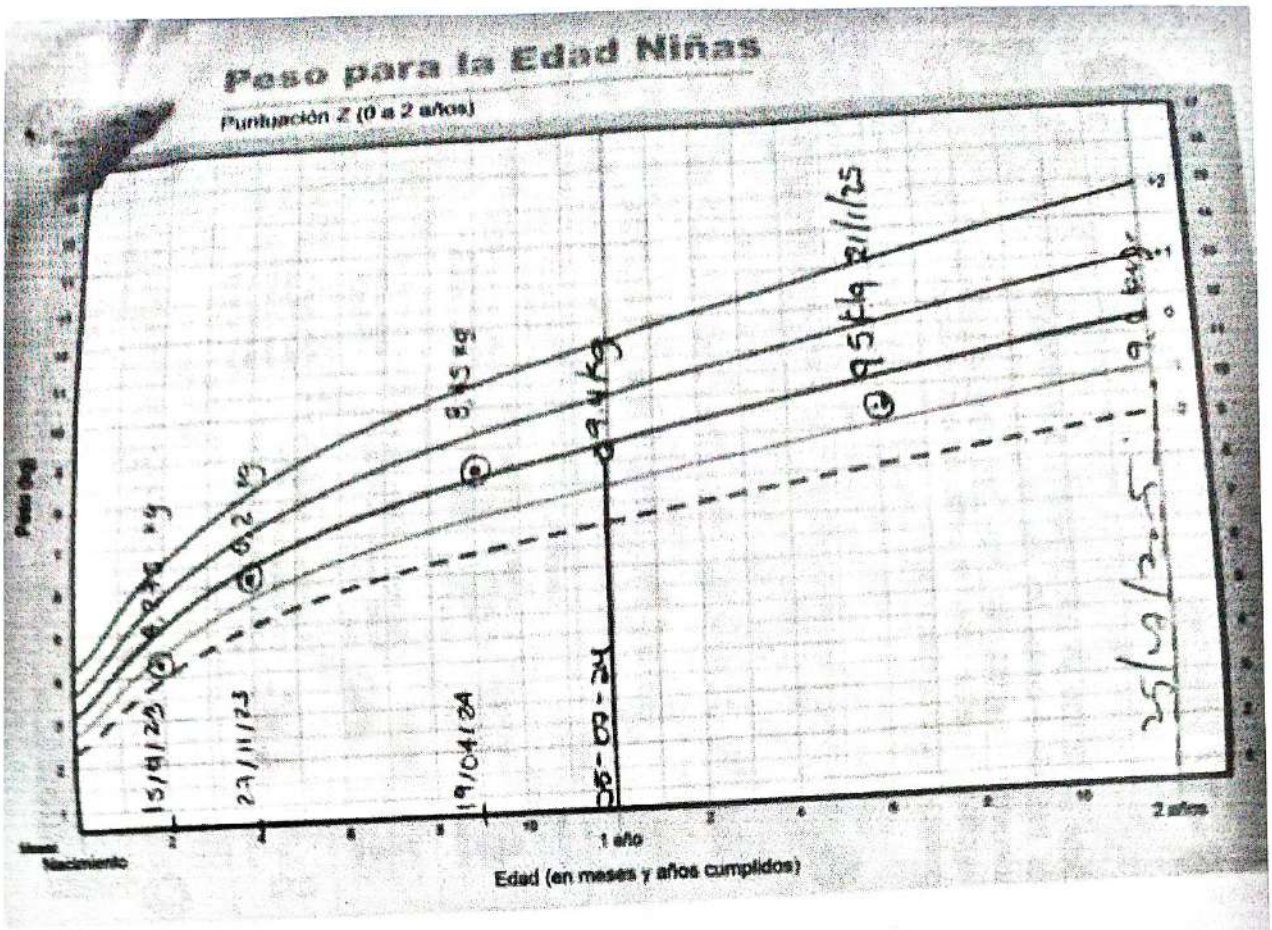
Nombres: Madelyn Izeht	Apellidos: Lopez Chavez
Fecha de nacimiento: 18 DÍA | 07 MES | 2023 AÑO	Historia Clínica: 1.116 925 788
Barrio/Vereda: V/ El Afilador	Responsable del niño: Luna Chavez
Teléfono:	EPS: Asmet Salud EPS.

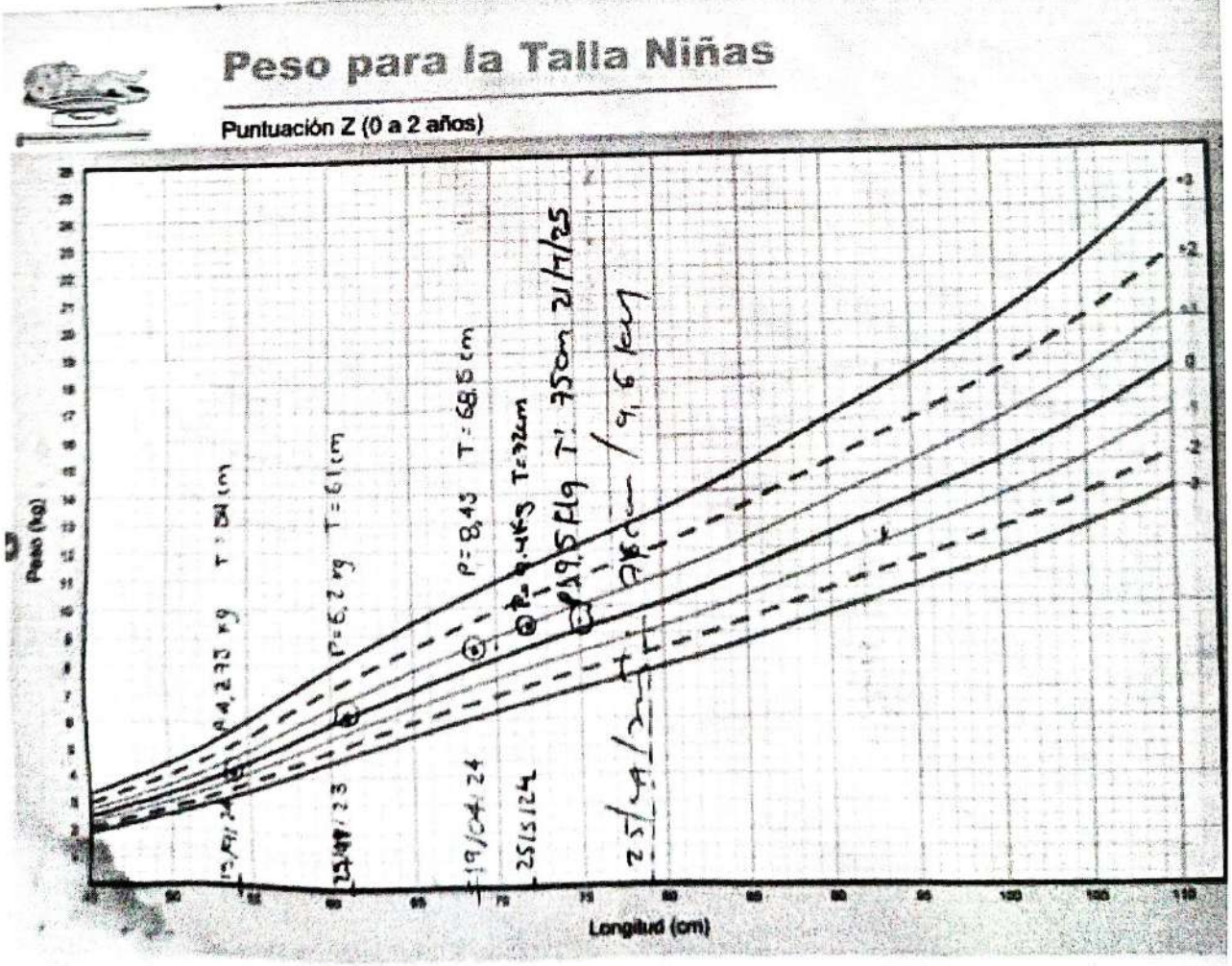

IMC para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
IMC (kg/m²)
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
19/04/24
28-03-24
21/7/25


Talla para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
Longitud (cm)
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
68.5 cm
19/04/24
28-03-24
21/7/2025

Puntuación Z (0 a 5 años)
Perímetro cefálico (cm)
Edad (en meses y años cumplidos)
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
19/04/24
25-02-24
21/4/25

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
19/04/24	8,45	68.5	.43	15.5	17.7	18/07/24	
25/09/24	9.4	72	43	17	18.1	18/01/25	
21-7/25	9,5	75	47,5	16	16,9	18/07/2025	Milena C.
25/07/25	9.6	79	50	16	17,4	14/07/2026	


Peso para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
15/09/23
23/11/23
19/04/24
25-09-24
8,45 kg
9,4 kg
9,5 kg 21/1/25
25/9/25


Peso para la Talla Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Longitud (cm)
P=4,235 kg T=64,1cm
P=6,2 kg T=61cm
P=8,45 T=68,5cm
P=9,4kg T=72cm
19,5 Kg T: 75cm 21/1/25
25/9/25

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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL – AGUDEZA VISUAL

3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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



Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Lopez Chavez Madelyn Lizeht

Fecha de nacimiento: 18-07-23.

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1116925788

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: A (+)

Peso al nacer: 2960 Talla:

Dirección: Ubia trinidad

Teléfono 1: 3104837636

Teléfono 2:

Responsable: Luna Chavez

Municipio de residencia: Donallo

Departamento: Cesar

CC= 1006459063 56: 37.

Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Lopez Chamza Madelyn Lizeht

Tipo identificación: 1116925788

No. ID

Edad	Me protege de	Dosis	Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	18	07	23	[illegible]	0371HA093	ESE D/10		
	Hepatitis B	Recién nacido	18	07	23	[illegible]	0321901 8B	ESE D/10		
	Lactancia materna exclusiva Sí No									
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1°	18	04	2023	Biological	22344007	ESC D110	18-9-2023	[illegible]
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1°	18	09	2023	Serum	2857Y037 B	ESC D110		
	Hepatitis B	1°	18	09	2023			ESC D110		
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1°	18	09	2023			ESC D110		
	Diarrea por rotavirus	1°	18	04	2023	Glaxo	AROLB094UHA	ESC D110		
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1°	18	04	2023	Prevenar	FR48943	ESC D110		
	Lactancia materna exclusiva Sí No									
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2°	20	11	2023	Bilthove	22340007			
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2°	20	11	2023	Serum	2852X003A	ESC D110	20 11 2023	[illegible]
	Hepatitis B	2°								
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2°	20	11	2023	Serum	2852X003A	ESC D110		
	Diarrea por rotavirus	2°	20	11	2023	Glaxo	AYOL2466HC	ESC D110		
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2°				Pfizer	GJ8635			
	Lactancia materna exclusiva Sí No									
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3°	23	01	24	Biological	2233005A			
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3°	23	01	24	Serum	2851Y035C	HFLD	22 01 2024	[illegible]
	Hepatitis B	3°	23	01	24	Serum				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3°	23	01	24					
	Influenza estacional	1°	29	Abril	24	Butanten	24009791/08	AFILados		
7 meses	Influenza estacional	2°	01	Junio	24	Butantan	24009791/08	AFILados	cita 18 Julio 2024	[illegible]
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1°	13	octu	24	Serum	0732N074A	AFILados		
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	13	octu	24	Pfizer	GX1912	AFILados		
	Varicela	2°	13	octubre	24	Merck	X025813 6	AFILados		
	Hepatitis A	Única	13	octubre	24	SMD	W02773	AFILados		
	Influenza estacional	Anual	27	05	25	Seqirus	P1007927 94			
18 meses	Poliomielitis (VIP / VOP)	1° refuerzo	27	05	25	Biologicals	24060001	HFLD		
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1° refuerzo	27	05	25	Serum	2853X020C			
	Fiebre amarilla	Única	13	octubre	24	Sanofi	X3A87	AFILados		
5 años	Poliomielitis (VIP / VOP)	2° refuerzo							cita: 5 Años Cumplidos	
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2° refuerzo								
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2°	27	05	25	Serum	0132N074A	HFLD		
	Varicela	Refuerzo								
Niñas a partir de los	Virus del papiloma humano (VPH)	1°								
		2°								
		3°								

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
18	Julio	2024	Med	✓	
18	Enero	2025	Enf.		
21	Enero	2025	Enfer	SI V Milena C	
18	Julio	2025	Medico		X.
25	07	2025	IC	/	
19	01	2026.			

14 12 V

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos | Minsalud

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

CIUDAD La Dorada San Miguel Putumayo FECHA: DÍA 15 MES 04 AÑO 2025 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Madelyn Lizeth APELLIDOS López Chauza

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.176.925 788

FECHA DE NACIMIENTO DIA: 18 MES: julio AÑO: 2023 / EDAD: años 1

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar

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

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

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

¿COMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] ó dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatia); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

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

Firma de la persona: Luna Chauza

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

Nombres Luna Apellidos Chauza Gutierrez

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.006.459.063

Firma: Luna Chauza

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 _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador:

Firma

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS):

DEPARTAMENTO/DISTRITO:

MUNICIPIO:

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.

15

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.508.766
LOPEZ PORTILLA

APELLIDOS
YILSON ARLEY

NOMBRES
Arley Lopez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 07-SEP-2001
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 ESTATURA
O- G.S. RH
M SEXO
15-OCT-2019 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

P-6401800-01109230-M-1004508766-20191110 0058850981A 1 51880060

16



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.006.459.063
CHAUZA GUTIERREZ

APELLIDOS
LUNA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-SEP-2002
EL DONCELLO
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.51 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
12-JUL-2022 VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-6402600-01320991-F-1006459063-20220927 00668 30768A 1 53979171

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	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del reclén nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud bucal por odontología									25-07-25				
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna									25-07-16				
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor							11-04-2024	27-05-2025					
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana							11-04-2025	27-NOV-2025					
		Aplicación de sellantes (según criterio)													
	V	Vacunación													

Edy Johana Torres Aguilar
Odontóloga General
Reg. 1128359007
Universidad de Antioquia

14-01-24

Carolina Vasquez
Odontóloga
Reg. No 1229 U.A.N.
Universidad Antonio Nariño

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600493-2011

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO
2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

Servimos con amor

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Madelin lizeht lopez

Doc. de Identidad: 1116926788 EPS: AsmetSalud

Teléfono: 3134979267 Domicilio: Afiladar

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Luna Chavez Gutierrez Identificado con C.C N° 1006490063 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Madelyn Useth Lopez Chavez o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Pequeños 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 15 Días del mes de Abril del Año 2025.

Madre o Acudiente
C.C 1006490 63

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 Madelyn Lizeth Lopez, identificado (a) con documento de identidad número 1.176.925.788, 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, Luna Chavez Gutierrez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.006.459.063, 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.I.C

Suscriben:

Firma: [signature]
Nombre: Luna Chavez Gutierrez
Calidad - Titular: ___ Representante legal: ___
Teléfono de contacto: 3134308964
Fecha: 15 - abril - 2025
Municipio: San miguel

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

CLASIFICADA

20
RIV

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

RE DE LA MAESTRA (O): Daliana Marcela Morales Mora NOMBRE UCA: pequeños exploradores

RE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Madelyn lizeth lopez IDENTIFICACIO: 1176925788 FECHA DE NACIMIENTO: 18 - 06 - 2023

DEL TE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

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

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

27 R IV

Ciudad La dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Madelyn Lizeht Lopez Chauza

Fecha de nacimiento Día 18 Mes 06 Año 2023 **N° Documento de Identidad** 1176925788

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Daliana Maricela Morales Mora

Fecha de registro cualitativo Día 17 Mes 07 Año 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 Muestra una buena coordinación motriz y un desarrollo del lenguaje acorde a su edad en el area de autonomia. en apoyo le dificultad para realizar algunas tareas como vestirse aunque ya inicia las acciones. se recomienda seguir estimulando a tiavez del juego y mantener la estimulacion especialmente en lenguaje.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Daliana Maricela Morales Mora.

Fecha de registro cualitativo Día 20 Mes 10 Año 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 se muestra activo curioso y constante movimiento. Camina y corre con estabilidad, logra subir y bajar pequeños escalones con apoyo su lenguaje es compiensible y en frases cortas.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

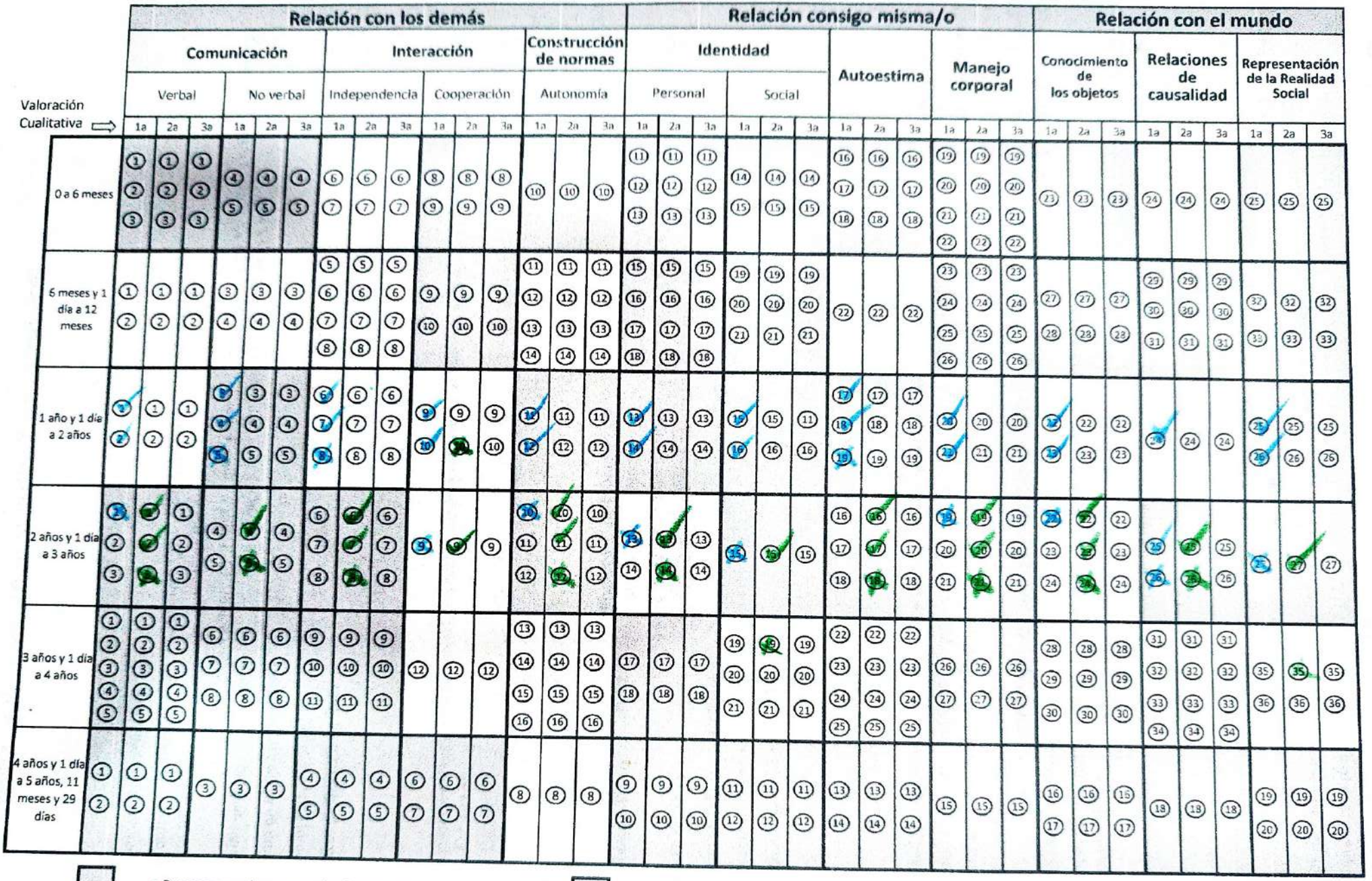
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL