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 ___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. (N/A)
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	Código: FO-GG-012
	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 25/03 /2025



FECHA SOLICITUD CUPO: 27-03-2025 FECHA INGRESO: 16-04-2025

UDS: Pequeños Exploradores MUNICIPIO: San miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:

Zoe Alaya Muñoz Quintero

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ NUIP No. 1122344 512

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 20-10-2024 EDAD: 5 meses MUNICIPIO: V/del Guamuez

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Columbia DIRECCION

DE RESIDENCIA: El Campo Alegre ESTRATO: 1 ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: ____ NO: X

¿CUAL?: N/A MOTIVO DEL RETIRO: N/A

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: N/A

EPS DEL PARTICIPANTE: Emssanar SUBSIDIADO: X CONTRIBUTIVO:

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

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: ____

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: ____

TIENE SISBEN: SI: X NO: __ PUNTAJE: A2 DESPLAZADO: SI: ___ NO: X

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

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Wilson Danobis Muñoz Camayo

No. IDENTIFICACION: 1.062.298.690 DIRECCION RESIDENCIA: Campo Alegre

CELULAR: 3132757814 E.P.S: AIC.

OCUPACION U OFICIO: Oficios varios.

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller. PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Digna Linibeth Quintero Goluis

No. IDENTIFICACION: 1.122.339.677 DIRECCION RESIDENCIA: Campo Alegre.

CELULAR: 3132757814 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa.

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller. PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Digna Linibeth Quintero Goluis

NUMERO IDENTIFICACION: 1.122.339.677 CELULAR: 3132757814

DIRECCION: Campo Alegre. PARENTESCO: Madre.

Digna Linibeth Q
FIRMA DEL PADRE / ACUDIENTE

Zuleidy Camayo
FIRMA AGENTE EDUCATIVA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.512

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63700531

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MUÑOZ	QUINTERO

Nombre(s)

ZOE ALAYA

Fecha de nacimiento: Año 2024 Mes OCT Día 20

Sexo (en letras): FEMENINO | Grupo sanguíneo: O | Factor RH: POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 2410C011172632

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: QUINTERO GALVIS DIGNA LINIBETH

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.122.339.677

Nacionalidad: 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: MUÑOZ CAMAYO WILSON DANOBIS

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.062.298.690

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: QUINTERO GALVIS DIGNA LINIBETH

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.122.339.677

Firma: Digna Liniveth Q

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número):

Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número):

Firma:

Fecha de inscripción

Año 2024 Mes NOV Día 15

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Wilson Muñoz

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

15 NOV 2024 - LIBRO DE VARIOS

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

•63700531•

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 37626901-5

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 30/09/2025

Ficha: 86757007479100000082

A4

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ZOE ALAYA

Apellidos: MUÑOZ QUINTERO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344512

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/07/2025

Última actualización ciudadano: 26/08/2025

Última actualización vía registros administrativos:

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

A1→A5	B1→B7	C1→C18	D1→D21
Pobreza extrema	Pobreza moderada	Vulnerabilidad	Ni pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

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

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122344512
NOMBRES	ZOE ALAYA
APELLIDOS	MUÑOZ QUINTERO
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	20/10/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/30/2025 08:54:36	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 Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

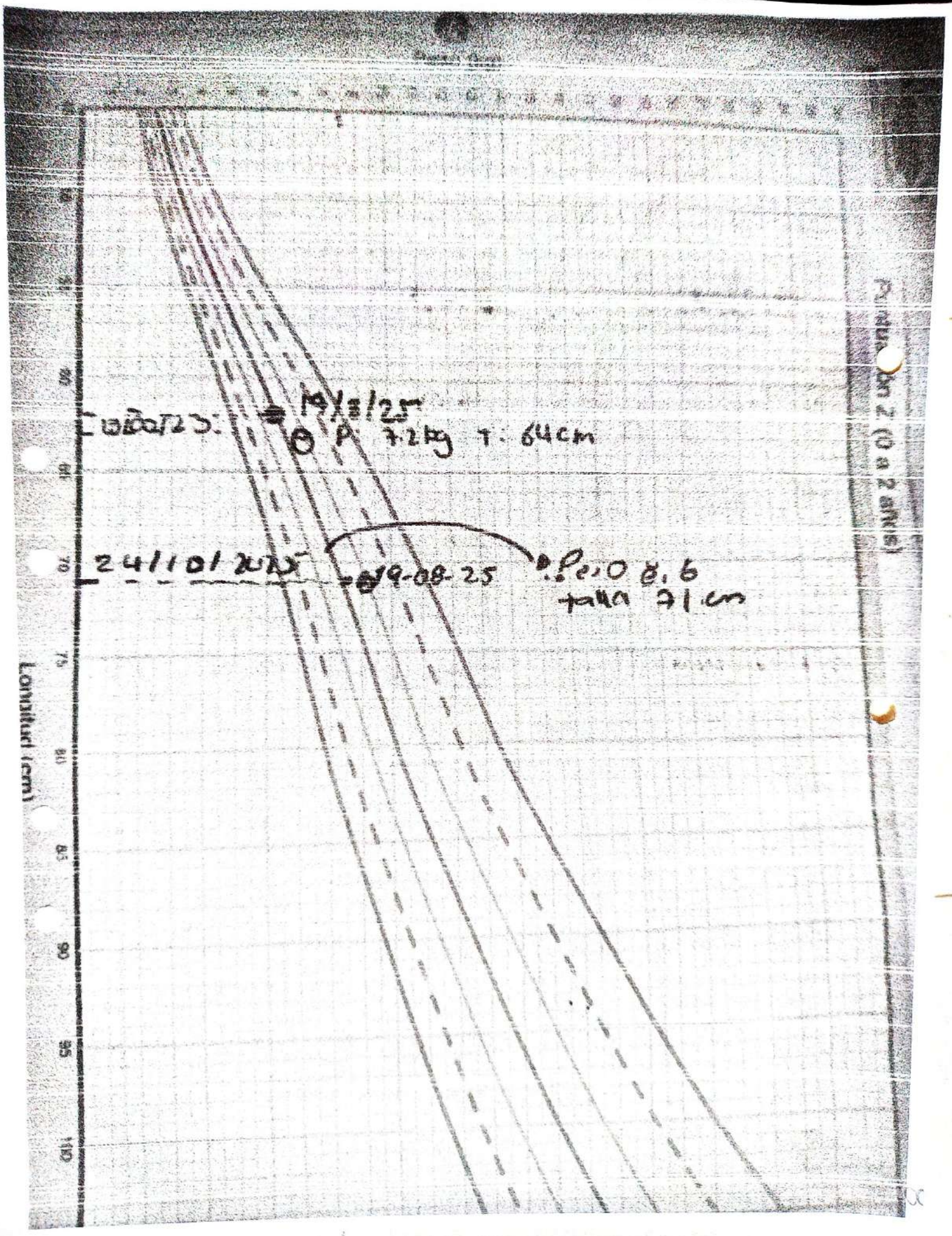
MIS DATOS

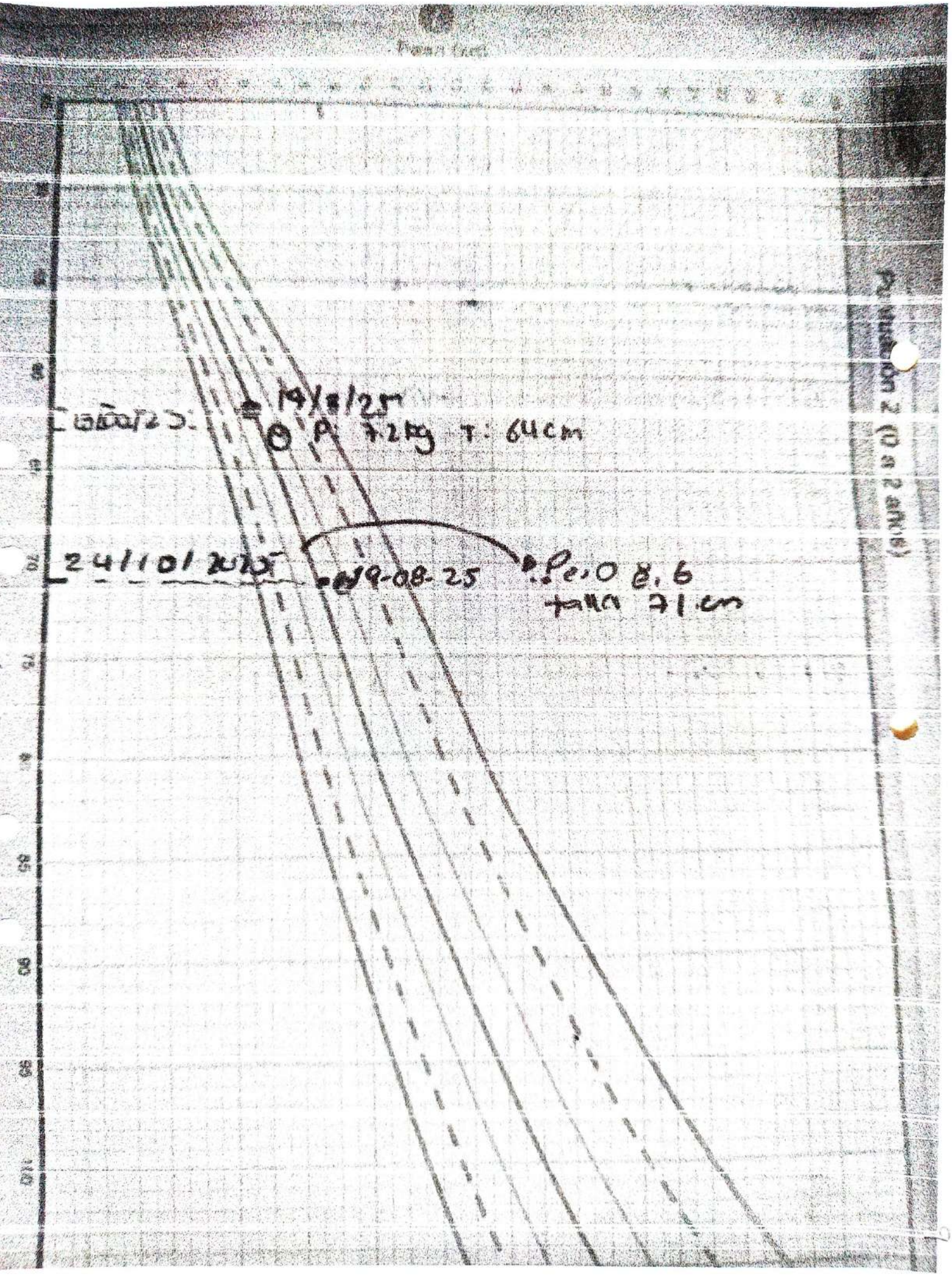
Nombres: Zoe Alaya.	Apellidos: Muñoz Quintero
Fecha de nacimiento: 20 (DÍA) | 10 (MES) | 2024 (AÑO)	Historia Clínica: 1122344512.
Barrio/Vereda: Afiladar.	Responsable del niño: Digna L. Quintero
Teléfono: . — .	EPS: 118.

Presión Barométrica Estándar Media

Puntuación Z (0 a 2 años)

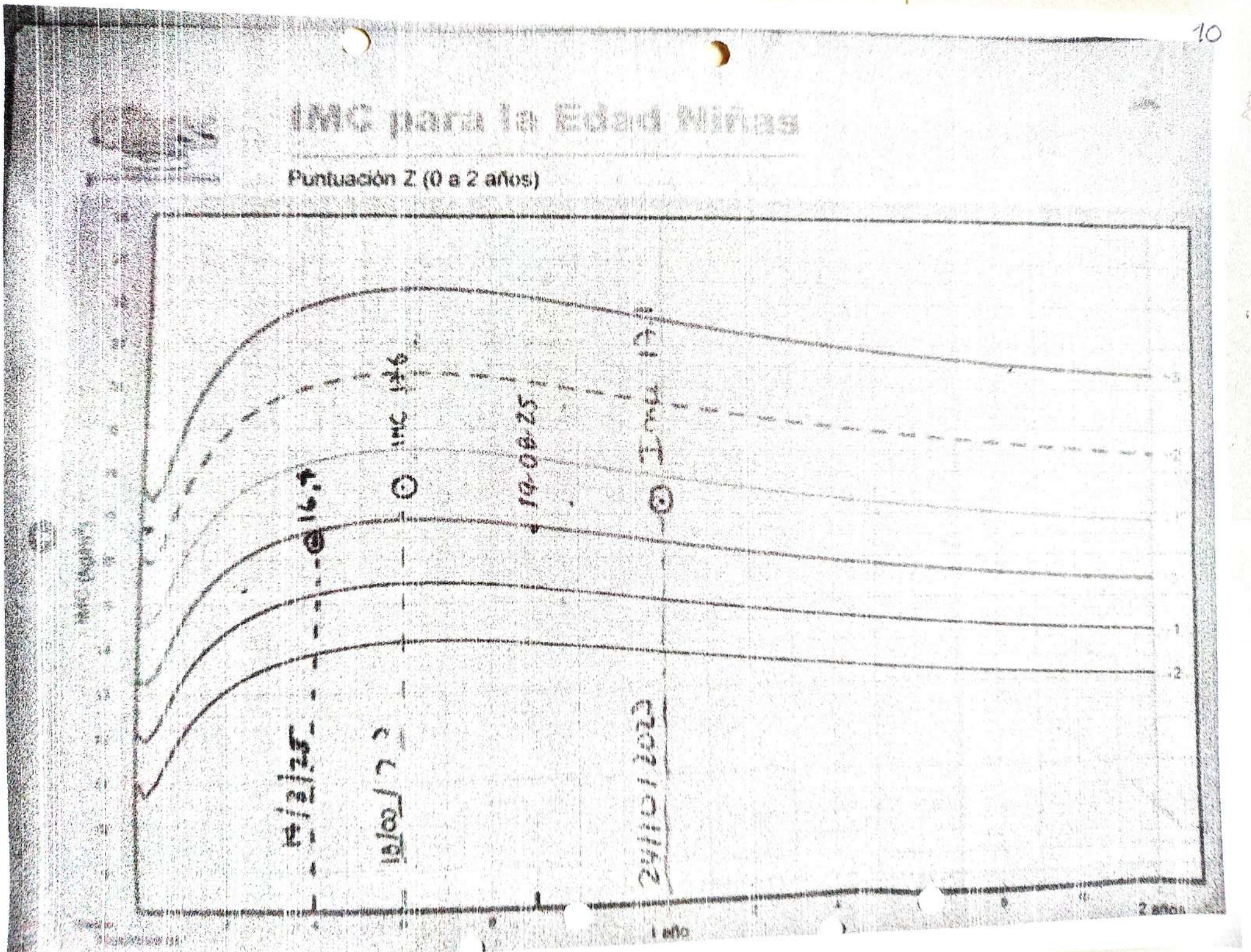
Edad (en meses y años cumplidos)


Nacimiento: 19/3/25
Peso: 7.2kg Talla: 64cm
24/10/2025
29-08-25
Peso 8.6
talla 71cm
Longitud (cm)


เดือน 2: = 19/8/25
0 A: 7.2kg T: 64cm
24/10/2025
19-08-25
P.O 8.6
tall 71 cm

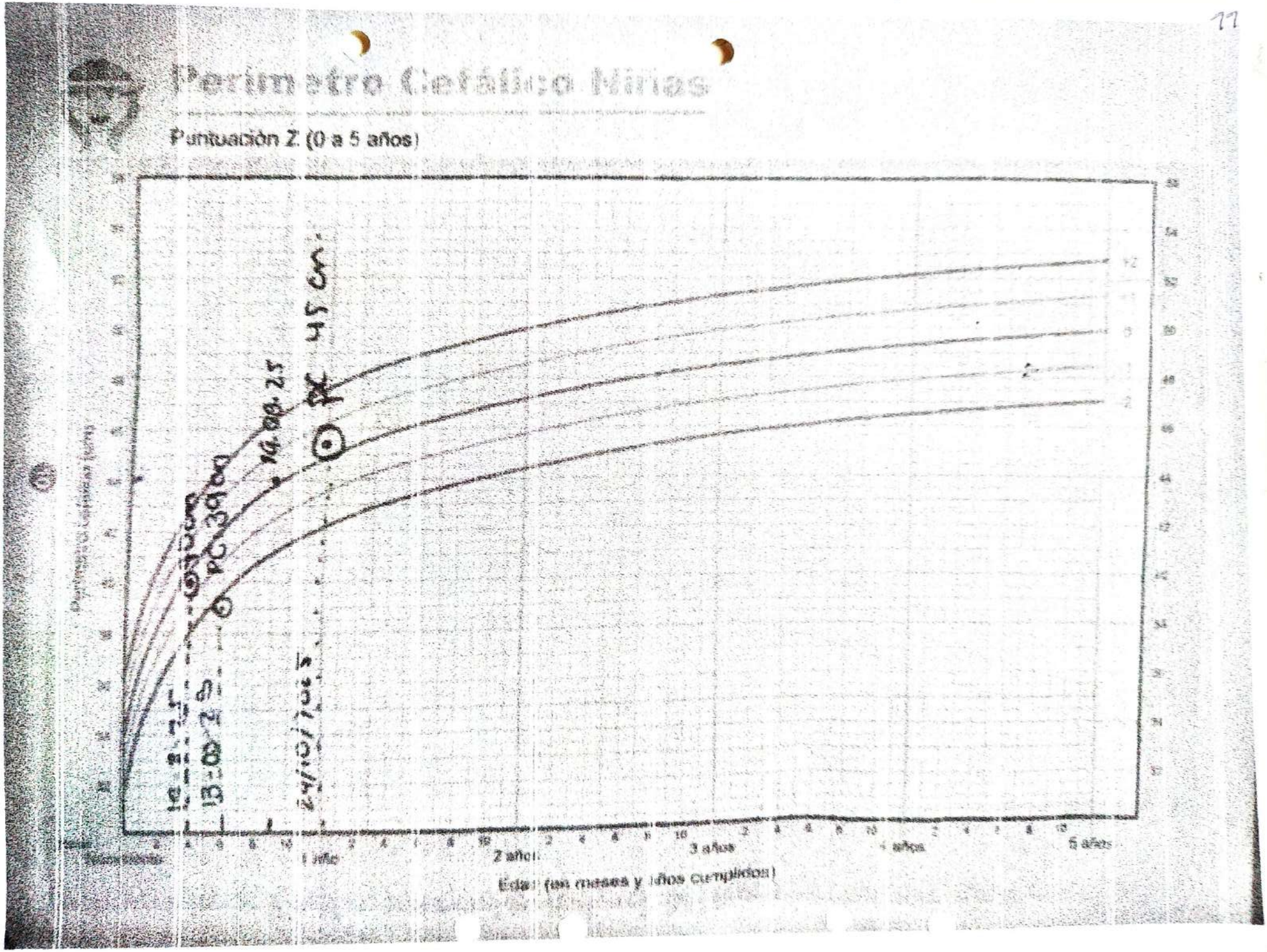
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
13-05-25	7.2	64	39	14	17.6	20-07-25	
19-08-25	8.4	71	41	17	16.7	20-10-25	Víctor Ruiz
24-10-25	8.6	71	45	17	17.1	24-01-26	

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO SI	NO
14	Marzo	2025		✓	
20.	Abril	2025			
20	Julio	2025			
20	octubre	2025	Medico	✓	

Vacunar oportunamente a los niños y niñas con todas las dosis, disminuye el riesgo de padecer enfermedades.

Protégelos contra:

Tuberculosis meningea (BCG), **H**epatitis B, **P**oliomielitis (VIP), **M**eningitis y otras enfermedades causadas por *Haemophilus Influenzae tipo b*, **D**ifteria, **T**osferina, **T**étanos (Pentavalente), diarrea por **R**otavirus; neumonía, otitis, meningitis bacteriemia causada por **N**eumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la **I**nfluenza, **S**arampión, **R**ubéola, **P**arotiditis (Triple Viral), **V**aricela, **H**epatitis A, **F**iebre Amarilla, **C**áncer causado por **V**irus de **P**apiloma **H**umano (VPH) y **C**ovid-19.



Las vacunas son seguras y salvan vidas

¡Ponte al Día!

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)

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

ATENCIONES DEFINIDAS MEDIANTE R... DEL 2018 PARA LA PRIMERA INFANCIA

Seguimiento al Recién Nacido				D	M	A
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal	Alterado			
	Audición (PEATE AA)	Normal	Alterado			
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal	Alterado			
	Visual	Normal	Alterado			
Atención en salud para la promoción y apoyo a la lactancia materna						
Seguimiento a la atención en salud para la promoción y apoyo a la lactancia materna						

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

Edad	Fecha	Valoración Nutricional				Valoración del Desarrollo												Profesional que atendió perfil
		Peso	Talla	PC	Puntaje Z	Motor Grueso			Motor Fino			Audición y Lenguaje			Personal Social			
						A	R	SP	A	R	SP	A	R	SP	A	R	SP	
3 a 5 días																		
Al mes																		
2 a 3 m.																		
4 a 5 m.																		
6 a 8 m.																		
9 a 11 m.																		
12 a 17 m.																		
18 a 23 m.																		
24 a 29 m.																		
30 a 35 m.																		
3 años																		
4 años																		
5 años																		

A: Desarrollo alterado para la edad. R: Riesgo de problema en el desarrollo. SP: Sospecha de problema en el desarrollo.

Atención en Salud Bucal						Valoración de la Salud Visual - Agudeza Visual					
A partir de los 6 meses			Un año			Tres años			Menor o igual a 20 normal		
Dos años			Tres años			Cuatro años			Menor o igual a 20 normal		
Cuatro años			Cinco años			Cinco años			Menor o igual a 20 normal		

Suplementación con Hierro (Menores de 6 meses con riesgo)						Fortificación casera con micronutrientes en polvo 6 a 23 meses					
1 mes						6 a 8 meses					
2 a 3 meses						12 a 17 meses					
4 a 5 meses						18 a 23 meses					

Suplementación con micronutrientes (Hierro y Vitamina A)							Desparasitación				
2 años							1 año				
3 años							2 años				
4 años							3 años				
5 años							4 años				
							5 años				

Tamizaje para Anemia - Hemoglobina (Según criterios de riesgo)					
			Resultado		

Educación para la Salud en la Primera Infancia

Edad	Fecha	Tema	Observaciones

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

LAS VACUNAS SON SEGURAS Y SALVAN VIDAS ¡PONTE AL DÍA!

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: RN Digna Liniberth Muñoz Quintero Quintero Zoe Alaya.

Tipo de Documento: RC | TI | OTRO — No. de Documento: 1122344512.

Fecha de Nacimiento: 20 (DÍA) 10 (MES) 2024 (AÑO)

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: Rh:

Peso al nacer: 3700 Talla: 52

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Digna Liniberth Quintero

Municipio de residencia: valle Guamuez

Departamento: Putumayo

Nombres y Apellidos: Muñoz Quintero Zoe Alaya — Tipo de Identificación: R.C.

Edad	Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación (Día / Mes / Año)	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita (Día / Mes / Año)	Nombre y firma
Recién Nacido				Lactancia materna exclusiva				
	BCG	Única	21 / 10 / 24	Serum	0373MAG93	HACP		Diana T. Pinzon Z.
	Hepatitis B	1ra dosis recién nacido	21 / 10 / 24	Serum	0313GOIND	HACP		
2 meses				Lactancia materna exclusiva				
	Pentavalente	1ª	24 Dic 24	Biogenesis	2239003	Ips Afiliados		
	Neumococo	1ª	24 Dic 24	Serum	2852010	Ips Afiliados		
	Rotavirus	1ª	24 Diciembre 24	G S K	Rotaq00341 AC	Ips Afiliados		
	Polio inactivada	1ª	24 Diciembre 24	Pfizer	GX4142	Ips Afiliados		
	PCV 10 ☐ PCV 13 ☐							
4 meses				Lactancia materna exclusiva				
	Pentavalente	2ª	27 Febrero 25	Biogenesis	22390003	Ips Afiliados		
	Rotavirus	2ª	27 Febrero 25	Serum	2853X02010	Ips Afiliados		
	Neumococo	2ª	27 Febrero 25	Pfizer	JA5277	Ips Afiliados		
	PCV 10 ☐ PCV 13 ☐							
	Polio	2ª	27 Febrero 25	G S K	Rotaq00341 AC	Ips Afiliados		
6 meses				Lactancia materna exclusiva				
	Pentavalente	3ª	29 Abril 25	Serum	2133903	Ips Afiliados		
	Rotavirus	3ª	29 Abril 25	Serum	2853L010	Ips Afiliados		
	Influenza estacional	1ª	29 Abril 25	Sanofi	P1CC39279C41	Ips Afiliados		
7 meses	Influenza estacional	2ª	31 julio 25	Sanofi	P1CC39279C41	Ips Afiliados		
12 meses	Lactancia Materna Exclusiva							
	Neumococo	3ª	20 oct 25	Serum	133 H 120	Ips Afiliados		
	PCV 10 ☐ PCV 13 ☐							
	Varicela	1ª	20 oct 25	Pfizer	HW2943	Ips Afiliados		
	Hepatitis A	1ª	20 oct 25	MSD	40448669	Ips Afiliados		
	Triple viral	Única	20 oct 25	MSD	Y0C32B5	Ips Afiliados		
18 meses	Pentavalente	Ref. Refuerzo						
	Rotavirus	Ref. Refuerzo						
	Influenza estacional	Refuerzo						
	Neumococo	Ref. Refuerzo	20 Ocm 26	Biogenesis	43DOB	Ips Afiliados		
5 años	Difteria, tétanos, tosferina	Ref. Refuerzo						
	Varicela	Refuerzo						
9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ra ☐ 2da ☐						
	Cuadruple	Ref.						
				Falta Ref. Polio				

Diana T. Pinzon Z.

Nestor Alexis Castañeda
Tec. Aux. Enfermería
C.C 5244513

Nestor Alexis Castañeda
Tec. Aux. Enfermería
C.C 5244513

Nestor Alexis Castañeda
Tec. Aux. Enfermería
C.C 5244513

Nestor Alexis Castañeda
Tec. Aux. Enfermería
C.C 5244513

Nestor Alexis Castañeda
Tec. Aux. Enfermería
C.C 5244513

*Lactancia Materna Exclusiva: Se refiere a la alimentación infantil con leche materna y sin la adición de otros líquidos o sólidos, excepto gotas o jarabes de vitaminas, minerales o medicamentos. La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, a partir de esa edad, se recomienda continuar con la lactancia materna junto con la introducción de alimentos complementarios seguros y nutritivos.

**Las edades se establecen de acuerdo a la normatividad vigente.

***A los 13 meses se administra la segunda dosis de acuerdo a la normatividad vigente.

16
R/V

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos | Minsalud

CIUDAD la Dorada Putumayo FECHA: DÍA 15 MES 04 AÑO 2023 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Zoe Alaya APELLIDOS Muños Quintero

TIPO DE IDENTIFICACION: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.344.572

FECHA DE NACIMIENTO DIA: 20 MES: 10 AÑO: 2021 EDAD: años 5 meses

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)

¿CÓMO 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 (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

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: Digna Liniveth Quintero

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

Nombres Digna Liniveth Quintero Apellidos Galvis

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 7.722.339.677

Firma: Digna Liniveth

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:	
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.

97

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.062.298.690**

MUÑOZ CAMAYO
APELLIDOS

WILSON DANOBIS
NOMBRES

Wilson Muñoz
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-ABR-1989**

SANTANDER DE QUILICHAO
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA **O+** G.S. RH **M** SEXO

28-ABR-2009 SANTANDER DE QUILICHAO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1107600-00161587-M-1062298690-20090707 **0013**148919A 1 32015467

18

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.339.677

QUINTERO GALVIS

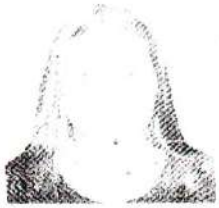
APELLIDOS

DIGNA LINIBETH

NOMBRES

Digna Liniveth

FIRMA





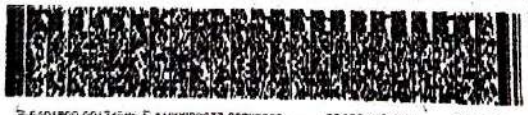
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-JUN-1991
PUERTO CAICEDO
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

28-JUL-2009 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-6401800-00174699-F-1122339677-20090902 0015844456A 1 30230980

ENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
	5 DIAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5A
ción nacido por médico													
alud por medicina general													
alud por enfermería													
alud por Odontología													
poyo de la lactancia ma													
barniz de flúor													
ación de placa													
sellantes (Según Criterio													

Dra. Julissa Pérez
ODONTÓLOGA
CMP 032736

TERRA

TF. 21.115.969

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Digna Liniveth Quintero Identificado con C.C N° 1122339677 en calidad de: padre o madre ( ), del niño o niña: Zoe Alaya Muñoz 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.

Digna Liniveth Q
Madre o Acudiente
C.C 1122339677

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 Zoe Alaya Muñoz Quintero, identificado (a) con documento de identidad número 1.722.344.512 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. Digna Linneth Quintero, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.722.339.674 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 Fundacion 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.T.C

Suscriben:

Firma: Digna Linneth Q
Nombre: Digna Quintero
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3234673269
Fecha: 15- de Abril -2025
Municipio: San Miguel

CLASIFICADA

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Daliana Maricela Morales Mora NOMBRE UCA: Pequeños exploradores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Zoe Alaya Muñoz Quintero IDENTIFICACIO: 1122344512. FECHA DE NACIMIENTO: 20 · 10 · 2024

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

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): ZOE 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

Ciudad La dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Zoe alaya Muñoz Quintero

Fecha de nacimiento Día 20 Mes 10 Año 2024 **N° Documento de Identidad** 1122344512

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 Se destaca por su curiosidad frente al entorno y buena tonicidad corporal, intención comunicativa, activa y vinculo afectivo seguro con sus cuidadores. se sugiere continuar con estimulación atravez del juego libre en el suelo, el uso de objetos sensoriales interacciones verbal brindarle confianza y amor.

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 Comparte juego con otros niños, resolviendo, pequeñas dificultades sin la ayuda del adulto, realiza espontaneamente rutinas de costumbres familiares o de su grupo escolar con materiales diversos construye escenarios para jugar.

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)***

Valoración Cualitativa ⇨	Relación con los demás													Relación consigo misma/o										Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social														
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10	11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21 22	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25	23 24 25	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	15 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24	22 23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16	17 18	17 18	17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2	1 2	1 2	3	3	3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8	8	8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17	16 17	16 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales