Fundación Alma de Vida

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con otografía del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras).
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la guia para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar X en minimo uno de los siguientes criterios de focalización) ___SISBEN (Categoria entre A 01 hasta C7) ___Pertenecientes a Res UNIDOS ___Pertenecientes a Familias en Acción ___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición ___Remitidos por SNBF ___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado) ___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.) ___Niños y niñas con discapacidad. ___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión. ___Población migrante en condición de vulnerabilidad. ___Activos en ruta de reincorporación.
5	Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente: (ADRESS)
6	Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo).
6	Copia del carnet de vacunación.
7	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
8	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
9	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
10	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
11	Fotocopia de un recibo de servicios públicos domiciliarios cuando sea necesario (aplica para zona urbana y en zona rural solo si se cuenta con servicios públicos)
12	Certificado de asistencia a consulta de salud bucal (Niños y niñas mayores de 6 meses)
13	Certificado del examen de agudeza visual (Niños y niñas mayores de 4 años)
14	Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años)
15	Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal.
16	Formato de veracidad de la información ficha de caracterización.
17	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
18	Formato de autorización uso de imágenes.
19	Planilla seguimiento nutricional
20	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
21	Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa,

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

FECHA SOLICITUD CUPO: 28-03-25 FECHA INGRESO: 16-04-2025

UDS: Pequeños Exploradores MUNICIPIO: San miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:

Fiemar Samuel Gonzalez castillo

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1.126.462.449

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 19-12-2024 EDAD: 3meses MUNICIPIO: V/del Guamuez

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: la unión 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: N/A

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

TIENE SISBEN: SI: __ NO: __ PUNTAJE: ____ DESPLAZADO: SI: __ NO: X

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

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Eladio Vasquez Gonzalez Benavides

No. IDENTIFICACION: 18.162.932 DIRECCION RESIDENCIA: la unión

CELULAR: 3228765835 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Doly Jazmin castillo Hoyuera

No. IDENTIFICACION: 1.007.816.148 DIRECCION RESIDENCIA: la union

CELULAR: 3228705835 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Doly Jazmin Castillo H.

NUMERO IDENTIFICACION: 1.007.816.148 CELULAR: 3228705835

DIRECCION: la unión PARENTESCO: Madre

Doli Castillo
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Zuleidy Carvajal
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO
Número: **N**

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
38431152-3

NUIP 1.126.462.449

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco X ☐

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
GONZALEZ CASTILLO FREIMAR SAMUEL

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2024	Mes DIC	Día 19	MASCULINO A	+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ

Fecha de Inscripción (Mes en letras)		Indicativo serial
Año 2024	Mes DIC Día 24	0061697432

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
CASTILLO MOSQUERA DOLY JAZMIN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.007.816.145	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
GONZALEZ BENAVIDES ELADIO VASQUEZ

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 18.162.932	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
GONZALEZ BENAVIDES ELADIO VASQUEZ

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 18.162.932

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA) — Código: Y 1 A

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2024 Mes DIC Día 24

Nombre y firma del funcionario

MONICA YENY LOPEZ GOMEZ

Registrador del Estado Civil

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

4

Registro valido

A2

Fecha de consulta: 19/11/2025

Ficha: 86865049478000001935

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: FREIMAR SAMUEL

Apellidos: GONZALEZ CASTILLO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1126462449

Municipio: Valle del Guamuéz

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/10/2021

Última actualización ciudadano: 17/10/2025

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: BELSY MILDRED GOMEZ ERA

Dirección: Calle 7 No 5 -

Teléfono: 4282059 - 31343079

Correo Electrónico: sisben@valledelguamuez-putumayo.gov

5

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	1126462449
NOMBRES	FREIMAR SAMUEL
APELLIDOS	GONZALEZ CASTILLO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	VALLE DEL GUAMUEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	20/12/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/30/2025 08:56:27	**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 del 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

E.S.E. Hospital Sagrado Corazón de Jesús

CARNET DE crecimiento y desarrollo

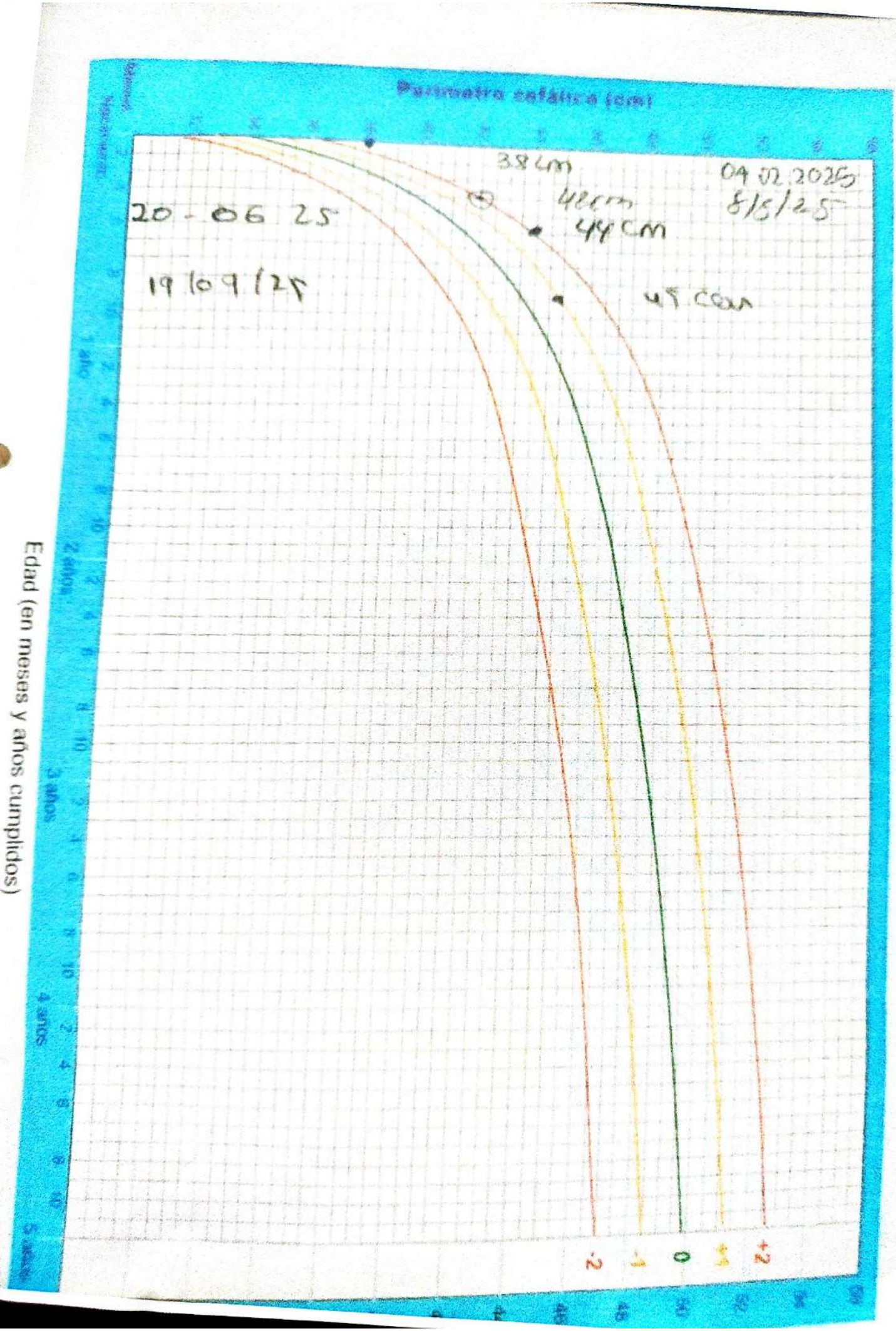


Nombres:	Samuel
Apellidos:	Gonzalez
Fecha de nacimiento:	24-12-24
Lugar de nacimiento:	V/C - Pto
Identificación:	1126462449
Barrio/Vereda:	Bll libertad
Responsable del niño:	Doli Cashio
Nº de teléfono:	3204321282
E.P.S:	Emssanar
Grupo sanguineo:	A+

¡Mamita Segura! Lo mejor de nosotros para tí

IAMI INSTITUCIÓN AMIGA DE LA MUJER Y LA INFANCIA

AIEPI Porque mi vida hay que protegeria hoy


Perímetro cefálico (cm)
38 cm
42cm
44 cm
45 cm
20-06 25
19/09/25
04.02.2026
8/5/25
Edad (en meses y años cumplidos)
-2
-1
0
+1
+2

4.800Kg - 51cm 04.02.25

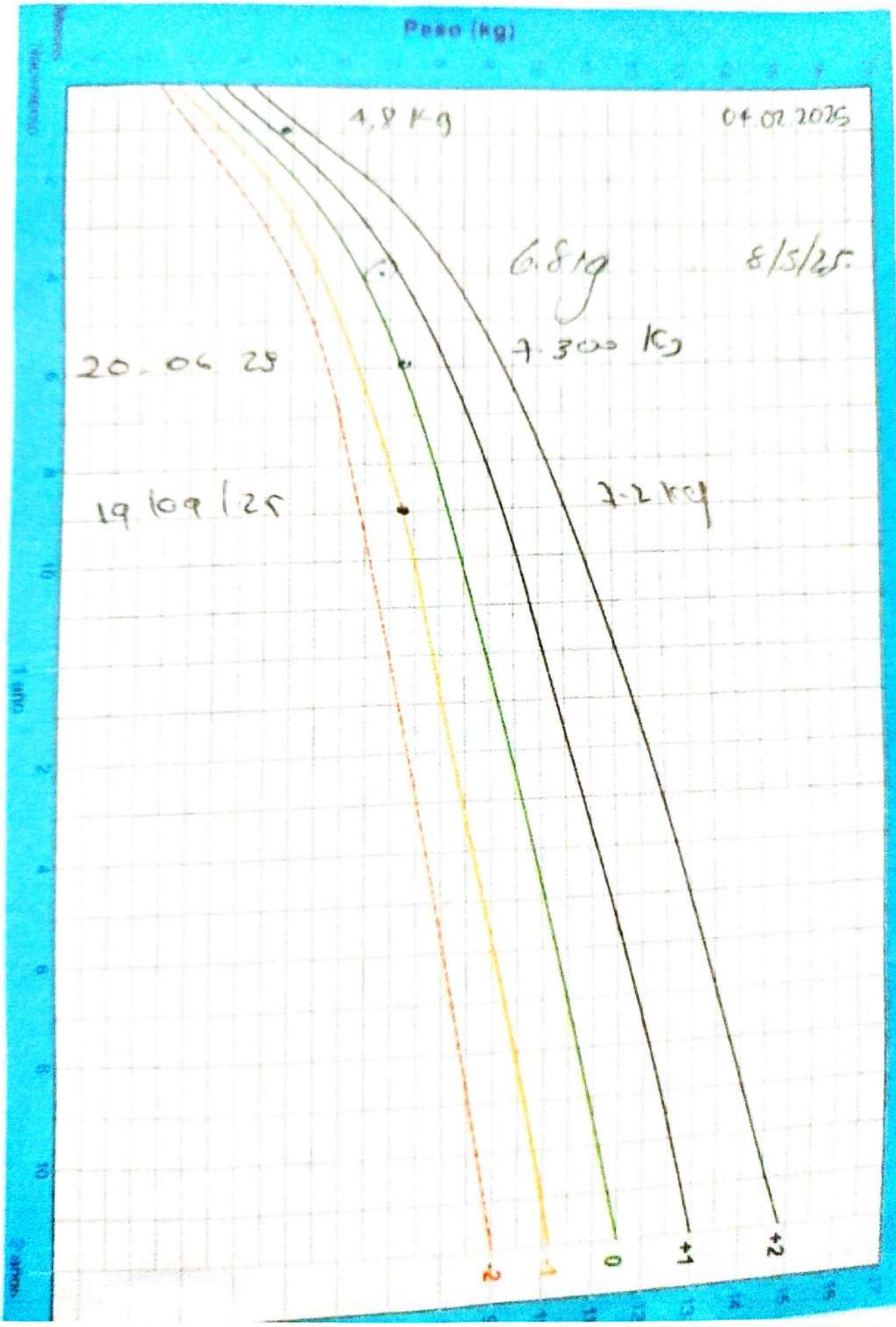
65cm 6.8kg F/S/25

7.300kg

10.0625

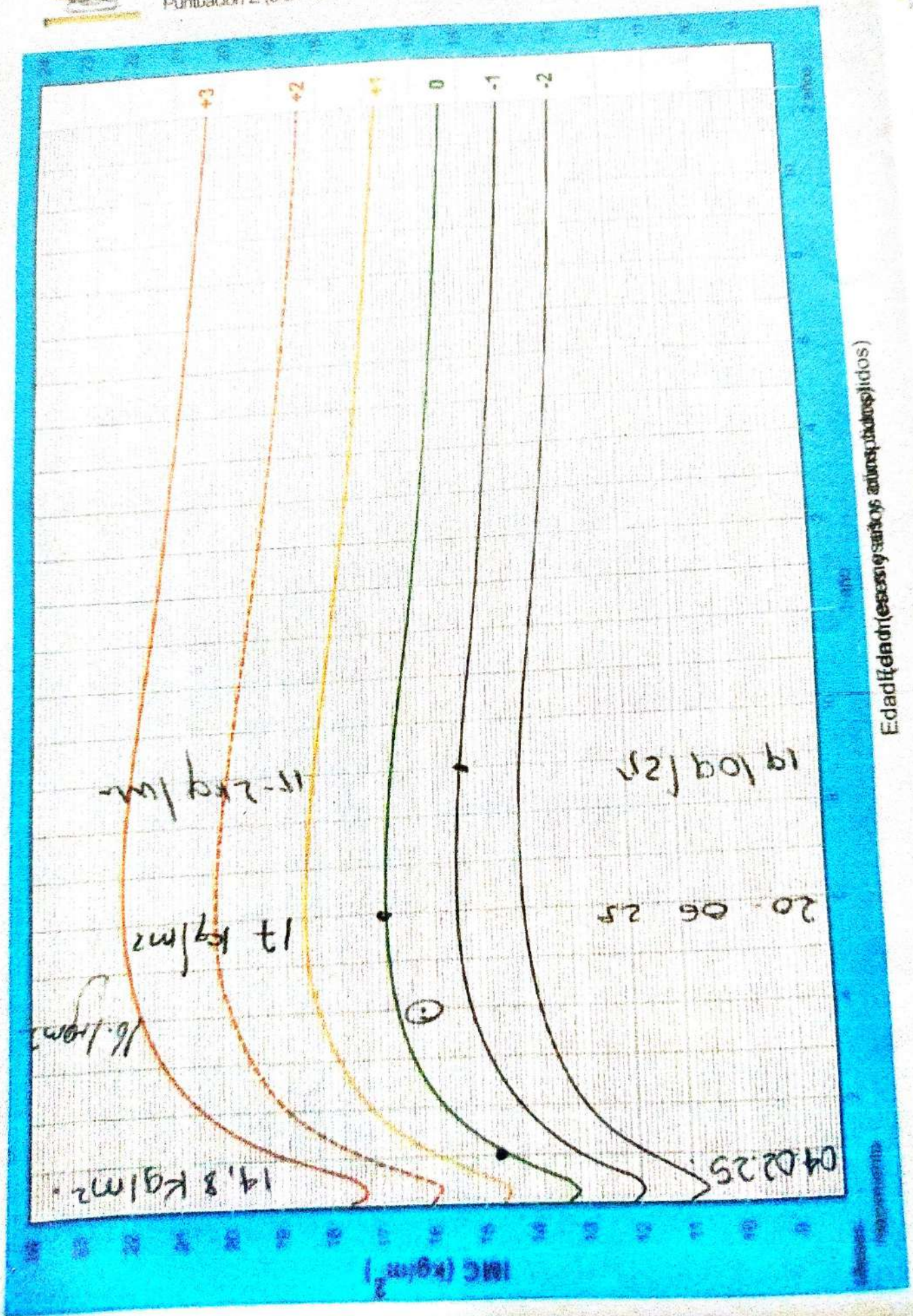
19109121

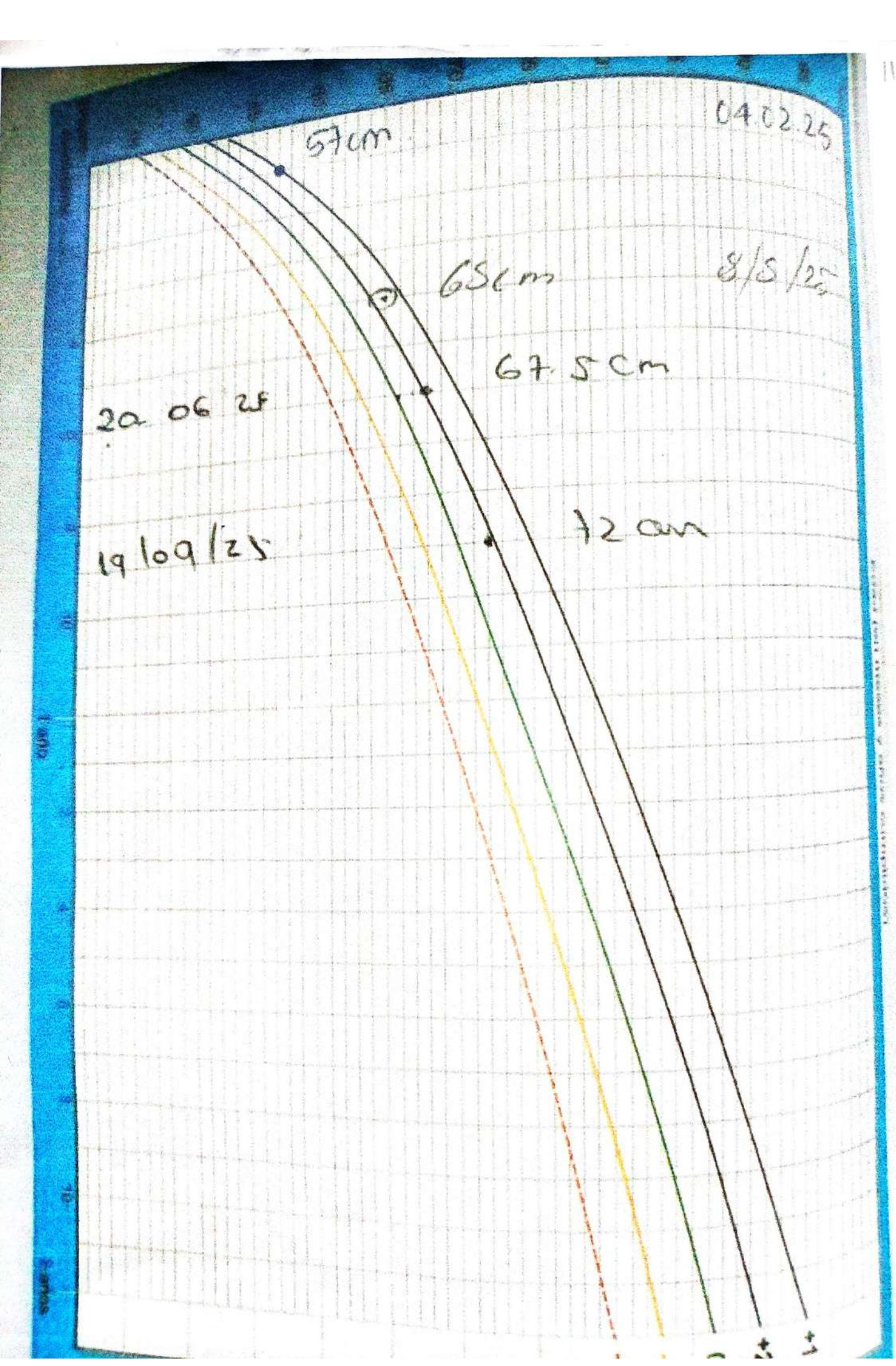
7.2kg 72cm

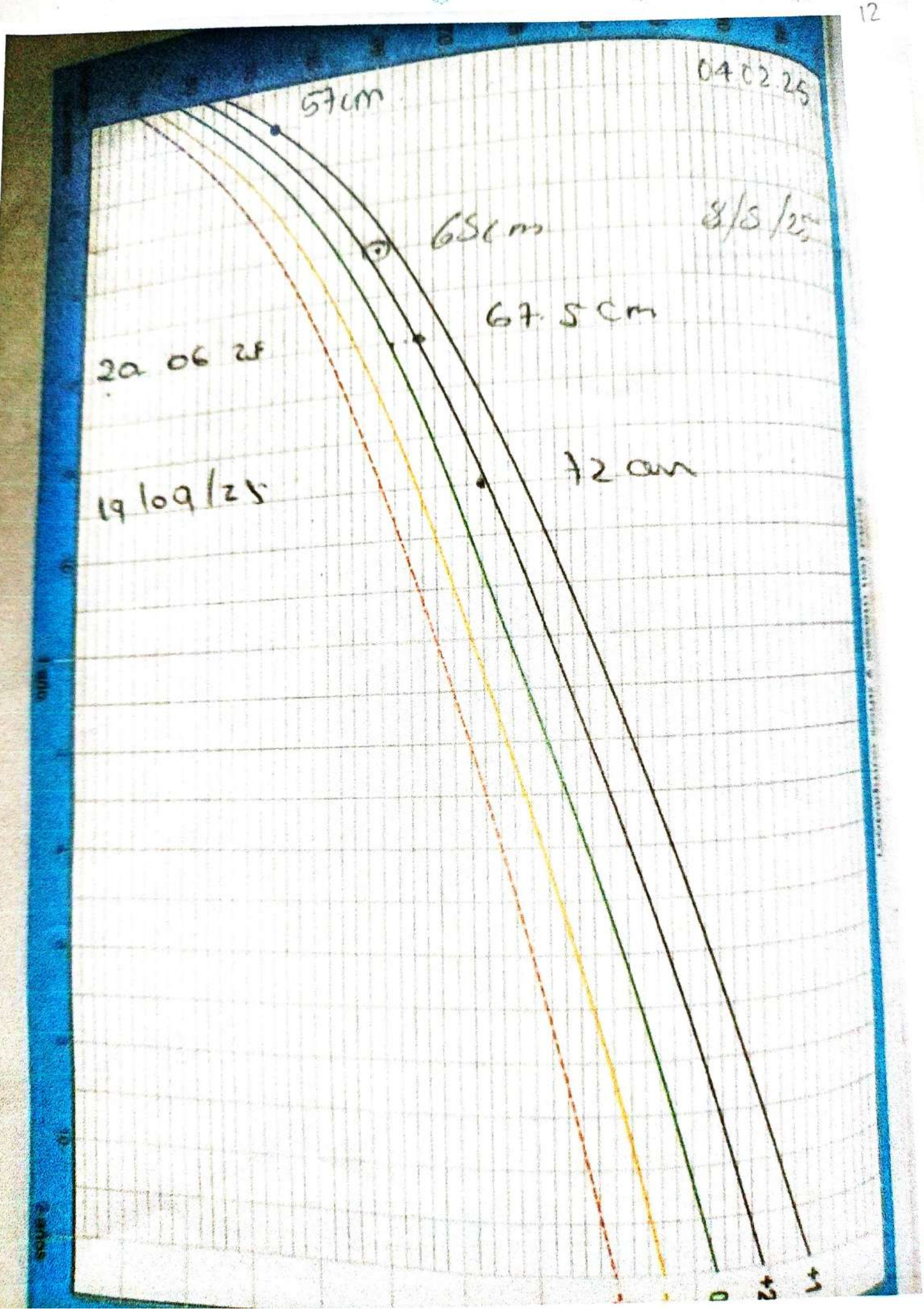

Peso (kg)
1,8 kg
04.02.2025
6.8 kg
8/5/25
7.300 kg
20.06.25
19/09/25
7.2 kg
+2
+1
0
-1
-2
Edad (en meses y años cumplidos)

IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)




04.02.25
57cm
65cm
8/5/25
67.5cm
20 06 25
19/09/25
72 cm


04/02/25
57cm
65cm
8/8/25
67.5cm
20/06/25
19/09/25
72cm

E.S.E. Hospital Sagrado Corazón de Jesús

NOMBRE DEL MENOR: Freimar Samuel Gonzalez

IDENTIFICACIÓN DEL MENOR: 1126462449

FECHA	PESO	TALLA	DX	FIRMA PROFESIONAL
04 02.25	4,8 Kg	57 cm	Adewado	Dra. Dayana L
8/5/25	6.8 kg.	63 cm	Adewado	Cristina M
20.06.25	7.300 Kg	67 5cm	Adecuado	
19/09/25	7-9 kg	72 cm	R- pelo bajo	LINAC

CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	ANO	HORA	ASISTIO SI	ASISTIO NO
2	Mayo	2025	2 30 [illegible]		
20	Junio	2025	1 50 [illegible]		
19	Sept	2025	8 [illegible]		
22	Dic	2025	8 [illegible]		

...itis y otras enfermedades causadas por **Haemophilus** ...zae tipo b, **Difteria**, **Tosferina**, **Tétanos** (Pentavalente), ... por **Rotavirus**; neumonía, otitis, meningitis bacteriemia ...da por **Neumococo**, enfermedad respiratoria causada por el ...de la **Influenza**, **Sarampión**, **Rubéola**, **Parotiditis** (Triple Viral), ...ela, **Hepatitis A**, **Fiebre Amarilla**, **Cáncer** causado por **Virus** de ...oma **Humano** (VPH) y **Covid-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

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

Edad	Fecha	Valoración Nutricional				Valoración del Desarrollo										Profesional que atendió perfil
						Motor Grueso			Motor Fino			Audición y Lenguaje			Personal Social			
		Peso	Talla	PC	Punt. Z	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 apropiado 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 y 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)	
1 mes	
2 a 5 meses	
6 a 6 meses	

Fortificación casera con micronutrientes en polvo 6 a 23 meses	
6 a 8 meses	
12 a 17 meses	
18 a 23 meses	

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

Desparasitación			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

Tamizaje para Anemia - Hemoglobina (según criterio de Cenco)	
	Resultado

Educación para la Salud en la Primera Infancia			
Edad	Fecha	Tema	Observaciones



Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Freimar Samuel González Castillo

Tipo de Documento: 7 (TI) — No. de Documento: 1126462449

Fecha de Nacimiento: 19 DIC 2014

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: Rh:

Peso al nacer: 3 2 a 5 Talla: 39 cc

Dirección: Vl La unión

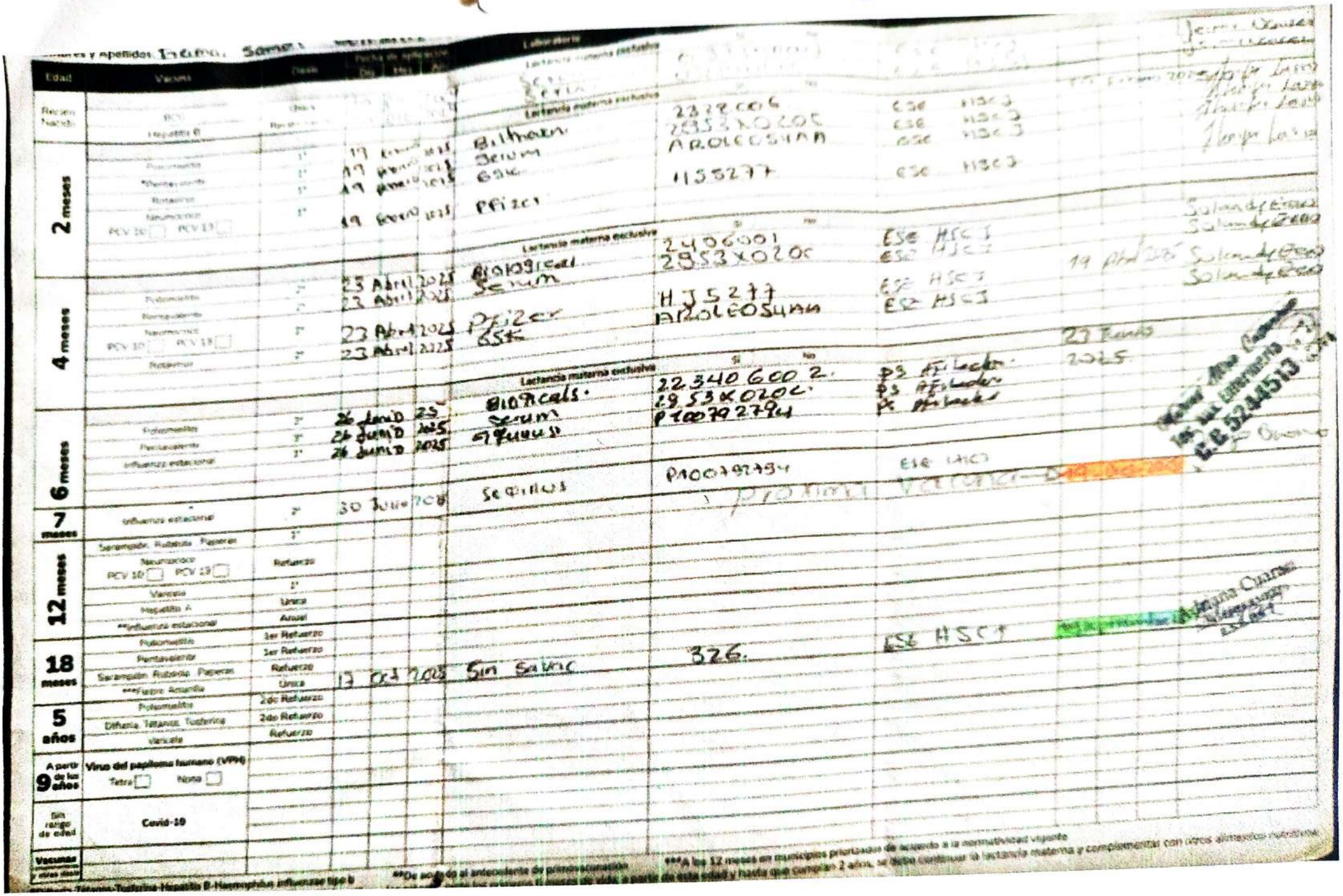
Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Daly Jazmin Castillo Mosquera

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo



Nombres y apellidos: [illegible] Samar [illegible]

Edad	Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación (Día / Mes / Año)	Laboratorio / Lactancia materna exclusiva		
Recién Nacido	BCG Hepatitis B	Única		Lactancia materna exclusiva		
2 meses	Rotavirus *Pentavalente Rotavirus Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1° 1° 1° 1°	19 Feb 2025 19 Feb 2025 19 Feb 2025 19 Feb 2025	Bilthon Serum GSK Pfizer	2378C06 2953X020C AROLEOSUAN 1155277	ESE HSCI ESE HSCI ESE HSCI ESE HSCI
4 meses	Rotavirus Pentavalente Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐ Rotavirus	2° 2° 1° 2°	23 Abril 2025 23 Abril 2025 23 Abril 2025 23 Abril 2025	Lactancia materna exclusiva Biologicals Serum Pfizer GSK	24060001 2953X020C HJ5277 AROLEOSUAN	ESE HSCI ESE HSCI ESE HSCI ESE HSCI
6 meses	Rotavirus Pentavalente Influenza estacional	3° 3° 1°	26 Junio 2025 26 Junio 2025 26 Junio 2025	Lactancia materna exclusiva Biologicals Serum Sanofi	22340600 2. 1953X020C P100792794	PS Afiliados PS Afiliados PS Afiliados
7 meses	Influenza estacional	2°	30 Julio 2025	Sanofi	P100792794	ESE HSCI
12 meses	Sarampión, Rubéola, Paperas Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐ Varicela Hepatitis A ***Influenza estacional	1° Refuerzo 1° Única Anual				
18 meses	Poliomielitis Pentavalente Sarampión, Rubéola, Paperas ***Fiebre Amarilla	1er Refuerzo 1er Refuerzo Refuerzo Única	13 Oct 2025	Sin Salud	326.	ESE HSCI
5 años	Poliomielitis Difteria, Tétanos, Tosferina Varicela	2do Refuerzo 2do Refuerzo Refuerzo				
A partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH) Tetra ☐ Nona ☐					
Sin rango de edad	Covid-19					
Vacunas y otras dosis						

Difteria-Tétanos-Tosferina-Hepatitis B-Haemophilus influenzae tipo b

**De acuerdo al antecedente de prematuridad

***A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

Lactancia materna y complementaria con otros alimentos nutritivos

17
B/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

CIUDAD: La dorada San miguel FECHA: DIA 15 MES 04 AÑO 2025 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES: Freiman Samuel APELLIDOS: Gonzales Castillo

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC X TI CC CE OTRO NUMERO: 1.726-462.449

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 19 MES 12 AÑO 2024 EDAD: 4 años meses de edad

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE:

INFORMACION PREVIA: La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el mundo 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 cuello uterino 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 (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: Doli Castillo

En caso de requerirse identificación y firma del representante legal:

Nombres: Doris, patricia Apellidos: Castillo Mosquera

Tipo de identificación: RC☐ TI☐ CC☒ CE☐ OTRO☐ Número: 1.007.816.748

Firma: Doli Castillo

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.007.816.148**

CASTILLO MOSQUERA

APELLIDOS

DOLY JAZMIN

NOMBRES

Doly Castillo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-SEP-1991**

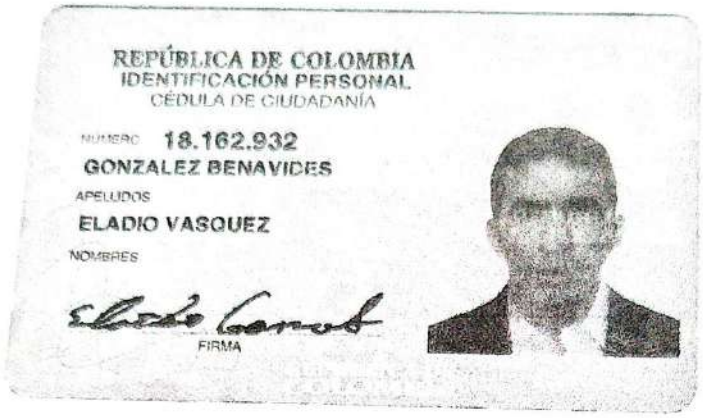
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
VALLE DEL GUAMUEZ (PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

07-SEP-2009 VALLE DEL GUAMUEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6402800-00196489-F-1007816148-20091113 0017976100A 1 25663710



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 18.162.932
GONZALEZ BENAVIDES
APELLIDOS
ELADIO VASQUEZ
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-MAR-1980
PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
30-NOV-1999 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-6401800-00011583-M-0018162932-20170609 0055716419A 4 47071190

CONTROL DE CITAS

Este carné es un documento de identificación como usuario de los servicios del Hospital; tratelo con cuidado y no lo pierda pues su duplicado tiene un valor de $2.000

Debe ser puntual en el cumplimiento de su cita de Higiene Oral. Si no se presenta en la hora fijada perderá su turno y tendrá que sacar una nueva cita.

De la asistencia a su cita depende del éxito del tratamiento.

Si por atender a un usuario de cuidado urgente, usted sufre alguna demora en

E.S.E.
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús



CARNÉ DE ODONTOLOGÍA

NOMBRES Y APELLIDOS
Reimar Gonzalez

DOC. DE IDENTIDAD
1126462149

EPS / ARS
118

DOMICILIO

PRÓXIMA CITA	PRÓXIMA CITA
Apertura historia clínica Control en seis meses	17-10-2015

DRA. CANDY ALVAREZ RODRIGUEZ
ODONTOLOGA GENERAL
U. DE CARTAGENA
CC 1143398148

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Doli Sasmin castillo Identificado con C.C N° 1007816148 en calidad de: padre o madre (/), del niño o niña: madre samuel gonsales o Gestante (x) 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 16 Días del mes de abril del Año 2025.

Doli Sasmin castillo
Madre o Acudiente
C.C 1007816148

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 Freiman Samuel Gonzalez Castillo, identificado (a) con documento de identidad número 1.126462449, 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, Dali Jasmin Castillo Mosquera, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1007816148, 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.T.C

Suscriben:

Firma: Dali Jasmin castillo
Nombre: Dali Jasmin castillo Mosquera
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 320 432 1282
Fecha: 15/Abril/2025
Municipio: San miguel

CLASIFICADA

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

OMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Freiman Samuel Gonzalez IDENTIFICACIO: 1726462449 FECHA DE NACIMIENTO: 1726462449

ECHA 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

25 R/V

Ciudad La dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Ficimar Samuel Gonzalez Castillo

Fecha de nacimiento Día 19 Mes 12 Año 2024 **N° Documento de Identidad** 1126462449

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 Evidencio un desarrollo integral armonico dentro de los parametros esperables para su edad, se destacan por su capacidad ante estimulos sociales se recomienda seguir estimulación mediante el juego, canciones. ya que su desarrollo emocional y social es positivo y se ve potenciado por el entorno afectivo estable que lo rodea

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 observa alerta, activo y con buena respuesta a estimulos visuales y auditivos presenta un desarrollo motor acorde a su edad

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

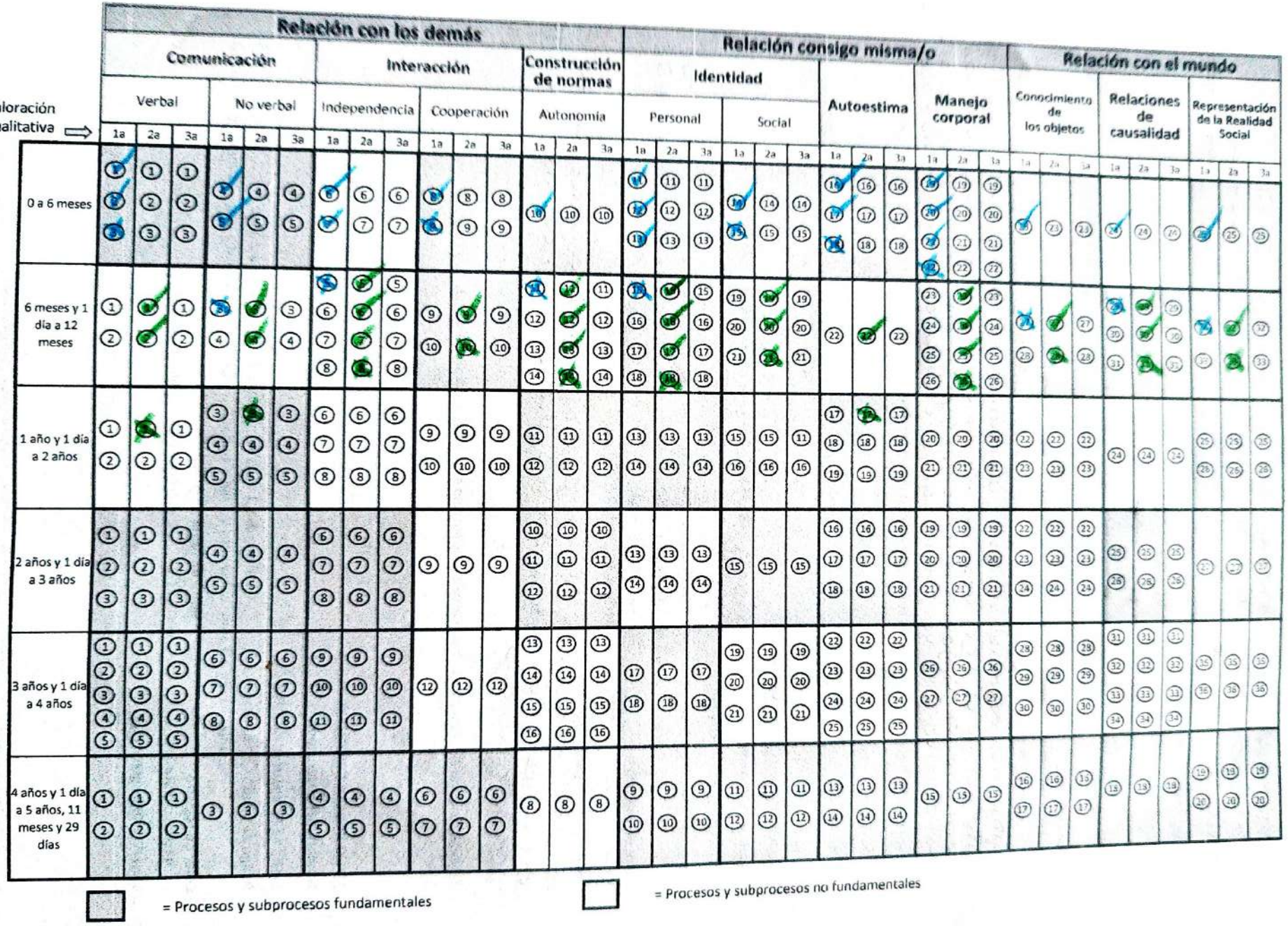
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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