Fundación
Alma de Vida
Fomentando semillas de esperanza

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripción y Matricula con ffotografía 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	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
17	Formato de autorización uso de imágenes.
18	Planilla seguimiento nutricional
19	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
20	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: 27-03-2025 FECHA INGRESO: 1-04-2025

UDS: chiquitines del mañana MUNICIPIO: San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Emili Samara Perdomo Ouiedo

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1126462537

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 23-FEB-2025 EDAD: 5 M MUNICIPIO: Puerto Asis

DEPARTAMENTO: Putomayo PAIS: Colombia DIRECCION DE RESIDENCIA: V/ Monterrey ESTRATO: N/A ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: ____ NO: X ¿CUAL?: N/A MOTIVO DEL RETIRO: ____ PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: N/A EPS DEL PARTICIPANTE: Nueva EPS

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: X NO: __ PUNTAJE: A1. DESPLAZADO: SI: _ NO: _ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: X NO: ____ RED UNIDOS: SI: ____ NO: X

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: ____ NO: X CUAL: ____

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Greicxon Waldrilguer Perdomo Ramirez · No. IDENTIFICACION: 1122723346 DIRECCION RESIDENCIA: V/Monterrey CELULAR: ____ E.P.S: Emssanar · OCUPACION U OFICIO: Agricultor · EMPRESA DONDE LABORA: N/A · NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachillerato. PROFESIÓN: N/A ·

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yulieth Alexandra Ouiedo Ortega No. IDENTIFICACION: 1006789103 DIRECCION RESIDENCIA: V/Monterrey CELULAR: 3204379310 · E.P.S: Emssanar · OCUPACION U OFICIO: Ama de Casa EMPRESA DONDE LABORA: N/A · NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachillerato · PROFESIÓN: ____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Yulieth Alexandra Ouiedo
NUMERO IDENTIFICACION: 1006789103 CELULAR: 3204379310.
DIRECCION: V/ Monterrey PARENTESCO: madre

Yulieth Alexandra Ouiedo
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Kelly S C
FIRMA AGENTE EDUCATIVA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
38431633-2

3

NUIP 1.126.462.537

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61697547

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 7 7 8

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

REGISTRADURIA DE VALLE DEL GUAMUEZ - COLOMBIA - PUTUMAYO - VALLE DEL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PERDOMO	OVIEDO

Nombre(s)

EMILI SAMARA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes FEB Día 23	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	250241100624 68

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

OVIEDO ORTEGA YULIETH ALEXANDRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.006.789.103	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

PERDOMO RAMIREZ GREICXON WALDRILGUER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.723.346	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PERDOMO RAMIREZ GREICXON WALDRILGUER

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.723.346	greixon

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2025 Mes MAR Día 04	CARMEN PATRICIA CASANOVA YANDI Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
greixon Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ENTREGADO 04 MAR 2025

CARMEN PATRICIA CASANOVA YANDI
Registradora Delegada del Estado Civil
Valle del Guamuez Putumayo Colombia

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

6169754

Sisbén

Registro válido

A1

Fecha de consulta: 11/07/2025

Ficha: 86865049478000024500

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: EMILI SAMARA

Apellidos: PERDOMO OVIEDO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1126462537

Municipio: Valle del Guamuéz

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 25/03/2025

Última actualización ciudadano: 31/03/2025

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

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	1126462537
NOMBRES	EMILI SAMARA
APELLIDOS	PERDOMO OVIEDO
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	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	24/02/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/01/2025 19:42:22	**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

E.S.E. Hospital Sagrado Corazón de Jesús



CARNET DE crecimiento y desarrollo

Nombres: Emili Samara

Apellidos: Pedoma

Fecha de nacimiento: 23-02-25

Lugar de nacimiento: Puerto Asís.

Identificación: 1126462537

Barrio/Vereda: Bll Parker

Responsable del niño: Alexandra O.

Nº de teléfono: 3704374310

E.P.S: Nueva EPS

Grupo sanguineo: O+

¡Mamita Segura! Lo mejor de nosotros para ti

IAMI Instituciones Amiga de la Mujer y la Infancia

AIEPI Porque mi vida hay que protegerla hoy

Hospital
Sagrado Corazón de Jesús

NOMBRE DEL MENOR: Emili Perdomo Oviedo

IDENTIFICACIÓN DEL MENOR: RC 1126462537

FECHA	PESO	TALLA	DX	FIRMA PROFESIONAL
7/3/25	35.0 kg	53cm	Bajo peso/talla Talla adecuada	Christian Pinedo
6/05/25	5.1kg	58cm	Adecuado	Linda C
07/07/25	6.2kg	62.5cm	Adecuado	Dayco
4-9-25	7.0kg	65.3	Adecuado	Linda C

APGAR FAMILIAR

El APGAR FAMILIAR evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto y Recursos.

FUNCIÓN	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					✓
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite					✓
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					✓
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza y amor					✓
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza y amor					✓
Me satisface como compartimos en familia: El tiempo para estar juntos Los espacios en la casa El dinero					✓

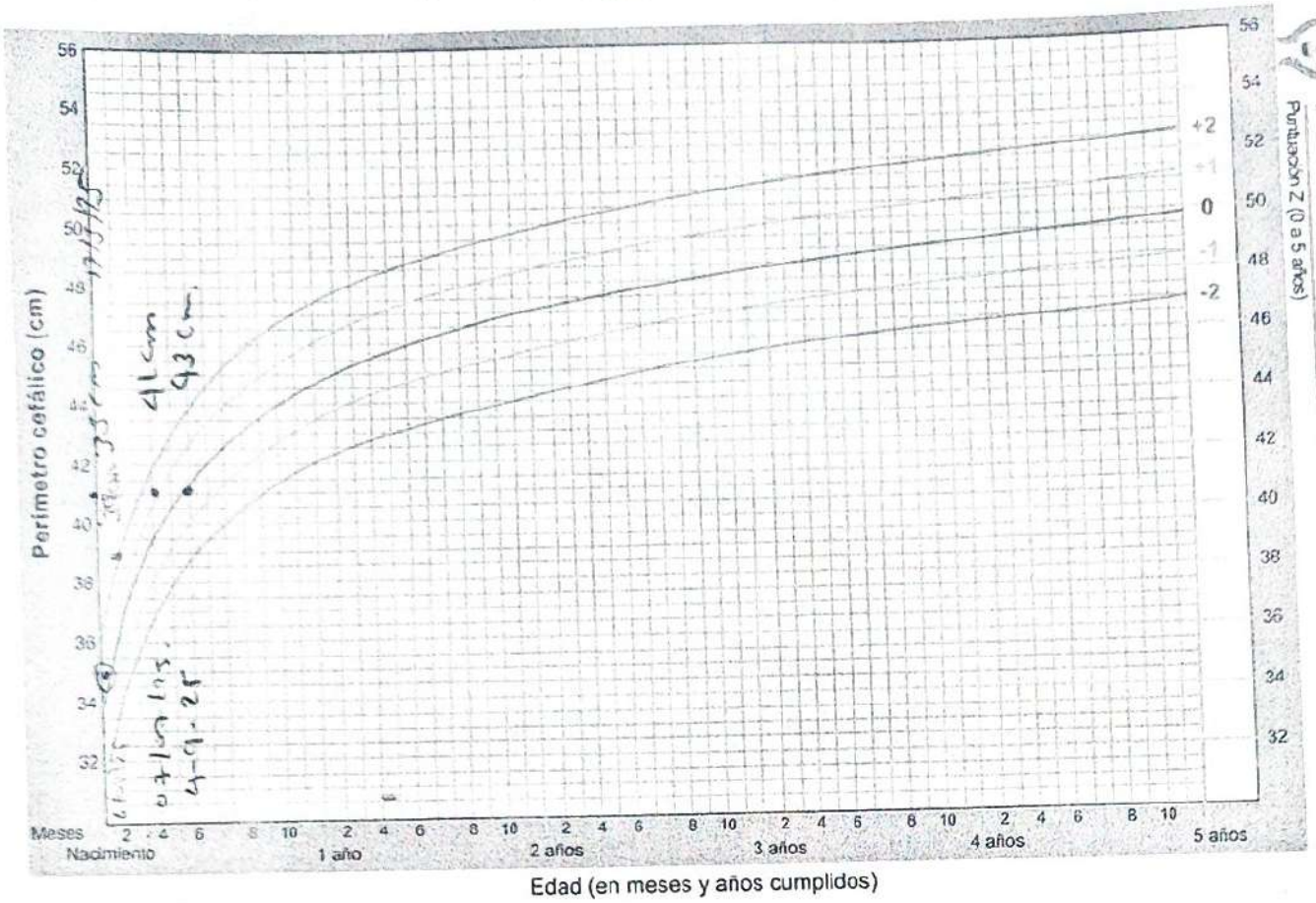
Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos de acuerdo a la siguiente calificación:

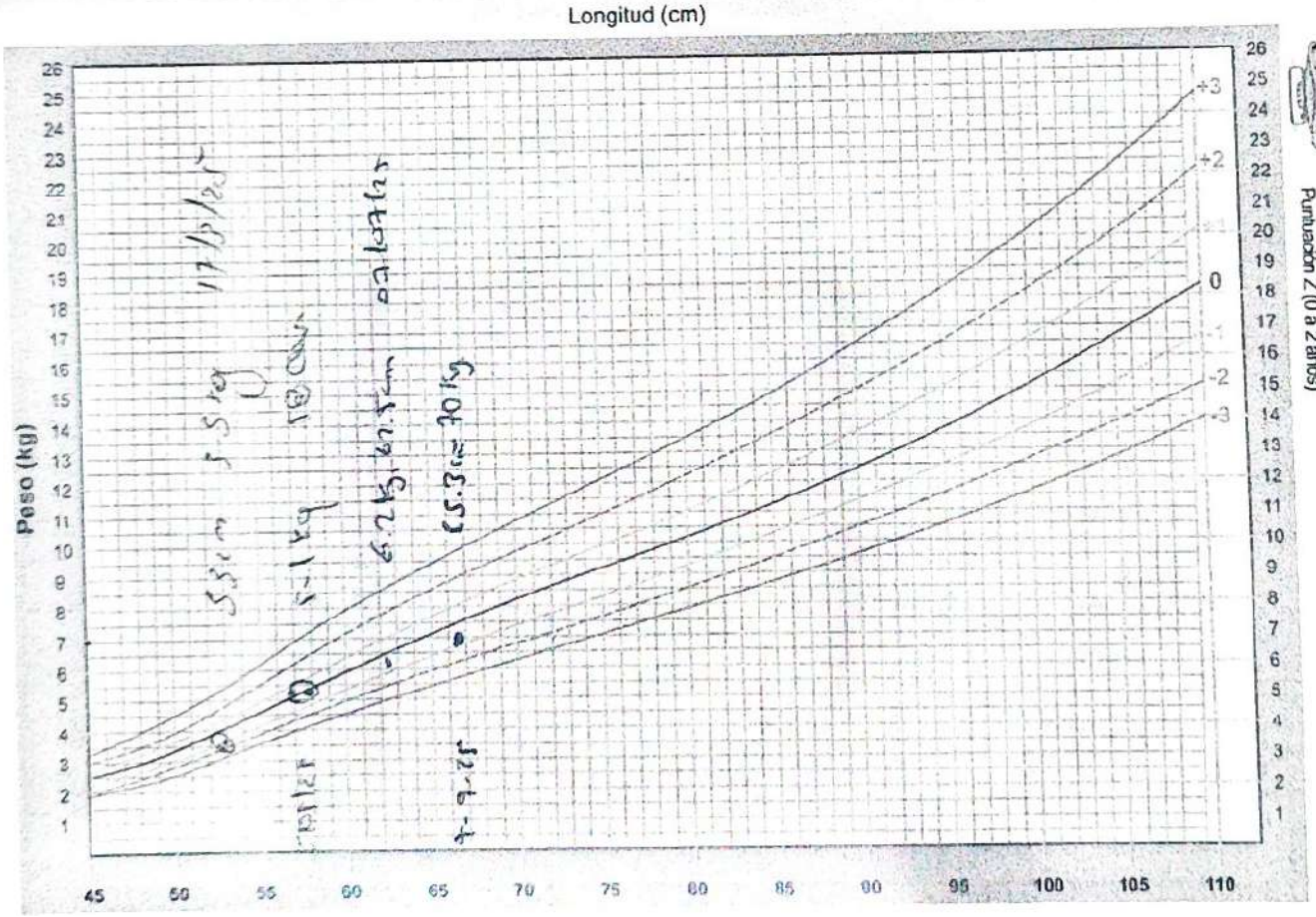
0: Nunca
1: Casi nunca
2: Algunas veces
3: Casi siempre
4. Siempre

Interpretación del puntaje:

-Normal: 17-20 puntos
-Disfunción leve: 16-13 puntos
-Disfunción moderada: 12-10 puntos
-Disfunción severa: Menor o igual a 9

FECHA DE VALORACIÓN	RESULTADO	INTERPRETACIÓN	CONDUCTA	FIRMA PROFESIONAL
07/07/25	18 puntos	Fig FR	Educación	Dayco


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


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

8
4/12

Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

+2
+1
0
-2

Longitud (cm)

Meses Nacimiento

Edad (en meses y años cumplidos)

2 años | 1 año | 2 años

4-9-25
65.3 cm
61.1 cm
SCSCM 12/12/25
SCSCM 12/12/25

Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

+2
+1
0
-2

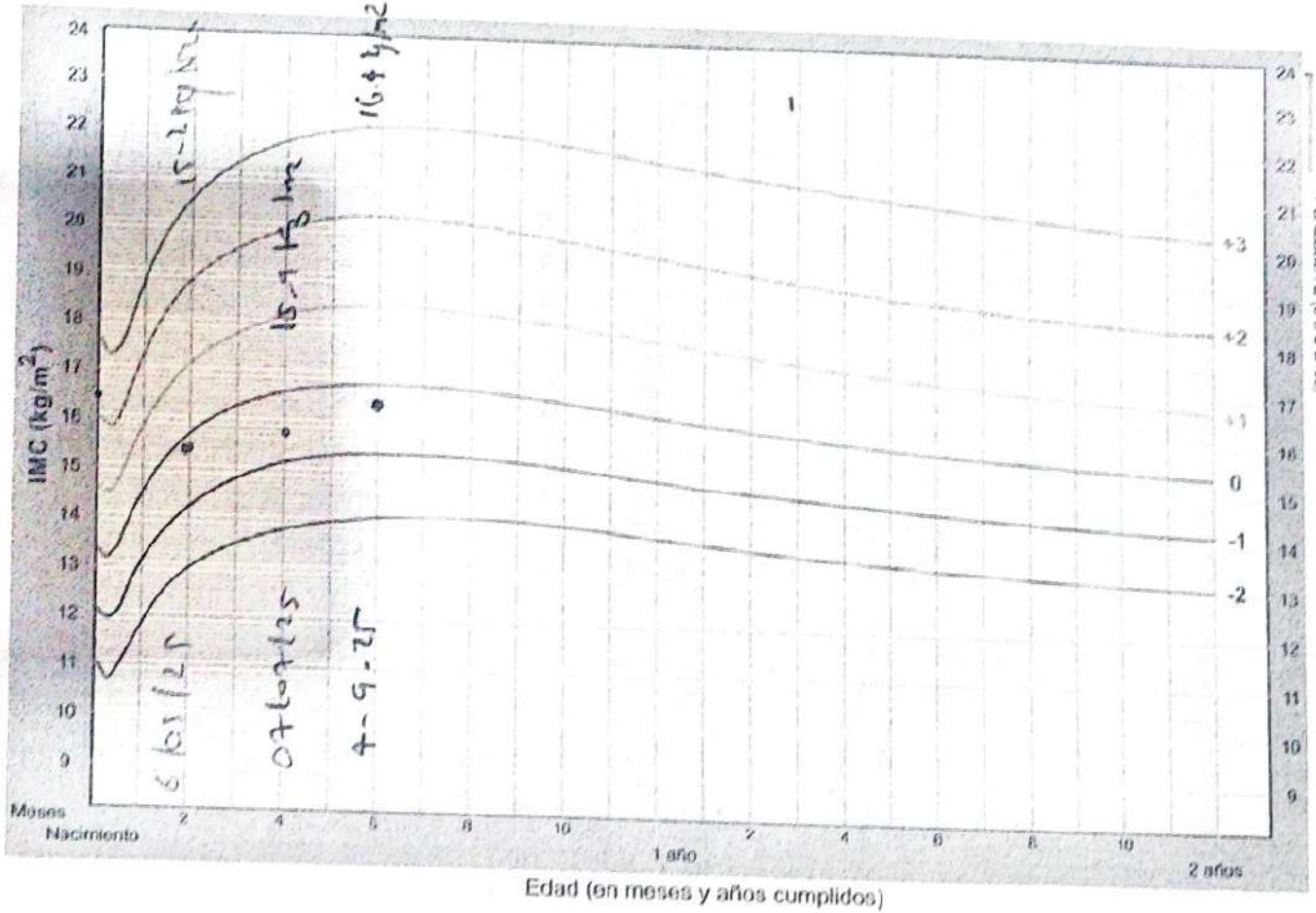
Peso (kg)

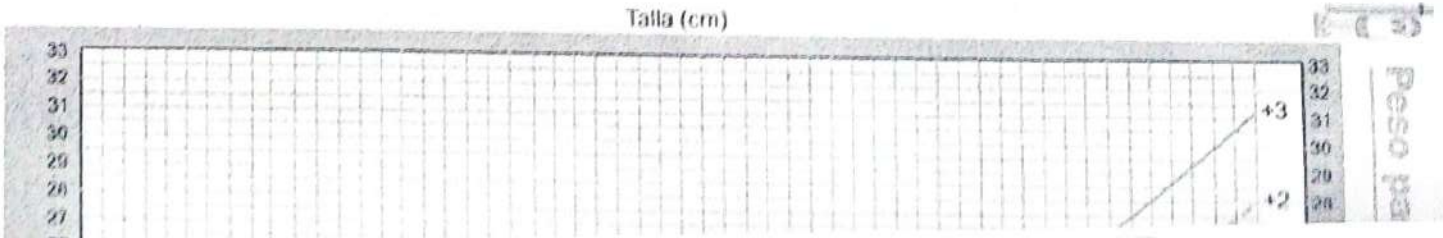
Meses nacimiento

Edad (en meses y años cumplidos)

2 años | 1 año | 2 años

4-9-25
7.0 kg.
6.2 kg
SCSCM 12/12/25
SCSCM 12/12/25


IMC para la Edad Niñas
Percentiles (0 a 2 años)
IMC (kg/m²)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+3
+2
+1
0
-1
-2


Talla (cm)
+3
+2

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
24	Abril	2025	11 am		
7	Julio	2025	11:00am cancelled		
~~24~~	~~Sept~~	~~2025~~	~~10:00am cancelled~~		
26	Agosto	2025	11:00am cancelled		
4	~~Sept~~	~~2025~~	6:30am cancelled		
25	Nov	2025	2:30pm cancelled		

10
K/V

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

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

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. entrega	D	M	A
2. entrega	D	M	A
3. entrega	D	M	A

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	D	M	A		D	M	A
2.ª entrega	D	M	A		D	M	A
3.ª entrega	D	M	A		D	M	A
4.ª entrega	D	M	A		D	M	A
5.ª entrega	D	M	A		D	M	A

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6 cm	D	M	A
1 año	D	M	A
2 años	D	M	A
3 años	D	M	A
4 años	D	M	A
5 años	D	M	A

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL -AGUDEZA VISUAL

3 años	D	M	A		
4 años	D	M	A		
5 años	D	M	A		

*Menor o Igual a 20 normal

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

Tuberculosis meningea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus inflenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonia, otitis, meningitis, bacteriemia 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:

0 meses
2 meses
4 meses
6 meses
7 meses
12 meses
18 meses
5 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: Emili Samora. Pedomo Oviedo
Fecha de nacimiento: 23- FEBRERO - 2025
N° de certificado de nacido vivo: 250272100624[illegible]
Registro civil: 1.176.462,537.
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 3150 38semanas.
Dirección: [illegible]
Teléfono 1: [illegible]
Teléfono 2: [illegible]
Responsable: Yulieth Alexandra Oviedo
Municipio de residencia: Valle del Guamuez
Departamento: Putumayo

Busca ya las vacunas
¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

3143408485
Vacleo

Nombres y Apellidos: Emili Samara Perdomo Oviedo Tipo identificación: NUIP No. ID: 1126462537

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de Lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐											
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	23	FEB	25	Serum (NS)	03733MA0472	ESE Hosp Local Doctrina				
	Hepatitis B	Recien nacido	23	FEB	25	Serum (NS)	03232X0196	ESE Hosp Local Doctrina				
2 meses	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.°	06	Mayo	2025	Biologicos	2406007	ESE HSCJ				Alba Nelly B
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	1.°	06	Mayo	2025	Serum	28533X021F	ESE HSCJ				Alba Nelly B
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.°	06	Mayo	2025	Serum	28533X021F	ESE HSCJ				Alba Nelly B
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°	06	Mayo	2025	Serum	28533X021F	ESE HSCJ				Alba Nelly B
	Diarrea por rotavirus	1.°	06	Mayo	2025	GSK	AN01E0534A*M	ESE HSCJ	27	ABRIL		Alba Nelly B
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causado por neumococo	1.°	06	Mayo	2025	Pfizer	1FS277	ESE HSCJ		2025		Alba Nelly B
4 meses	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.°	07	Julio	25	Bitthoven	2423007	ESE HSCJ	06 JULIO 2025			Diego Bermudez
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	07	Julio	25	SERUM	28533X021F	ESE HSCJ				Diego Bermudez
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.°	07	Julio	25	SERUM	28533X021F	ESE HSCJ				Diego Bermudez
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°	07	Julio	25	SERUM	28533X021F	ESE HSCJ				Diego Bermudez
	Diarrea por rotavirus	2.°	07	Julio	25	GSK	AQUCFC7UAE	ESE HSCJ				Diego Bermudez
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	07	Julio	25	Pfizer	4W29E3	ESE HSCJ				Diego Bermudez
6 meses	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.°	04	Sept	2025	Bitthoven	2423005	ESE HSCJ	3 Septiembre			Diego Bermudez
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	3.°	04	Sept	2025	SERUM	28544X013E	ESE HSCJ				Diego Bermudez
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.°	04	Sept	2025	SERUM	28544X013E	ESE HSCJ				Diego Bermudez
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°	04	Sept	2025	SERUM	28544X013E	ESE HSCJ				Diego Bermudez
	Influenza estacional	1.°	04	Sept	2025	SEQIRUS	010079274YY	ESE HSCJ				Diego Bermudez
7 meses	Influenza estacional	2.°	06	oct	2025	Sanofi	V8666BA	ESE HSCJ	04 Oct 2025			Carmisa Gm
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°							23 Noviembre 2025			
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causado por neumococo	Refuerzo										
	Varicela	2.°										
	Hepatitis A	Única										
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	1.° Refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.° Refuerzo										
	Fiebre amarilla	Única										
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	2. °Refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2. °Refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°										
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
Vacunas complementarias y otras dosis												

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

3143943765

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
Servimos con amor

NIT. 846.002.309-9

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos

CIUDAD San Miguel FECHA: DIA 18 MES 09 AÑO 2025 HORA: 1:30 PM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Emili Samara APELLIDOS Pardomo ouiedo.

TIPO DE IDENTIFICACION: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NUMERO 1126462537

FECHA DE NACIMIENTO DIA: 23 MES: 02 AÑO 2025 EDAD 7. años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Nueva EPS.

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 si 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 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 aprobacion de uso de emergencia y surtió los pasos para la validacion científica y sanitaria que permite su aplicacion segura en humanos.

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

miedo a la reaccion.

¿COMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del musculo deltoides). -
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar ninguna.
	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.

EXPRESION 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 suscripcion de este documento constituye una expresion auténtica 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.

Consecuencia: decido ACEPTAR: _____ que se me aplique la vacuna. NO ACEPTAR: X que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Yulieth

En caso de no tener identificación y firma del representante legal*

Nombres: Yulieth Oviedo. Apellidos: _____

Tipo de identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1006789103

Huella

Testigo de requerirse firma a ruego:

Nombre: _____ identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐

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 _____

Huella

Firma del Padre

C.C. N° -

Huella del Padre o Acudiente

Nombres y apellidos del vacunador: Eduard Ipial

Tipo de identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004904431

Firma

DATOS DE LA INSTITUCION

INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFJD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo. MUNICIPIO: San Miguel

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

12

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.789.103**
OVIEDO ORTEGA

APELLIDOS
YULIETH ALEXANDRA

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-ABR-2002**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

25-JUN-2020 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401800-01146206-F-1006789103-20200712 0071206199A 1 53568296

13



REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.122.723.346

PERDOMO RAMIREZ

GREICXON WALDRILGUER

COL

1.71

M

18 ENE 2005

O+

PUERTO LEGUIZAMO (PUTUMAYO)

16 ENE 2023. VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)

23 ENE 2033

14.

E.S.E.
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús



CARNÉ DE ODONTOLOGÍA

NOMBRES Y APELLIDOS

EMILI JOHANA PEREDO

DOC. DE IDENTIDAD | EPS / ARS

1126962537 | 11-9-2025

DOMICILIO

WALBANIS

¡Una buena higiene oral para una salud total!

PRÓXIMA CITA	PRÓXIMA CITA
11-9-2026	

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

15

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

Yo Yulieth Alexandra O.O Identificado con C.C N° 1006789103 en calidad de: padre o madre (Madre), del niño o niña: Emili Samara Perdomo O. o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Chiquitines del mañana 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 29 Dias del mes de 07 del Año 2025.

Yulieth Alexandra Oviedo
Madre o Acudiente
C.C 1006789103

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2 P2 CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 4	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 Emili Samara Perdomo Oviedo, identificado (a) con documento de identidad número 1209625387 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 Yuleth Alexandra Oviedo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1002789103, 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, adolescentes y jóvenes 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, adolescentes y jóvenes, y 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 ELC.

Suscriben:

Firma Yuleth Alexandra Oviedo
Nombre Yuleth Oviedo Ortega
Calidad - Titular Representante legal
Teléfono de contacto 3223056178
Fecha 24-07-2023
Municipio San Miguel

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL _ SERVICIO EIC

NOMBRE DE LA MAESTRO (A):

UBICACIÓN SALÓN:

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE:

IDENTIFICACIÓN:

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	COMPROMISO
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN					
22-04-25	X			1:30	Se recuerda a madre dar Cumplimiento a esquema de vacunación correspondiente a los 2 meses	Yuleth Oviedo	Ruth Estella	Se realiza sensibilización sobre la importancia del esquema de vacunas sin embargo incumplido. A la fecha al día.	El día 06 de mayo garantiza esquema de vacunas	Se recuerda la importancia de dar cumplimiento a las fechas asignadas de vacunación. Proxima Julio 2025 Se Realizo vacunación de esquema por lo tanto niño estará al día. Cero Novedad

18
RIV

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad San Miguel Putumayo

Nombre completo de la niña o niño Emili Samara Perdomo Oviedo

Fecha de nacimiento 23 02 2025 N° Documento de Identidad 1126462537

Sexo Masculino ○ Femenino ● Fecha de 1er día de atención en el año 14 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Kelly Sanchez.

Fecha de registro cualitativo 17 09 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

La niña Emili Samara es una niña que mira con atención el rostro de una persona que le habla, sonríe cuando una persona le sonríe se le dificulta expresar emociones de agrado desagrado pero sin embargo es una niña que realiza todas las actividades acordes al rango de su edad.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Kelly Sanchez.

Fecha de registro cualitativo 20 10 2025

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

Color de registro valoración cualitativa

Perfil de desarrollo
Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

Emili es una niña que usa gestos para indicar que quier algo, juega sola por periodos cortos, toma su mimila sola sosteniendola, se le dificulta solicitar ayuda mediante gestos o palabras cuando encuentra alguna dificultad mas sin embargo es una niña que realiza todas las actividades acorde al rango de 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

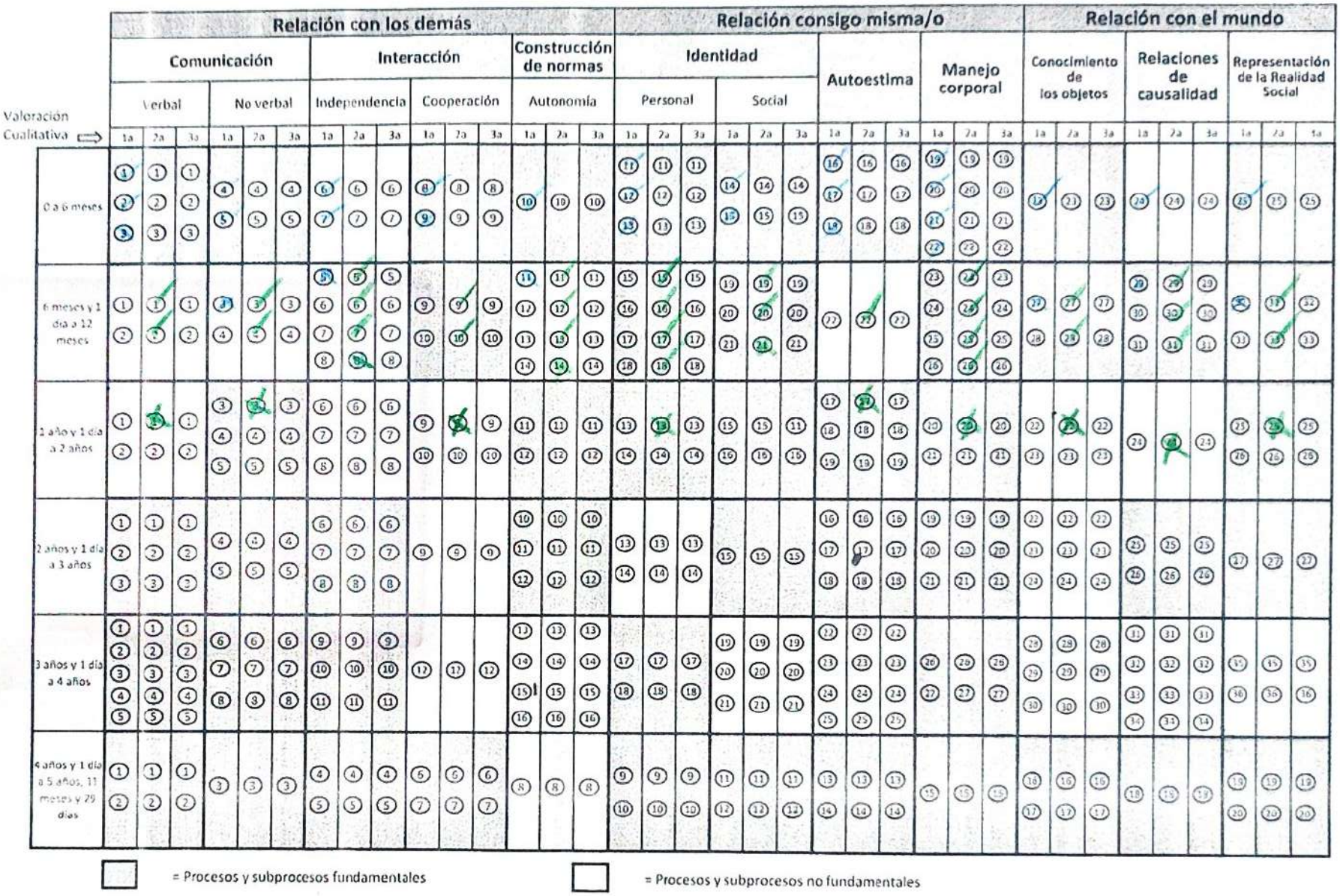
Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

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