Fundación
Alma de Vida

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con fotografía 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) NIA
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. NIA
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: 26-03-2025 **FECHA INGRESO:** ?

UDS: Manitos creativas **MUNICIPIO:** San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Maria celeste Montiel cruz.

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** _____

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? 1122344703
N/A

FECHA NACIMIENTO: 5-09-2022 **EDAD:** 2 años **MUNICIPIO:** Mocoa

DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** colombia **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: bajo amaron **ESTRATO:** N/A **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: X NO: _____
¿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: X NO: __ **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: A.1. **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: Cristian Camilo Montiel Martinez
No. IDENTIFICACION: 1006957750 **DIRECCION RESIDENCIA:** Retaguardia
CELULAR: 3173061562 **E.P.S:** AIE
OCUPACION U OFICIO: Agricultor
EMPRESA DONDE LABORA: N/A
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller **PROFESIÓN:** N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Keidy Daniela Cruz Gaviria
No. IDENTIFICACION: 1125 780779 **DIRECCION RESIDENCIA:** bajo amaron
CELULAR: 317 306 1562 **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: Keidy Daniela Cruz Gaviria
NUMERO IDENTIFICACION: 1125 780 779 **CELULAR:** 3173061562
DIRECCION: Vi Retiro Sol **PARENTESCO:** Madre

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE
Daniela Cruz

FIRMA AGENTE EDUCATIVO
Belcy Arroyo

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 2874735

NUIP 1.122.344.103

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

MONTIEL CRUZ MARIA CELESTE

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)									Sexo (en letras)	Tipo Sangu
Año	2	0	2	2	Mes	M	A	Y	Día 0 5	FEMENINO	A +

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

COLOMBIA PUTUMAYO MOCOA

Fecha de Inscripción (Mes en letras)									Indicativo serial
Año	2	0	2	2	Mes	O	C	T	Día 0 3	0063693353

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

CRUZ GAVIRIA KEIDY DANIELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
SIN INFORMACION	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

MONTIEL MARTINEZ CRISTIAN CAMILO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.957.150	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

MONTIEL MARTINEZ CRISTIAN CAMILO

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.957.150

Espacio para notas

VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Cód.
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)	X 6

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año 2 0 2 2 Mes O C T Día 0 3

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA

Registrador del Estado Civil

REGISTRADURIA [redacted]

Scanned with CamScanner

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	1122344103
NOMBRES	MARIA CELESTE
APELLIDOS	MONTIEL CRUZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	PUERTO GUZMAN

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	08/03/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/07/2025 16:03:11	**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

Sisbén

Registro valido

Fecha de consulta: 01/04/2025

Ficha: 867576741052800008539

A1

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA CELESTE

Apellidos: MONTIEL CRUZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344103

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 25/04/2024

Última actualización ciudadano: 25/04/2024

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

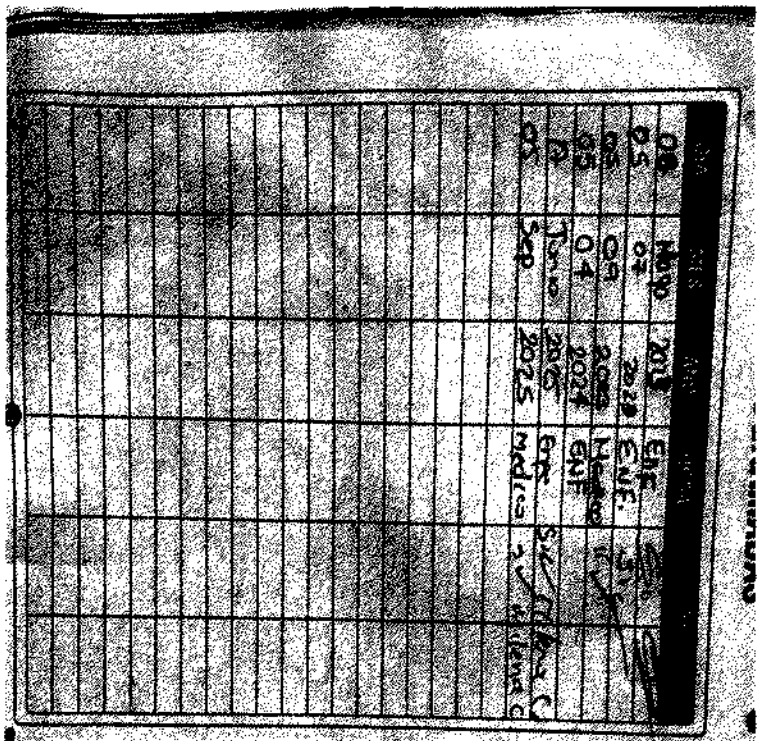
Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

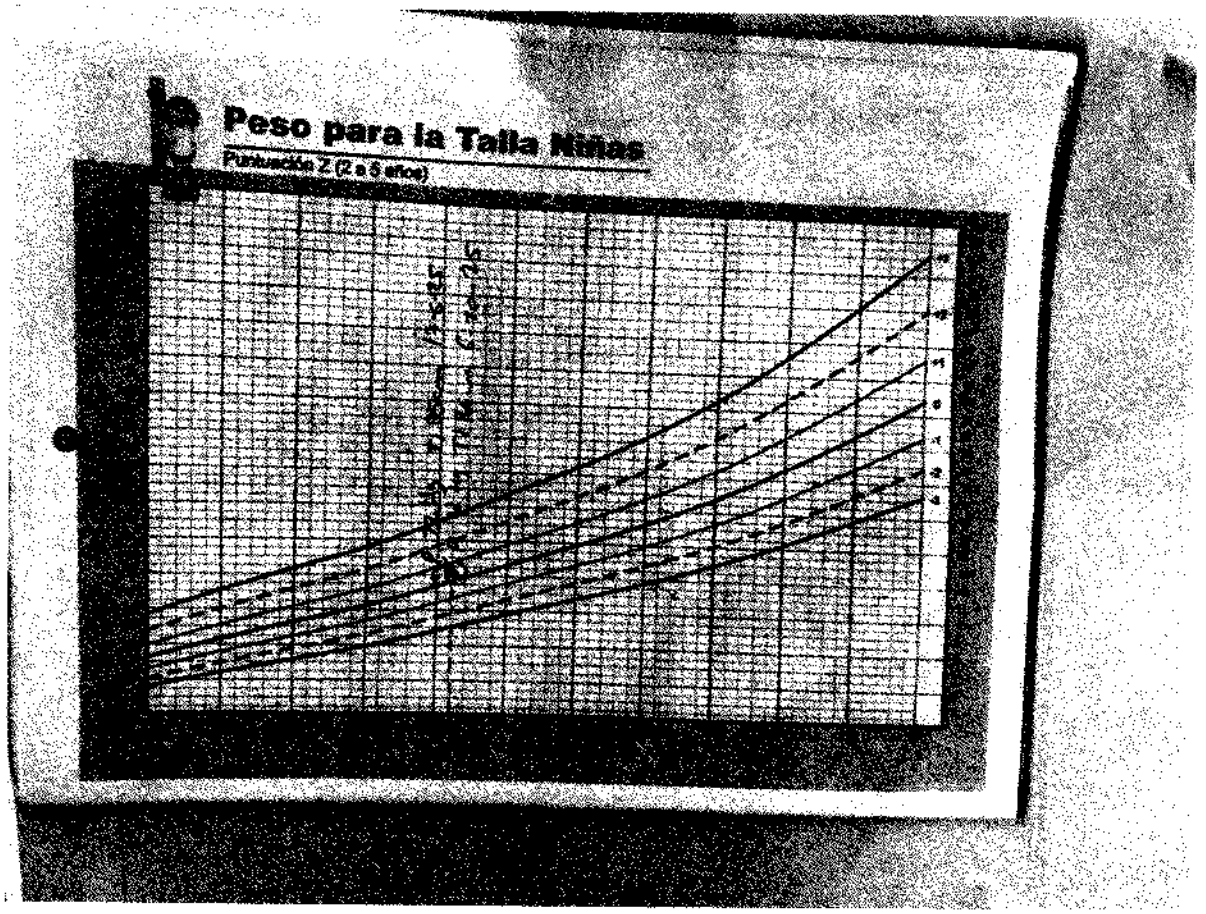
Teléfono: 4210537 - 3213138790

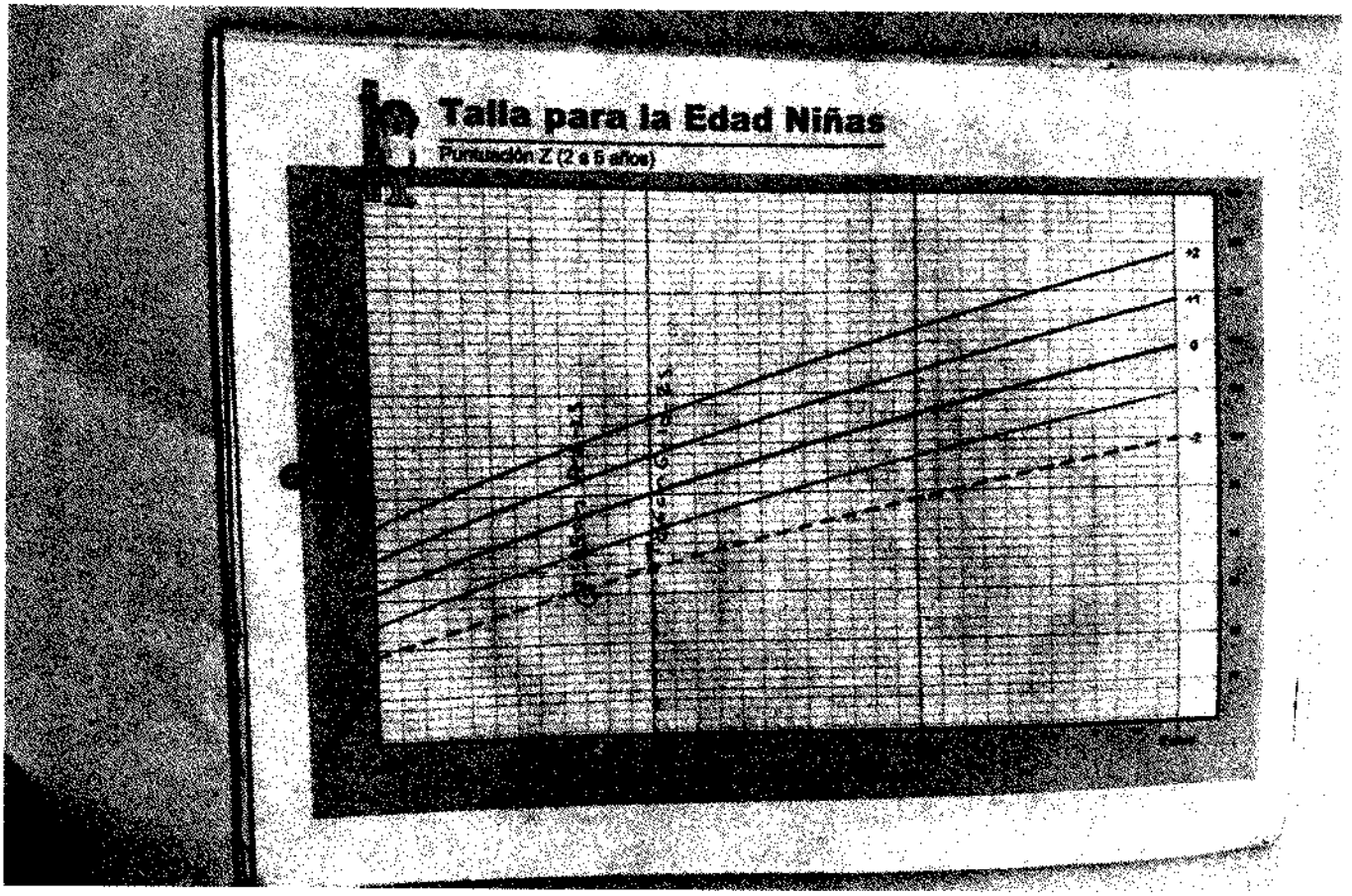
Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co



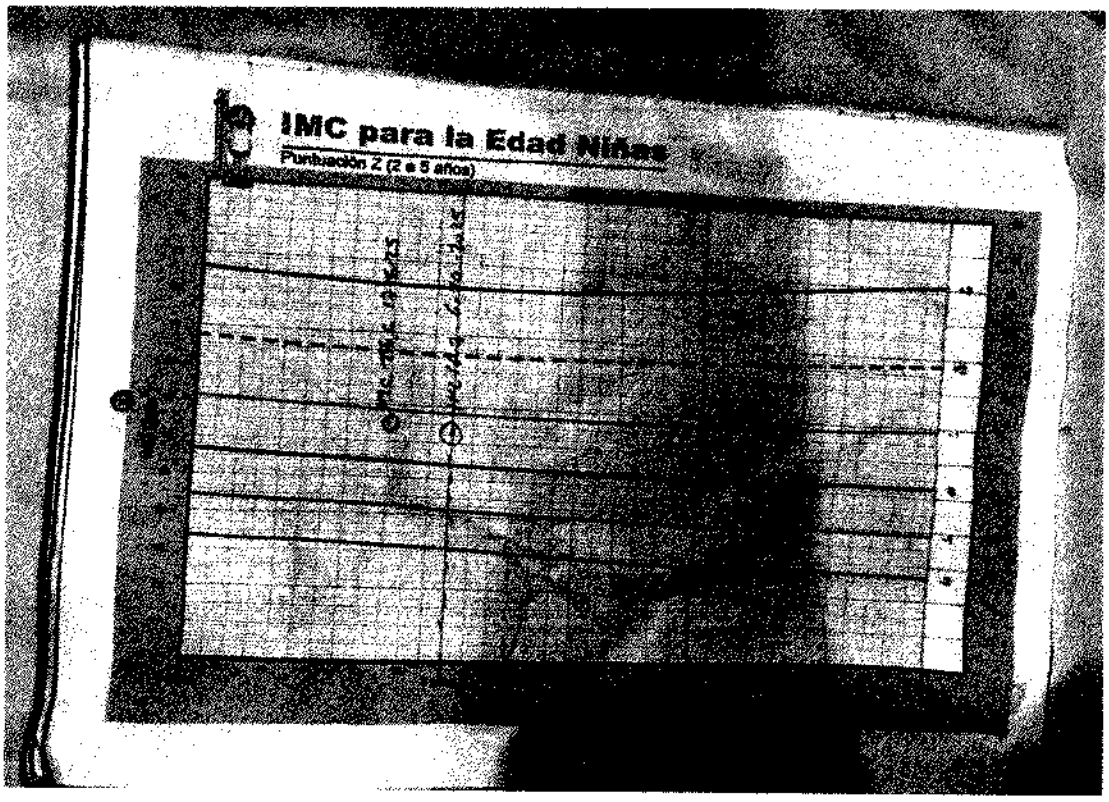


26-01-19	7.4kg	67cm	43	15	15.3	05-0223	
10-02-2023	7.6kg	69cm	45.5	15	16.4	05-03-2023	
06-09-2023	8.05kg	71cm	44	14	16.0	05-04-2023	
4-06-2024	12	85	47	14.5	14.6	05-09-2015	Milena C
26-10-2025	12 kg	86 cm	48	14.6	16.2	26-10-2026	Milena C


Peso para la Talla Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)


Talla para la Edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)


Perímetro Cefálico Niñas


IMC para la Edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)

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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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



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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Maria Gabriela [redacted]

Fecha de nacimiento: 07 Sept 2022

Nº de certificado de nacido vivo: 2209690076083

Registro civil: 1122344103

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: A+

Peso al nacer: 3.205gr Talla: 50cm 54.375

Dirección: [redacted]

Teléfono 1:

Teléfono 2: [redacted]

Responsable: Keidy Daniela Cuz Garcia

Municipio de residencia: [redacted]

Departamento:

CC. 1125180119

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: | Tipo Identificación: | No. ID:

Recién nacido	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	06	Sept	2022	Serum	[illegible] 7 7 M A 0			Mirar Jaramillo
	Hepatitis B	Recién nacido	06	Sept	2022	Serum	[illegible] 2 1 0 0 7			
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	27	2	23	Serum	2115004.	Hospital Frontera la Dorada.		Rafael Vera.
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (HIB)	1.ª	27	2	23	Serum	2850Y0380.			
	Hepatitis B	1.ª	23	2	23	Serum.	28504 0380.			
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	23	2	23					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	27	2	23	Pierde por la edad.				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	27	2	23	Serum.	#R4897.		03 Abril 2023	
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	12	04	23	Serum	220060	Hospital Frontera la Dorada		Karen Ahumada.
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (HIB)	2.ª	11	04	23	Serum	2850Y0380			
	Hepatitis B	2.ª	[illegible]	[illegible]	23	Serum	2850Y0380			
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	[illegible]	[illegible]	23	Serum	2850Y0380			
	Diarrea por rotavirus	2.ª	[illegible]	04	23	Serum	Pierde por edad			
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	[illegible]	04	23	GSK	FR4897		11/6/2023.	
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	13	06	23	Biological	220006	HFLD		Karen Ahumada
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (HIB)	3.ª	13	06	[illegible]	Serum	285IX040C			
	Hepatitis B	3.ª	13	06	[illegible]		285IX040C			
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	13	08	23		[illegible]			
	Influenza estacional	1.ª	13	08	23	GC Green.	[illegible]	HFLD2		Eliana C
7 meses	Influenza estacional	2.ª	13	09	23	Green.	[illegible]			Eliana C
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	20	09	23	Serum	[illegible]			Eliana C
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	20	09	23	Pfizer.	[illegible]	HFLD		Eliana C
	Varicela	2.ª	20	09	23	Merck.	[illegible]			Isabel R.
	Hepatitis A	Única	20	09	23	MSN.	[illegible]			
	Influenza estacional	Anual	13	05	24	Butantan	[illegible] 00		cita 13 Junio 2024	Isabel
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	15	05	23	Biologicals	[illegible]			Lewter M
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	21	05	23	Serum	[illegible] 022A	HFLD		Eliana C
	Fiebre amarilla	Única	20	09	23	Sanofi	W3530		cita 5 años	
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo								
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo						HFLD		[illegible]
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	15	05	23	Serum	0131N074A			
	Varicela	Refuerzo								
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª								
		2.ª								
		3.ª								
Vacunas complementarias y otras dosis										

Busca ya las vacunas

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 nutritivo

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 FECHA: DIA 06 MES 04 AÑO 2025 HORA 9:30AM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES: Maria celeste APELLIDOS: Montiel cruz

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [x] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 7122344103

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 05 MES: 09 AÑO: 2022 EDAD: 2 años

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 B, 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 reduce la probabilidad 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 su 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 nuestro país.

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

Por miedo a la Reacción

¿COMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo. Previo riesgo del músculo deltoides.
VACUNA Y DOSIS	Número de las vacunas a aplicar: Ninguna Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] Única dosis [ ]
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, asociados a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea), artralgias, mialgias, escalofrío, fatiga, transpiración, fiebre, ronchas, enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección, inflamación de los ganglios linfáticos (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 brindarle 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:** X que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: _____

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

Nombres Keidy Daniela Apellidos cruz Gaviria

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.125.780.719

Firma: Daniela cruz

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: Isabel Arias Erazo

Firma Isabel Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004695988

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HHUB

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo

MUNICIPIO: San Miguel

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.

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DIAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud bucal por odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor							20-Sept-21 12-Ene-22		20-Sept-21				
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana													
		Aplicación de sellantes (según criterio)							20-Sept-21		20-Sept-21				
	▼	Vacunación													

Liliana Maribel Córdoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 2011

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Gerente
JINA A. BELALCAZAR FLOREZ

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

CARNET
RIAS
PRIMERA INFANCIA

Nombres y apellidos: Alexia Celeste Martel
Doc. de identidad: RC 1122344103 EPS: Emssanar
Teléfono: 3193015562 Domicilio: B/ Almendros

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



*NÚMERO **1.125.180.119**

CRUZ GAVIRIA

APELLIDOS

KEIDY DANIELA

NOMBRES

Daniela Cruz

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-MAY-2004**

PUERTO GUZMAN
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

03-OCT-2022 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDRA VEGA ROCHA

P-6401800-01330490-F-1125180119-20221122 0090932521A 2 56938479

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.957.150**

MONTIEL MARTINEZ

APELLIDOS

CRISTIAN CAMILO

NOMBRES

Cristian Montiel

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-JUL-2002**

PUERTO GUZMAN
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-JUL-2020 PUERTO GUZMAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL



P-0402500-01153434-M-1006957150-20200821 0071531818A 1 53570422

Fundación Alma de Vida
Fomentando cambios de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Daniela Cruz Identificado con C.C N° 1125180119 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: MARIA CELESTE MONTIEL CRUZ o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: MANITOS CREATIVAS, 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 1 Días del mes de ABRIL del Año 2025.

Daniela Cruz
Madre o Acudiente
C.C 1125180119

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F10.MO6.PP	21/05/2019
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PARTICIPACIÓN	Versión 4	Página 1 de 2

Yo, Daniela cruz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1125180119 obrando en calidad de:

Padre		Madre	X	Cuidador	

De la niña, niño o adolescente, MARIA CELESTE MONTIEL CRUZ identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI___, CE___, número 1122344703 manifiesto que:

Sí	X	No	

AUTORIZO a la niña, niño o adolescente a participar en la oferta de la Dirección de Niñez y Adolescencia
Con la suscripción de este permiso manifiesto que me informaron que, durante la participación, en la oferta de la Dirección de Niñez y Adolescencia se:

1. Captarán, tomarán, almacenarán y editarán imágenes personales o fotografías de los participantes
2. Realizarán videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
3. Divulgarán y publicarán 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, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como 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, 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, 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.

Suscriben:

Firma: Daniela Cruz
Nombre: Eddy Daniela Cruz B.
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3173061562
Fecha: 1-04-2025
Municipio: San Miguel

	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	11/07/2024
BIENESTAR FAMILIAR	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 Keidy Daniela cruz Caviria, identificado (a) con documento de identidad número 1125180119, 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	X	Audios		Videos		Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, MARIA CELESTE MONTIEL CRUZ, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122344103, 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	X	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 niño, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa etc.

Suscriben:

Firma: Daniela cruz
Nombre: Keidy Daniela cruz G
Calidad - Titular: Representante legal:
Teléfono de contacto: 3173061562
Fecha: 01-04-2025
Municipio: San Miguel

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

Pacto de convivencia en el hogar

Se establece los siguientes acuerdos con la familia durante la visita en el hogar

- Cumplir con el día y hora acordada para el encuentro en el hogar y las llamadas telefónica.
- Participar durante el encuentro en el hogar.
- Que el niño participante este presente durante el encuentro
- Mantener las medidas de bioseguridad
- Actualizar documentación cuando sea necesario
- Atender a los encuentros con puntualidad y disponibilidad de tiempo.
- Tener en cuenta la practica acordada durante el encuentro en el hogar.
- Informar del día que no puedan recibirnos en su hogar.
- Informar cuando los agentes educativos no puedan asistir a los encuentros y reprogramarlos para una próxima fecha.
- Tratar con respeto, tanto la familia como el talento humano.

Daniela Cruz
Madre

Firma

Beleidy Achanga.
agente educativo

firma

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Nana Celeste Montiel IDENTIFICACIO: 1122344203 FECHA DE NACIMIENTO: 05/09/2022

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					
15-05-2025	X			3.40 PM	Se le informa a la madre que debe presentar el carnet de vacunas con el esquema completo para el cual se le informa a la madre que el dia de hoy jueves 15-05-2025 asistira la brigada de vacunacion por parte del hospital fronterizo la bolada Por lo que se le solicita a la madre hacer vacunar de los 18 meses que es DPT de la niña Nana celeste Montiel para que cumpla con el esquema completo a la edad correcpondiente a la edad.	Daniela Cruz	Bebady Achanga.	El jueves 15-05-2025 asistio la brigada de vacunacion por parte del hospital por lo que se le solicito a la madre que le haga aplicar a la niña Nana celeste Montiel cruz la vacuna de los 18 meses que es DPT		La madre hace entrega del carnet de vacunas con el esquema completo a la agente educativo

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

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

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
09-10-2025	si		11:30 AM.		Se realiza Visita en el hogar el dia -09-09-2025 En las horas de la mañana 11:30AM. Se le infoima a la madre. qe tiene qe tiene qe asistir a la	Denisa C.	Beleidy Achunga.	Se le logra Sacar la cita para control desarrollo. 11-09-2025. 02:PM.		Se le recomienda a la madre. asistir a la cita del control desarrollo. Y sacarle copia para qe le nasa entrega a la agente
					Visital cita al hospital hacer qe le realize el control desarrollo. Jueves 11-09-2025. Hora =02: PM. Estar Media hora antes pula qe Pueda facturar.					educativo.

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad la Dorada

Nombre completo de la niña o niño María celeste Montiel cruz

Fecha de nacimiento 05 09 2022 **Nº Documento de identidad** 1122344103

Sexo Masculino ○ Femenino ⊗ **Fecha de 1er día de atención en el año** 03 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Beleidy Achanga

Fecha de registro cualitativo 04 07 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 maria celeste se encuentra en el rango esperado ya que cumple con los items acorde a su edad, se continuara fortaleciendo su desarrollo con diario vivir en labores con actividades ludicas pedagogicas.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Beleidy Achanga

Fecha de registro cualitativo 09 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

Maria celeste se encuentra dentro de lo esperado teniendo en cuenta que ha cumplido con los items de las dimensiones fundamentales que se encuentra en su etapa de edad

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

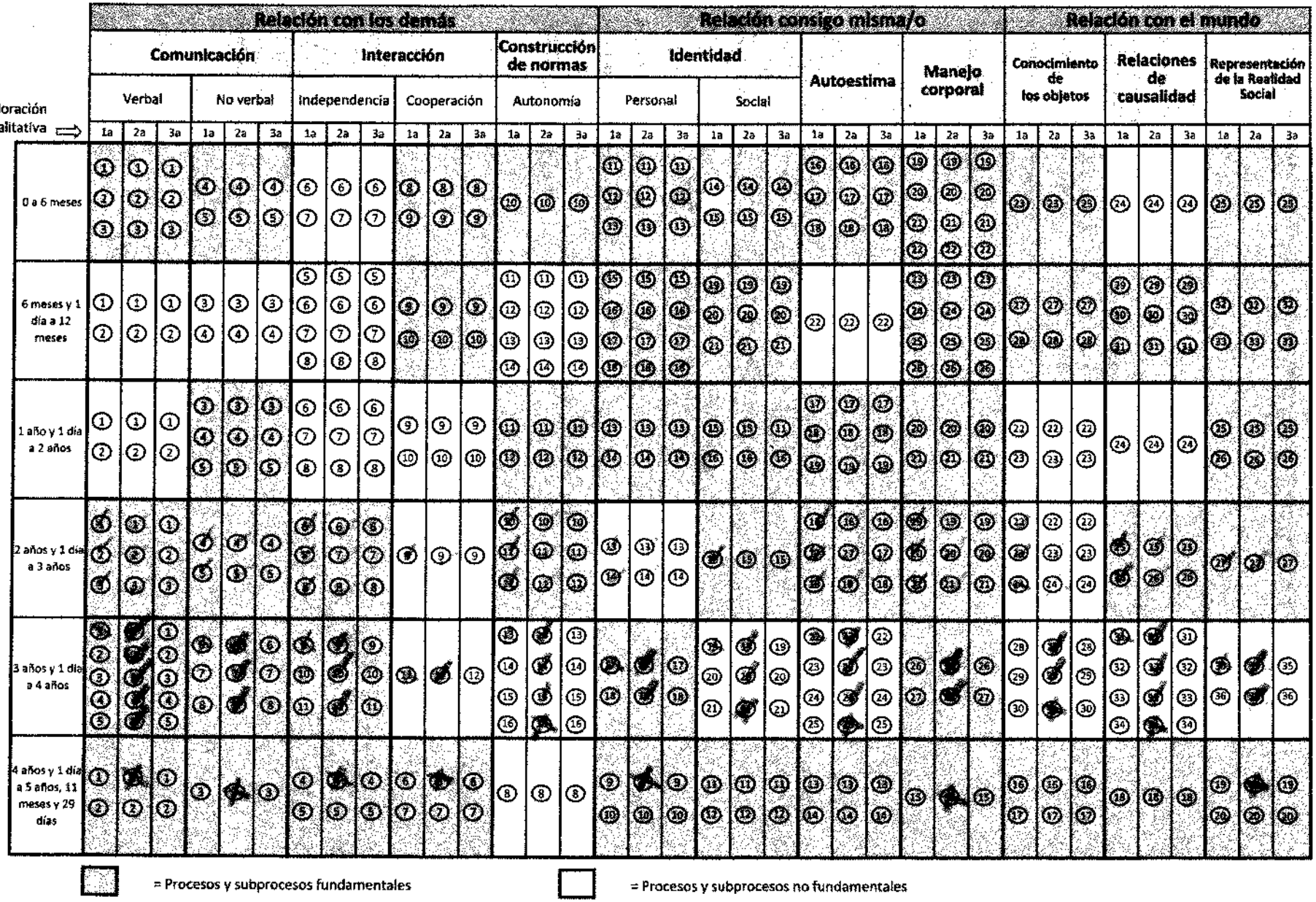
Fecha de registro cualitativo

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