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)
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: 26-03-2025 **FECHA INGRESO:**

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Marian Samantha Nata palacios

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1139964343

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A
N/A

FECHA NACIMIENTO: 21-11-2024 **EDAD:** 4 meses **MUNICIPIO:** San Miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** Colombia **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: Vl el puente **ESTRATO:** N/A **¿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: X NO: __ CUAL: DIEF

EPS DEL PARTICIPANTE: EMSSANAR **SUBSIDIADO:** __ **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: X PUNTAJE: N/A **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: Jeffelson David Nata chorlango
No. IDENTIFICACION: 2101158877 **DIRECCION RESIDENCIA:** Vl el puente
CELULAR: 3227206916 **E.P.S:** N/A
OCUPACION U OFICIO: Agricultor
EMPRESA DONDE LABORA: N/A
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller **PROFESIÓN:** N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Beatriz Coromoto Palacios Rodriguez
No. IDENTIFICACION: 27816228 **DIRECCION RESIDENCIA:** Vl el puente
CELULAR: 3227206916 **E.P.S:** EMSSANAR
OCUPACION U OFICIO: AMA DE CASA
EMPRESA DONDE LABORA: AMA DE CASA
NIVEL DE ESCOLARIDAD: PRIMARIA **PROFESIÓN:** N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Beatriz coromoto Palacios R
NUMERO IDENTIFICACION: 27816228 **CELULAR:** 3207206916
DIRECCION: Vl El Puente **PARENTESCO:** MADRE

Beatriz Palacios
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Bela. Ivy Arenas
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

63865430

NUIP	1139964343

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **63865430**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de	Código
X						D Q X

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

COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN MIGUEL (LA DORADA) SAN MIGUEL H.FONTERIZO LA DORADA *******

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
NATA **********	PALACIOS **********

Nombre(s)

MARIAN SAMANTHA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes NOV Día 21	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN MIGUEL (LA DORADA) **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	24119011213510 ******

Datos de 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

PALACIOS RODRIGUEZ BEATRIZ COROMOTO **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE No. 27816228 **********	VENEZUELA ********

Datos de padre o madre ¡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

NATA CHORLANGO JEFFERSON DAVID **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CE No. 2101158877 **********	ECUADOR *********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

NATA CHORLANGO JEFFERSON DAVID **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CE No. 2101158877 **********	Jefferson Nata

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 2024 Mes NOV Día 22	ROY EDISON CALLE QUIRAMA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Jefferson Nata Firma	ROY EDISON CALLE QUIRAMA Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:TOMO 1; FOLIO 50; OTRO:NO SE ACREDITAN REQUISITOS PARA DEMOSTRAR NACIONALIDAD;22/11/2024

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	1139964343
NOMBRES	MARIAN SAMANTHA
APELLIDOS	NATA PALACIOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	22/11/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/07/2025 16:02:04	**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 civil

A5

Fecha de consulta: 01/04/2025

Ficha: 867576741052800008782

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIAN SAMANTHA

Apellidos: NATA PALACIOS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1139964343

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/09/2024

Última actualización ciudadano: 09/01/2025

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: MARIA ZORAYDA LINARES MONTE

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libert

Teléfono: 4210537 - 32131387

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:

MARIAN SAMANTHA

Apellidos:

NATA PALACIOS

Fecha de nacimiento:

21 11 2024

Historia Clínica:

Barrio / Vereda:

PUERTO COLÓN

Responsable del niño (a):

BEATRIZ. PALACIOS

Teléfono:

3227206916

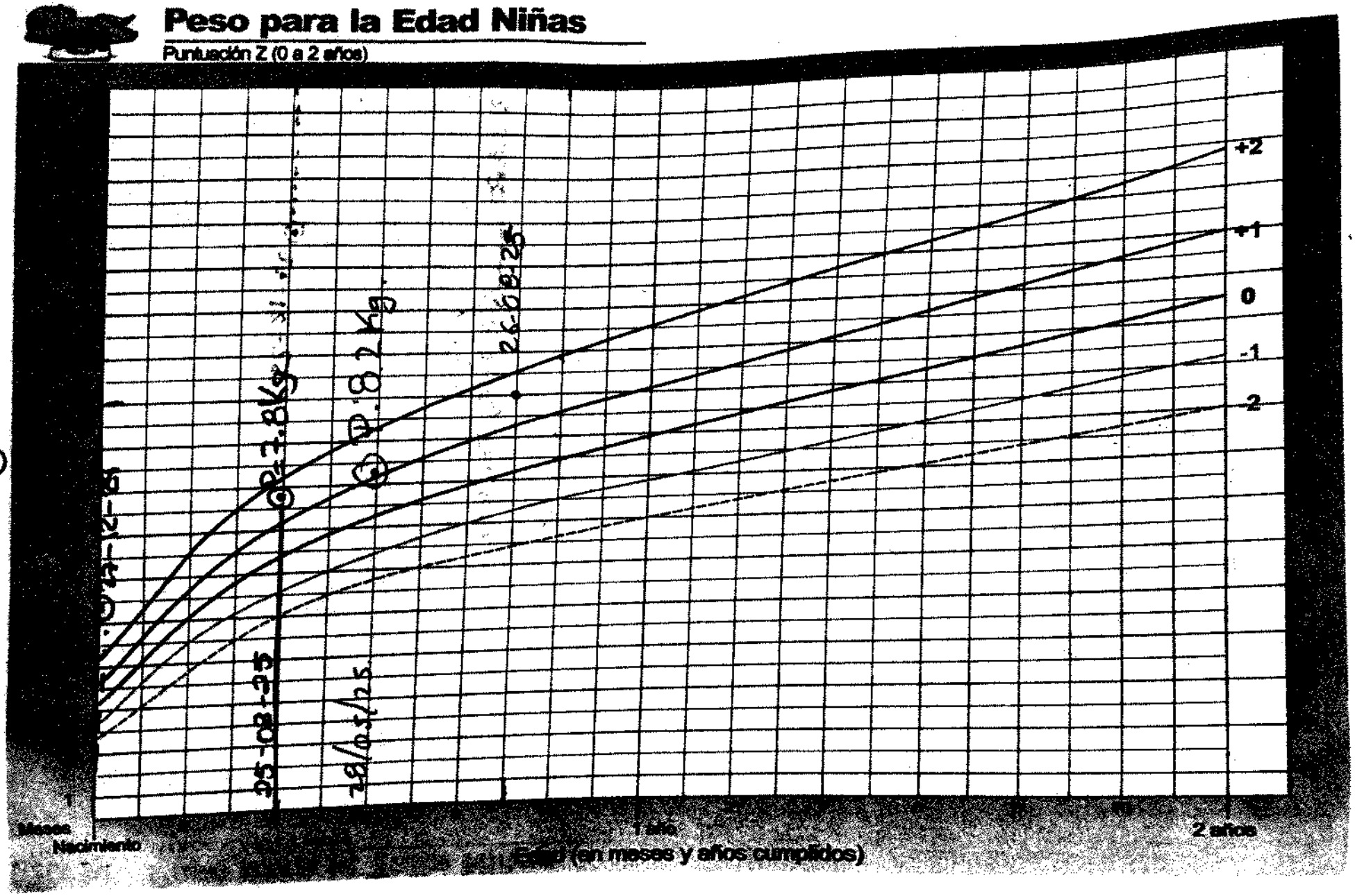
EPS:

EMSSANAR.



Peso para la Edad Niñas

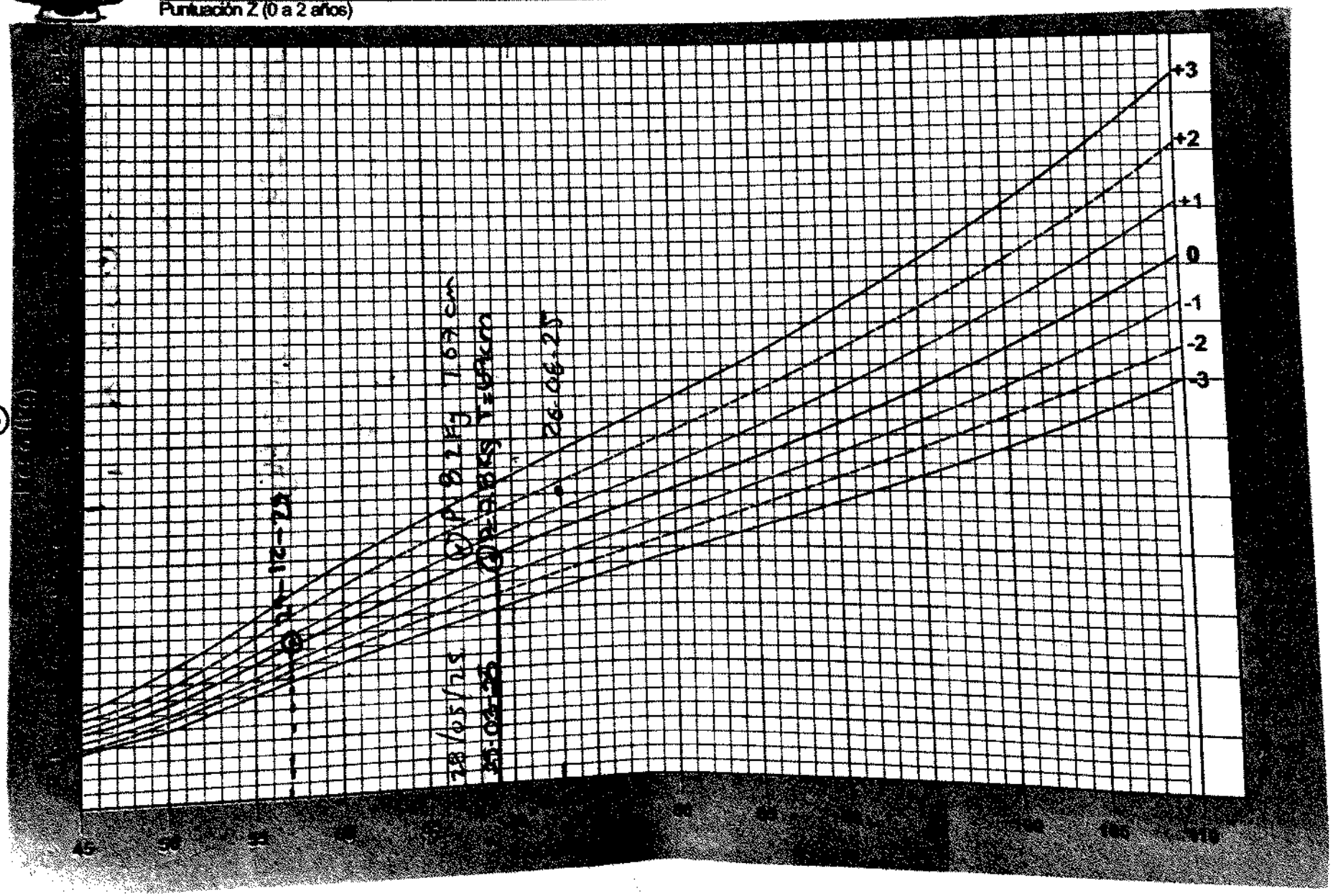
Puntuación Z (0 a 2 años)



(5)

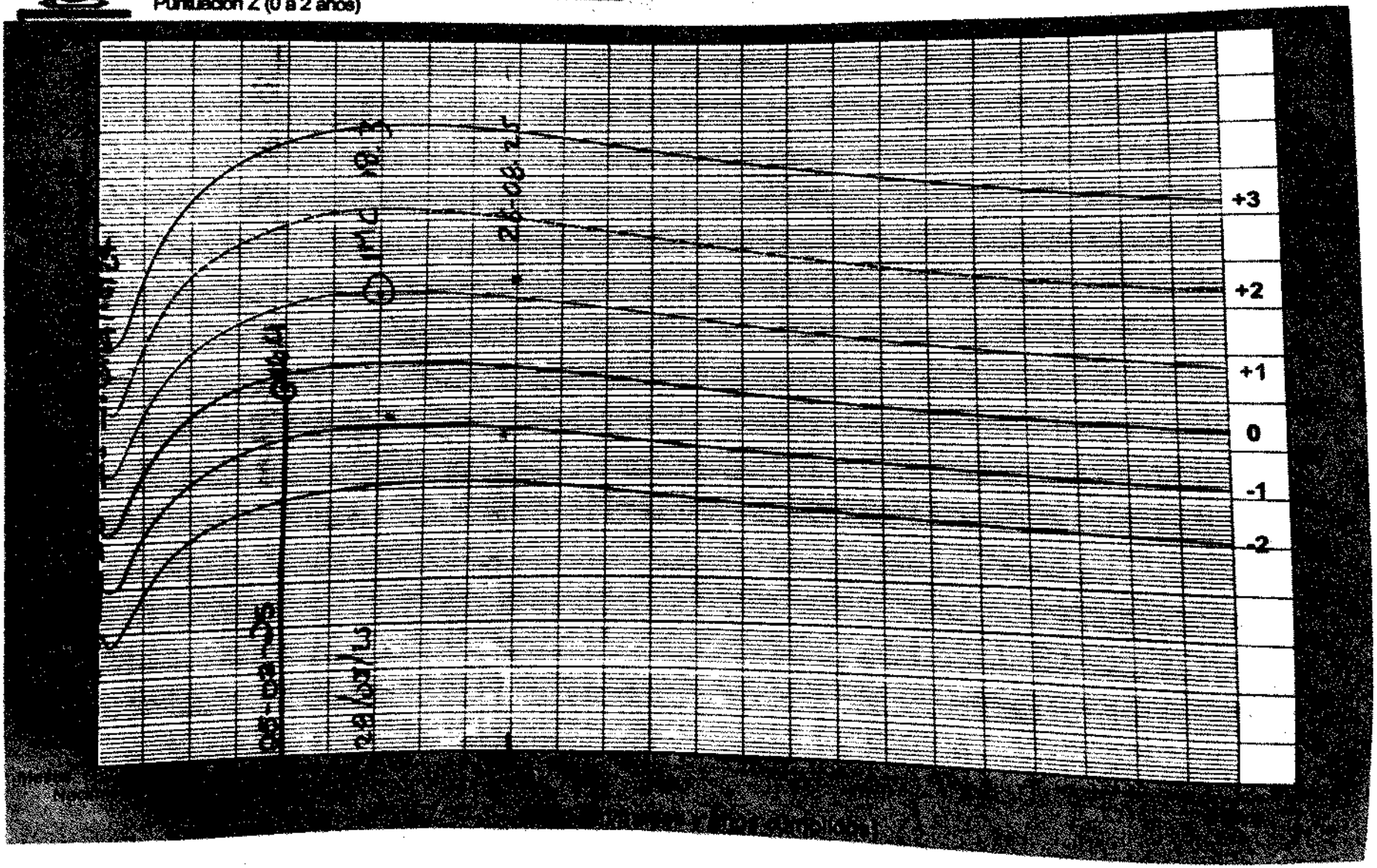
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



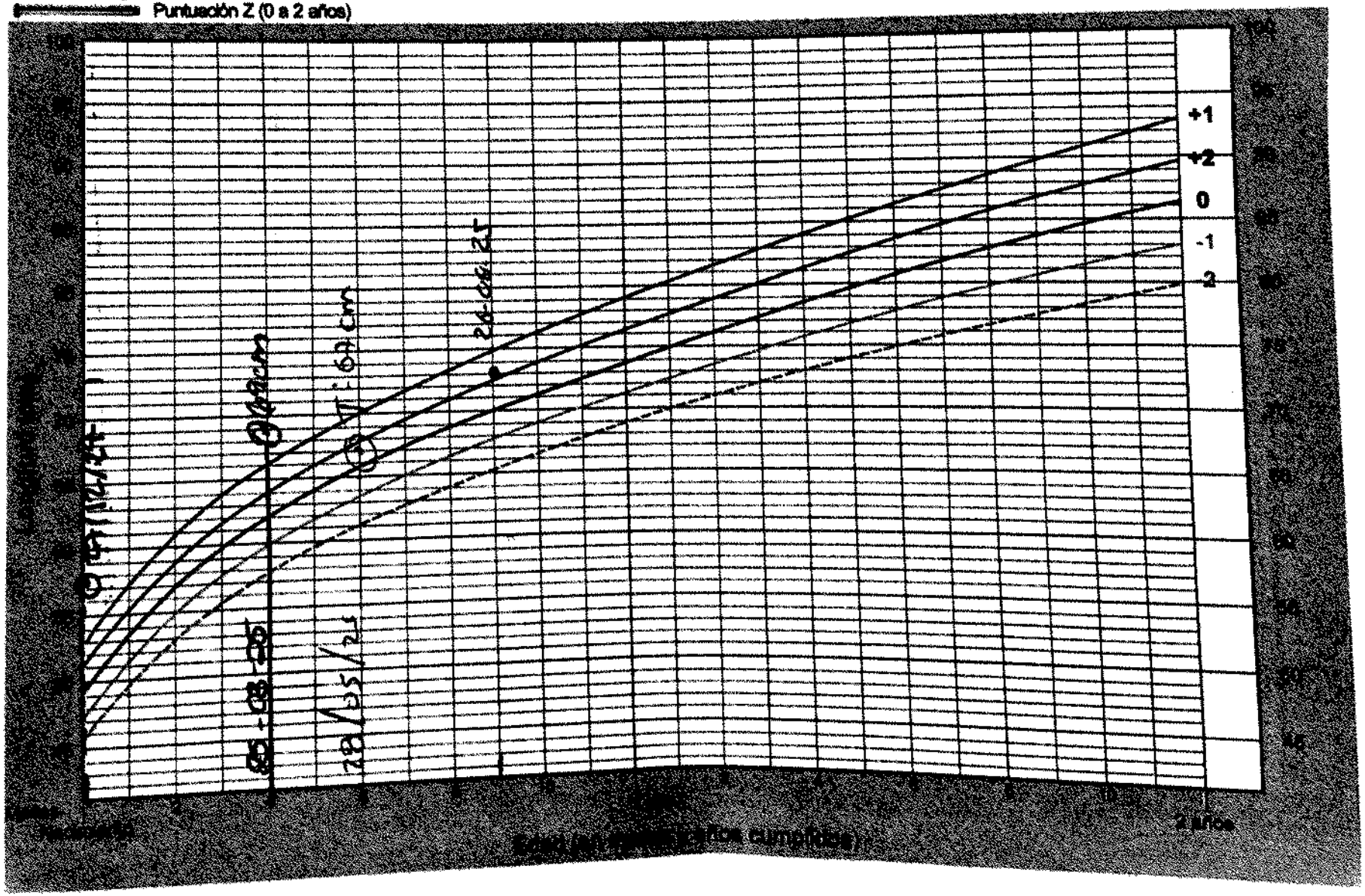
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

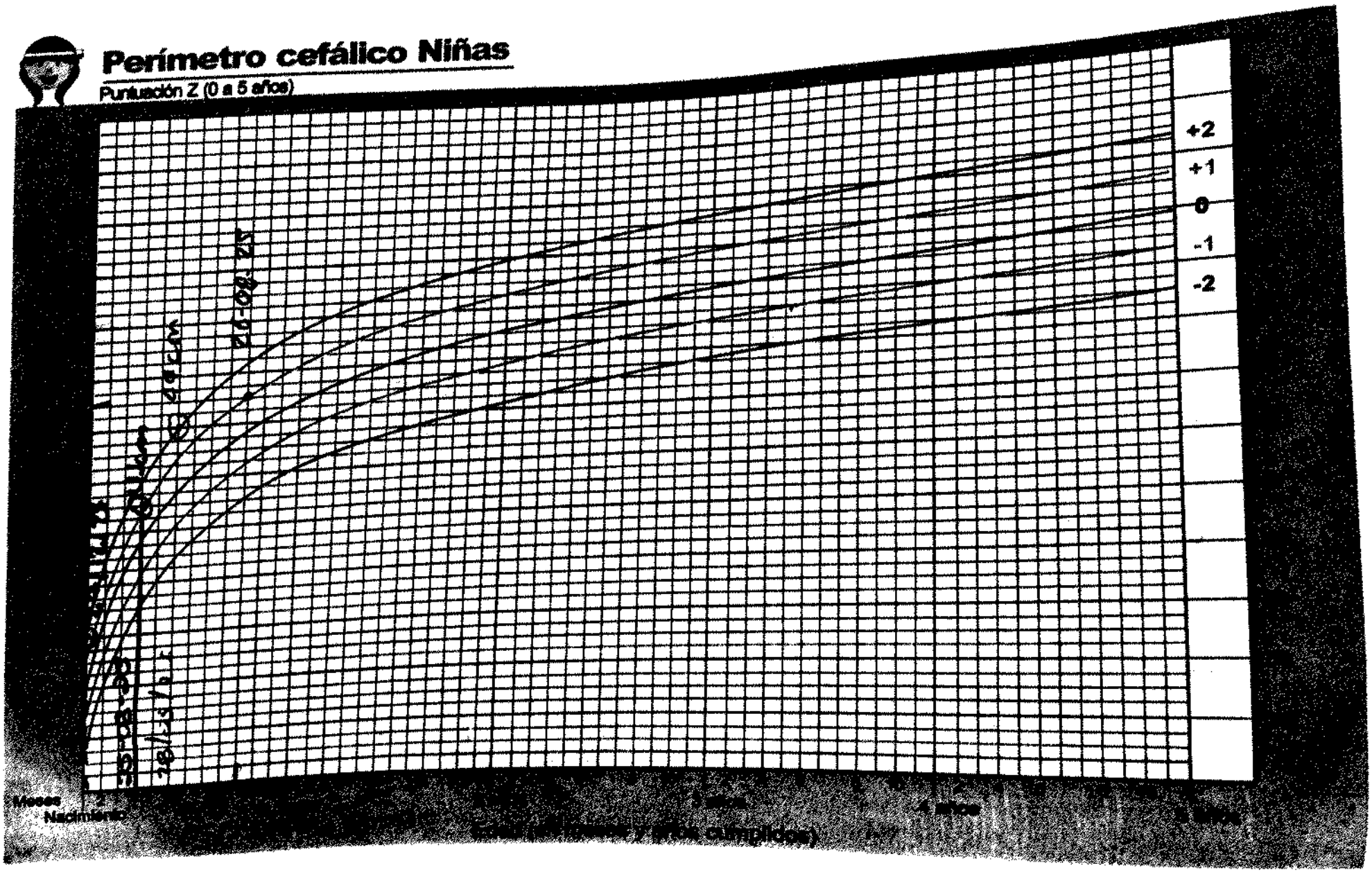


Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



(8)


Perímetro cefálico Niñas
Puntuación Z (0 a 5 años)
+2
+1
0
-1
-2
Meses
Nacimiento
2
3 años
4 años
5 años

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
28	Mayo	2025	Enf.	Si	[illegible]
21	Agosto	2025	Enf.	✓	
21	Nov	2025	Medico		

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
25-08-25	7.8	70	44	14	16.4	26-05-26	
28-05-25	8.2.	67	44	15	18.3	21/08/25	
26-08-25	10kg	73	45	14	18.8	21-11-25	Victor Berg

Resultado Tamizaje							
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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL
- AGUDEZA VISUAL

3 años	D	M	A	20*	NO*
4 años	D	M	A	20*	NO*
5 años	D	M	A	20*	NO*

*Menor o igual a 20 normal

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

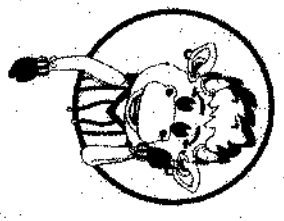
A partir de 6m	D	M	A
1 año	D	M	A
2 años	D	M	A
3 años	D	M	A
4 años	D	M	A
5 años	D	M	A

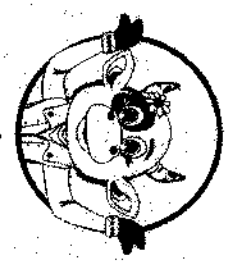
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL



Carnê de Vacunación







Nombres y Apellidos: Martina Samantha Nota Palacios

Tipo de Documento: RC [ ] TI [ ] OTRO [ ] No. de Documento: 1.139.964.343

Fecha de Nacimiento: 21 / 11 / 24

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3,600 Talla: 51cm

Dirección:

Teléfono 1: 3227206916

Teléfono 2: 3185015911

Responsable: Beatriz Palacios

Municipio de residencia: SANTIAGO

Departamento: PUTUMAYO

Nombres y Apellidos: _____ Tipo de Indentificación _____ No. ID: _____

	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio		Número de lote								IPS vacunadora	Fec Dis
						Lactancia materna exclusiva		SI ☐				NO ☐					
Recién Nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	21	11	24	Serum	8	3	7	2	H	A	0	8	2	HFID	
	Hepatitis B	Recién nacido	21	11	24	Serum	8	3	2	3	8	J	1	9	B	HFID	
						Lactancia materna exclusiva		SI ☐				NO ☐					Kike
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	22	01	25	Biological	2	3	2	7	0	0	3				
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) Pentavalente	1ª	22	01	25	Serum	2	3	5	3	X	0	2	0	5		
	Hepatitis B	1ª	22	01	25	Serum	2	3	5	3	X	0	2	0	5		
	Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	22	01	25	Serum	2	3	5	3	X	0	2	0	5		
	Diarrea por rotavirus	1ª	22	01	25	GSK	A	2	0	2	0	9	4	1	A	6	HFID
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☒	1ª	22	01	25	Pfizer	6	X	1	9	1	2					
						Lactancia materna exclusiva		SI ☐				NO ☐					5
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª	22	03	25	Biological	2	3	2	8	0	0	6				
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) Pentavalente	2ª	22	03	25	Serum	2	8	5	3	X	0	2	0	6		
	Hepatitis B	2ª	22	03	25	Serum	2	8	5	3	X	0	2	0	B		
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	22	03	25	Serum	2	8	5	3	X	0	2	0	B		
	Diarrea por rotavirus	2ª	22	03	25	GSK	A	V	0	2	E	0	2	0	B		HFID
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	22	03	25	Pfizer	6	X	1	9	5	9					
						Lactancia materna exclusiva		SI ☐				NO ☐					
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª	22	05	25	Biological	2	4	0	6	0	0	1				
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) Pentavalente	3ª	22	05	25	Serum	2	8	5	3	X	0	2	0	C		
	Hepatitis B	3ª	22	05	25	Serum	2	8	5	3	X	0	2	0	C		
	Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	22	05	25	Serum	2	8	5	3	X	0	2	0	C		HFID
	Influenza estacional	1ª	22	05	25	Sequirus	P	7	0	0	7	9	2	7	9	4	
7 meses	Influenza estacional	2ª	24	06	25	Sequirus	P	1	0	0	7	9	2	7	9	4	HFID
																	21
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª															
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo															
	Varicela	1ª															
	Hepatitis A	Única															
	*Influenza estacional	Anual															
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo															
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo															
	**Fiebre Amarilla	Única															
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª															
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo															
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo															
	Varicela	Refuerzo															
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª															
		2ª															
		3ª															
Sin rango	Covid-19	2ª															

LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

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

11
RV

CIUDAD La Dorada FECHA: DIA 06 MES 06 AÑO 2025 HORA: 3.40 PM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Marian Samantha APELLIDOS Nata Palacios.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NUMERO: 1139964343

FECHA DE NACIMIENTO DIA: 21 MES: 11 AÑO: 2024 EDAD: 8 Meses

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE EMSSANAR.

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

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducira 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 aplicacion segura en humanos.

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

NO se la aplica por miedo a la reacción

¿COMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Ninguna. Esquema que tiene esta vacuna. Dos dosis [ ] o dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevencion de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reduccion de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial proteccion 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 inflamacion leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatía), malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alergicas 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 autonoma 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:** X que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: _____

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

Nombres Beatriz Palacios Apellidos _____

Tipo de identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 69 96260

Firma: Palacios

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: Kerly Jimenez Lárate

Firma Kerly T Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1075682139

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HELD

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.

12
RV

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 848.002.309-9

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraiso Cra 7 # 1-38 Teléfono Conmutador: 4210533 - mbvil: 3134821413

CARNET RIAS

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
Mi prioridad es tu salud

PRIMERA INFANCIA

Nombres y Apellidos: Mayan Samantha Nata P.
Documento identidad: 1139643843
EPS: Emssanar
Teléfono: 3207269416
Domicilio: B/ la Floresta

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	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	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 por Odontología													
Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA													
ODONTOLOGÍA													
Aplicación de barniz de flúor													
Profilaxis y remoción de placa													
Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
V													
Vacunación													

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

NO. 6996260
PALACIOS RODRIGUEZ
BEATRIZ COROMOTO
VEN F
27816228
23-03-2000
13-06-2022 BOGOTA D.C.
30-05-2031



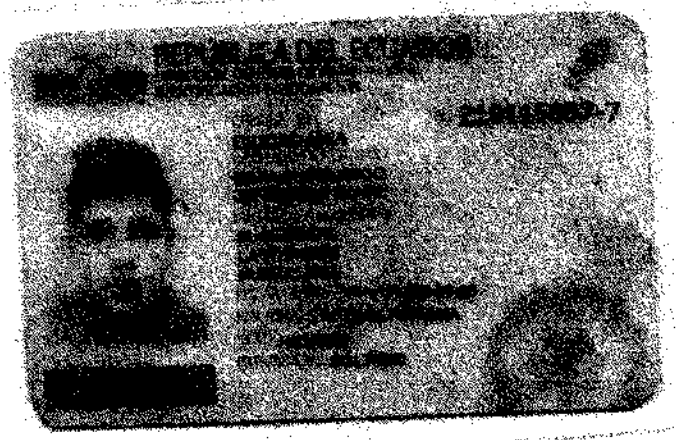
Beatriz

FIRMA

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

MIGRACIÓN
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6996260<<2<<<<<<<<<<<<<<<
0003230F3105308VENE2013282<<<6
PALACIOS<RODRIGUEZ<<BEATRIZ<CO





Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Beatriz Palacios Identificado con C.C N° 6996260 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: MARIAN SAMANTHA PAEZ PALACIOS 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 04 del Año 2025.

Palacios Beatriz

Madre o Acudiente
C.C 6996260

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, Beatriz Palacios, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 6496760, obrando en calidad de:

Padre		Madre	X	Cuidador	

De la niña, niño o adolescente MARIAN SAMANTHA DAZA, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI ___, CE ___, número 1139964343, manifiesto que:

Sí		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: Beatriz Palacios
Nombre: Beatriz Palacios
Calidad - Titular: Si Representante legal: Si
Teléfono de contacto: 3229206916
Fecha: 01-04-2025
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 MARIAN SAMANTHA DATA PALACIOS, identificado (a) con documento de identidad número 1139964343, 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, Beatriz Palacios, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 6996260, 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 Jeuda, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa E.I.C

Suscriben:

Firma: Beatriz Palacios
Nombre: Beatriz Palacios
Calidad - Titular: ___ Representante legal: ___
Teléfono de contacto: 3227206916
Fecha: 01-04-2025
Municipio: SAN MIGUEL

Fundación Alma de Vida

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.

Palacios Beatriz
Madre

Firma

Beleidy Arangel.
agente educativo

firma

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Beleidy Achanga NOMBRE UCA: Manitos creativas

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Marian Samantha Nata IDENTIFICACIO: 1139964343 FECHA DE NACIMIENTO: 21-11-2024

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
10-09-205				4:50 PM	Se realiza el llamado de asistencia en el cual la niña Marian Samantha Nata No asistio al encuentro. Se realizara una visita despues del cuento para saber el motivo.	Beatriz Palacios	Beleidy Achanga	Se realiza la visita la madre manifiesta que no pudo asistir por motivo de que llovio duro. igual la niña		Se le recomienda a la madre informar a la agente educativa para saber la novedad.
								se encuentra bien de salud. la made manifiesta que cuando llueva NO podrá asistir para evitar un resfriado a la niña		

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

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

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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad la Dorada

Nombre completo de la niña o niño Marian Samantha Nata Palacios

Fecha de nacimiento 21 11 2024 **N° Documento de identidad** 1139964343

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Bekedy 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 Marian se encuentra en el rango esperado ya que comple con los items acorde a su edad se continuara fortaleciendo su desarrollo a través de actividades de diario vivir, en lucha con actividades pedagogica)

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Bekedy 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

Marian se encuentra dentro de lo esperado teniendo encuenta que ha complido con los items de las dimensiones fundamentales que se encuentra en su etapa de edad se continuara fortaleciendo con actividades ludicos pedagogicas

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

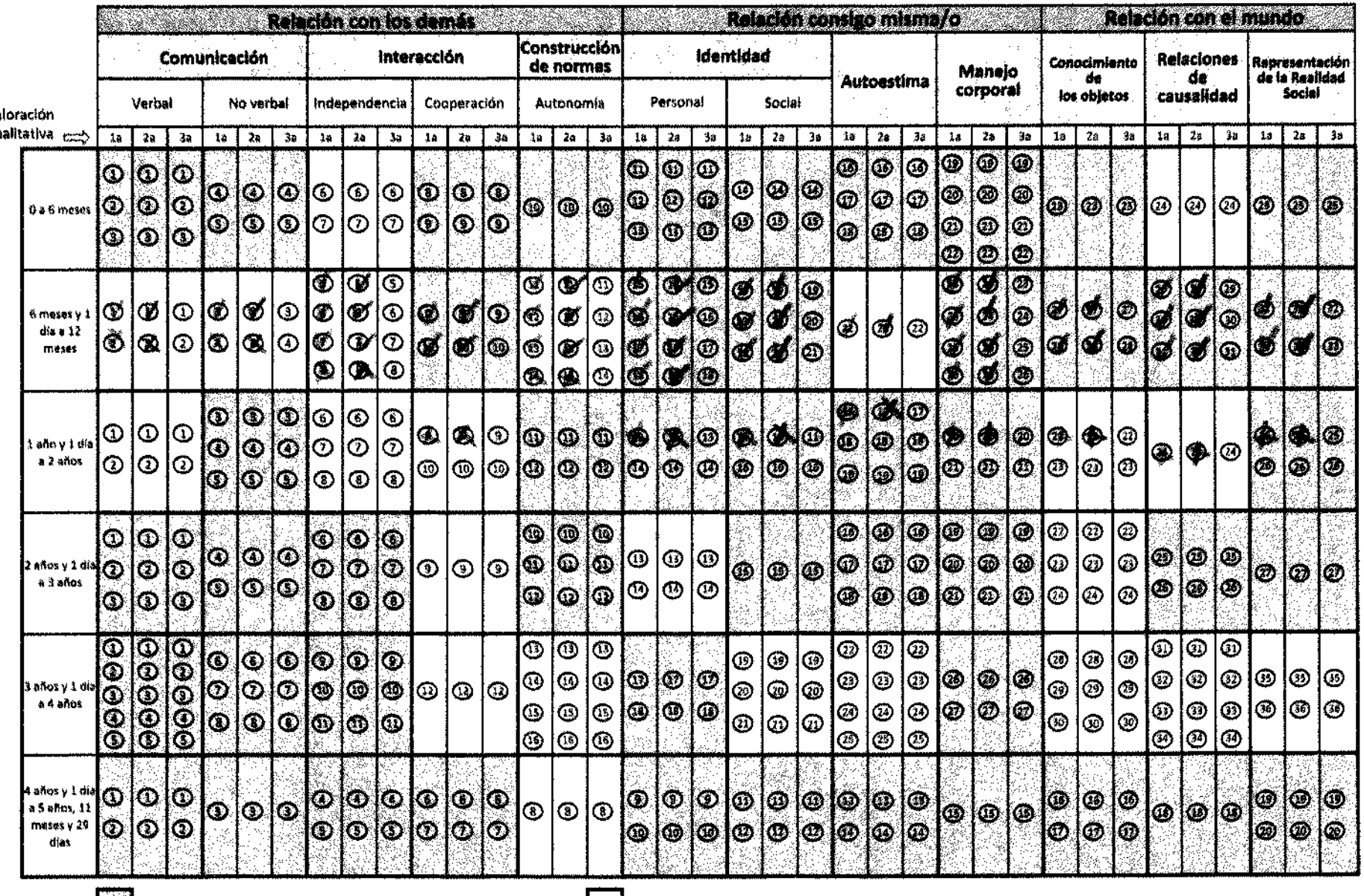
Fecha de resgistro cualitativo

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