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 (Categoria entre A 01 hasta C7) ___Pertenecientes a Res UNIDOS ___Pertenecientes a Familias en Acción ___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición ___Remitidos por SNBF ___Victimas 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. NIA
17	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
	Pacto de convivencia 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 poliza, Escala de valoración cualitativa. Cuadernal

321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

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

FECHA SOLICITUD CUPO: _____ FECHA INGRESO: 01-06-2025

UDS: Mis Angelitos 1° MUNICIPIO: San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:

ANA CARLINA OYOLA BASTIDA

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1116210687

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 18-04-2024 EDAD: 1 AÑO MUNICIPIO: Curillo

DEPARTAMENTO: CAQUETA PAIS: COLOMBIA DIRECCION

DE RESIDENCIA: MUNICIPIO DE SAN MIGUEL 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: __ NO: X CUAL: N/A EPS DEL PARTICIPANTE: EMSANAR

SUBSIDIADO: X CONTRIBUTIVO: _ PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X DIAGNOSTICO: N/A

N/A ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

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

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: N/A TIENE SISBEN: SI: __ NO: X PUNTAJE: _____ DESPLAZADO: SI: _ NO: X VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: _____ NO: X RED UNIDOS: SI: ____ NO: X

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: DIEGO EDINSON OYOLA MORENO No. IDENTIFICACION: 1012374577 DIRECCION RESIDENCIA: V/SAN ANTONIO CELULAR: _____ E.P.S: EMSANNAR

OCUPACION U OFICIO: AGRICULTOR EMPRESA DONDE LABORA: N/A NIVEL DE PRIMARIA ESCOLARIDAD: N/A PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: LISETH ANDREA BASTIDAS PASOY No. IDENTIFICACION: 1130145370 DIRECCION RESIDENCIA: V/SAN ANTONIO CELULAR: _____ E.P.S: EMSANAR

OCUPACION U OFICIO: AMA DE CASA EMPRESA DONDE LABORA: N/A NIVEL DE ESCOLARIDAD: PRIMARIA PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: LISETH ANDREA BASTIDAS

NUMERO IDENTIFICACION: 1130145370 CELULAR: _____

DIRECCION: V/SAN ANTONIO PARENTESCO: MADRE

Liseth Bastidas
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Beleidy Achanga
FIRMA AGENTE EDUCATIVA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.116.210.687

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61033142

61033142

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** W 4 Q

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

REGISTRADURIA DE CURILLO - COLOMBIA - CAQUETA - CURILLO.....

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
OYOLA.....	BASTIDAS.....

Nombre(s)

ANA CARLINA.....

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes ABR Día 18	FEMENINO.....	A.....	POSITIVO.

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

COLOMBIA CAQUETA CURILLO.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....	24045510939651.....

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con fines matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

BASTIDAS PAZUY LISETH ANDREA.....

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.130.145.370.....	COLOMBIA.....

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con fines matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

OYOLA MORENO DIEGO EDINSON.....

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.012.374.577.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

OYOLA MORENO DIEGO EDINSON.....

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.012.374.577.....	

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 ABR Día 19	FREDY RAUL GUARNIZO VARGAS - REGI
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

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

ESTA REPRODUCCION FOTOMECANICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

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	1116210687
NOMBRES	ANA CARLINA
APELLIDOS	OYOLA BASTIDAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	ORITO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	01/02/2025	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/07/2025 16:17:52	**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

NIT. 901.021.565-8

Cuidarnos es en cada paso

PASTO JULIO 10, 2025

ID Portabilidad: 1143604

Señor(a)

ANA CARLINA OYOLA BASTIDAS

SAN MIGUEL (PUTUMAYO)

CALLE 6

Teléfono: - 3025823253

Ref. Solicitud de prestación de servicios de salud

Cordial Saludo

En cumplimiento a las disposiciones normativas definidas en la resolución 1683 del 2013, por la cual se reglamenta el articulo 22 de la ley 1438 del 2011, sobre la portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, me permito notificarle que en aras de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud, a que tiene derecho la población afiliada al régimen subsidiado, en relación a la atención médica y odontológica de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud de baja complejidad y definidos en la resolución 5521 del 27 de diciembre del 2013, se le brindarán en:

NOMBRE DE LA ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD	DIRECCION - TELEFONO	TIEMPO DE DURACION DE LA ATENCION
ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - SAN MIGUEL (PUTUMAYO)	KR 7 # 1 - 36 - 3174276879	10/07/2025 - 18/11/2025

Cualquier inquietud por favor comunicarse a nuestra línea nacional 01 8000 187050, donde nuestro personal le atenderá las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Muy cordialmente.

JEFE COMERCIAL

EMSSANAR EPS SAS

NIT. 901.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio
N° 152231 Libro IX, Octubre 24 de 2016

Cuidarnos de ti en cada paso

PASTO JULIO 10, 2025

ID Portabilidad: 1143604

Señores

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - SAN MIGUEL (PUTUMAYO)

KR 7 # 1 - 36 - 3174276879

SAN MIGUEL - PUTUMAYO

Ref. Solicitud de prestación de servicios de salud

Cordial Saludo

En cumplimiento a las disposiciones normativas definidas en la resolución 1683 del 2013, por la cual se reglamenta el artículo 22 de la ley 1438 del 2011, sobre la portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, me permito solicitar muy comedidamente, en aras de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud, a que tiene derecho la población afiliada al régimen subsidiado, se garantice para el usuario afiliado a EMSSANAR EPS SAS a continuación relacionado, la atención médica y odontológica de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud, habilitados por su IPS y definidos en la resolución 5521 del 27 de diciembre del 2013.

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CELULAR	EMAIL
RC 1116210687	ANA CARLINA OYOLA BASTIDAS	18/04/2024	CALLE 6		3025823253	hfldportabilidad@gmail.com

TEMPORALIDAD	FECHA INICIO	FECHA FINAL	ORIGEN	IPS ORIGEN	DESTINO	PORTABILIDAD
4 Meses y 8 días	10/07/2025	18/11/2025	ORITO	ESE HOSPITAL ORITO - ORITO (PUTUMAYO)	SAN MIGUEL	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - SAN MIGUEL (PUTUMAYO)

Teniendo en cuenta lo anterior, la prestación de los servicios deberá ser facturado a EMSSANAR EPS SAS, según lo definido en la resolución 3047 de 2008, cualquier inquietud por favor comunicarse a nuestra nuestra línea nacional 01 8000 187050, donde nuestro personal le atenderá las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Sin otro particular, me suscribo de usted.
Muy cordialmente.

JEFE COMERCIAL

EMSSANAR EPS SAS

Sisbén

Fecha de consulta: 07/07/2025

Ficha: 867576741052800012916

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **ANA CARLINA**

Apellidos: **OYOLA BASTIDAS**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1116210687**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **25/06/2025**

Última actualización ciudadano: **25/06/2025**

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: **MARIA ZORAYDA LINARES MONTE**

Dirección: **Carrera 4 Calle 7 Esquina La Liberl**

Teléfono: **4210537 - 32131387**

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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:
ANA CARINA

Apellidos:
OYOLA BASTIDAS

Fecha de nacimiento:
18 04 2024

Historia Clínica:
1116218687

Barrio / Vereda:
V/ SAN ANTONIO C.

Responsable del niño (a):
IZETH A.

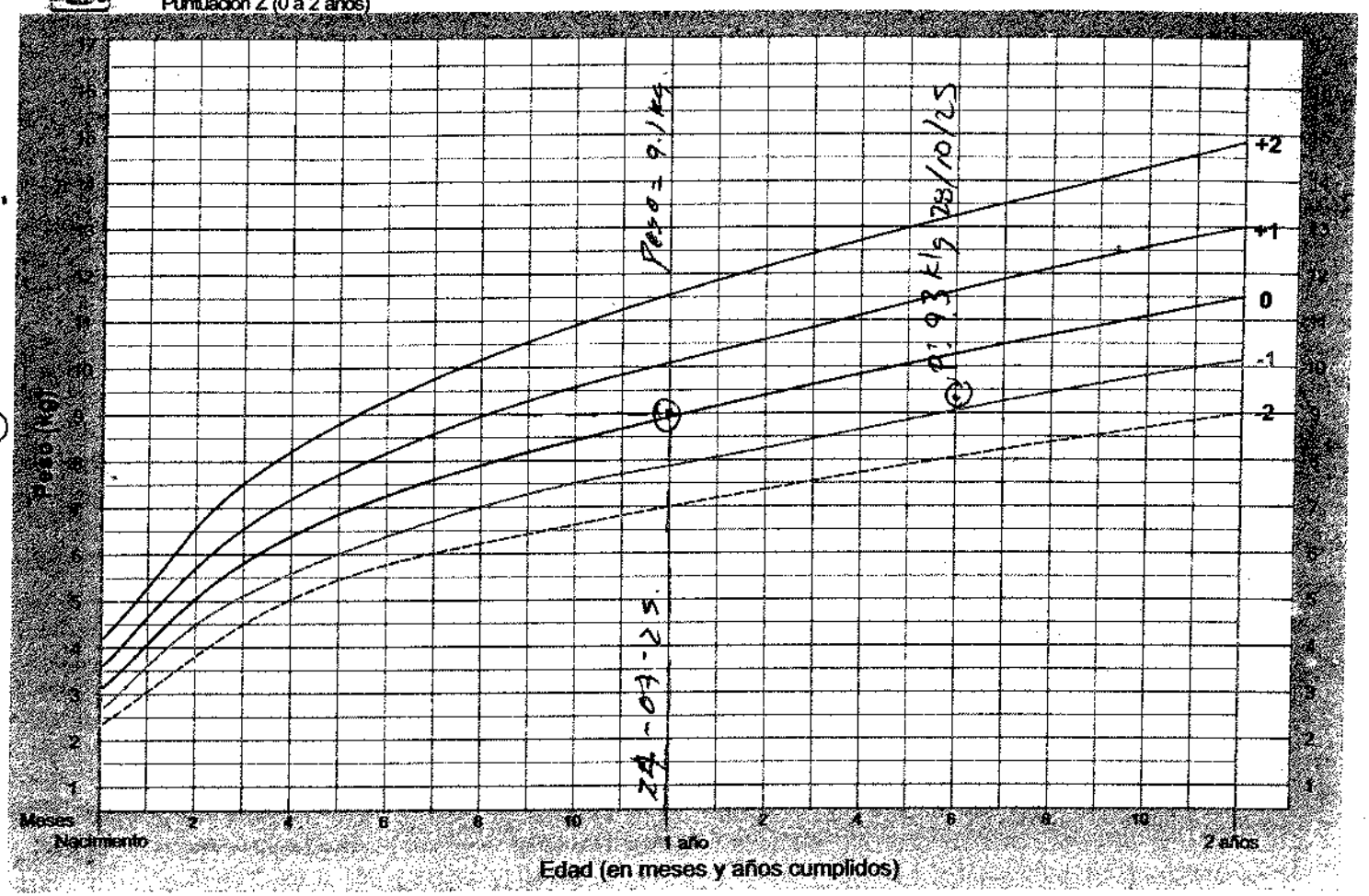
Teléfono:
3025823253

EPS:
EMSSANAR



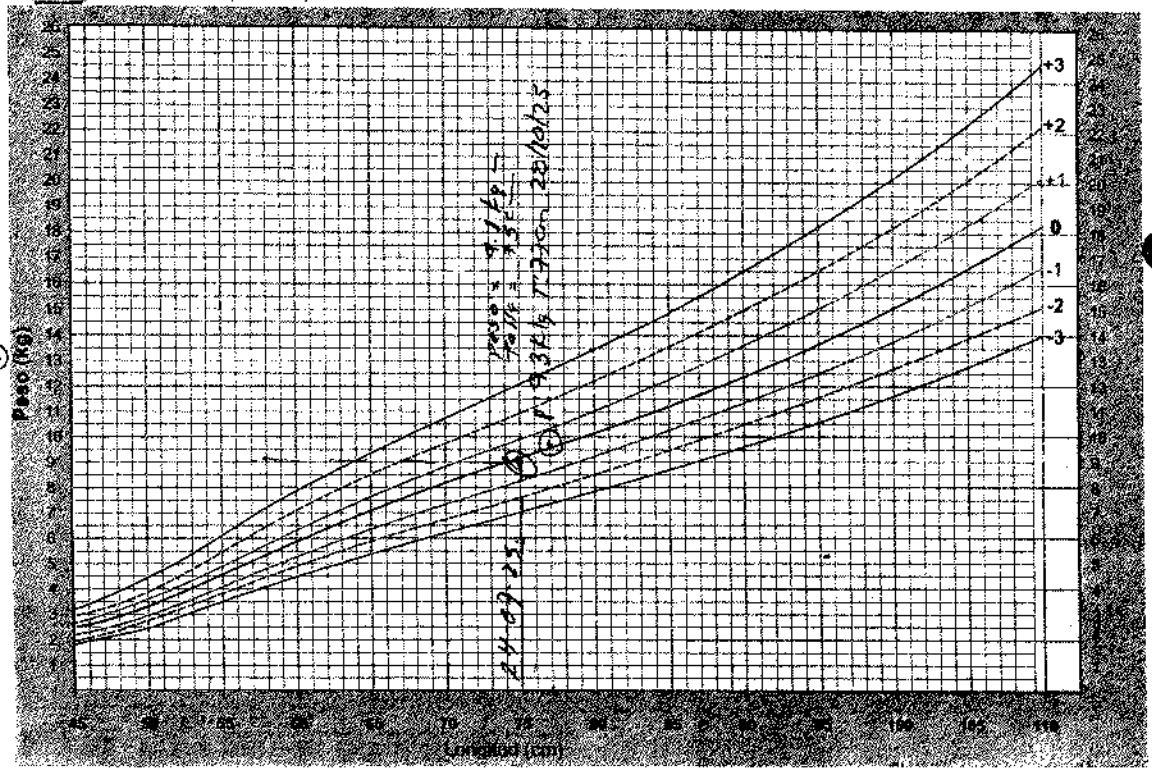
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso para la Talla Niñas

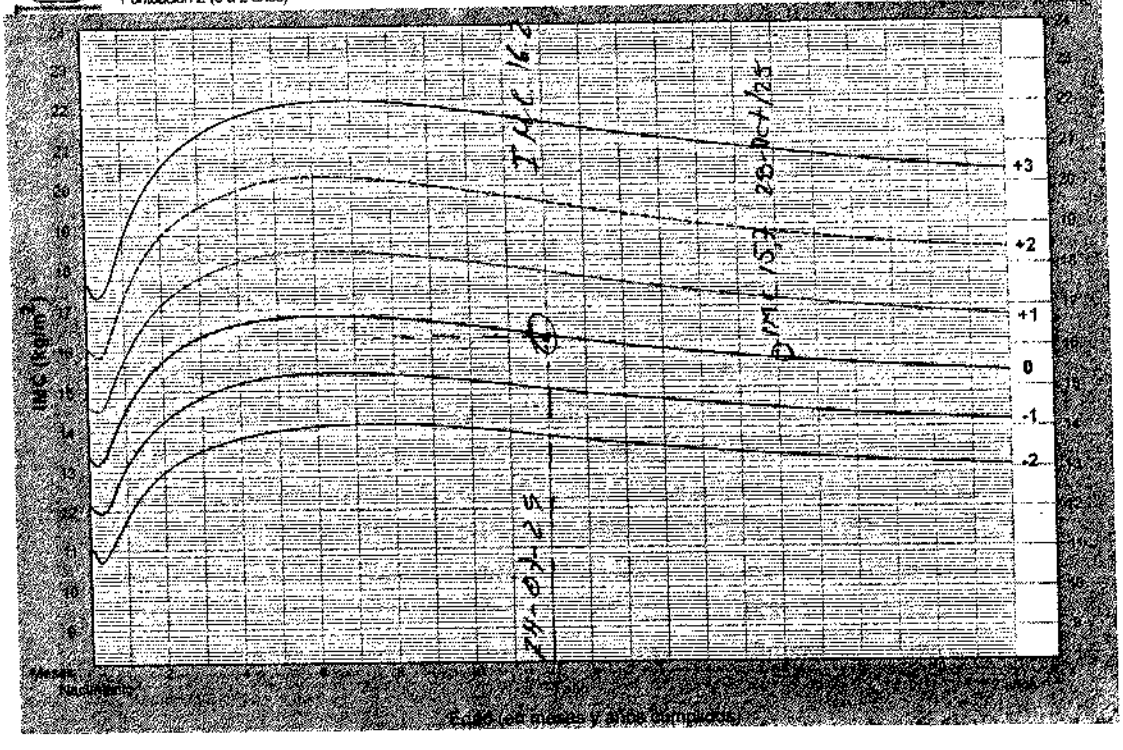
Puntuación Z (0 a 2 años)



⑨

IMC para la Edad Niñas

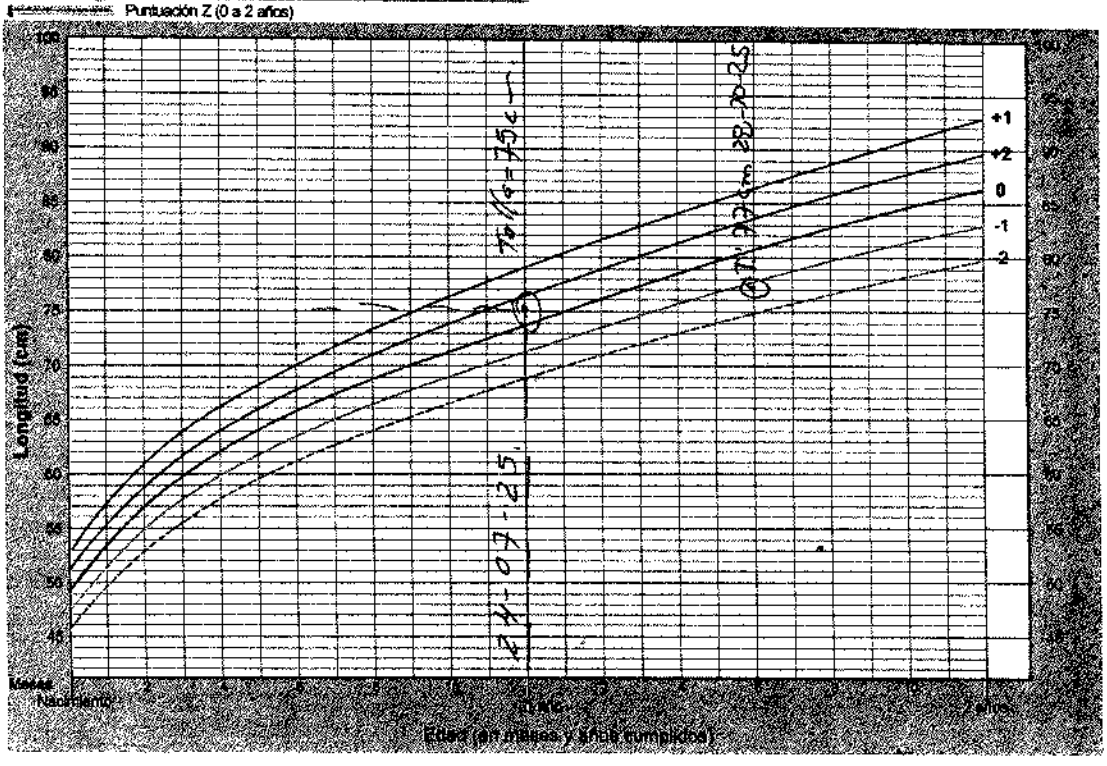
Puntuación Z (0 a 2 años)



⑦

Talla para la Edad Niñas

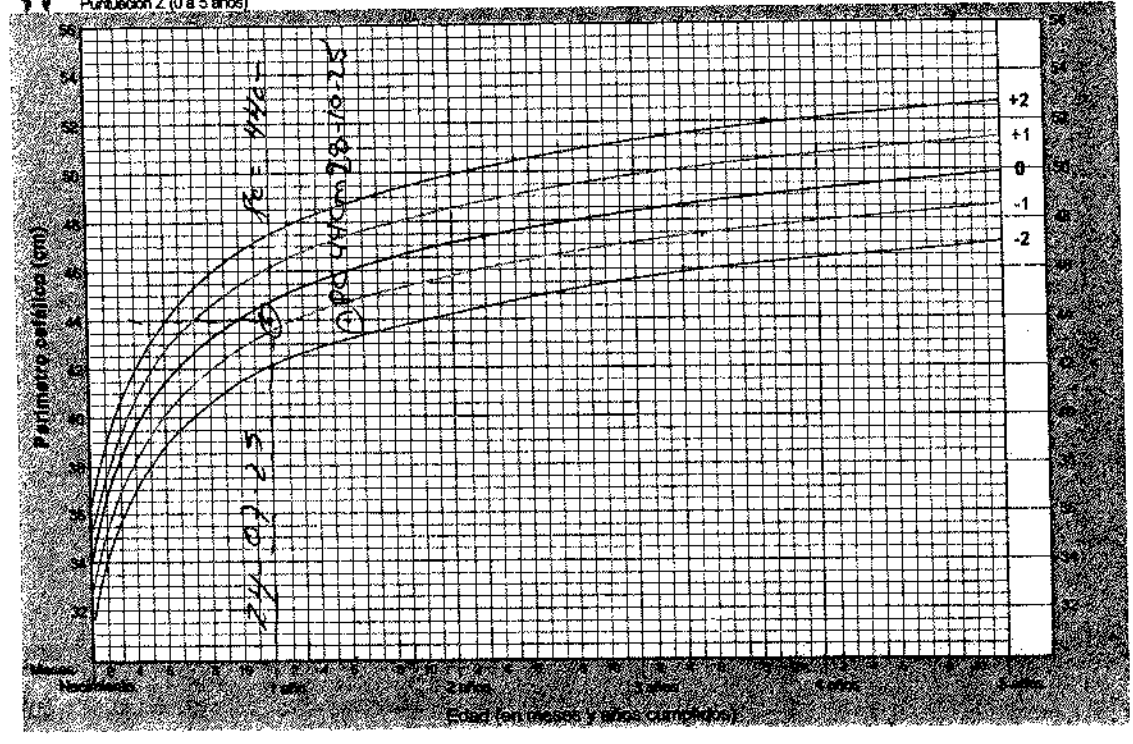
Puntuación Z (0 a 2 años)



⑧

Perímetro cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



⑥

24-09-25 PC= 14. 5cm.

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
24-07-25	9.1	75	44	14.5	16.2	18-10-25	[illegible]
28-oct-25	9,3	77	44	14	15,7	18-04-2026	Milena C.

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
24	07	2025	3:00	x	
28	10	2025			

14
R/V

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		
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			
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

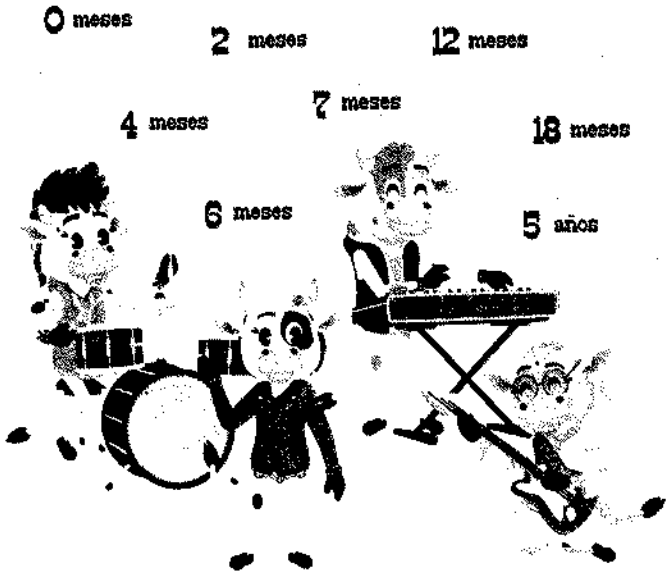
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meníngea, 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: Ana Sofia Ortiz Bastidas

Fecha de nacimiento: 18 / 04 / 2024

Nº de certificado de nacido vivo: 2404555-1093965

Registro civil: 1116210687

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: A+

Peso al nacer: 2600 Talla:

Dirección:

Teléfono 1: 313 321 3702

Teléfono 2:

Responsable: Liseth Andrea Bastidas

Municipio de residencia: V/Belisario

Departamento: Caqueta

CC 1130145370

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: **Tipo identificación:** **No. ID:**

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 Sí ☐ No ☐											
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	18	04	24	Serum	03726047					Luisa Pacheco
	Hepatitis B	Recién nacido	18	04	24	Serum	03726405					Luisa Pacheco
2 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	18	06	24	Bilthovan	22840003	Hulc				Ilzath vega
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	18	06	24	Serum	28527011	Hulc				Ilzath vega
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	18	06	24	Serum	28527011	Hulc				Ilzath vega
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	18	06	24	Serum	28527011	Hulc				Ilzath vega
	Diarrea por rotavirus	1.ª	18	06	24	GlaxoSmithKline	A22CB038AP	Hulc				Ilzath vega
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	18	06	24	Pfizer	6Y1912	Hulc				Ilzath vega
4 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	20	08	24	Bilthovan	22840002	Hulc				Ilzath vega
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	20	08	24	Serum	28527011	Hulc				Ilzath vega
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	20	08	24	Serum	28527011	Hulc				Ilzath vega
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	20	08	24	Serum	28527011	Hulc				Ilzath vega
	Diarrea por rotavirus	2.ª	20	08	24	GlaxoSmithKline	A22CB038AP	Hulc				Ilzath vega
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	20	08	24	Pfizer	6Y1912	Hulc				Ilzath vega
6 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	18	10	24		22839003	H.J.C				Maria del Hoyo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	18	10	24		28527011	H.J.C				Maria del Hoyo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	18	10	24		28527011	H.J.C				Maria del Hoyo
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	18	10	24		28527011	H.J.C				Maria del Hoyo
	Influenza estacional	1.ª	09	06	25	Seguirus	P1000742	HFUD				Isabel A.
7 meses	Influenza estacional	2.ª	21	Ago	25	Seguirus	P1000742	HFUD				Jeniffer C.
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	09	06	25	Serum	01324006					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	09	06	25	Pfizer	4J5247					
	Varicela	2.ª	09	06	25	Merck	401859					
	Hepatitis A	Única	09	06	25	MSD	400532					Isabel Arias
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	28	OCT	25	Biological	22912003	HFUD	28 OCTUBRE 2025.			Isabel A.
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	28	OCT	25	Serum	22115170	HFUD				Isabel A.
	Fiebre amarilla	Única	09	06	25	Instituto	29260002	HFUD				Isabel A.
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	28	OCT	25	Serum	01334003	HFUD	(CITA: 5 AÑOS CUMPLIDOS)			Isabel A.
	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												

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.

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraiso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210539 - móvil: 3134821413

CARNET RIAS — PRIMERA INFANCI

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



Nombres y Apellidos: Ana Catalina Oyola
Doc. de Identidad: CC 1116210687
EPS: Emssanar
Teléfono: 3025823253
Domicilio: V/ 3 15/25

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) Ó AÑOS (A)													
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3A	4A	5A
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							24-09-25 24-09-25						
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor							24-09-25 20-10-25						
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

Yohana Daniela Ariza
ODONTOLOGA
TP 032736

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 0000583-2011

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) Ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3A	4A	
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención salud por medicina general													
		Atención salud por enfermería													
		Atención 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													

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA



E.S.E. Hospital Francisco de Asís LA DORADA

"Mi prioridad es tu salud"

Yohana Daniela Ruiz
ODONTÓLOGA
T.P. 032736

NIT. 845.002.309-8

LILIANA MARINEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600

Olga Lucía Cuaquira Pos
Gerente

Nombres y Apellidos: Ana Catalina Oyola

Edad: 25 Sexo: F

EPS: Emssanar

CC: 1116210687

Teléfono: 3025823253

Domicilio: V/ 8 islas

Dirección: B/ el Paraíso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

REPUBLICA DE COLOMBIA



1.130.145.370

BASTIDAS PAZUY

LISETH ANDREA

COL 50 F

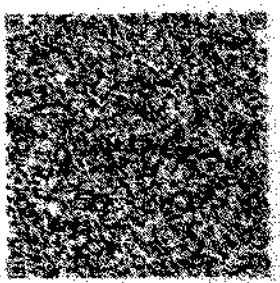
15 ABR 2001 A+

ORITO (PUTUMAYO)

22 ABR 2019 ORITO

23 ENE 2035





REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0728499036640 23<<<<<<<<<<
0104160F3501232COL1130145370<0
BASTIDAS<PAZUY<<LISETH<ANDREA<

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

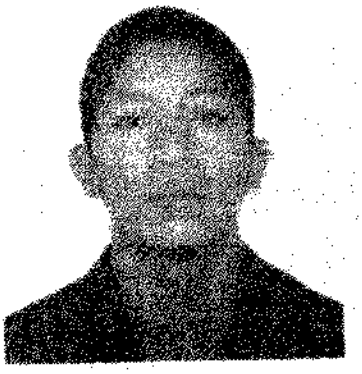
NUMERO 1.012.374.577
OYOLA MORENO

APELLIDOS
DIEGO EDINSON

NOMBRES

Diego Oyola Moreno

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 04-MAR-1991
CURILLO
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

10-MAR-2009 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-00314541-M-1012374577-20110715 0027425540A 1

Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Lisseth Audrea Bastidas identificado con C.C N° 1130145370 en calidad del: padre o madre (X), del niño o niña: Ana Carlina Oyola Bastidas o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Misaelinos 7° , 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 06 de: Año 2025.

Lisseth Bastidas

Madre o Acudiente
C.C 1130145370

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, LISETH ANDREA BASTIDAS, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1130145370 obrando en calidad de:

Padre		Madre	X	Cuidador	

De la niña, niño o adolescente, ANA CARINA OYOLA BASTIDAS, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI___, CE___, número 1116210687 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: Liseth Bastidas
Nombre: Liseth Bastidas
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 01-06-2025
Municipio: SAN MIGUEL

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	11/07/2024
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 5	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad ANA CARLINA OYOLA BASTIDAS, identificado (a) con documento de identidad número 1162106871, 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. LISETH ANDREA BASTIDAS PREVY, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1130145390, 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 Mana de Dios, 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: Liseth Bastidas
Nombre: Liseth Bastidas
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 01-06-2025
Municipio: SAN HILUT L

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Belerdy Achanga NOMBRE UCA: "Mis Angelitos I"

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Ana Carlina Ayola B IDENTIFICACIÓN: 1116210687 FECHA DE NACIMIENTO: 18-04-2024

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					
4-06 2025	x		x		Se realiza el encuentro al hogar se dialoga con la madre sobre Porque no cuenta la niña con carnet de higiene oral. Ella manifiesta El motivo es que donde estaban no alcanzo en realizar el control de higiene oral ya que se venian al municipio de San Miguel Por motivo de trabajo. Solo alcanzo en realizar lo que es el control desarrollo. Y las vacunas que se las Pusieron aca en la vereda. La madre manifiesta que va hacer la gestion en sacar la Portabilidad.	Liseth Bastidas	Belerdy Achanga.	La madre manifiesta en sacar la Portabilidad a la niña Para que sea atendida en el hospital la dorada.		-La madre se compromete en sacar la portabilidad. -Hacer hacer el control de higiene oral

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACIÓN INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: _____ IDENTIFICACIÓ: _____ 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					
17-06-2025	X		10 AM		Mediante llamadas telefonicas por whatsAPP. Se le pregunta a la madre sobre el procedimiento de la portabilidad. Ella manifiesta que aun no ha salido al pueblo por que ha tenido trabajadores y apenas que se desocupe saldra al Pueblo en realizar esos papeles.	Lisseth Castillo	Beleidy Achanga.	Viendo que la madre le queda dificil salir al Pueblo, el agente educativo se acerca al hospital de la bonada con la trabajadora social en solicitar la portabilidad.	Se le recomienda a la madre. en estar pendiente por whatsAPP. cualquier novedad Sobe la Portabilidad.	-La madre se compromete. en cuanto tenga la portabilidad sacar una cita de higiene oral.

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					
11-07 2025.			x		Mediante llamada via WhatsAPP. Se le informa a la madre qe ya cuenta con portabilidad. qe ya puede ir al hospital de la barada a sacar cita para higiene oral.	Liseth Bastidas	Beleidy Achanga	La madre manifiesta que va a salir al pueblo a realizar lo del control de higiene Oral.	La madre. Se compromete en ir al hospital a sacar cita de higiene oral.	- llevarme la copia del canet de higiene oral.
15-07 2025					Se realiza la visita en el hogar donde se dialoga con la madre y ella manifiesta q. aun no ha Pedido salir al pueblo.	Liseth Bastidas.	Beleidy Achanga.	Se le recomienda a la madre que llame a estos numeros del hospital la barada. -Trabajadora social 315 2229210. - 321 3096423. para que pueda Sacar citas.	La madre. se compromete en llamar a esos numeros. Para que pueda Sacar la cita de higiene oral.	- llevarme la copia del canet higiene oral.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACIÓN 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 SITUACIÓN					

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Dorada

Nombre completo de la niña o niño Ana Catalina Oyola Bastidas

Fecha de nacimiento 13 04 2024 **N° Documento de identidad** 1.116.210.697

Sexo Masculino ○ Femenino ◉ **Fecha de 1er día de atención en el año** 01 07 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Beleidy Achanga

Fecha de registro cualitativo 16 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

la niña Ana se encuentra en el rango esperado ya que cumple con los ítems acorde a su edad, se continuara fortaleciendo su desarrollo a través de actividades de diario vivir, en la uca con actividades pedagogicos.

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

Segundo 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)***

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

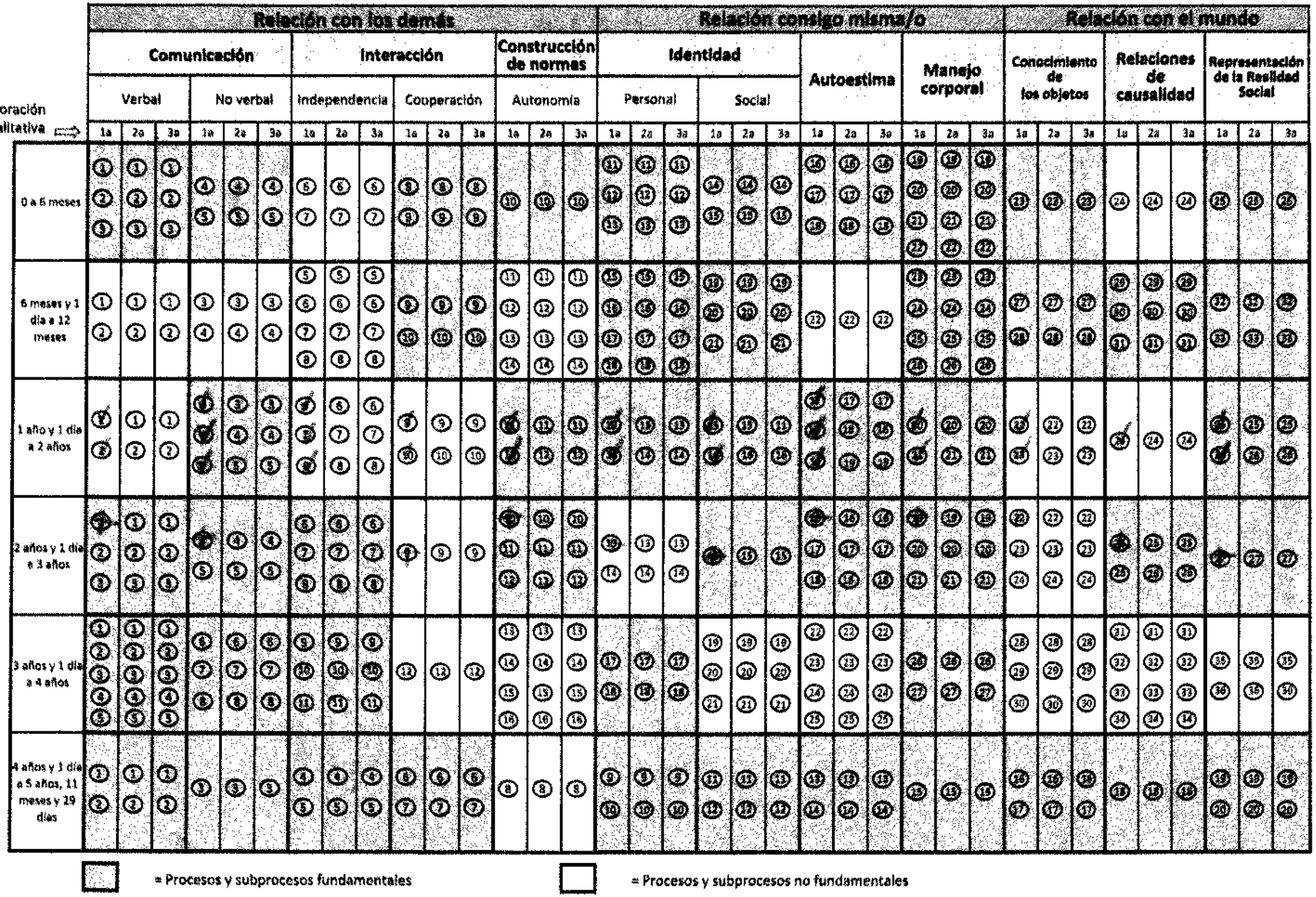
Fecha de registro cualitativo

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