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)
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,

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: 27-03-2025 FECHA INGRESO: _____

UDS: Mis Angelitos 1 MUNICIPIO: San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Valeri Isabel Senon Gomez

TIENE REGISTRO CIVIL: SI __ NO X NUIP No. 1122344134

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

N/A

FECHA NACIMIENTO: 23-11-2022 EDAD: 2 AÑOS MUNICIPIO: Puerto Asis

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION DE RESIDENCIA: Vl San Antonio ESTRATO: _____ ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: _____ NO: X

¿CUAL?: N/A MOTIVO DEL RETIRO: _____

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: N/A

EPS DEL PARTICIPANTE: 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: X NO: __ PUNTAJE: A2 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: N/A

No. IDENTIFICACION: N/A DIRECCION RESIDENCIA: N/A

CELULAR: N/A E.P.S: N/A

OCUPACION U OFICIO: N/A

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Marcela Senon Gomez

No. IDENTIFICACION: 1116204388 DIRECCION RESIDENCIA: Vl San Antonio

CELULAR: 323 2316491 E.P.S: EMSSANAR

OCUPACION U OFICIO: AMA DE CASA

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Diana Marcela Senon Gomez

NUMERO IDENTIFICACION: 1116204388 CELULAR: 323231649

DIRECCION: Vl San Antonio PARENTESCO: Madre

Diana Senon
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Beleidy Achonga
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.134

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63693390

63693390

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 4 7 2

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL LA DORADA - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GENON	GOMEZ

Nombre(s)

DALEEI ISABEL

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014	Mes 07	Día 23	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	221174100206447

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

Apellidos y nombres completos

GENON GOMEZ DIANA MARCELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 1.116.264.366	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GENON GOMEZ DIANA MARCELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
TI 1.116.264.366	DIANA MARCELA

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 2014 Mes 08 Día 05	RUT EDILSON CALVO QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

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	1122344134
NOMBRES	VALERI ISABEL
APELLIDOS	SENON GOMEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	VILLAGARZON

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 16:30:21	**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

18

Sisbén

Registro válido

A2

Fecha de consulta: 28/04/2025

Ficha: 86885030565900006177

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: VALERI ISABEL

Apellidos: SENON GOMEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344134

Municipio: Villagarzón

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/02/2023

Última actualización ciudadano: 09/05/2023

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 ZULENA TEJADA RAM

Dirección: Calle 2 No 5 -

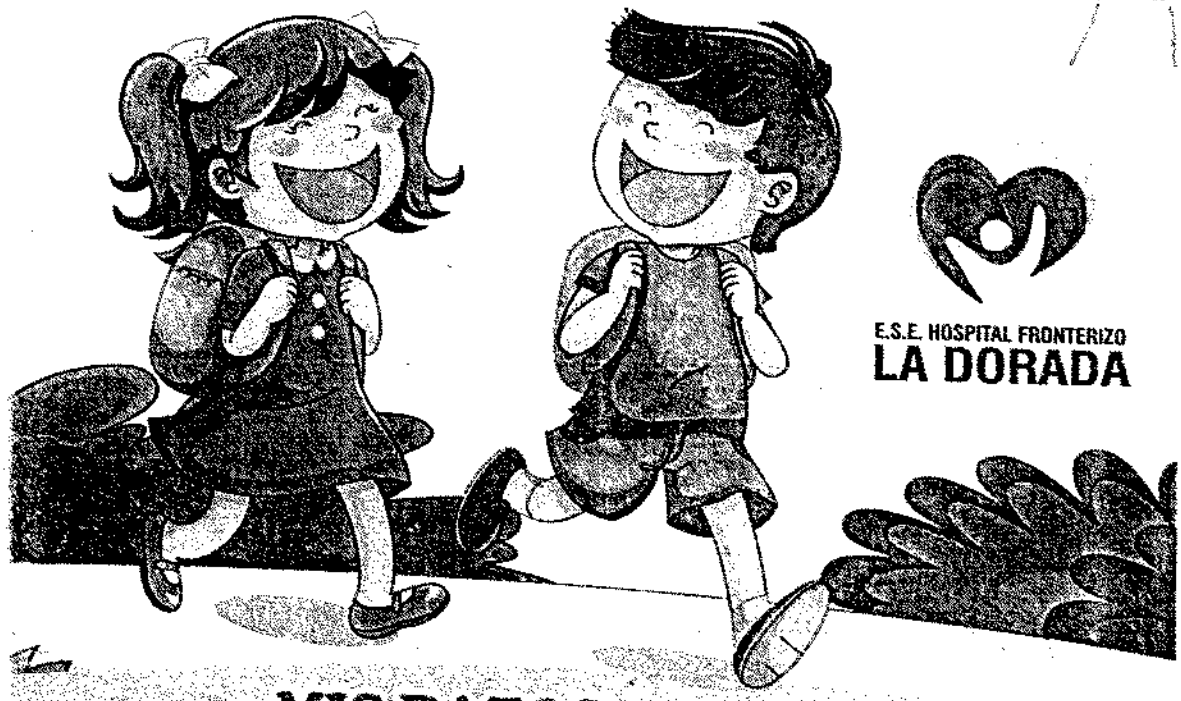
Teléfono: 4284213 - 4284018 - 4284019 - 32027216

Correo Electrónico: sisben@villagarzon-putumayo.gov

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



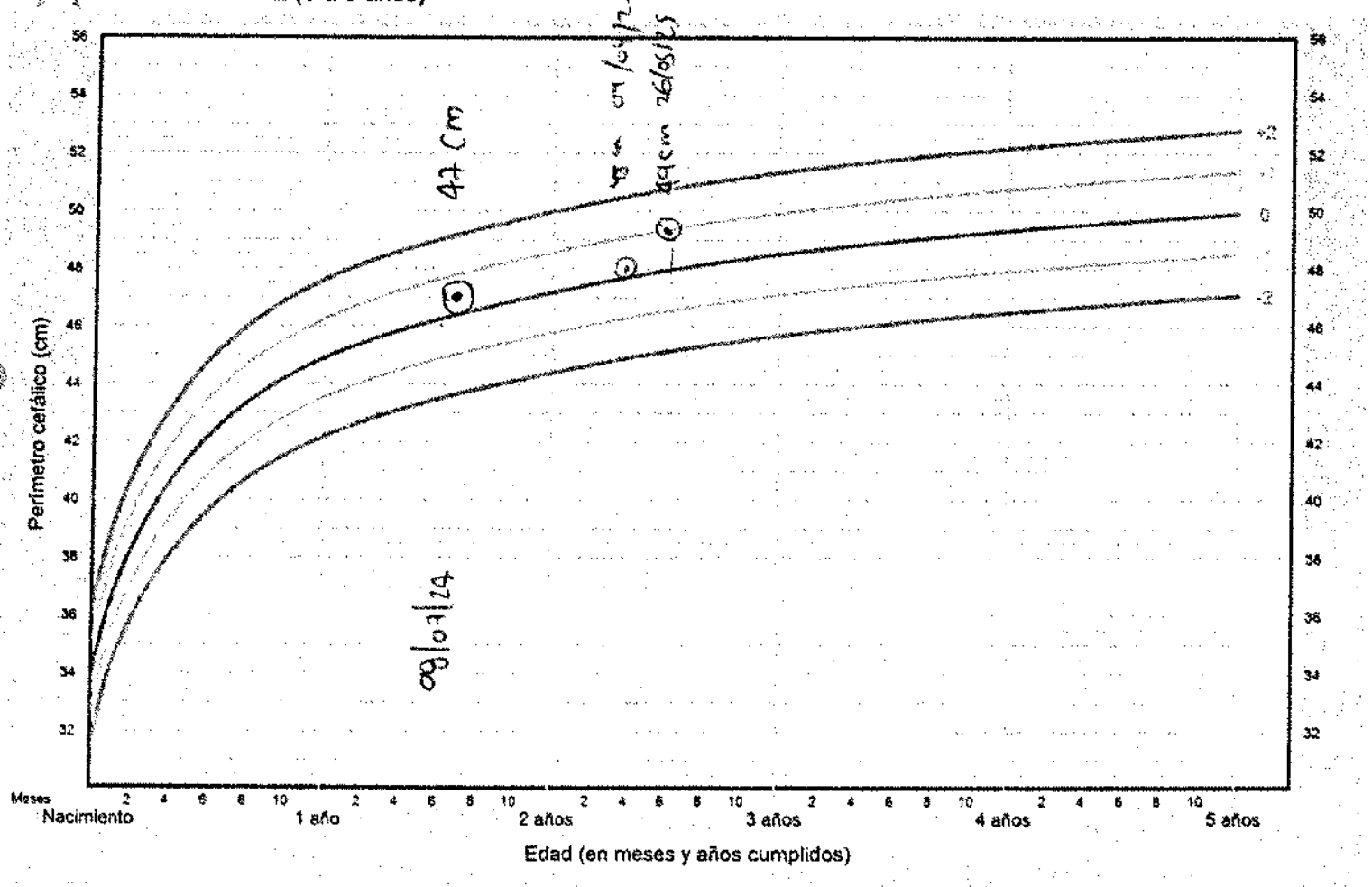
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

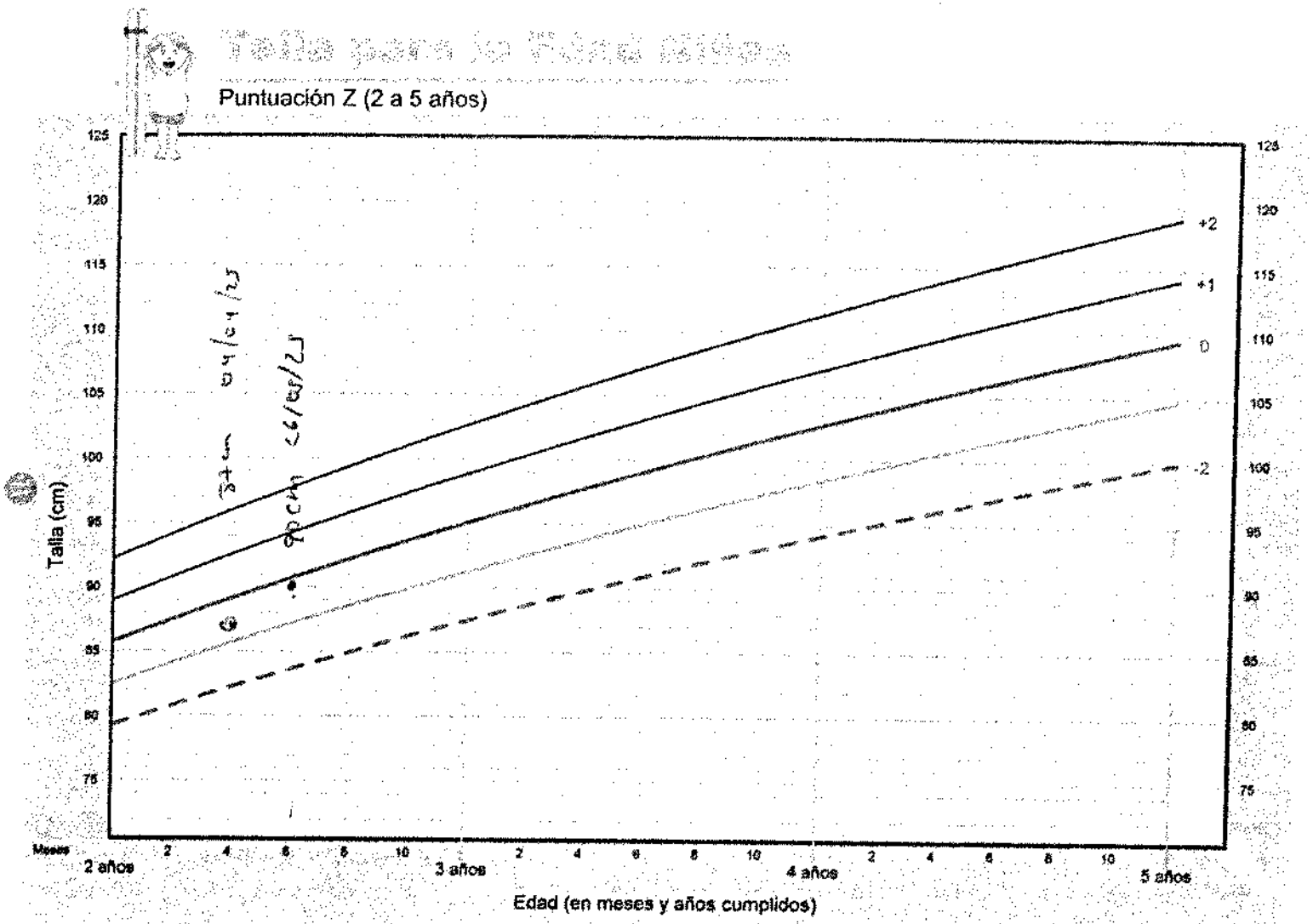
MIS DATOS

Nombres: VALENTINA ISABEL	Apellidos: SALAZAR GOMEZ
Fecha de nacimiento: 23 (DÍA) / 11 (MES) / 2022 (AÑO)	Historia Clínica: 1122344134
Barrio/Vereda: V/ JUNCAL ORTIZ	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS: AIC

Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)

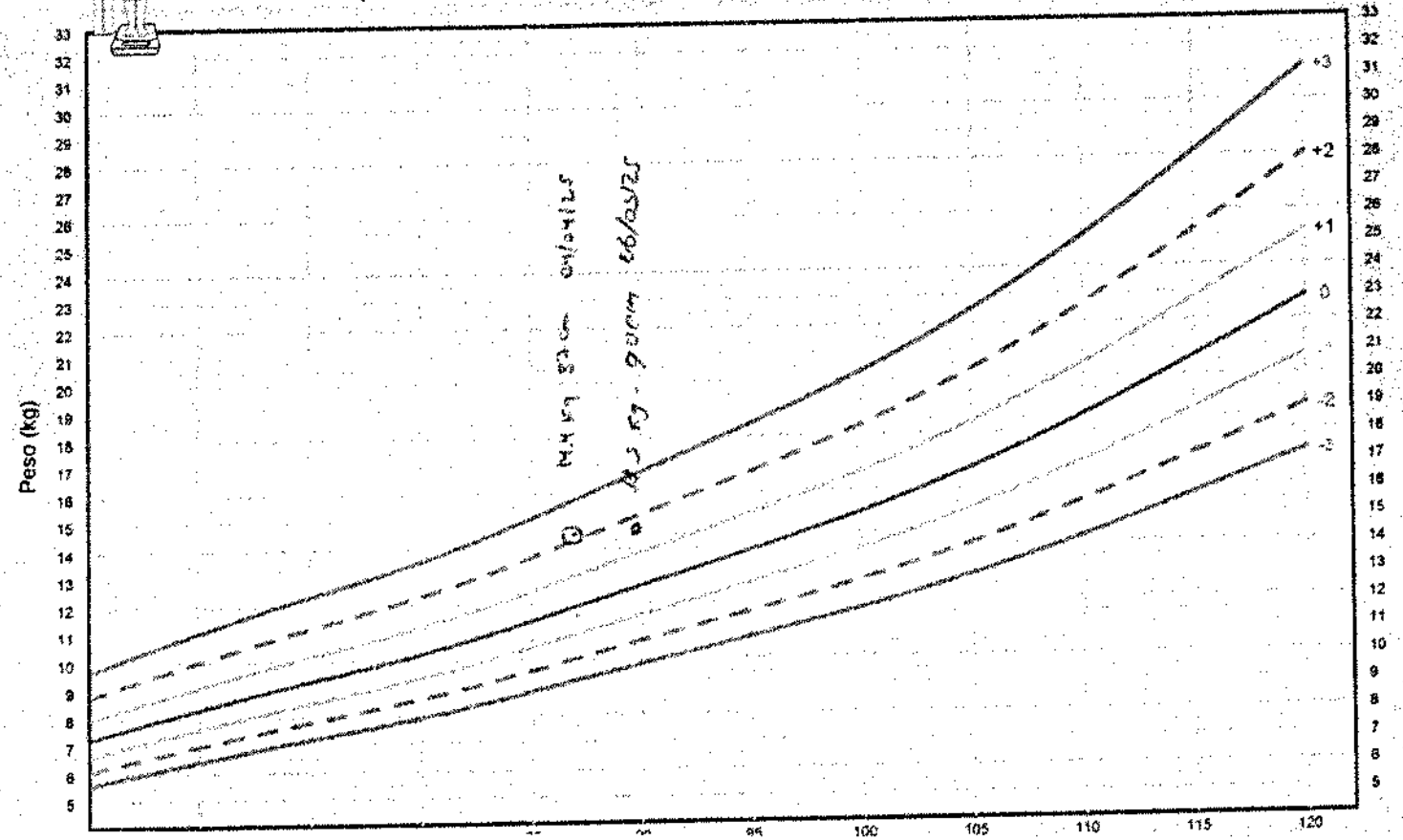



Talla para la Edad niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)
Talla (cm)
125
120
115
110
105
100
95
90
85
80
75
+2
+1
0
-2
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

8
RV

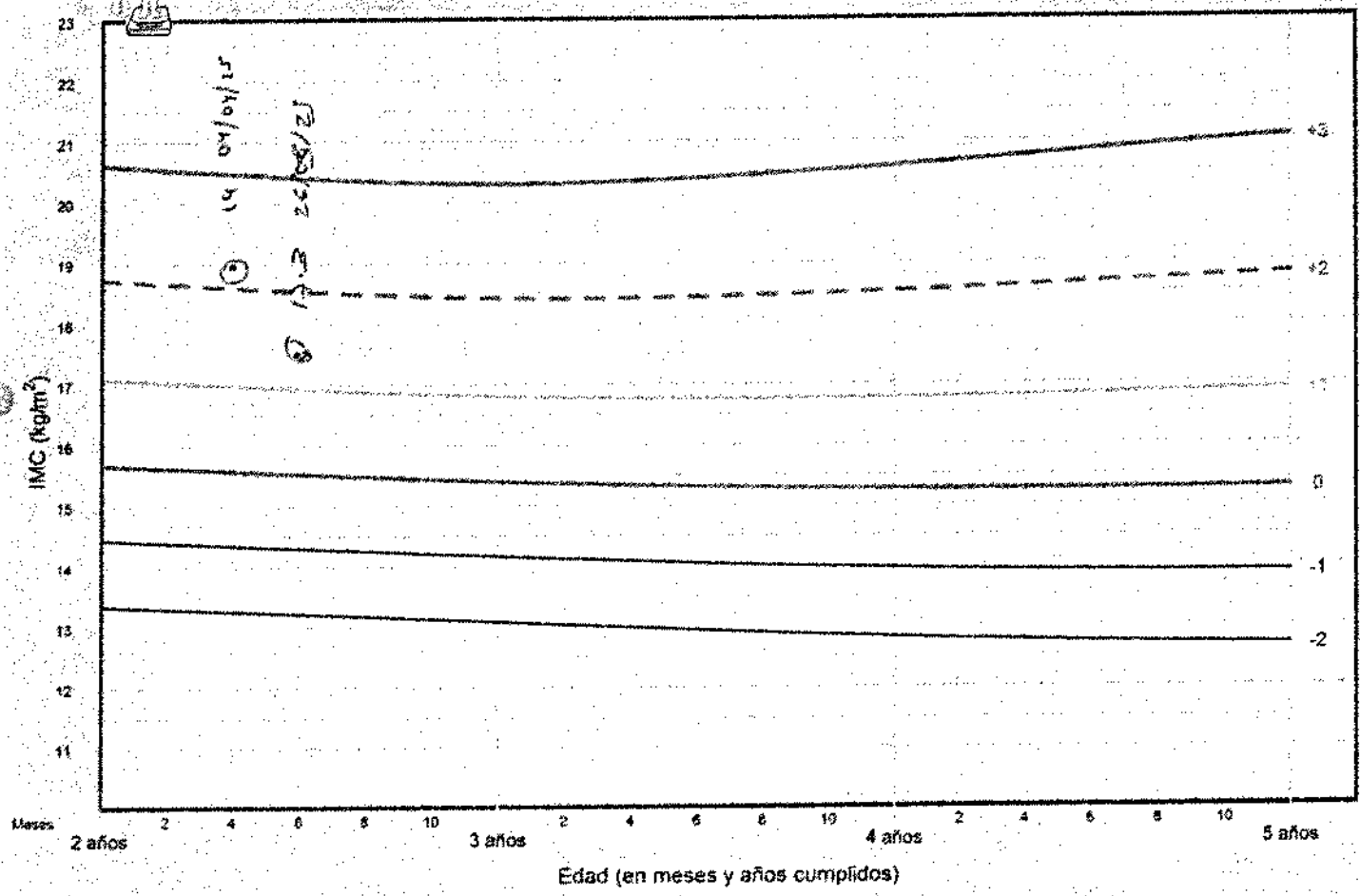
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



9
RV

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
08-07-24	11,5	82	47	16	17.1	23/11/24	Jussa A Vargas
04-04-25	14.4	87	48	18	19	23/05/25	Melva G.
26/05/25	14.5	90	49	18	17.3	29/11/25	Edwin Delgado

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
08	07	2024	Med	✓	
~~23~~ 04	~~NOV~~ 04	2025	Med	✓	
24	11	2025	Med.		

Nombres y Apellidos: Jaloy Isabel Sanc **Tipo identificación:** RC **No. ID:** 1122344,134

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
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
Recién nacido	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	23	11	22	Serum	03771MA0376	H.A.C.P	23	01	23	Correstrina O.
	Hepatitis B	Recién nacido	23	11	22	Serum	0212102A0136	H.A.C.P				
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.°	23	01	23	Biolog	2 1 4 10 14					
	PENTAMENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°	23	01	23		2 8 5 1 Y0 2 2 A					Daniela Cruz R. Tec. Aux en Enfermería CC. No. 1007728227
	PENTAMENTE: Hepatitis B	1.°	23	01	23	Serum	1 1 1 1 1 1 1 1 1					
	PENTAMENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°	23	01	23	GSK	A R 0 1 C 8 5 2 A	FIFLD	Cita 23. Marzo 2023			
	Diarrea por rotavirus	1.°	23	01	23	Pfizer	F R 4 N 0 9 J					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	23	01	23							
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.°	23	03	23	Biothoven	2 2 0 6 0 1 2					Liceth Estrella.
	PENTAMENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	23	03	23	Serum	2 8 3 1 X 0 2 1 D					
	PENTAMENTE: Hepatitis B	2.°	23	03	23	Serum	2 8 3 1 X 0 2 1 D	FSA				Mireya E.
	PENTAMENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°	23	03	23	Serum	2 8 3 1 X 0 2 1 D					Mireya E.
	Diarrea por rotavirus	2.°	23	03	23	GSK	A R 5 1 3 0 2 1 A A					Mireya E.
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	23	03	23	Pfizer	F X 2 5 8 9					Mireya. E
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.°	25	05	23	20908016	2 2 0 8 0 1 0	HSGA				
	PENTAMENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.°	25	05	23	283KO40C	2 8 3 1 X 0 4 0 C	HSGA				Yuri Mario Romero.
	PENTAMENTE: Hepatitis B	3.°	25	05	23	283KO40C	2 8 3 1 X 0 4 0 C	HSGA				
	PENTAMENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°	25	05	23	283KO40C	2 8 3 1 X 0 4 0 C	HSGA				Estefania
	Influenza estacional	1.°	25	05	23	U50523001	U 5 0 5 2 3 0 0 1	HSGA				
7 meses	Influenza estacional	2.°	30	JUNIO	2023	U50523001	U 5 0 5 2 3 0 0 1	HSGA				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	27	NOV	2023	Serum	T 4 9 5 2 5	HSGA				Liceth Estrella.
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	27	NOV	2023	Pfizer	0 1 3 2 N 8 4 3 B	HSGA				
	Varicela	1.°	27	NOV	2023	MSD	Y 0 0 G 5 3 7	HSGA				Mireya Estrella
	Hepatitis A	Única	27	NOV	2023	MSD	W 0 2 7 7 36	HSGA				
	Influenza estacional	Anual	27	MARZO	2024	Buthkuman	2 4 0 0 9 7 9 100	HSGA				
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	1.° Refuerzo	27	MARZO	2024	Biothoven	2 2 3 9 0 0 1	HSGA				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.° Refuerzo	27	MARZO	2024	Serum	2 8 5 2 X 0 1 4 D	HSGA				
	Fiebre amarilla	Única	27	NOV	2023	Biomanguinhos	U 3 2 5 0	HSGA				
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	2.° Refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° Refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	27	MAYO	2024	Serum	0 13 2 NO 3 4A	HSGA				Mireya Estrella
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
Vacunas complementarias y otras dosis												

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

Proxima cita al cumplir 5 años

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

CIUDAD La Dorada FECHA: DÍA 19 MES 05 AÑO 2025 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES: Valeri Isabel APELLIDOS: Senon Gomez .

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122344134

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 23 MES: 11 AÑO: 2022 / EDAD: 2 . años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE: EMSSANAR .

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunacion 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 utero 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 si 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 aprobacion de uso de emergencia y surtió los pasos para la validacion cientifica y sanitaria que permite su aplicacion segura en humanos.

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

No se le aplica por miedo a la Reacción

¿COMO SE APLICA?	Administracion via 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 [ ] ó dosis unica [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamacion de los ganglios (linfacenopatia); 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 mas 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, asi como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

En consecuencia, decido: **ACEPTAR:** _____ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** X que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: _____

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

Nombres DIANA MARCELA Apellidos SENON GOMEZ.

Tipo de Identificacion: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1776204388

Firma: DIANA GÓMEZ

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:	Kelly Jiménez
Firma Kelly J	Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1075682134

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLD

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.

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor



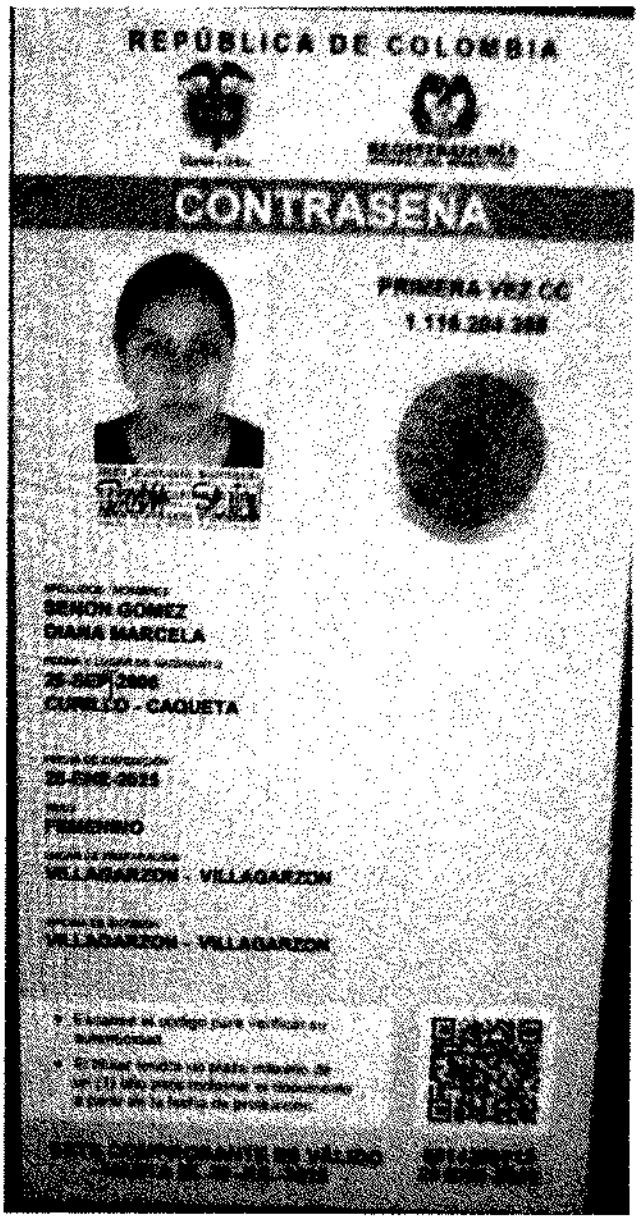
Nombres y apellidos: Valeri Isabel Suron

Doc. de identidad: # 1122349134 · EPS: Emssanar

Teléfono: 3236998279 Domicilio: Jordan Ortiz

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) Ó AÑOS (A)												
			RNAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	36-35 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							1 04-01-25		04-04-2025				
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana							2 04-07-25		04-10-2025				
		Aplicación de sellantes (según criterio)													
	V	Vacunación													

LILIANA [illegible]
AUX. EN SALUD
RES. 8600493-2018


REPÚBLICA DE COLOMBIA
CONTRASEÑA
PRIMERA VEZ C.C.
1.116.284.268
SENON GOMEZ
DIANA MARCELA
28-SEP-2006
CURILLO - CAQUETA
28-SEP-2024
FEMENINO
VILLAGARZON - VILLAGARZON
VILLAGARZON - VILLAGARZON

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, DIANA MARCELA SENON, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.116.204.388, obrando en calidad de:

Padre		Madre	X	Cuidador	

De la niña, niño o adolescente, Valeria Isabel Senon, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI___, CE___, número 1022344134, **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: DIANA SENON
Nombre: DIANA MARCELA SENON
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 323699.8219
Fecha: 01-04-2025
Municipio: San Miguel

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo DIANA SENON Identificado con C.C N° 1.116.204.388 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Valeri Isabel Senon o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mis Angelitos 1, 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.

DIANA SENON
Madre o Acudiente
C.C 1.116.204.388

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 DIANA MARCELA SENON GOMEZ, identificado (a) con documento de identidad número 1.116204.388, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos		Audios		Videos		Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo. Valeri Isabel Senon, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122341134, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos		Audios		Videos		Otros datos personales	

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por fundacion dima de vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa: ELC.

Suscriben:

Firma: DIANA MARCELA
Nombre: DIANA SENON
Calidad - Titular: X Representante legal:
Teléfono de contacto: 3232369982 79
Fecha: 01-04-2025
Municipio: San Miguel

de cero a siempre

18
RV

Ciudad la Dorada

Nombre completo de la niña o niño Valeri Isabel Senón Gomez

Fecha de nacimiento 23 11 2022 **N° Documento de Identidad** 1122344134

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 15 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 Valeri se encuentra en el rango esperado ya que cumple con todos los items fundamentales. acorde a su edad, se continuara fortaleciendo a traves de actividades de diario vivir en la casa con actividades 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 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

Valeri se encuentra dentro de lo esperado teniendo encuenta que ha cumplido con los items de las dimensiones fundamentales que se encuentra en su etapa de edad se continuara fortaleciendo a traves de actividades de diario vivir.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

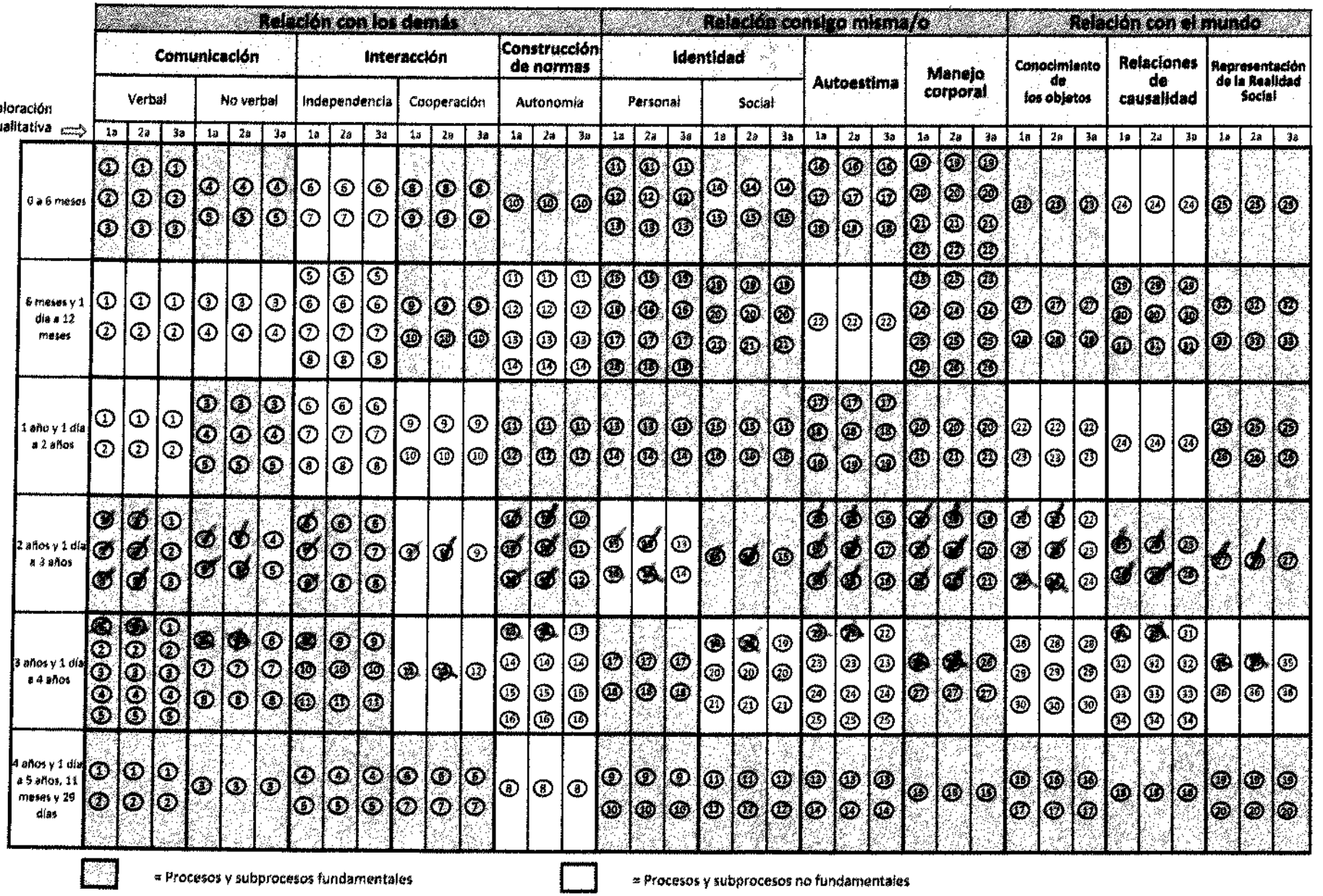
Fecha de resgistro cualitativo

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