Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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 guia 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.) X ___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 GESTION DOCUMENTAL INSCRIPCION Y MATRICULA	Código: FO-GG-012 Versión: 001 Fecha: 25/03 /2025

FECHA SOLICITUD CUPO: 28-04-2025 FECHA INGRESO: 1-05-2025

UDS: Chiquitines del Mañana MUNICIPIO: San Miguel.



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Han Yael Sanchez. Hamam.

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1126462576.

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A.

FECHA NACIMIENTO: 21/03/2025 EDAD: 4 m MUNICIPIO: Puerto Asis.

DEPARTAMENTO: Putumayo. PAIS: colombia. DIRECCION DE RESIDENCIA: V/ monterrey. ESTRATO: N/A. ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: ____ NO: X ¿CUAL?: N/A. MOTIVO DEL RETIRO: ____ PARTICIPA O 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: __ NO: __ PUNTAJE: ____ DESPLAZADO: SI: _ NO: _ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: ____ NO: ____ RED UNIDOS: SI: ____ NO: X

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Vicente Robert Sanchez Merchan. No. IDENTIFICACION: 1204822400 5 DIRECCION RESIDENCIA: V/ monterrey. CELULAR: 3507220413. E.P.S: ____ OCUPACION U OFICIO: Agricultor. EMPRESA DONDE LABORA: N/A. NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: N/A.

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yuliana Mamian Martinez. No. IDENTIFICACION: 1115791691 DIRECCION RESIDENCIA: V/ Monterrey CELULAR: 3502720413. E.P.S: Emssanar. OCUPACION U OFICIO: Estudiante EMPRESA DONDE LABORA: N/A. NIVEL DE ESCOLARIDAD: 11 PROFESIÓN: N/A.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Yuliana Maman M.

NUMERO IDENTIFICACION: 1115791691. CELULAR: 3502720413.

DIRECCION: V/ monterrey. PARENTESCO: Madre.

Yuliana Martinez
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Kelly S.
FIRMA AGENTE EDUCATIVA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
38431875-4

3

61697596

NUIP 1.126.462.576

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61697596

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** V 7 6

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

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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANCHEZ	MAMIAN

Nombre(s)

LYAN YAEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes MAR Día 21	MASCULINO	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	25035710093910

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

MAMIAN MARTINEZ YULIANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.115.791.691	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

SANCHEZ MERCHAN VICENTE ROBERT

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE 1204822405	ECUADOR

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MAMIAN MARTINEZ YULIANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.115.791.691	Yuliana Martinez

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2025 Mes ABR Día 02	CARMEN PATRICIA CASANOVA YANDI Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

ESTA REPRODUCCION FOTOSTATICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURIA

ENTREGADO 02 ABR 2025

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Sisbén

Registro válido

B1

Fecha de consulta: 23/10/2025

Ficha: 86757675477800000009

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LYAN YAEL

Apellidos: SANCHEZ MAMIAN

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1126462576

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/08/2025

Última actualización ciudadano: 22/10/2025

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 Liberi

Teléfono: 4210537 - 32131387

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov

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	1126462576
NOMBRES	LYAN YAEL
APELLIDOS	SANCHEZ MAMIAN
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	VALLE DEL GUAMUEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	21/03/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/01/2025 19:41:52	**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

E.S.E.
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús

CARNET DE crecimiento y desarrollo



Nombres:	Lyan Yael
Apellidos:	Sanchez Mamian
Fecha de nacimiento:	29/03/25
Lugar de nacimiento:	Pto. Asís
Identificación:	1126462578
Barrio/Vereda:	V. San Francisco
Responsable del niño:	Yuliana Martinez
N° de teléfono:	3507220473
E.P.S:	Emssanar
Grupo sanguineo:	O+.

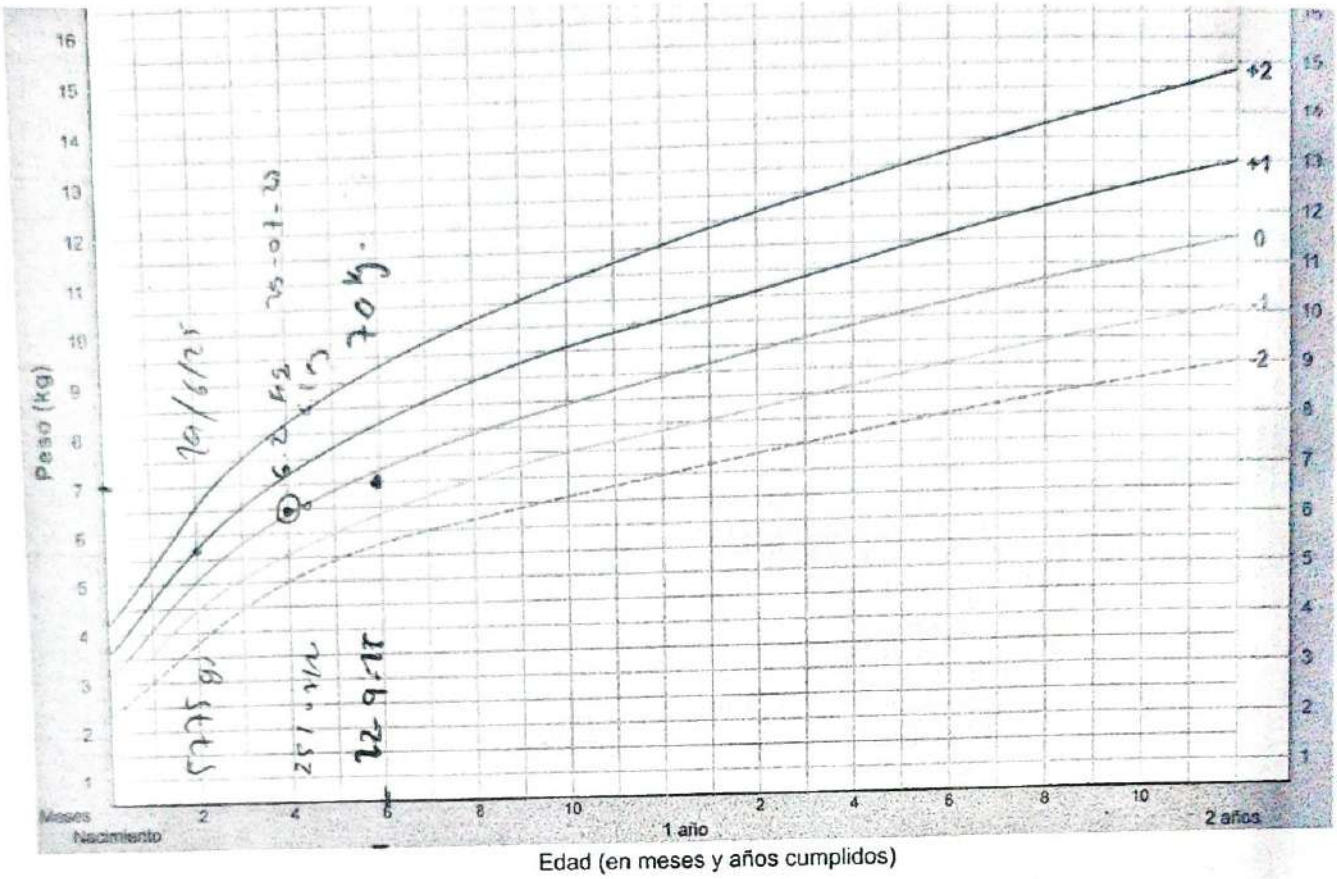
¡Mamita Segura! Lo mejor de nosotros para ti

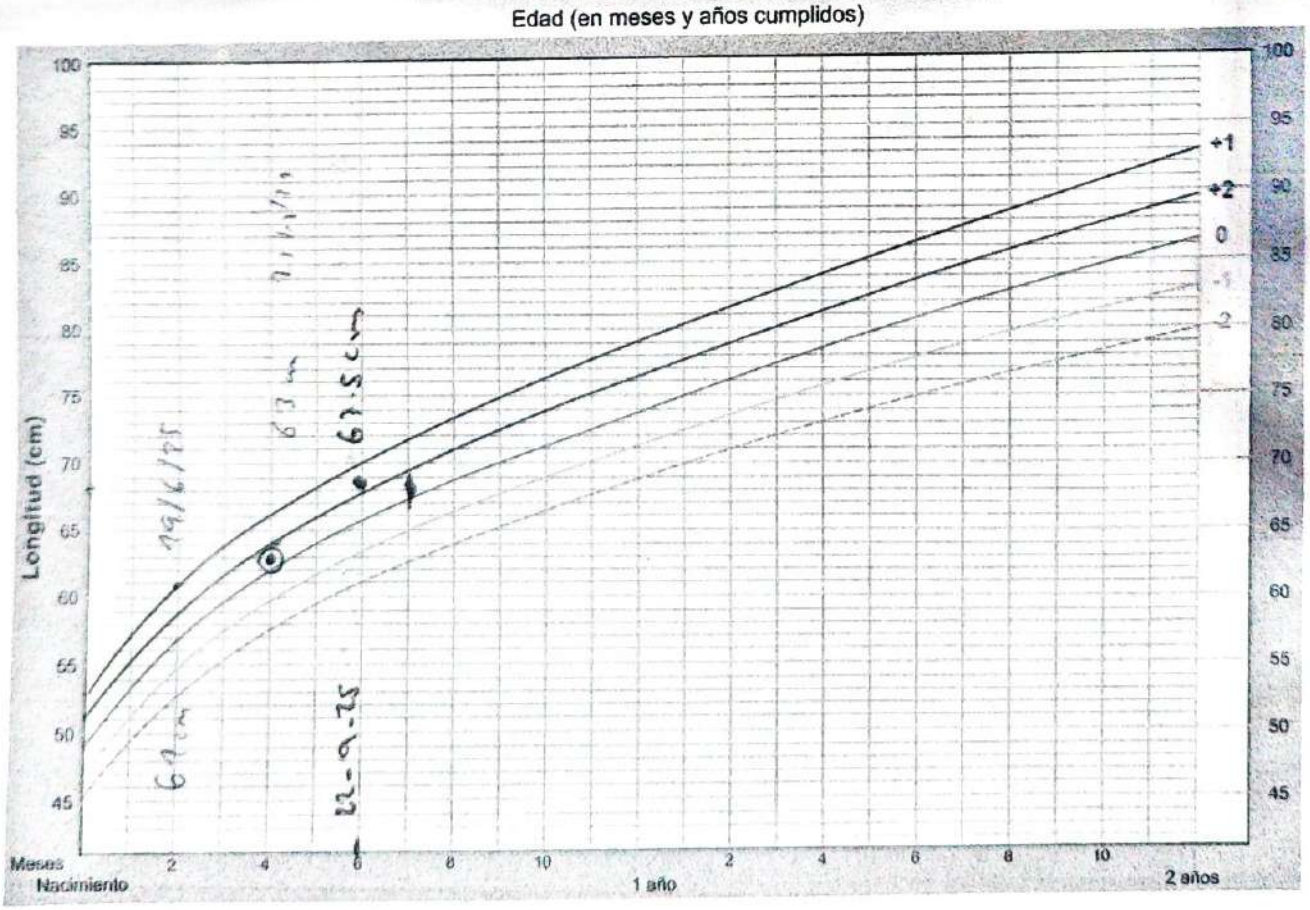
IAMI INSTITUCIÓN AMIGA DE LA MUJER Y LA INFANCIA

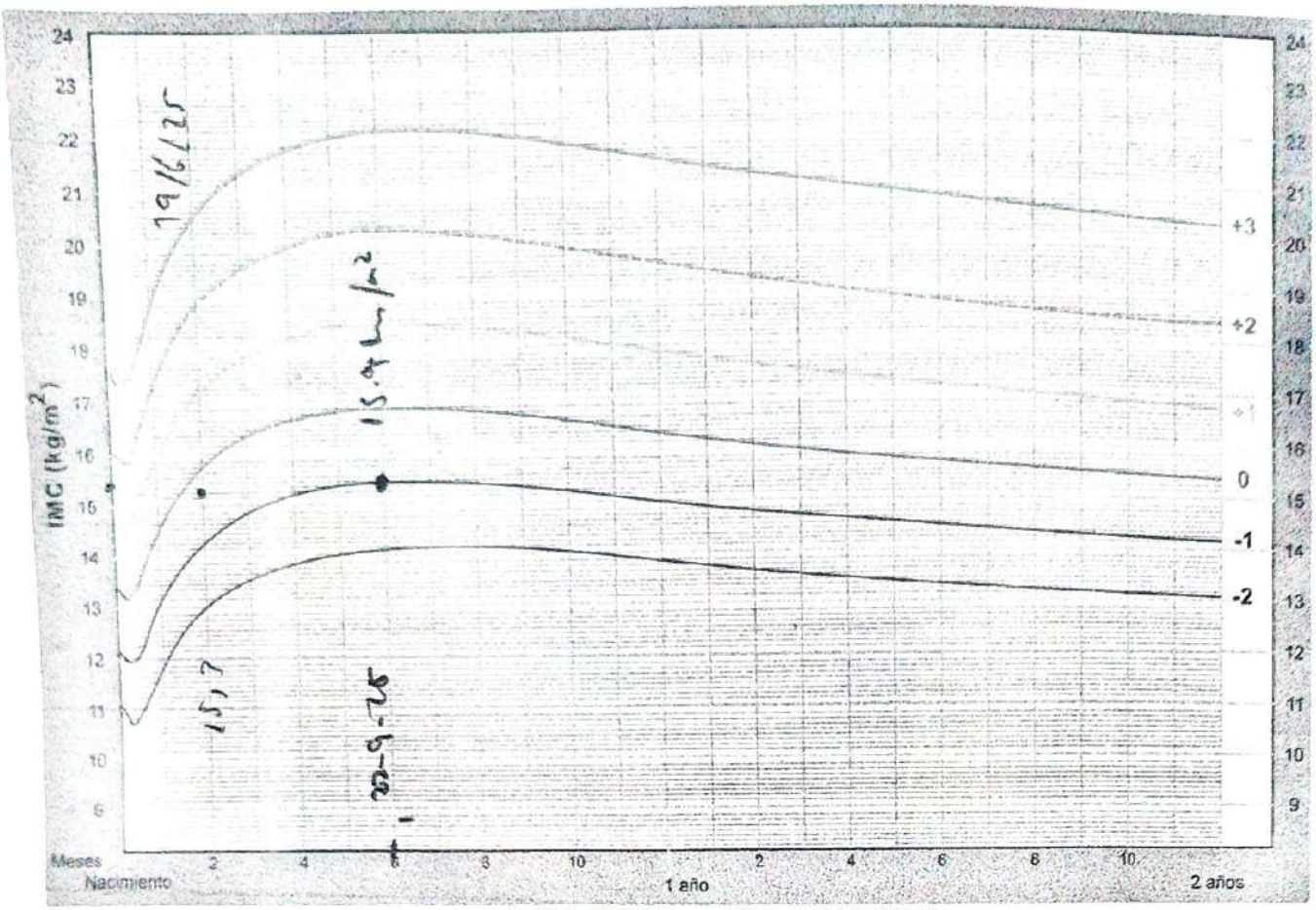
AIEPI Porque mi vida hoy que protegerla hoy

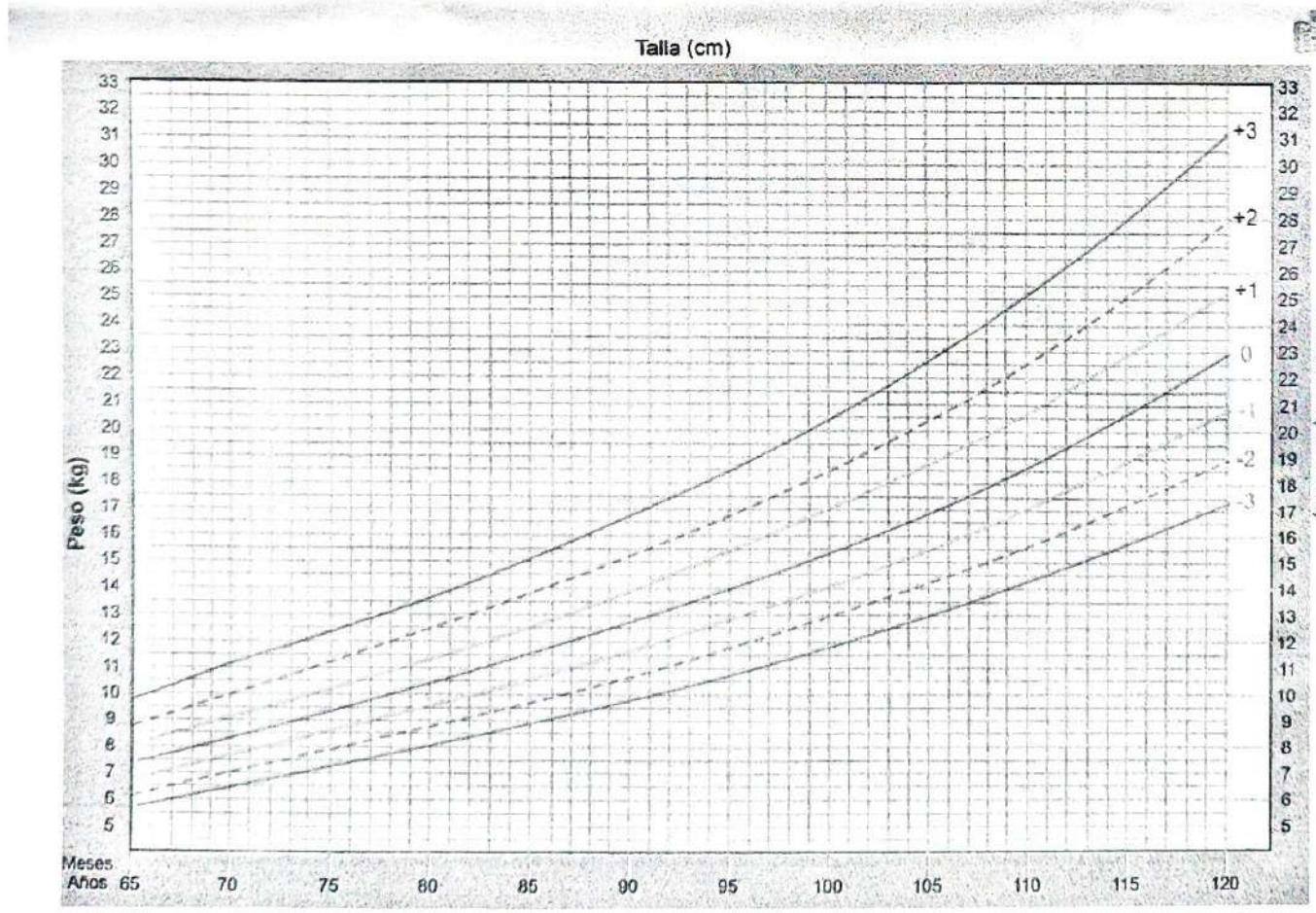
Perímetro cefálico Niños
Puntuación Z (0 a 5 años)
Perímetro cefálico (cm)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
22-9-25
79/6/25
@ 92cm 25-07-25
43.5 cm

Peso para la Talla Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Longitud (cm)
22-9-25
79/6/25
@ 94cm 25-07-25 6.1kg 63cm
P.P.D.P 6.5-7kg


Peso para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
+2
+1
0
-1
-2
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)


Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
Longitud (cm)
+1
+2
0
-1
-2
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)


IMC para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
IMC (kg/m²)
19/6/25
15.4 kg/m²
15,7
20-9-25
+3
+2
+1
0
-1
-2
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (meses y años cumplidos)


Peso para la Talla Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Talla (cm)
Peso (kg)
+3
+2
+1
0
-1
-2
-3
Meses
Años
65
70
75
80
85
90
95
100
105
110
115
120

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
25	Julio	2025	11:00am	Hola	
22	Sept	2025	8:00am	Jefe	
23	Dic	2025	8:00am	Jefe	

11
RN

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud



Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Lyan Yael Sanchez Maman

X R.C	TI	OTRO

Tipo de Documento: 1.126462578 — No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 21 DIA | 03 MES | 2025 AÑO

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: O Rh: Positivo

Peso al nacer: 3165 Talla: 49 Semanas 38.5

Dirección: v1 San Francisco

Teléfono 1: 3507220413

Teléfono 2:

Responsable: Yuliana Maman Martinez

Municipio de residencia: Valle de Guamuez

Departamento: Putumayo

Tipo de Indentificación CC No. ID:

Edad	Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número Lote	IPS vacunadora
Recién Nacido						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐		
	BCG	Única	21	03	25	Serum	0373MA117	HACP
	Hepatitis B	Recién nacido	21	03	25	Serum	0323Q024d	HACP
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐		
	Poliomielitis	1ª	09	Junio	2025	Biologicals	2406CO7	ESE HSCJ
	*Pentavalente	1ª	09	Junio	2025	Serum	2853X021F	ESE HSCJ
	Rotavirus	1ª	09	Junio	2025	GSK	AROLE074AE	ESE HSCJ
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	09	Junio	2025	Pfizer	HJ5277	ESE HSCJ
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐		
	Poliomielitis	2ª	09	Agosto	2025	Biologicals	2A23003	ESE HSCJ
	Pentavalente	2ª	09	Agosto	2025	Serum	2854X013E	ESE HSCJ
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	09	Agosto	2025	Pfizer	HW2963	ESE HSCJ
	Rotavirus	2ª	09	Agosto	2025	Biologicals	AROLE075AA	ESE HSCJ
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐		
	Poliomielitis	3ª	14	Oct	2025	Biologicals	2423003	ESE HSCJ
	Pentavalente	3ª	14	Oct	2025	Serum	2854X013E	ESE HSCJ
	Influenza estacional	1ª	14	Oct	2025	Sanofi P.	U8666BA	ESE HSCJ
7 meses	Influenza estacional	2ª	14	NOV	2025	Segirus	P100792794	ESE HSCJ
12 meses	Sarampión, Rubéola, Paperas	1ª						
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo						
	Varicela	1ª						
	Hepatitis A	Única						
	**Influenza estacional	Anual						
18 meses	Poliomielitis	1er Refuerzo						
	Pentavalente	1er Refuerzo						
	Sarampión, Rubéola, Paperas	Refuerzo						
	***Fiebre Amarilla	Única						
5 años	Poliomielitis	2do Refuerzo				proxima cita para 9 meses		vacuna
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo						
	Varicela	Refuerzo						
A partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH) Tetra ☐ Nona ☐							
Sin rango de edad	Covid-19							

12
PM

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

NIT. 846.002.309-9

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos · Minsalud

CIUDAD San Miguel - la Dorada FECHA: DÍA 16 MES 10 AÑO 2025 HORA: 9:00am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Lyan Yael APELLIDOS Sanchez Ipamian

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1126262576

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 21 MES: 03 AÑO: 2025 / EDAD: 7m. años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar

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

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá 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 aplicación segura en humanos.

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

madre no autoriza porque dice que le da miedo

¿CÓMO 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 [ ] ó dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de 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: Yuliana M.

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

Nombres Yuliana Martinez. Apellidos Martinez.

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1115791691

Firma: x Yuliana M.

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar _____, identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐

OTRO ☐ Numero _____ 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

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Nombres y apellidos del vacunador: Eduard Ipial

Firma: Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004768431

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HF 10.

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel

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

Hospital de Alta Complejidad
del PUTUMAYO
Tu salud, nuestro compromiso

13
E/V

EXAMEN DE POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TALLO CEREBRAL DE MADURACIÓN (ABR AUTOMATIZADO)

NOMBRE: HIJO DE YULIANA MAMIAN MARTINEZ					**ID:** 1115791691
EPS: EMSSANAR E.P.S S.A.S - SUBSIDIADO 2025					**F.N:** 21/03/2025
SEXO:	M	X	F		**EDAD:** 1 día
UBICACIÓN: HOSPITALIZACION III					**FECHA EXAMEN:** 23-03-2025

Se realiza atención bajo Protocolos de Bioseguridad.

DETALLE DEL EXAMEN FÍSICO GENERAL: Pabellones Auriculares en cuanto a morfología, tamaño e implantación normal bilateral. Al igual que Conductos Auditivos Externos.

PRUEBA UTILIZADA: EXAMEN DE POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TALLO CEREBRAL DE MADURACIÓN. (ABR AUTOMATIZADO). Se exploran ambos oídos monoauricularmente con oliva y electrodos acorde al Conducto Auditivo Externo del bebé.

FACTORES DE RIESGO: pop de cesárea (21/03/2025 +hora de nacimiento: 13+58 hr) desproporción cefalopelvica por pelvis estrecha + estado fetal no satisfactorio

RESULTADO DE LA PRUEBA: Pasa la Prueba en Ambos Oídos.

HALLAZGOS: Onda V replicable, sugiriendo maduración auditiva acorde a edad.

RECOMENDACIONES:

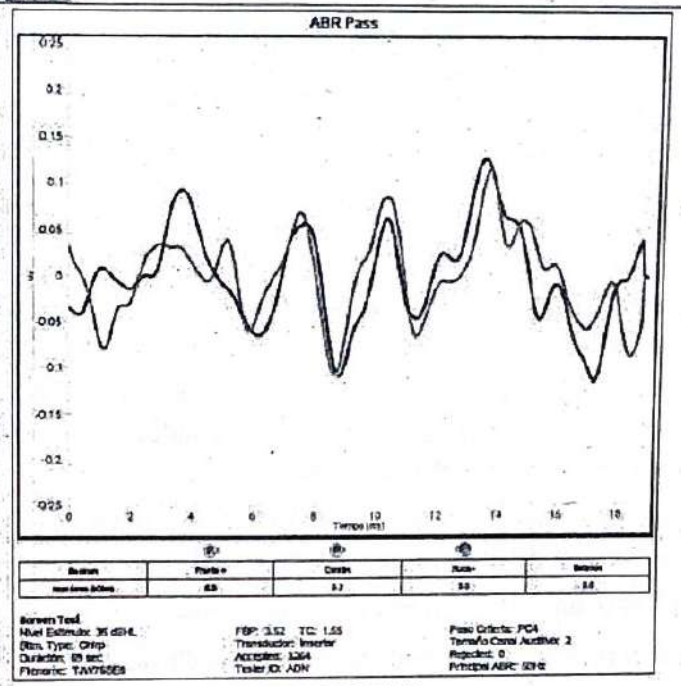
- Estar atento al desarrollo auditivo y del lenguaje del menor
- Si observa conducta que indique no oye bien, consulte inmediatamente al médico y realice estudio auditivo para descartar o confirmar.

NOTA: Teniendo en cuenta la Resolución 3280 de 2018 "Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación". Así mismo, la Ley 1980 de 2019 "por medio de la cual se crea el programa de Tamizaje neonatal en Colombia, en su Artículo 3 "Derecho al tamizaje neonatal. A partir de la entrada en vigencia de la presente ley el Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizará que de manera progresiva, obligatoria y gratuita, a todo recién nacido vivo se le realice mínimamente un tamizaje neonatal básico, auditivo y visual enmarcado dentro de los lineamientos de salud pública y del modelo de prestación en redes integrales de atención en salud y de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social."

Dr. Oscar Aguas
FONOAUDIOLOGO
ESP. EN AUDIOLOGIA
REG. 11-02049

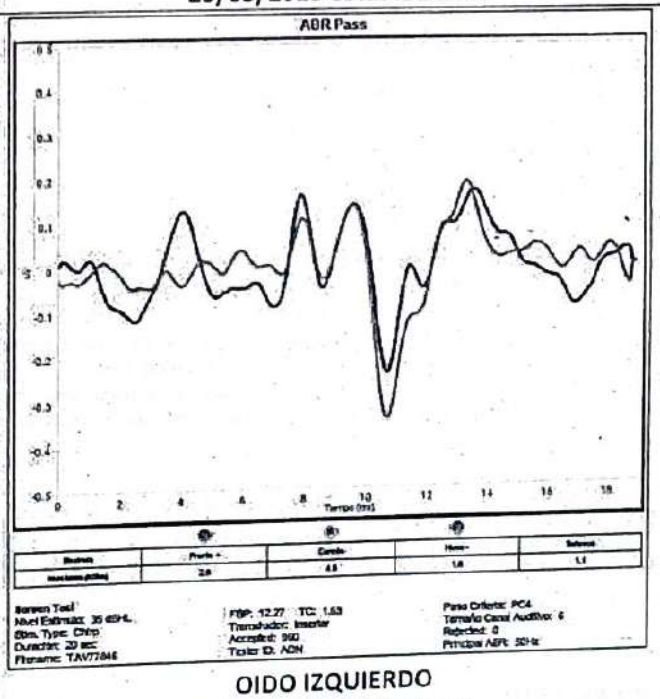
DR. OSCAR EDUARDO AGUAS AGUAS
FONOAUDIOLOGO
ESP. EN AUDIOLOGÍA
REG. 1102049

Hospital de Alta Complejidad
del PUTUMAYO
Tu salud, nuestro compromiso



OIDO DERECHO

23/03/2025 09:27:32 a.m.



OIDO IZQUIERDO

23/03/2025 09:33:52 a.m.

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.115.791.691



Apellidos
MAMIAN MARTINEZ

Nombres
YULIANA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
F

Fecha de nacimiento
15 NOV 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BELEN DE LOS ANDAQUIES (CAQUETA)

Fecha y lugar de expedición
07 ENE 2025, VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)

Firma
Juliana Martinez

Fecha de expiración
08 ENE 2035

.CO

071943880

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL071943880064028<<<<<<<<<<<
0611154F3501081COL1115791691<1
MAMIAN<MARTINEZ<<YULIANA<<<<<<

CÉDULA DE IDENTIDAD

REPÚBLICA DEL ECUADOR

DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL, IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN

APELLIDOS
SANCHEZ MERCHAN

CONDICIÓN CIUDADANIA



NOMBRES
VICENTE ROBERT

NACIONALIDAD
ECUATORIANA

FECHA DE NACIMIENTO
22 FEB 1981

LUGAR DE NACIMIENTO
MANABI PAJAN
PAJAN

FIRMA DEL TITULAR
Sánchez V.

SEXO
HOMBRE

No. DOCUMENTO
096918178

FECHA DE VENCIMIENTO
23 OCT 2034

NAT/CAN
505861

NUI.1204822405

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
SANCHEZ COBOS JOSE JACOBO

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
MERCHAN PITA MARGARITA DE JESUS

ESTADO CIVIL
SOLTERO

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN
LAGO AGRIO 23 OCT 2024

DIRECTOR GENERAL

CÓDIGO DACTILAR
V333312222

TIPO SANGRE **O+**

DONANTE
No donante

I<ECU096918178<<<<<1204822405
8102221M3410233ECU<NO<DONANTE7
SANCHEZ<MERCHAN<<VICENTE<ROBER

CONTROL DE CITAS

Este carné es un documento de identificación como usuario de los servicios del Hospital; trátelo con cuidado y no lo pierda pues su duplicado tiene un valor de $2.000

Debe ser puntual en el cumplimiento de su cita de Higiene Oral. Si no se presenta en la hora fijada perderá su turno y tendrá que sacar una nueva cita.

De la asistencia a su cita depende del éxito del tratamiento.

Si por atender a un usuario de cuidado urgente, usted sufre alguna demora en ser atendido, rogamos nos excuse.

Excelencia y Servicio a la Comunidad

E.S.E.
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús



CARNÉ DE ODONTOLOGÍA

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Ivan

DOC. DE IDENTIDAD: 1126462578 | EPS / ARS: 118

DOMICILIO:

¡Una buena higiene oral para una salud total!

PRÓXIMA CITA	PRÓXIMA CITA
05-11-2025	

Dra. Tranny López R.
ODONTÓLOGA
C.C. 1126459022

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Yuliana Mamian M. Identificado con C.C N° 1115791691 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Lyan Yael Sanchez M. o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Chapinero del mañana, me comprometo a cumplir con los siguientes lineamientos:

1. Llevar personalmente o enviar con un adulto responsable debidamente autorizado, al niño o niña al encuentro en el horario establecido.
2. En caso de inasistencia, se debe diligenciar una excusa por una justa causa, dirigida a la maestra responsable de la unidad con anticipación.
3. En caso de que el usuario tenga cita o control médico, informar con anticipación a la maestra responsable para su registro.
4. Cuando el usuario vaya a llegar tarde al encuentro por una justa causa informar oportunamente a la maestra.
5. Participar y colaborar en todas las actividades programadas por la unidad comunitaria de atención, y el servicio ofrecido por el ICBF y la Fundación Alma de vida, pues estas son con el objetivo de mejorar la atención del niño o niña y sus familias.
6. Cuando tenga alguna queja, reclamo o sugerencia, seguir el CONDUCTO REGULAR: Maestra, Psicosocial o Auxiliar de enfermería, coordinador, Fundación e ICBF, teniendo en cuenta:
   - ✓ Hacerlo en el momento en el que ocurra el motivo o causa de la queja, reclamo o sugerencia.
   - ✓ Hacerlo con respeto, buenos modales y fines constructivos, que contribuyan al mejoramiento del servicio que ofrece a unidad de atención.
   - ✓ Tratarlo sólo en unidad, con la persona que corresponda de acuerdo al Conducto Regular y nunca hacer comentarios dañinos en la calle.
   - ✓ También se puede hacer a través del Buzón de Sugerencias.
7. Revisar los complementos nutricionales en el momento de entrega por parte de la maestra y reportar inmediatamente si se presenta novedades.

Se firma en San Miguel, a los 24 Días del mes de 07 del Año 2025.

Yuliana Mamian
Madre o Acudiente
C.C 1115791691

	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 Cyan Yael Sanchez Flamian identificado (a) con documento de identidad número 1176462596 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, Juliana Flamian Martinez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1152711691, 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 hicieren el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por Fundación Alma de Vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa: EIC.

Suscriben:

Firma: Juliana Martinez
Nombre: Juliana Flamian
Calidad - Titular: ✓ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3507220413
Fecha: 24-09-2025 7220413
Municipio: San Miguel

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL _ SERVICIO EIC

NOMBRE DE LA MAESTRO (A): UBICACIÓN SALÓN:

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: IDENTIFICACIÓN: FECHA DE NACIMIENTO: / /

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISO
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN					
05-06-25	X			2:15	Se recuerda a la madre la importancia de vacunas para evitar enfermedades inmoprevenibles. A la fecha se encuentra con esquema incompleto. Madre recibe en los proximos dias colocarse el dia.	Juliana M.	Ruth Estella	Sensibilizacion Sobre importancia de las vacunas	El dia 09 de junio Con la dias de lactancia garantiza esquema de Vacunacion correspondiente a los de meses con cita programada 9 de agosto para vacunas de los 4 meses	Garantizar esquema de vacunacion en las fechas asignadas
22-05-2025	+				Realizamos Dialogo con la Madre de familia donde le preguntabamos como esta de salud el niño. El Cual nos da a conocer que ella se Alimenta Con Alimentos Adecuados para el C y D. del niño en la atencion lactancia	Juliana M. /	Stella Cusiyuve Q.	Orientamos a la Madre de Familia quien nos da conocer que ella Tiene buenos habitos de Alimentos Adecuados para el Cuidado de Brindarle la Lactancia al bebe para que le baje una buena produccion para el C y D. del niño. Le damos a conocer una buena Hidratacion *Realizamos Seguimiento Nutricional peso y Talla Mensualmente para saber como se encuentra de salud.		Madre esta comprometida a seguirnos Informando sobre el niño ya que le gusta una buena Lactancia Materna. Caromos Acuerdos y Abuse Cuidado Rouse...

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad: San Miguel Potrerillos

Nombre completo de la niña o niño: Juan Gael Sanchez Mamian

Fecha de nacimiento: 21 03 2025 N° Documento de Identidad: 1126462578

Sexo: Masculino ⊗ Femenino ○ Fecha de 1er día de atención en el año: 15 03 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador: Kelly Sanchez.

Fecha de registro cualitativo: 18 08 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

El niño Juan es un niño que mira con atención cuando alguien le habla, sonríe cuando alguien le sonríe, responde con balbuceo es un niño muy atento que para la edad que tiene realiza todas las actividades acordes al rango de su edad, y etapa de desarrollo.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador: Kelly Sanchez.

Fecha de registro cualitativo: 19 11 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

El niño Juan es un niño que asocia palabras con personas u objetos, usa gestos para indicar que algo le gusta, juega solo por periodos cortos es un niño que realiza todas las actividades acordes al rango de su edad.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador:

Fecha de resgistro cualitativo: Día Mes Año

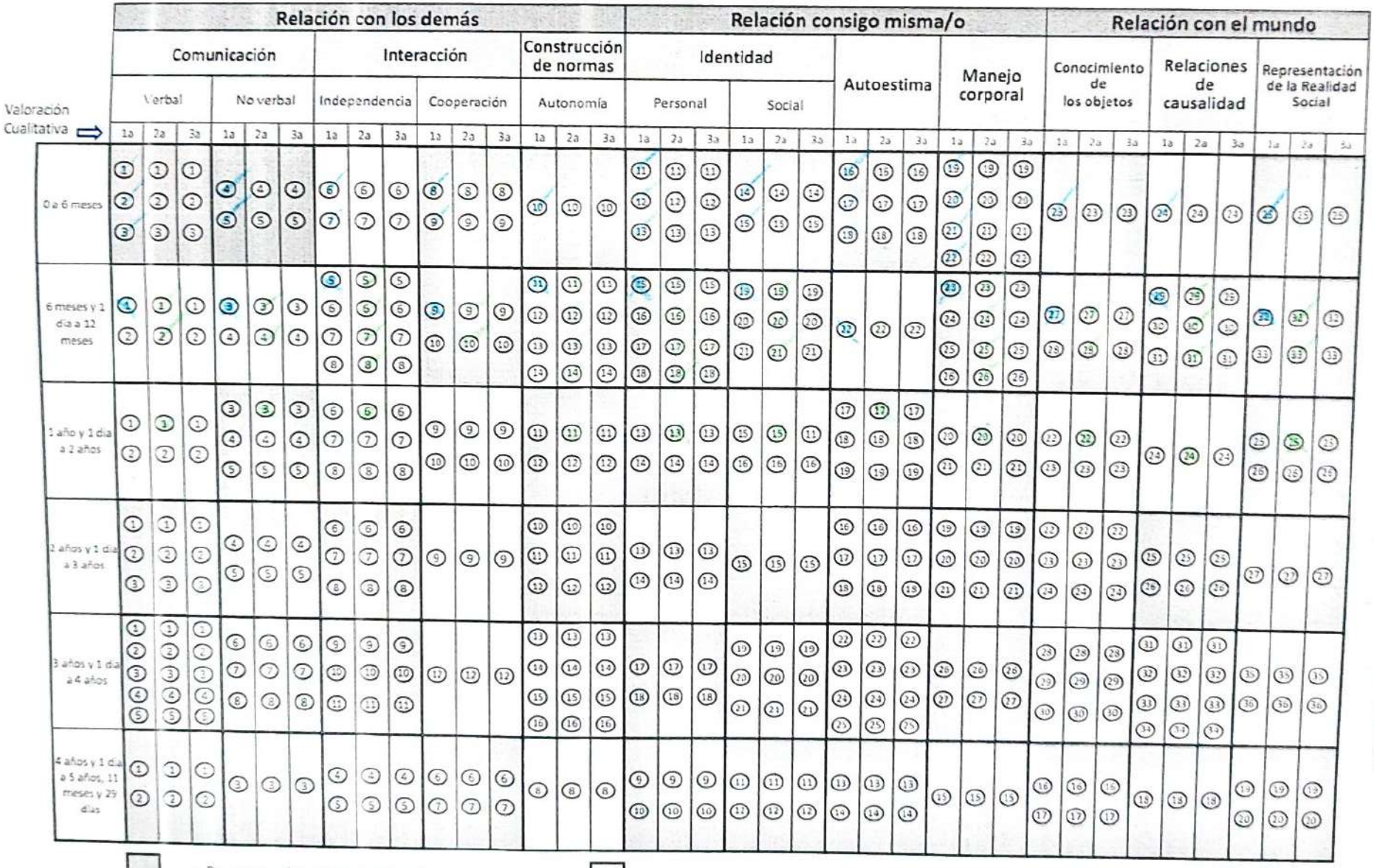
Rango de edad: 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa: [ ]

Perfil de desarrollo: Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

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


Relación con los demás
Comunicación
Interacción
Construcción de normas
Relación consigo misma/o
Identidad
Autoestima
Manejo corporal
Relación con el mundo
Conocimiento de los objetos
Relaciones de causalidad
Representación de la Realidad Social
Verbal
No verbal
Independencia
Cooperación
Autonomía
Personal
Social
Valoración Cualitativa
1a 2a 3a
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
= Procesos y subprocesos fundamentales
= Procesos y subprocesos no fundamentales