Fundación
Alma de Vida
Fortaleciendo capacidades 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 guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar _X_ en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización)<br>___SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7)<br>___Pertenecientes a Res UNIDOS<br>___Pertenecientes a Familias en Acción<br>___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición<br>___Remitidos por SNBF<br>___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado)<br>___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.)<br>___Niños y niñas con discapacidad.<br>___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión.<br>___Población migrante en condición de vulnerabilidad.<br>___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 MUNICIPIO: San Miguel.



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Alicee Mailen Gomez Bolina

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1122343852

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

N/A

FECHA NACIMIENTO: 12-09-2021 EDAD: 3 años MUNICIPIO: San Miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

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

¿CUAL?: _____ MOTIVO DEL RETIRO: N/A

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

EPS DEL PARTICIPANTE: Mallamas SUBSIDIADO: X 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: Dario Yodan Gomez Cantico

No. IDENTIFICACION: 1006988828 DIRECCION RESIDENCIA: Vl San Antonio

CELULAR: 3504791141 E.P.S: Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: N/A

**DATOS DE LA MADRE**

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 N/A

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Dario Yodan Gomez Cantico

NUMERO IDENTIFICACION: 1006988828 CELULAR: _____

DIRECCION: Vl San Antonio PARENTESCO: Padre.

DARIO GOMES
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Beverly Acheruza
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**NUIP** 1.122.343.852

**Indicativo Serial** 61322365

*61322365*

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código**

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL LA BARANA - COLOMBIA - [illegible]

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| GOMEZ | OTINA |

**Nombre(s)**

[illegible]

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año [illegible] Mes [illegible] Día [illegible] | [illegible] | | |

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

[illegible]

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| [illegible] | [illegible] |

**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**

[illegible]

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| [illegible] | [illegible] |

**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**

[illegible]

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| [illegible] | [illegible] |

**Datos del declarante**

**Apellidos y nombres completos**

[illegible]

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| [illegible] | DARÍO GOMEZ |

**Datos primer testigo**

**Apellidos y nombres completos**

[illegible]

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| [illegible] | [illegible] |

**Datos segundo testigo**

**Apellidos y nombres completos**

[illegible]

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| [illegible] | CARLOS CARRIZOS |

| Fecha de Inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año [ ] Mes [ ] Día [ ] | Nombre y firma |

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 | 1122343852 |
| NOMBRES | ALICEE MAILEN |
| APELLIDOS | GOMEZ BOTINA |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | PUTUMAYO |
| MUNICIPIO | SAN MIGUEL |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI | SUBSIDIADO | 25/01/2023 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| Fecha de Impresión: | 07/07/2025 16:24:50 | 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**,

Sisbén

Registro válido

A2

**Fecha de consulta:** **28/04/2025**

**Ficha:** **86757674952700007676**

**Pobreza extrema**

DATOS PERSONALES

**Nombres:** **ALICEE MAILEN**

**Apellidos:** **GOMEZ BOTINA**

**Tipo de documento:** **Registro civil**

**Número de documento:** **1122343852**

**Municipio:** **San Miguel**

**Departamento:** **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

| | |
|---|---|
| **Encuesta vigente:** | **12/06/2024** |
| **Última actualización ciudadano:** | **12/06/2024** |
| **Última actualización via registros administrativos:** | **13/06/2024** |

***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 Liber** |
| **Teléfono:** | **4210537 - 32131387** |
| **Correo Electrónico:** | **sisben@sanmiguel-putumayo.gov** |

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos.

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector

# CARNET DE CONTROL

## NIÑO Y NIÑA

...SANOS

**MIS DATOS:**

Nombres:
Alice Mailen

Apellidos:
Gomez Boting

Fecha de nacimiento:
12-09-2021

Historia Clínica:
1122343852

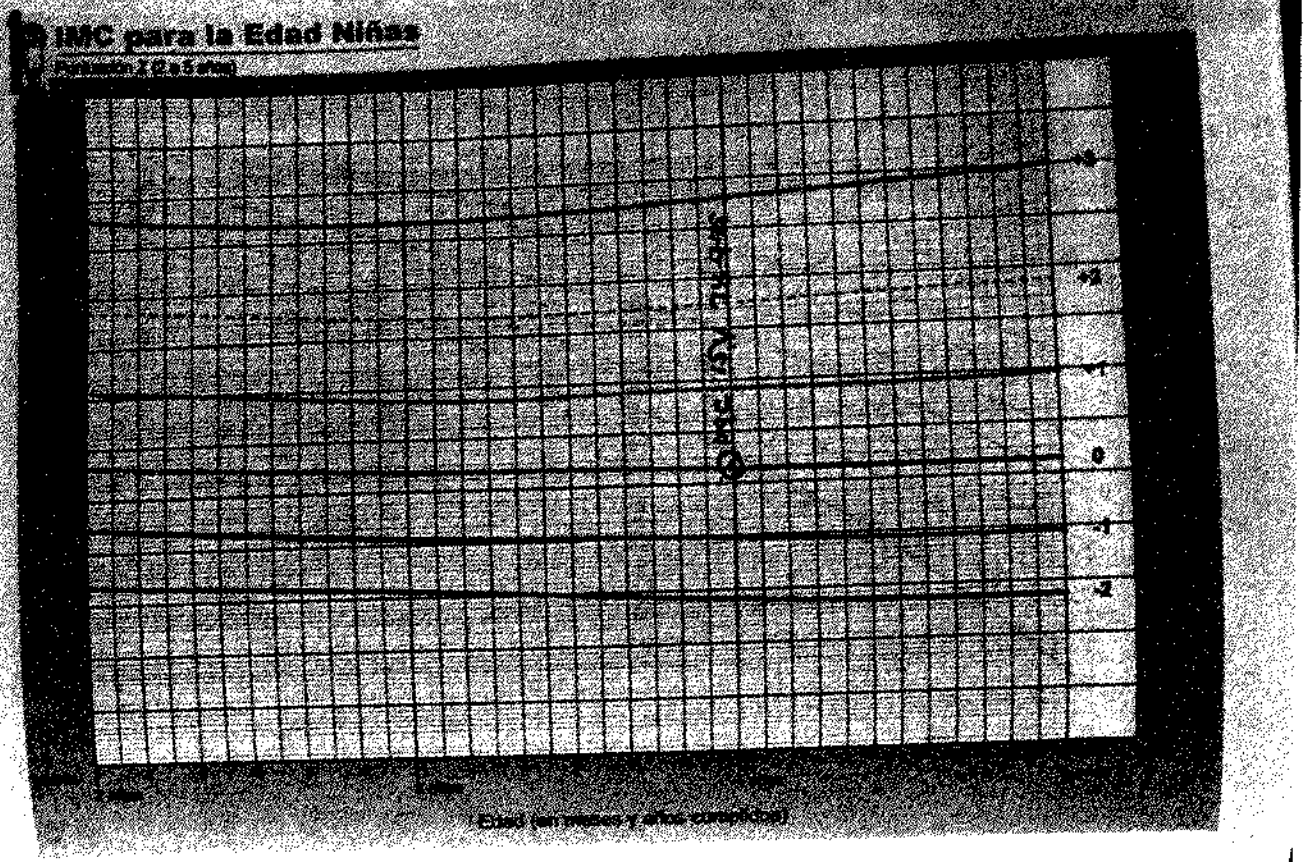
Barrio / Vereda:
San Antonio

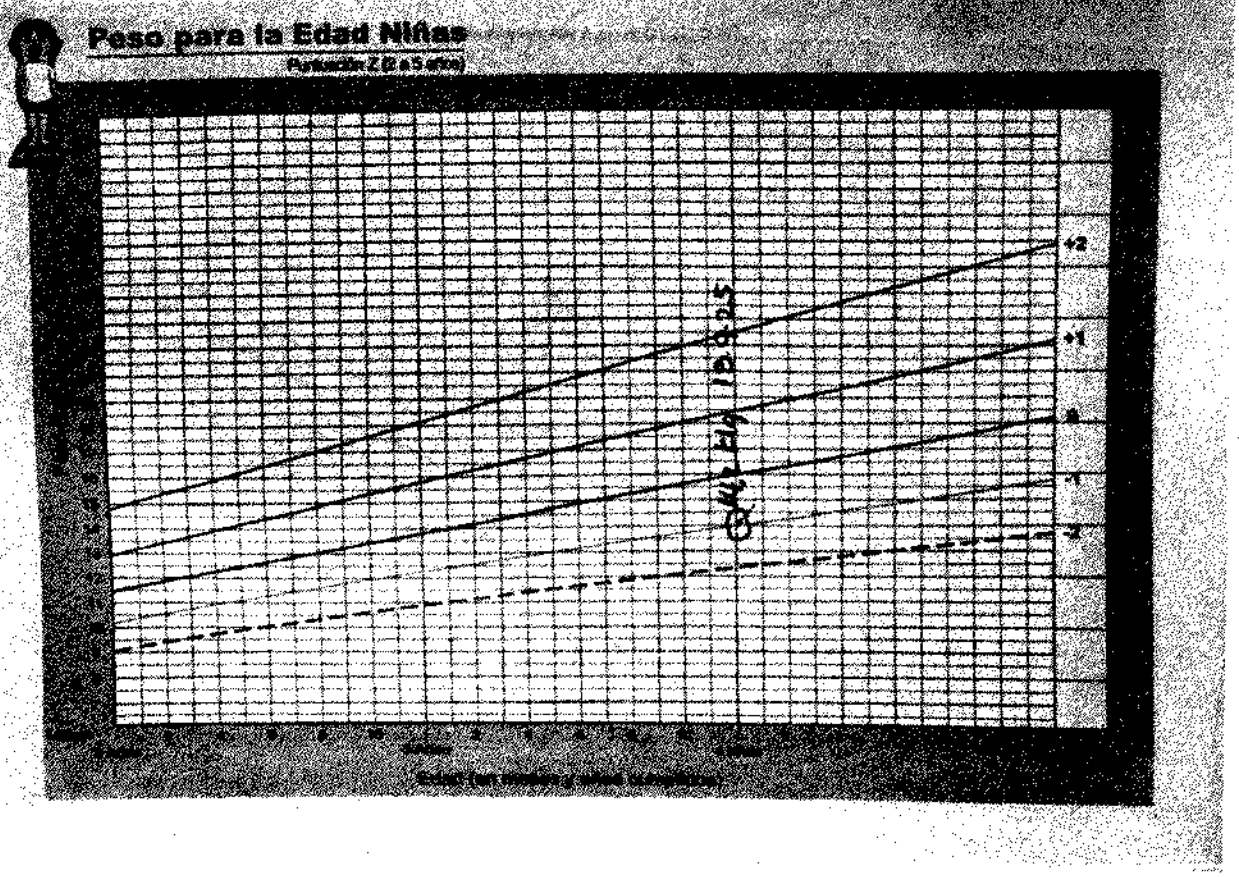
Responsable del niño (a):
Deyy Boting

Teléfono:
323 7743599

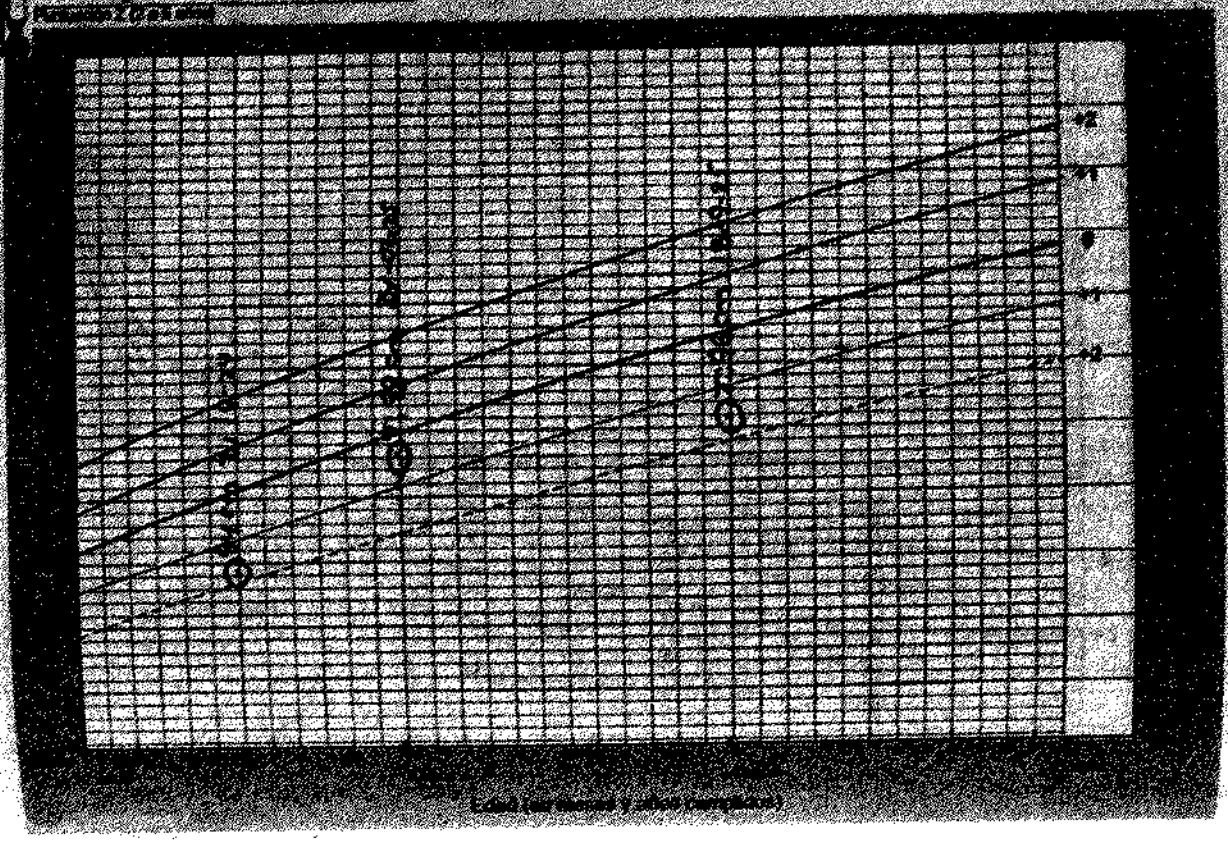
EPS:
Mallamas



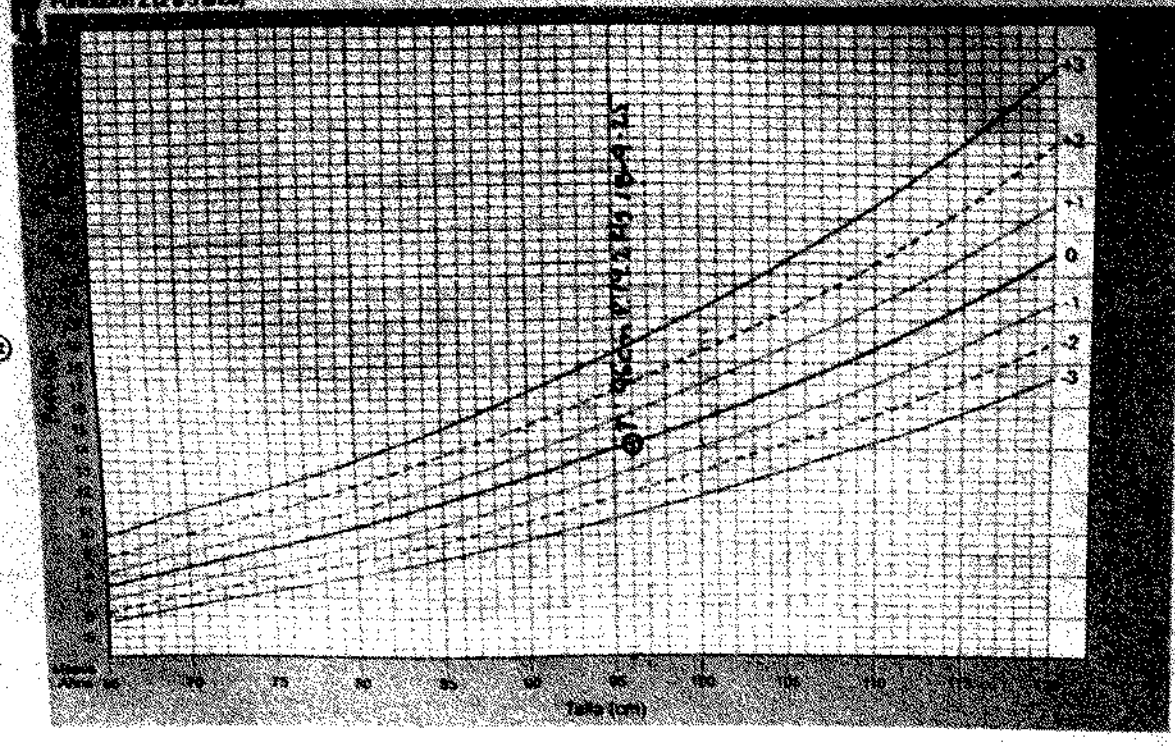

IMC para la Edad Niñas
Percentiles (2 a 5 años)
+2
+1
0
-1
-2
Edad (en meses y años cumplidos)

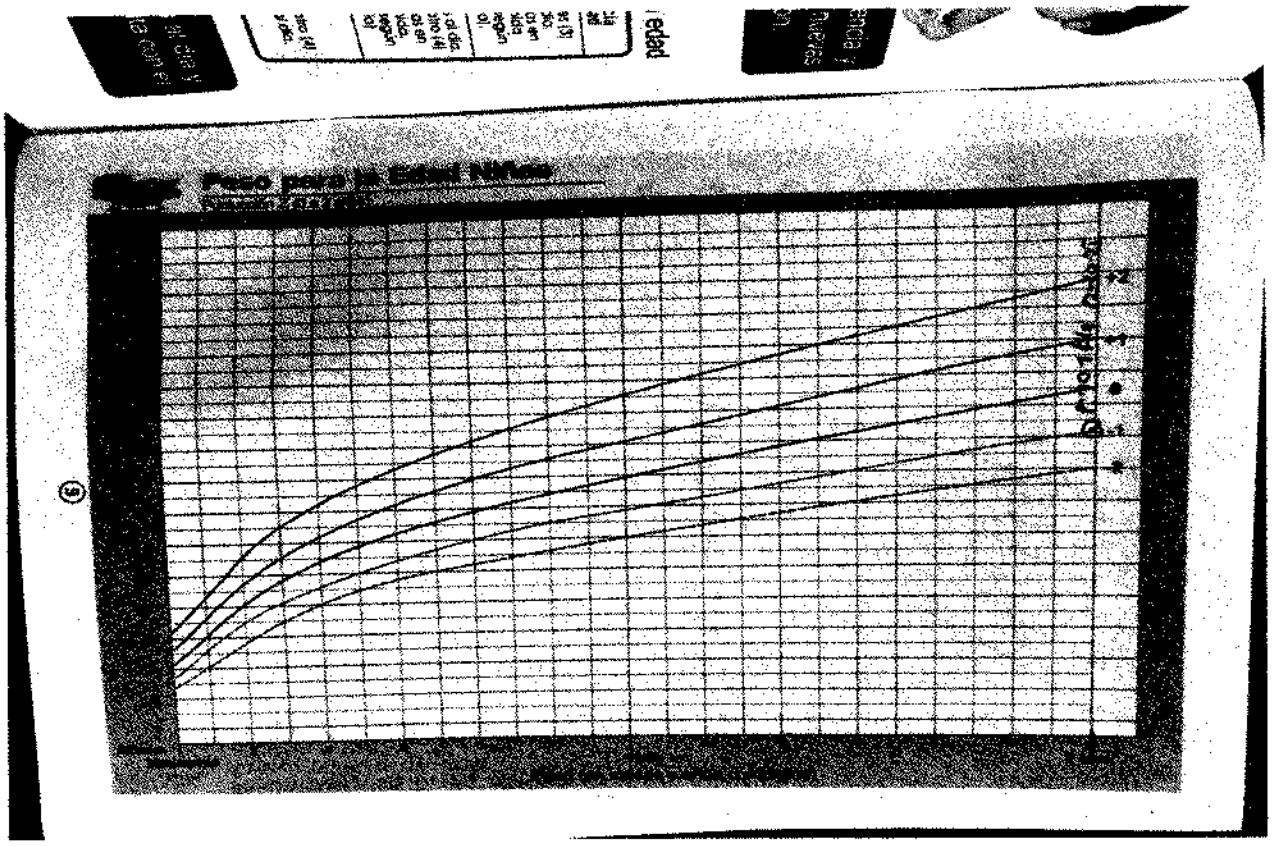

Peso para la Edad Niñas
Percentiles (2 a 5 años)
+2
+1
0
-1
-2
Edad (en meses y años cumplidos)

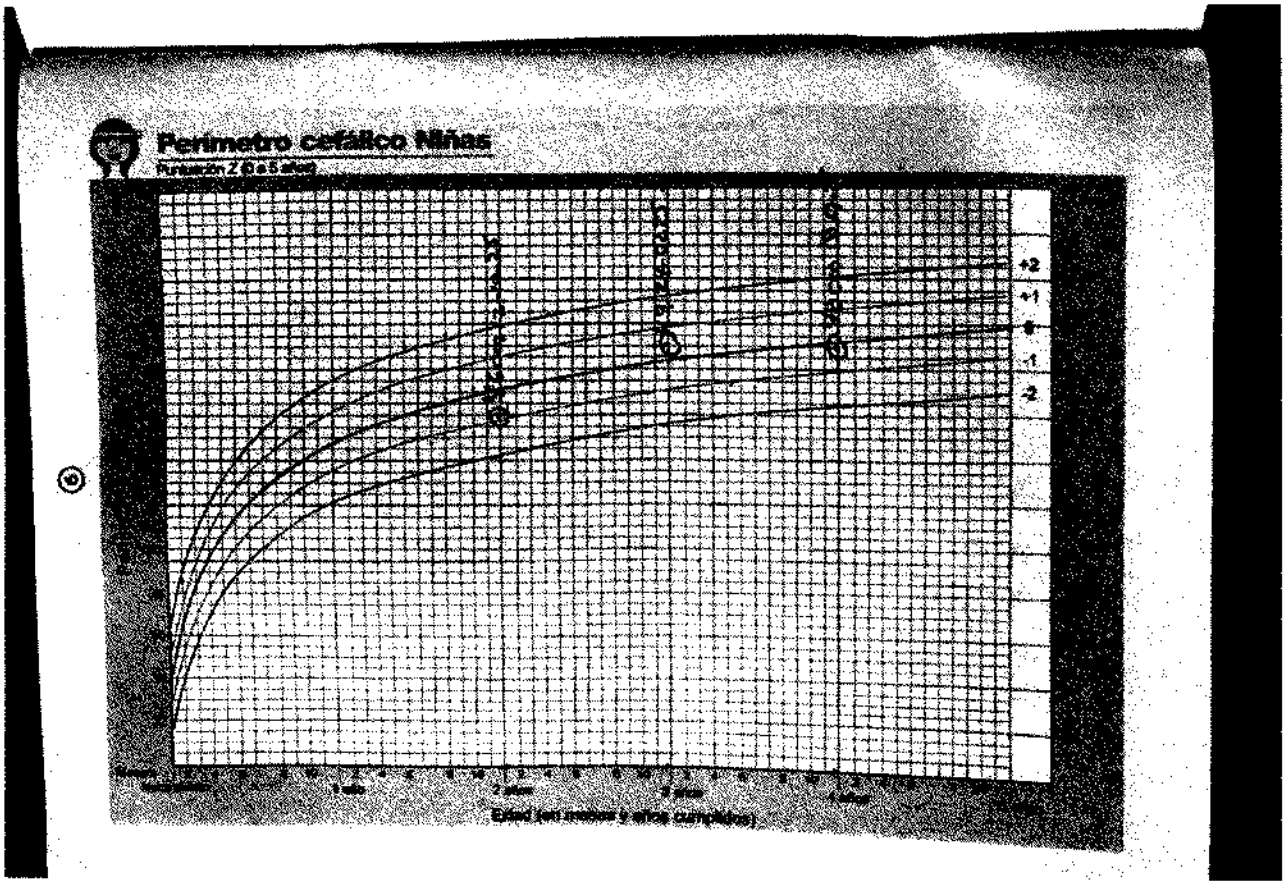
## Talla para la Edad Niñas




## Peso para la Talla Niñas

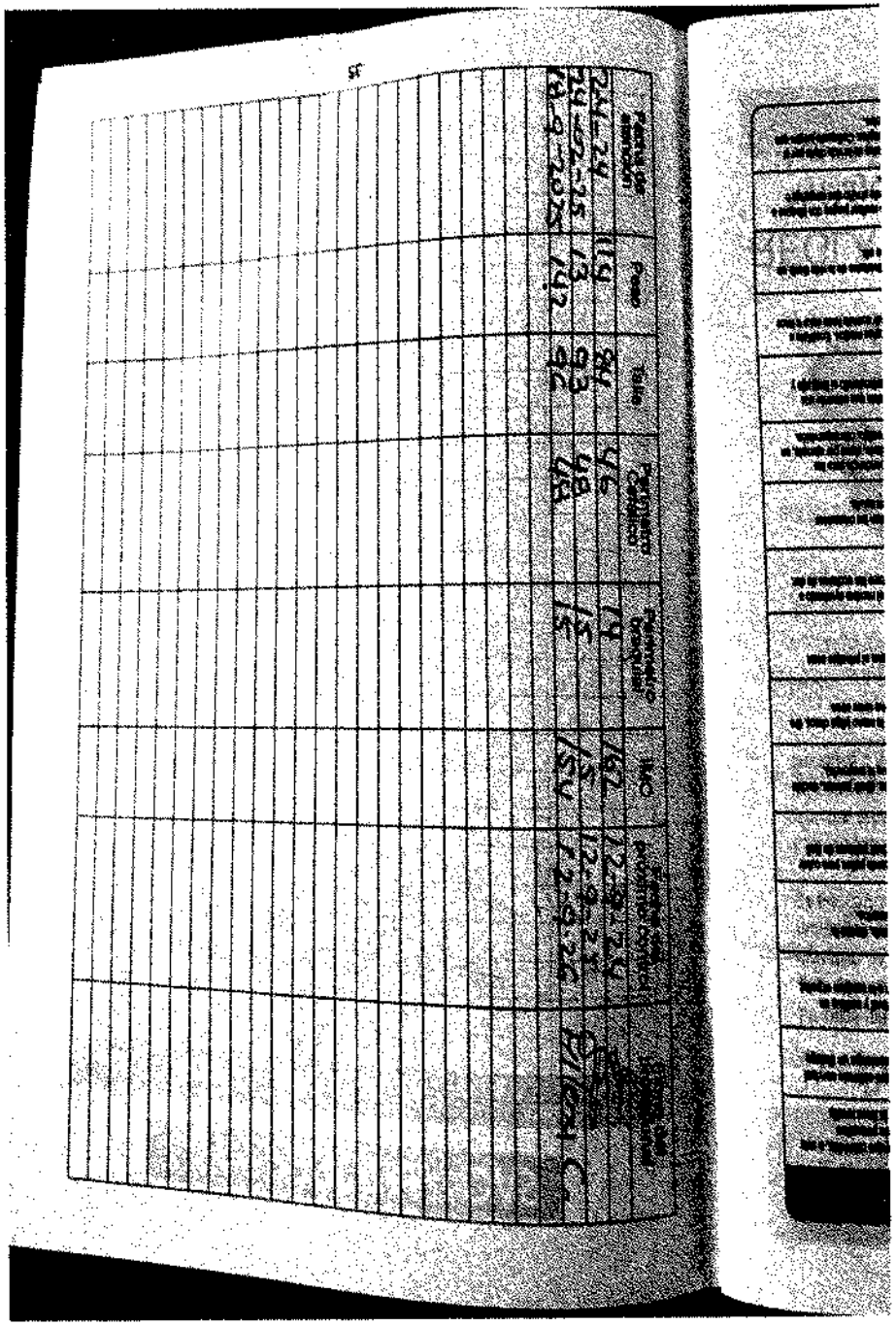



Peso para la Edad Niñas
+2
+1
0
-1
-2


Perímetro cefálico Niñas
+2
+1
0
-1
-2

# CITAS PROGRAMADAS

| DÍA | MES | AÑO | HORA | ASISTIÓ SI | ASISTIÓ NO |
|---|---|---|---|---|---|
| 12 | 10 | 2023 | Med | | |
| 12 | 03 | 2024 | Enf | | |
| 12 | 09 | 2024 | Medico | ✓ | |
| 12 | 09 | 2025 | Enf. | | |
| 18 | 09 | 2025 | Enfer | SI ✓ Hilena C | |
| 12 | 09 | 2026 | Medico | | |



## 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

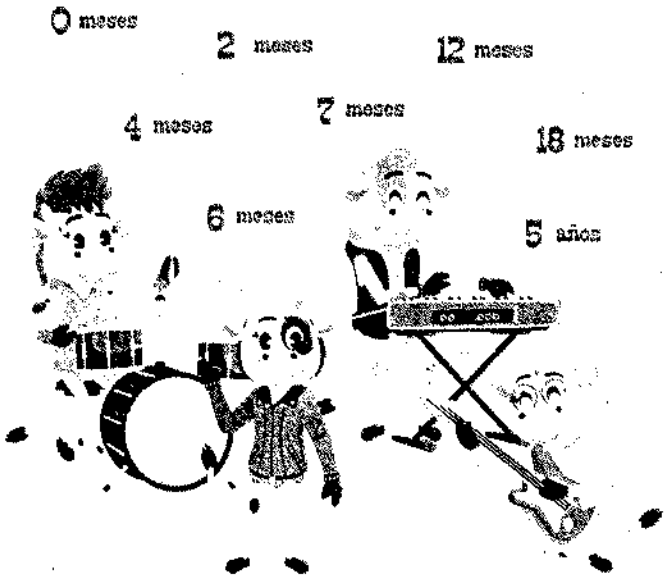
| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 años | | | | | | |
| 4 años | | | | | | |
| 5 años | | | | | | |

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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




**Ministerio de Salud y Protección Social**

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

La salud es de todos | Minsalud

# Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: ALICE MARLEN GOMEZ B.

Fecha de nacimiento: 12-09-2021

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1122343852.

Sexo: FEMENINO

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: Talla:

Dirección: San antonio combia.

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Dona Dracela Bolina

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

**Busca ya las vacunas**

Son gratis, hasta de una

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: ALICE MAICEN TORRES Tipo Identificación: REGISTRO No. ID: 7722343852

| 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 Sí ☐ No ☐ | | | | | | | | | |
| Recién nacido | Tuberculosis meningea (BCG) | Única | 22 | 11 | 2021 | Serum | 037611 0 | HFID | | | | Ana Legarda |
| | Hepatitis B | Recién nacido | | | | | | | | | | |
| | | | Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ | | | | | | | | | |
| 2 meses | Poliomielitis (VIP) | 1.ª | 22 | 11 | 2021 | Sanofi | 2027034A | HFID | | | | Ana Legarda |
| | PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 1.ª | 22 | 11 | 2021 | Sanofi | 258SOX35A | HFID | CITA 22 Feb 2022 | | | Ana Legarda |
| | PENTAVALENTE Hepatitis B | 1.ª | / | / | / | / | / / / / / / | / | | | | |
| | PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT) | 1.ª | 22 | 11 | 2021 | GSK | AR0LCSS8AC | HFID | | | | Ana Legarda |
| | Diarrea por rotavirus | 1.ª | 22 | 11 | 2021 | GSK | ASPNB31SBD | HFID | | | | Ana Legarda |
| | Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo | 1.ª | | | | | | | | | | |
| | | | Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ | | | | | | | | | |
| 4 meses | Poliomielitis (VIP) | 2.ª | 22 | 2 | 2022 | Serum | 2107S001 | HFID | | | | Falya B |
| | PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 2.ª | 22 | 2 | 2022 | Serum | 258SOX03SB | HFID | | | | Falya B |
| | PENTAVALENTE Hepatitis B | 2.ª | 22 | 2 | 2022 | Serum | 258SOX03SB | HFID | | | | Falya B |
| | PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT) | 2.ª | 22 | 2 | 2022 | GSK | 258SOX03SB | HFID | | | | Falya B |
| | Diarrea por rotavirus | 2.ª | 22 | 2 | 2022 | GSK | ADOICSS3AC | HFID | | | | Falya B |
| | Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo | 2.ª | 22 | 2 | 2022 | GSK | ASPNB31SBA | HFID | | | | Falya B |
| | | | Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ | | | | | | | | | |
| 6 meses | Poliomielitis (VIP) | 3.ª | 23 | 04 | 2022 | DIOloo | 28U0XOSA | | Cita 22/Abril/2022 | | | Eduar IB |
| | PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 3.ª | 23 | 04 | 2022 | Serum | 210000\ | | | | | Eduar IB |
| | PENTAVALENTE Hepatitis B | 3.ª | 23 | 04 | 2022 | Serum | " " " " " " | | | | | Eduar IB |
| | PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT) | 3.ª | 23 | 04 | 2022 | Serum | " " " " " " | | | | | Eduar IB |
| | Influenza estacional | 1.ª | 12 | 09 | 22 | Green | US022208 | HFLD | | | | Dennis C. |
| 7 meses | Influenza estacional | 2.ª | 12 | 10 | 2022 | Green | US022208 | HFLD | | | | Dennis C. |
| 12 meses | Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) | 1.ª | 12 | 09 | 22 | Serum | C1300133A | HFLD | cita 12 octo 2022 | | | Yenifer |
| | Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo | Refuerzo | 12 | 09 | 22 | GSK | ASPB3137A | HFLD | | | | Yenifer |
| | Varicela | 2.ª | 12 | 09 | 22 | merck | U001U0141 | HFLD | | | | Yenifer |
| | Hepatitis A | Única | 12 | 09 | 22 | MSD | U001U4121 | HFLD | | | | Eduar IB |
| | Influenza estacional | Anual | 08 | 05 | 24 | Sanofi | 2400aa7102 | HFLD | | | | Dennis Narvaez |
| 18 meses | Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐) | 1.er refuerzo | 25 | 04 | 23 | Serum | 2250X04C | HFLD | Cita 23 Abril 2023 | | | Jen Auxiliar Enfermería CC 1007726227 |
| | Difteria, tosferina y tétano (DPT) | 1.er refuerzo | 25 | 04 | 23 | Serum | 2250X04C | HFLD | | | | |
| | Fiebre amarilla | Única | 19 | 09 | 23 | Sanofi | U3E37 | HFLD | | | | |
| 5 años | Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐) | 2.º refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Difteria, tosferina y tétano (DPT) | 2.º refuerzo | 2 | | | | | | | | | |
| | Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) | 2.ª | 25 | 04 | 23 | Serum | 01310109A | HFLD | | | | |
| | 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 | FA | Ud | 12 | 09 | 22 | merck | U0725257 | | | | | Yenifer |
| | SR | Ud | 12 | 10 | 22 | Serum | 012220161 | HFLD | | | | Dennis Narvaez |

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

## 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: DIA 14 MES 05 AÑO 2025 HORA:

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:**

NOMBRES ALICEE MAILEN APELLIDOS GOMEZ BOTINA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NUMERO: 1122343852 .

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 12 MES: 09 AÑO: 2024 / EDAD: años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE MALLAMAS .

**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)

Por miedo a la reacción

| | |
|---|---|
| ¿COMO SE APLICA? | Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides). |
| VACUNA Y DOSIS | Nombre de la vacuna a aplicar Ninguna .<br>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 aplicacion 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; sensacion 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, 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: _____

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

Nombres DARIO YODAN Apellidos GOMEZ CANTILLO

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1006788928

Firma: _____

**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 Zárate

Firma Kelly J Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1095827137

**DATOS DE LA INSTITUCIÓN**

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HELO

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 PUERTO LA DORADA

Gobernación de Caldas

NINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

*Servimos con amar*

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL PUERTO LA DORADA

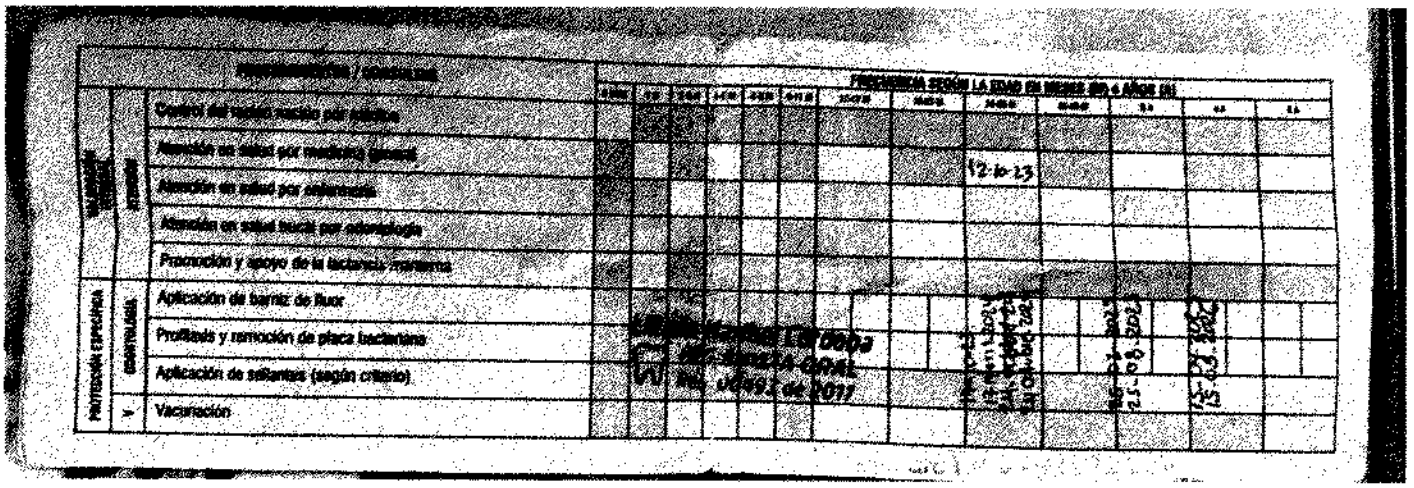
*Servimos con amar*



Nombres y apellidos: Alice Marlen Gomez Bolinca

Doc. de identidad: RC 1122543852 EPS: Nallamcs

Teléfono: 3237743599 Comunidad: San Antonio



| | | Procedimientos / controles | PERTINENCIA SEGÚN LA EDAD DE MENOS DE 1 AÑO (1) | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 1 Mes | 2 | 3 a 5 | 6 a 11 | 1 a 2 | 3 a 5 | 6 a 10 | 11 a 14 | 15 a 19 | 20 a 26 | 27 a 44 | 45 a 59 | 60 | 61 |
| Valoración integral | Estado | Control del recién nacido por médico | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Atención en salud por medicina general | | | | | | | | | | 12-10-23 | | | | |
| | | Atención en salud por enfermería | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Atención en salud bucal por odontología | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Promoción y apoyo de la lactancia materna | | | | | | | | | | | | | | |
| Promoción específica | Estado | Aplicación de barniz de flúor | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Profilaxis y remoción de placa bacteriana | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Aplicación de sellantes (según criterio) | | | | | | | | | | | | | | |
| | V | Vacunación | | | | | | | | | | | | | | |

E.S.E. HOSPITAL PUERTO LA DORADA
Gerencia General
Vo. Bo. Circular 0002 de 2017

25-09-2023

13-03-2024

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.006.788.828

GOMEZ CANTICUZ

APELLIDOS

DARIO YODAN

NOMBRES

DARÍO GOMEZ

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-NOV-1999

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

| | | |
|---|---|---|
| 1.60 | O+ | M |
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

15-FEB-2018 PUERTO CAICEDO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

00756

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Dario Gomez Canticuz Identificado con C.C N° 1006788828 en calidad de: padre o madre ( x ), del niño o niña: Alicce Nailen Gomez Bolina o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mis Angelitos 2, 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 7 Días del mes de Abril del Año 2025.

Dario Gomez
**Madre o Acudiente**
C.C 1006788828

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

Yo, DARIO Gomez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006789878 obrando en calidad de:

| Padre | X | Madre | | Cuidador | |
|---|---|---|---|---|---|

De la niña, niño o adolescente, Alicce Hallen Gomez Bolinq, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) ___, TI____, CE____, número_____, manifiesto que:

| Si | 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: DARIO Gomez
Nombre: DARIO
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3504779741
Fecha: 1-04-2025
Municipio: San Miguel

| | PROCESO<br>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 -DAMIO Gomez ramirez, identificado (a) con documento de identidad número 1006788828 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 Alicia Maiten Gomez Bolivar, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número _____, 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 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 Etc.

**Suscriben:**

Firma: DAMIO
Nombre: DAMIO
Calidad - Titular: x Representante legal: x
Teléfono de contacto: 350 477 9141
Fecha: 1-04-2025
Municipio: San Miguel

## PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

**Ciudad** la Dorada

**Nombre completo de la niña o niño** Alicee Mailen Gomez Botina

**Fecha de nacimiento** 12 09 2021 **N° Documento de identidad** 1122343852

**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 Alicee se encuentra en el perfil esperado ya que cumple con los ítems acorde a su edad se continuara fortaleciendo su desarrollo a través de actividades de diario vivir en busca 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**

Alicee se encuentra dentro de lo esperado teniendo en cuenta el que ha cumplido con los ítems de las dimensiones fundamentales que se encuentra en su etapa de edad se continuara fortaleciendo su desarrollo a través 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**

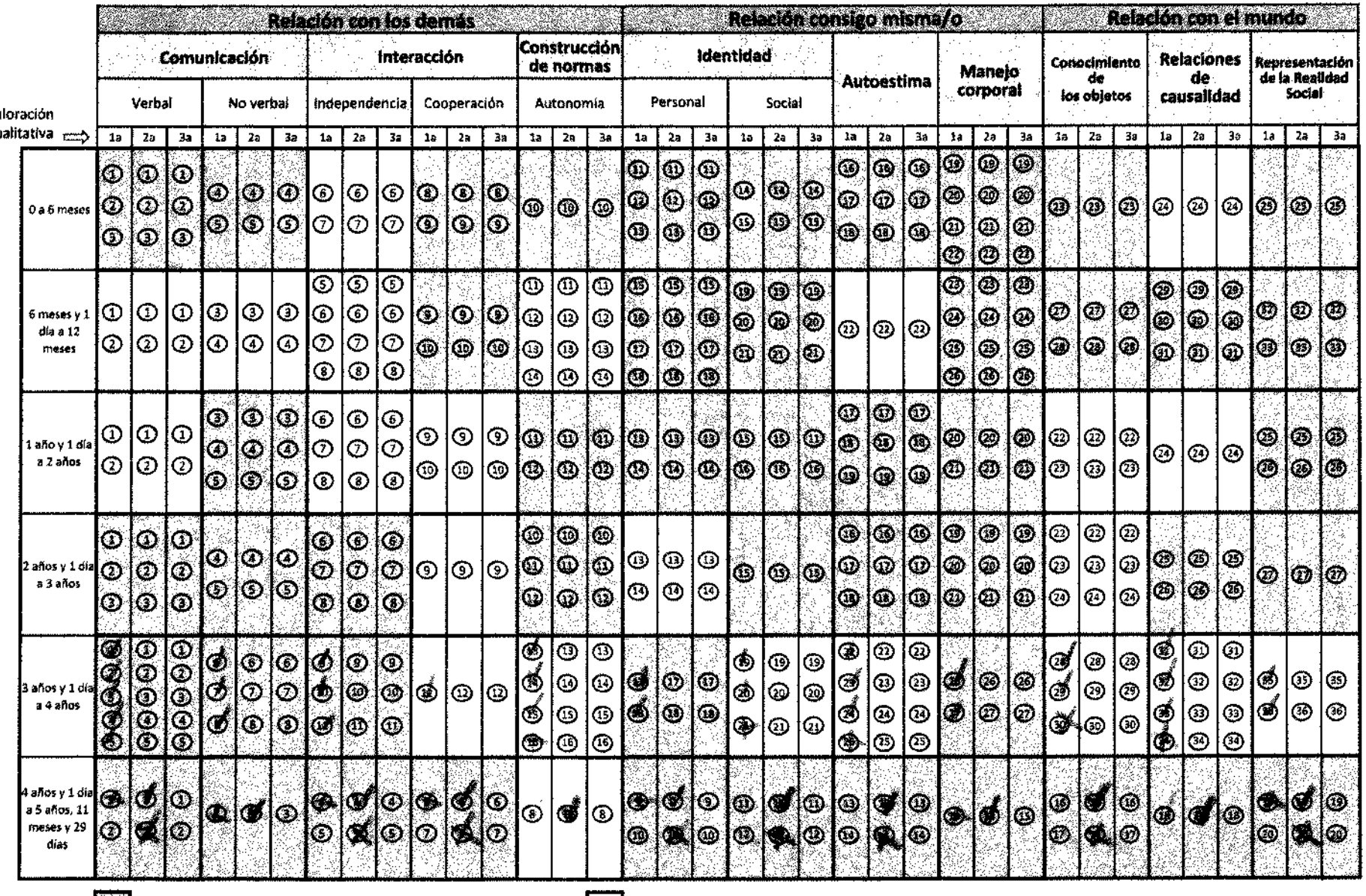
**Fecha de resgistro cualitativo**

**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)*


Relación con los demás
Relación consigo misma/o
Relación con el mundo
Comunicación
Interacción
Construcción de normas
Identidad
Autoestima
Manejo corporal
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