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 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: 1-04-2025

UDS: Chiquitines del Mañana MUNICIPIO: San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Helen Zharick Meza Meza

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ NUIP No. 1122343596

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? _____

FECHA NACIMIENTO: 31-12-2020 EDAD: 4 Años MUNICIPIO: Puerto Asis

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: Vereda Monterrey ESTRATO: N/A ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: _____ NO: _____

¿CUAL?: _____ MOTIVO DEL RETIRO: _____ PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __NO: X CUAL: _____ EPS DEL PARTICIPANTE: Emssanar

SUBSIDIADO: X CONTRIBUTIVO: _ PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __NO: X DIAGNOSTICO: _____

_____ ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

_____ PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __NO: X CUAL: _____

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __NO: X CUAL: _____ TIENE SISBEN: SI: X NO: __PUNTAJE: As 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: _____

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ No. IDENTIFICACION: _____ DIRECCION RESIDENCIA: _____ CELULAR: _____ E.P.S: _____

OCUPACION U OFICIO: _____ EMPRESA DONDE LABORA: _____ NIVEL DE ESCOLARIDAD: _____ PROFESIÓN: _____

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yisleni Dayana Meza Meza No.
IDENTIFICACION: 1006995339 DIRECCION RESIDENCIA: V/Monterrey CELULAR: _____ E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Oficios Varios EMPRESA DONDE LABORA: N/A NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Yisleni Dayana Meza Meza

NUMERO IDENTIFICACION: 1006995339 CELULAR: _____

DIRECCION: Vereda Monterrey PARENTESCO: Madre.

Dayana Meza
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Kelly SC.
FIRMA AGENTE EDUCATIVA

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 1220504

NUIP 1.122.343.596

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X ☐

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
MEZA MEZA HELEN ZHARICK

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2020	Mes DIC	Día 31	FEMENINO	O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2021	Mes ENE	Día 19	0059304326

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
MEZA MEZA YISLENI DAYANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.995.339	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
MEZA MEZA YISLENI DAYANA

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.995.339

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) — Código 864

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)			Nombre y firma del funcionario
Año 2021	Mes ENE	Día 19	ROY EDISON CALLE QUIRAMA Registrador del Estado Civil

Adhesivo Copia Registro Civil
26208954-8

Sisbén

Registro válido

A5

Fecha de consulta: 11/07/2025

Ficha: 86757005479900000118

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: HELEN ZHARICK

Apellidos: MEZA MEZA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343596

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/10/2023

Última actualización ciudadano: 19/10/2023

Última actualización via registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTE

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Liber

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	1122343596
NOMBRES	HELEN ZHARICK
APELLIDOS	MEZA MEZA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	31/12/2020	31/12/2999	BENEFICIARIO

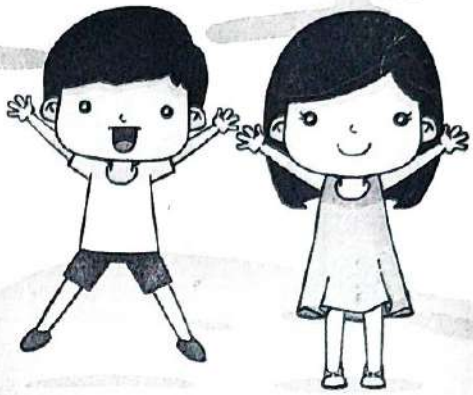
Fecha de Impresión:	10/01/2025 20:01:31	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

CARNET DE CONTROL

Niño y Niña SANOS

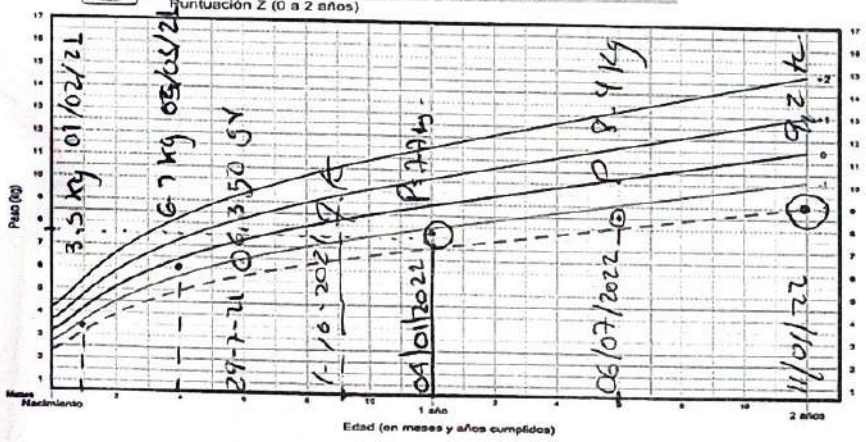


Mis Datos

Nombres: Helen Zharick	Apellidos: Meza meza
Fecha de Nacimiento: 31 | MES | AÑO	Historia Clínica: 1122343596
Barrio/Vereda: San Jose	Responsable del Niño: Yisleni meza
Teléfono: 3138811174	EPS: Emssanar

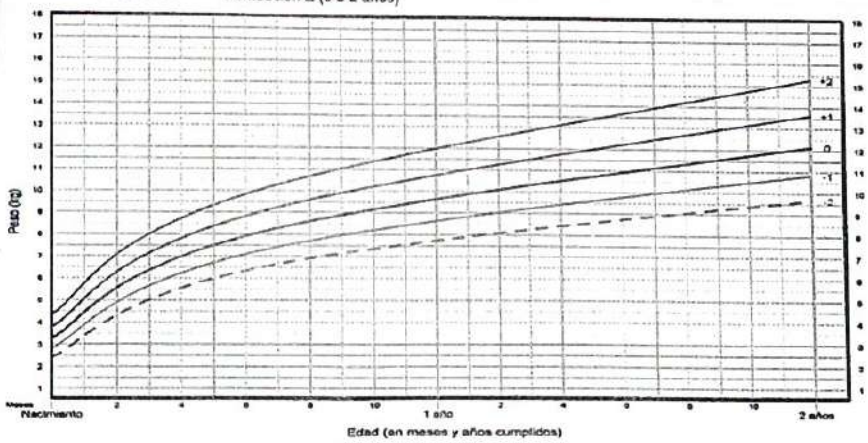
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



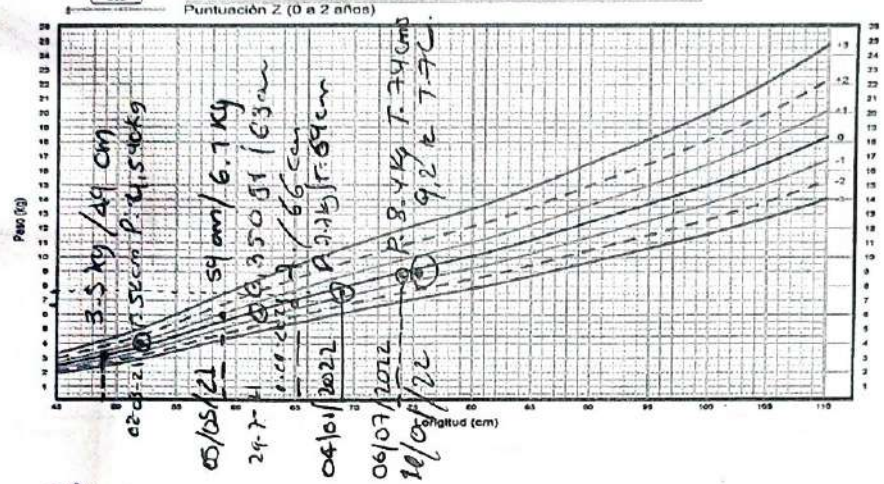
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



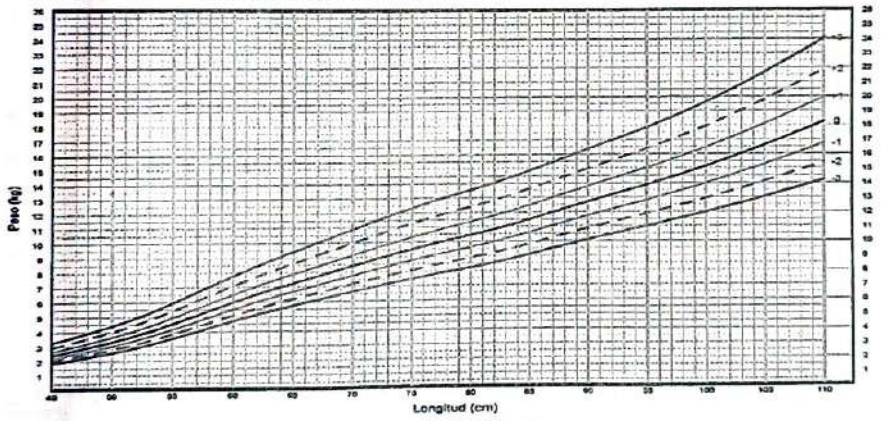
Peso para la Talla Niñas

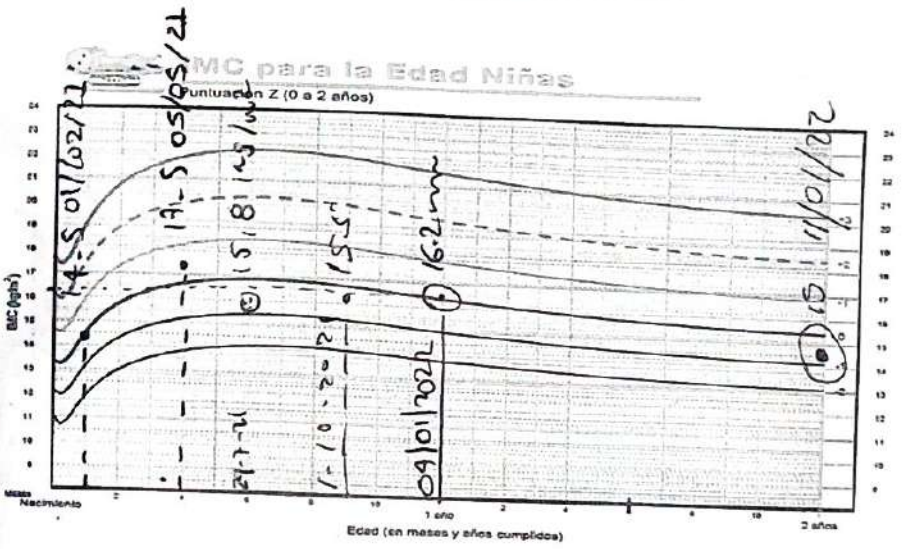
Puntuación Z (0 a 2 años)

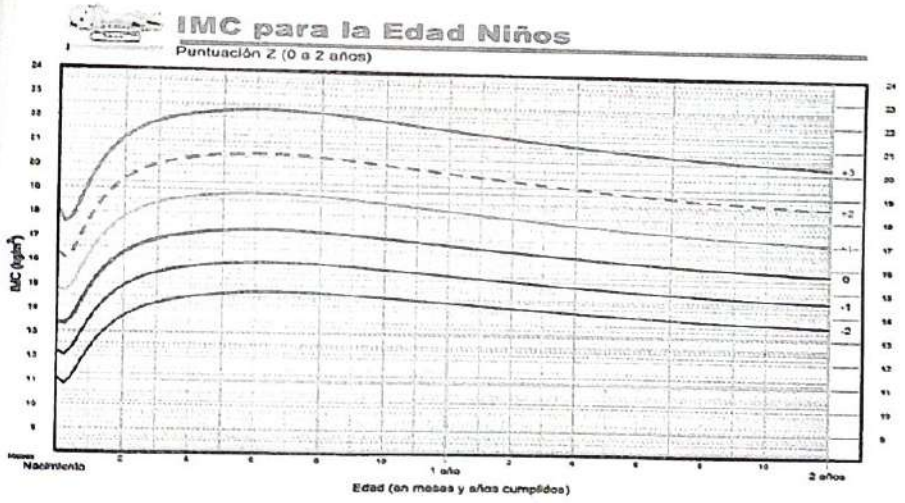


Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

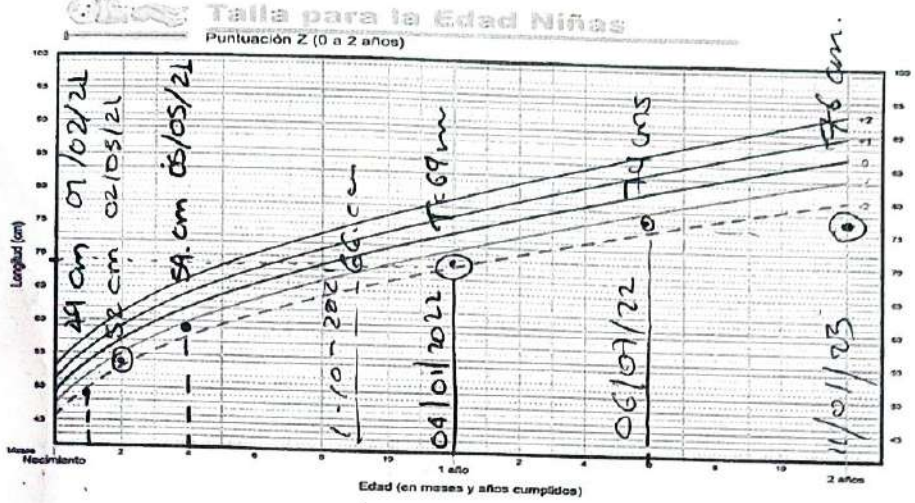



IMC para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
IMC (kg/m²)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
14-5 01/02/22
19-5 05/05/22
15,8 1/3/22
15,54
16,2
09/01/2024
15
11/01/22


IMC para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
IMC (kg/m²)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)

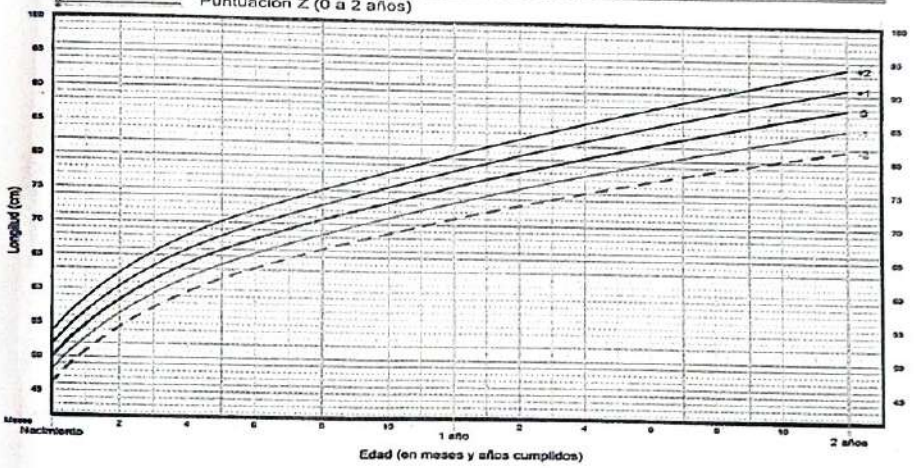
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



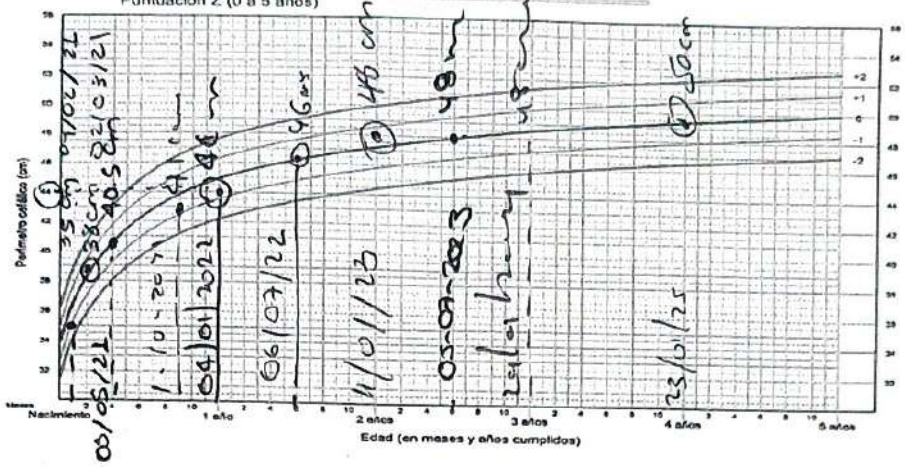
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



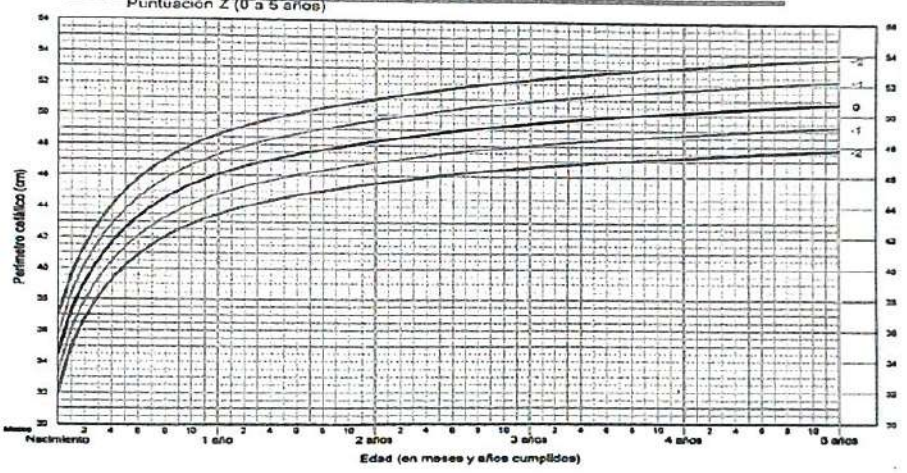
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



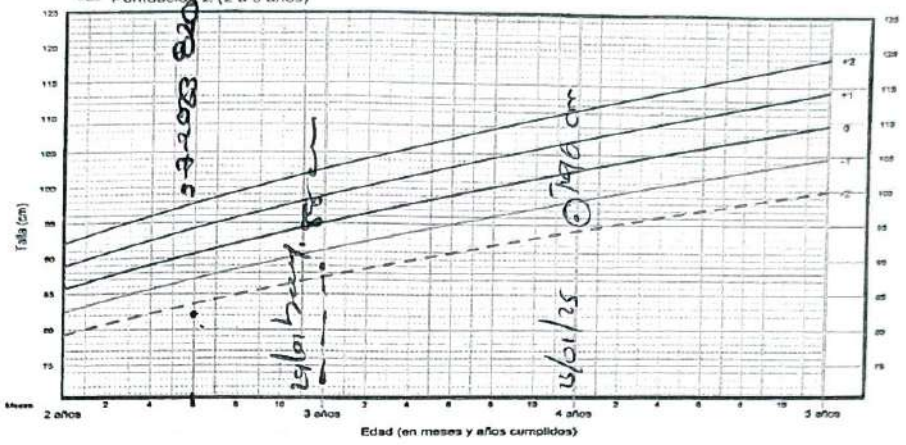
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



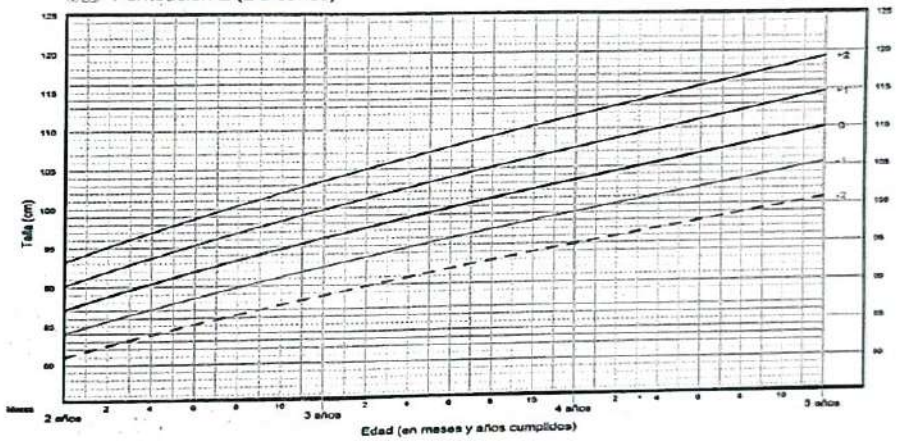
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



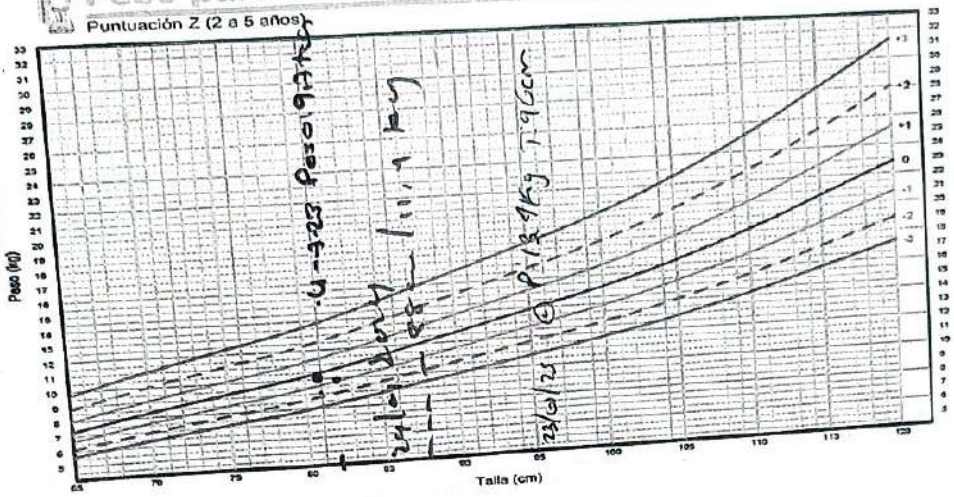
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



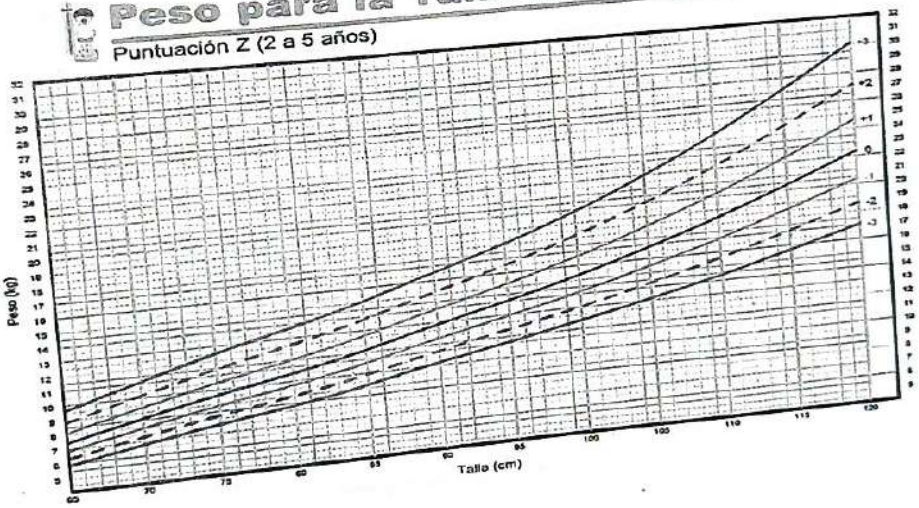
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



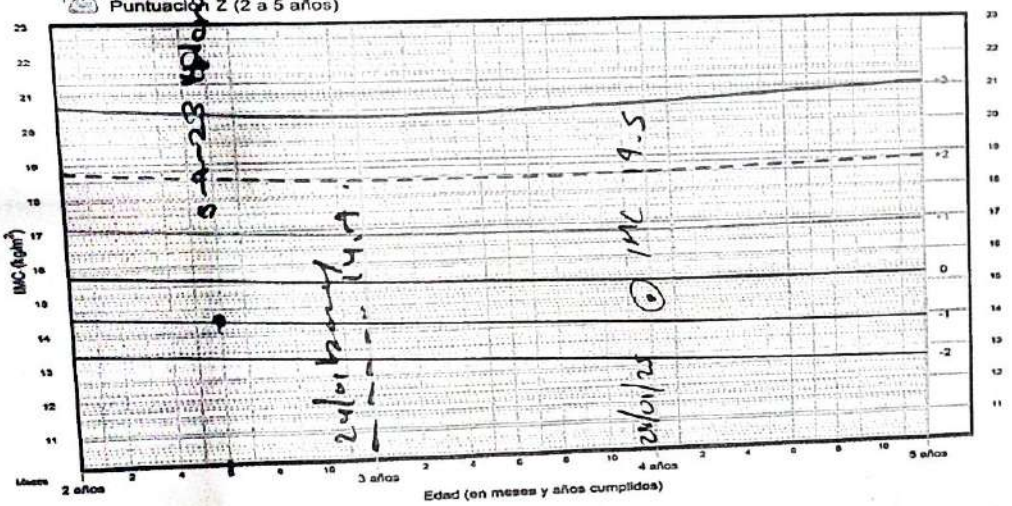
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



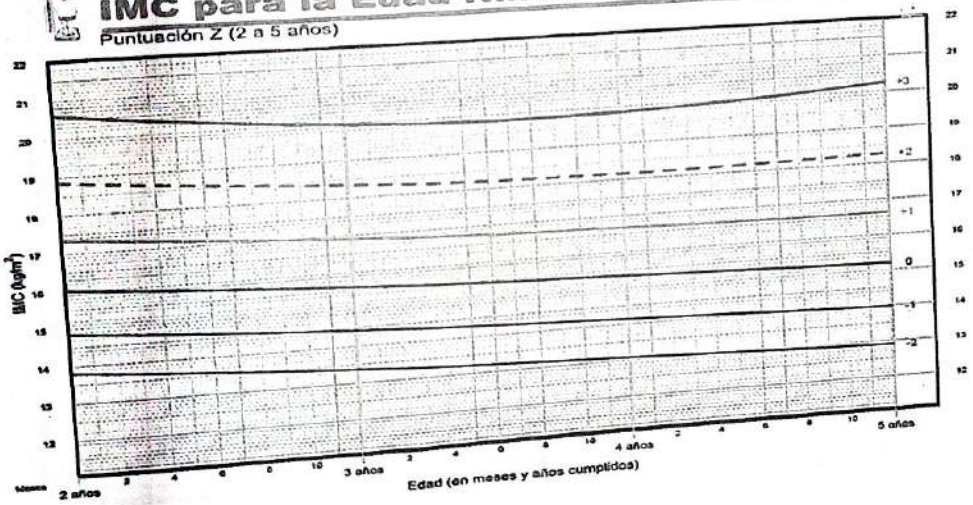
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO SI	ASISTIO NO
07	Marzo	2021	Jefe	✓	
02	MAYO	2021	Medico	✓	
01	julio	2021	Enf	—	
27	sep.	2021	MD.	✓	
2.	Enero	2022	Med.	✓ SI	
30	JUNIO	2022	x ENF	NO	
06	07	2022	Enfermeria	✓	
06	Enero	2023	Med	Si ✓	
30	Jun.	2023	Enf.	Si	
302	Enero	2024	Medico	/	X
29	01	2024	Med		
31	12	2024.			
23	enero	2025	Enf	Si ✓	Plafer
31	DIC	2025	Med.		

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer — Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida — Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

Valor reportado TSH:

Fecha verificación:

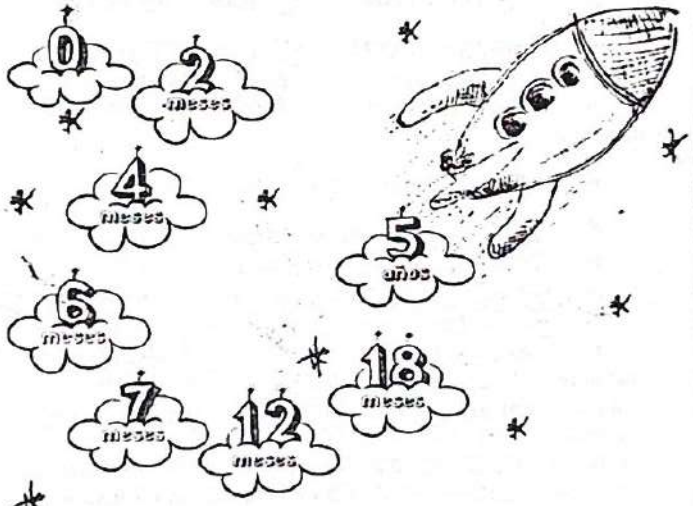
Profesional que verificó:

Exíjalo

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

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

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



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI

de cero a Siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Mera Mera. Helen Stanck

Fecha de nacimiento: 31-DIC-20.

Nº de certificado de nacido vivo: 1640157117

Registro civil: 1122343596

Sexo: Femenino. talla 48

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 2370. E-S. 37

Dirección:

Teléfono:

Responsable: Yuleni Bayona Mera Mera

Municipio de residencia: Dorada

Departamento: Putumayo.

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Powered by CamScanner

Nombre: _____ Registro Civil: _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación (Día Mes Año)	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita (Día Mes Año)	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	SI ☐ No ☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única	01-ENE-21	Serum	2103796165	H. Local Pto Tej.		Heber Tinoco
	Hepatitis B	Recién nacido	01-ENE-21	Serum	2103090024	H. Local Pto Tej.		Heber Tinoco
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	SI ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1°	02-MARZO-2021	Serum	2021V351D	HFD		Ana Lagado
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1°	02-MARZO-2021	BIOL	2021V032	HFD		Ana Lagado
	Rotavirus	1°	02-MARZO-2021	GSK	AHEIB051BA	HFD		Ana Lagado
	Neumococo	1°	02-MARZO-2021	GSK	ASPNB282A	HFD		Ana Lagado
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	SI ☐ No ☐					CITA:	
	Polio (Oral - IM)	2°	5/05/2021	Serum	2017004	HFD	02-MARZO-2021	Talya b
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2°	5/05/2021	Serum	28504021B	HFD		Talya b
	Rotavirus	2°	5/05/2021	GSK	AHEIC76BA	HFD		Talya b
	Neumococo	2°	5/05/2021	GSK	ASPNB308BA	HFD		Talya b.
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3°	29-JULIO-2021	Seru	2017004	HFD		Ana Lagado
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3°	29-JULIO-2021	Biol	28504018	HFD		Ana Lagado
	Influenza	1°	29-JULIO-2021	Sei	V3C131	HFD		Ana Lagado
7 Meses	Influenza	2°	8 Sept 2021	SANOF	V3C13	PS	AFILIADA CITA	Flavia Alitio C.
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1°	04-01-22	013N04a	Serum	HFD	29-AGOSTO 2021	Sacha M
	Fiebre Amarilla	1°	29-JULIO-21	FARVI	LVIIF0147	HFD		Jackeline
	Neumococo	Refuerzo	04-01-22	NPN3109	GSK	HFD		Sacha M
	Influenza	Anual	01/07/22	Sanofi	V02CC00B	HFD		Edward IB
	Hepatitis A	UNICA	04-01-22	TU2389	MSD	HFD	CITA:	Sacha M
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	05-8-22	Serum	2021906B	HFD	29-07-22	Sacha M
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	05-8-22	Biológica	2121004A	HFD		Jackeline
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	04-05-23	Serum	013N01A	HFD	CITA!	Alitio Cojanova.
Niñas 9 Años o más	VPH	1°					5 AÑOS	
	VPH	2°					CUMPLIDO.	
	VPH	3°						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	Ud	04-01-22	U0078Z	Merck	HFD		Sacha M
	SR	Unica	01-07-22	Serum	U2116234	HFD		Dennis Navarro

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

Powered by CamScanner

17
eN

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

CIUDAD San Miguel FECHA: DIA 17 MES 7 AÑO 2025 HORA: 1:30pm

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Helen Zharick APELLIDOS Meza Meza.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [x] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO 1122343596

FECHA DE NACIMIENTO DIA: 31 MES: 12 AÑO 2020 / EDAD: 4 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 que 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)

Miedo a la reacción.

¿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: Yisleny Dayana Meza

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

Nombres Yisleni Dayana Apellidos Meza Meza.

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1006995339.

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 _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. Nº

C.C. Nº - -

Nombres y apellidos del vacunador: Eduard Ipial.

Firma

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 10047643 1

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): H.F.I D.

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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.006.995.339
MEZA MEZA

APELLIDOS
YISLENI DAYANA

NOMBRES
Yisleny Dayana Meza

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-JUN-2002
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

12-AGO-2020 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401800-01167112-F-1006995339-20201002 0071938520A 2 53572196

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 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 manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor													
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana													
		Aplicación de sellantes (según criterio)													
	V	Vacunación													

ASLEIDY CHAVERRA
Odontóloga
TP. 29178.969

Dr. Odontología
Solo Urgencias

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

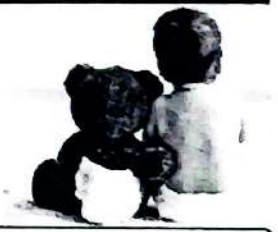
JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

Servimos con amor

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Zhant. Meza Meza

Doc. de identidad: 1122343596 1122 2343596 EPS: 118

Teléfono: 3139811174 Domicilio: V/ San Jose

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Visleni Dayana Meza Identificado con C.C N°1006995339 en calidad de: padre o madre (Madre), del niño o niña: Helen Zharick Meza Meza o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Chiquitines 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 14 Dias del mes de 07 del Año 2025.

Dayana Meza.
Madre o Acudiente
C.C 1006995339.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 4	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 Helen Zharick Meta Meza, identificado (a) con documento de identidad número 1122343546, 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, Yisleni Dayana Meta Meza, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006995339, 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, adolescentes y jóvenes 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, adolescentes y jóvenes, y 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 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 ELC.

Suscriben:

Firma: Dayana Meza
Nombre: Yisleni Dayana M.
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3138811174
Fecha: 24-07-2024
Municipio: San Miguel

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel Potomayo

Nombre completo de la niña o niño Helen Zharick Mora Mera

Fecha de nacimiento 31 12 2020 **N° Documento de Identidad** 1122343596

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** 16 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Kelly Sanchez.

Fecha de registro cualitativo 17 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 Helen Zharick es una niña que propone a su grupo Familiar o conocidos actividades quele gustan, explica de manera detallada por quehizo algo 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)***

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Kelly Sanchez.

Fecha de registro cualitativo 20 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

Helen es una niña que realiza dibujos y los describe, permanece por mas de 15 minutos realizando actividades que disfruta, explica las consecuencias que tiene el incumplir alguna norma establecida, utiliza elementos como, pelotas, bastones, triciclos controlando, fuerza y dirección es una niña 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

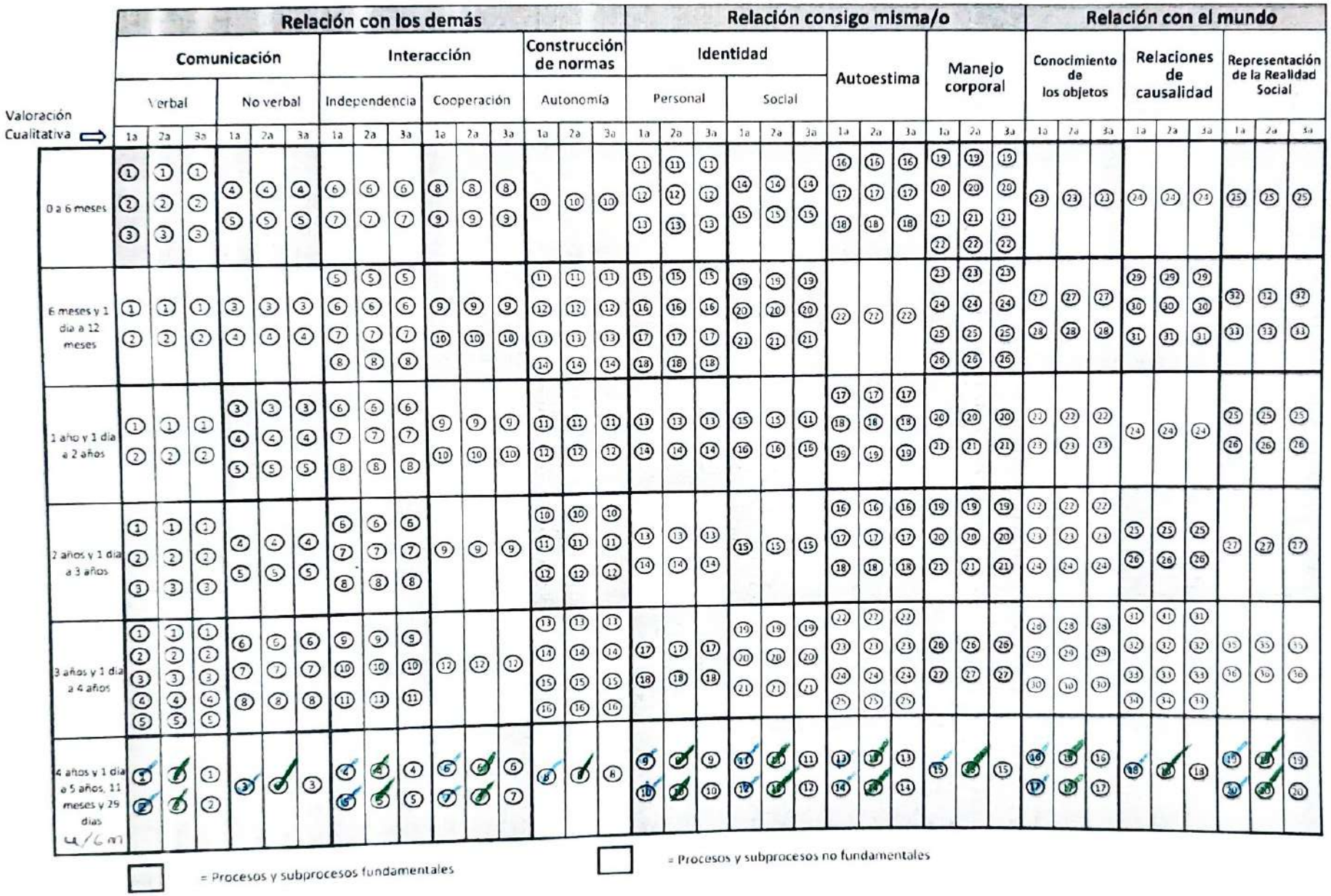
Rango de edad
0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

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
Verbal
No verbal
Interacción
Independencia
Cooperación
Construcción de normas
Autonomía
Relación consigo misma/o
Identidad
Personal
Social
Autoestima
Manejo corporal
Relación con el mundo
Conocimiento de los objetos
Relaciones de causalidad
Representación de la Realidad 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
4/6 m
= Procesos y subprocesos fundamentales
= Procesos y subprocesos no fundamentales