Fundación
Alma de Vida
Formando semillas 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) NIA
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) NIA
14	Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años)
15	Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal.
16	Formato de veracidad de la información ficha de caracterización. NIA
17	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
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: 26-03-25 **FECHA INGRESO:** 1-04-25

UDS: Manitos Creativas **MUNICIPIO:** SAN MIGUEL



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Oebany Sarai Castrillon echeverri

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1126144382.

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A
N/A.

FECHA NACIMIENTO: 24-06-2022 **EDAD:** 2 años **MUNICIPIO:** San Miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** Colombo ecuatoriano **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: V/ bajo amaron **ESTRATO:** N/A **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: ____ NO: X
¿CUAL?: N/A **MOTIVO DEL RETIRO:** ____

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

EPS DEL PARTICIPANTE: EMSSANAR **SUBSIDIADO:** 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: X NO: __ CUAL: leche.

TIENE SISBEN: SI: __ NO: __ PUNTAJE: N/A **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: Janner esteban Castrillon
No. IDENTIFICACION: 1117492237 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/ bajo amaron
CELULAR: 3138506604 **E.P.S:** EMSSANAR.
OCUPACION U OFICIO: Agricultor
EMPRESA DONDE LABORA: N/A
NIVEL DE ESCOLARIDAD: N/A **PROFESIÓN:** N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Karen Dayana echeverry Pera.
No. IDENTIFICACION: 1007163735. **DIRECCION RESIDENCIA:** Puertosol.
CELULAR: 3138506604 **E.P.S:** EMSSANAR.
OCUPACION U OFICIO: Ama de casa
EMPRESA DONDE LABORA: AN
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller **PROFESIÓN:** N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Kare Dayana Echeverry Pera.
NUMERO IDENTIFICACION: 1007163735 **CELULAR:** 3138506604
DIRECCION: V/ puerto sol **PARENTESCO:** Madre.

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO Belanny Acheverry

3

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1126144382

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 64347013

* 64347013 *

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [X] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Y 4 Z

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

ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CASTRILLON	ECHEVERRI

Nombre(s)

DEBANNY SARAI

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes JUN Día 24	FEMENINO	O	+

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

ECUADOR , SUCUMBIOS , LAGO AGRIO NUEVA LOJA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	2150739213

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

Apellidos y nombres completos

CASTRILLON PINCHAO JANNER ESTEVAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1117492237	COLOMBIANA

Datos del padre o madre (Para casos de parejas indígenas con filiación matrilineal, o parejas del mismo sexo, escoger el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ECHEVERRI PEÑA KAREN DAYANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1007163735	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ECHEVERRI PEÑA KAREN DAYANA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1007163735	

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes FEB Día 15	HERNANDO FRANCO BERNAL Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
JANNER ESTEVAN CASTRILLON PINCHAO	HERNANDO FRANCO BERNAL

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1126144382
NOMBRES	DEBANNY SARAI
APELLIDOS	CASTRILLON ECHEVERRI
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	12/04/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/07/2025 16:07:08	**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

Sisbén

Registro valido

A5

Fecha de consulta: 01/04/2025

Ficha: 86757674952700007838

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DEBANNY SARAI

Apellidos: CASTRILLON ECHEVERRI

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1126144382

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 13/03/2024

Última actualización ciudadano: 02/10/2024

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 Libert

Teléfono: 4210537 - 32131387

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



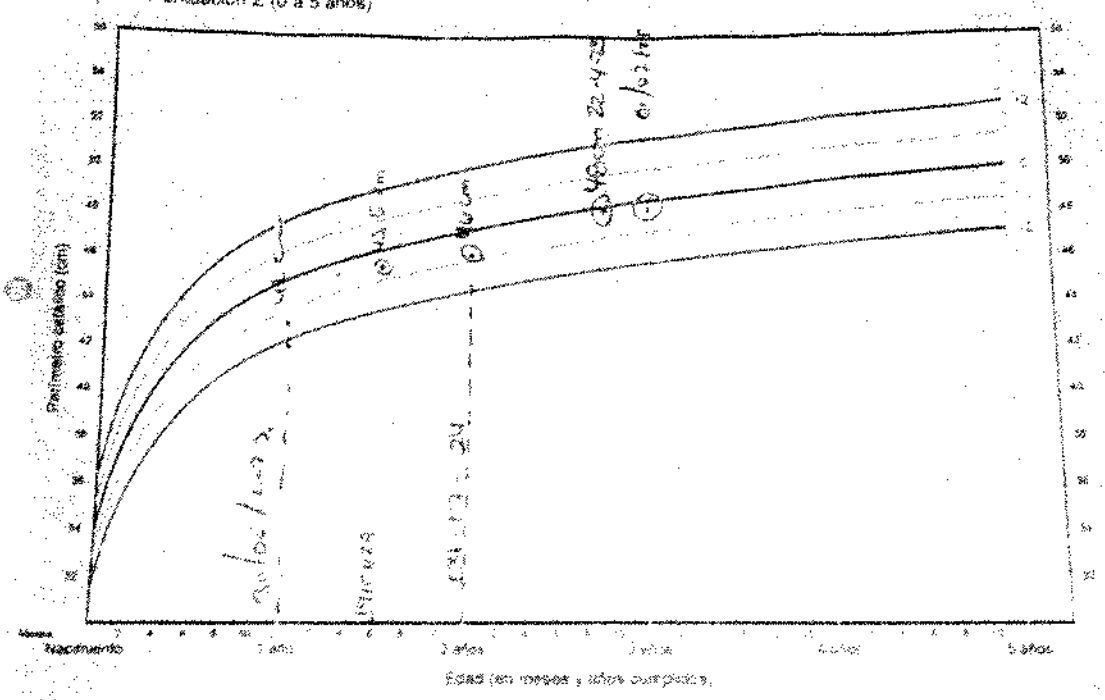
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Deivan Sarai	Apellidos: Castillon echeverry
Fecha de nacimiento: 24 / 06 / 2022	Historia Clínica: 1124443892
[illegible] Morelino	Responsable del niño: Karen echeverry
Teléfono: 3[illegible]	EPS: [illegible]

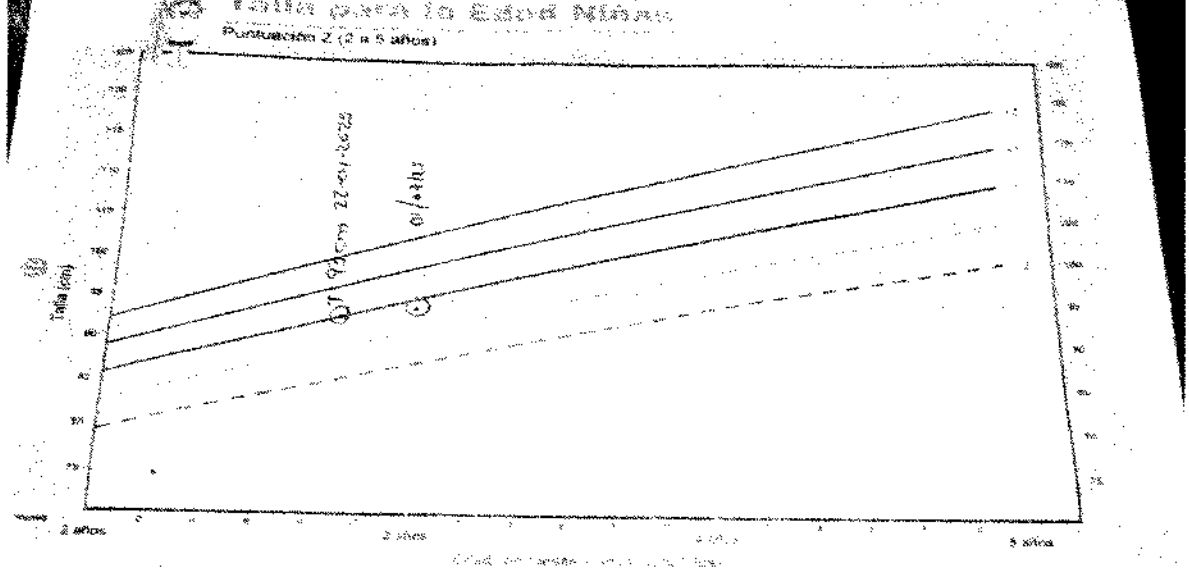
Perímetro Cefálico Niñas

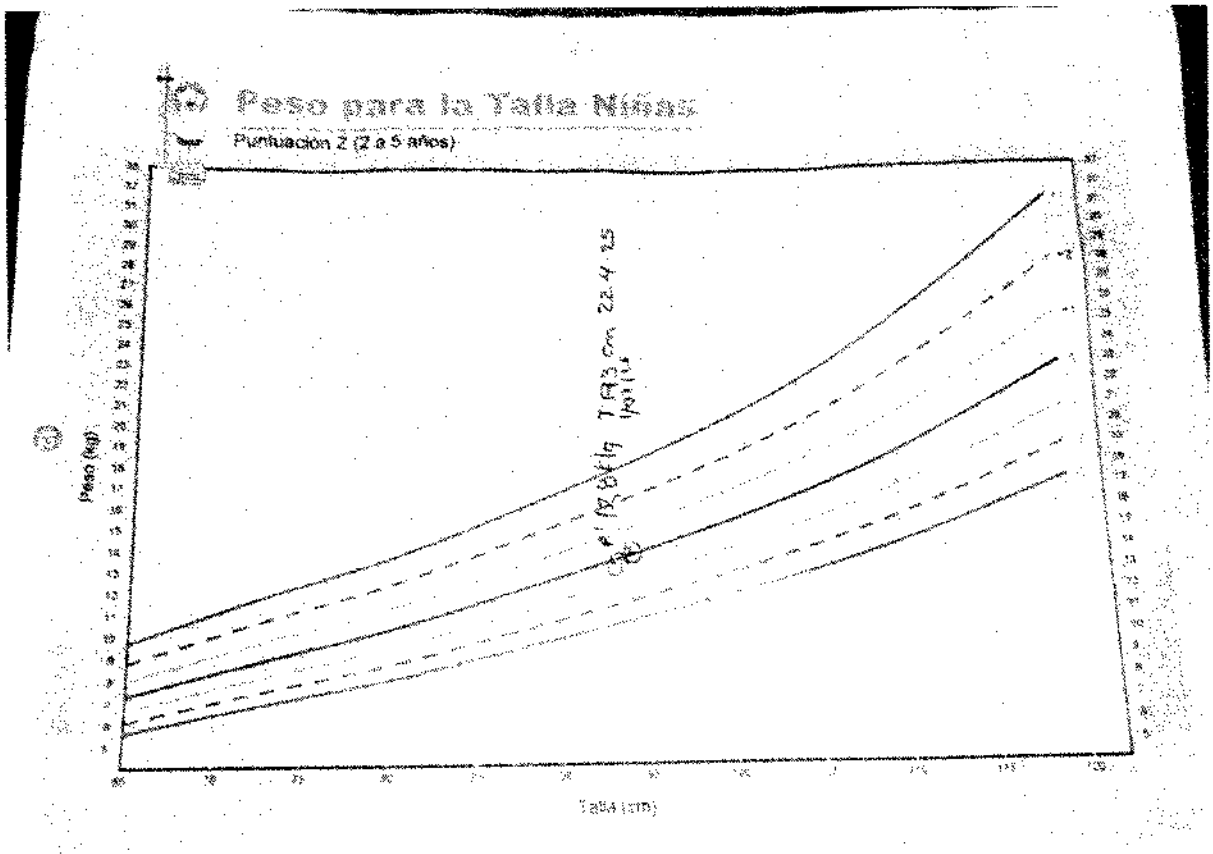
Puntuación Z (0 a 5 años)

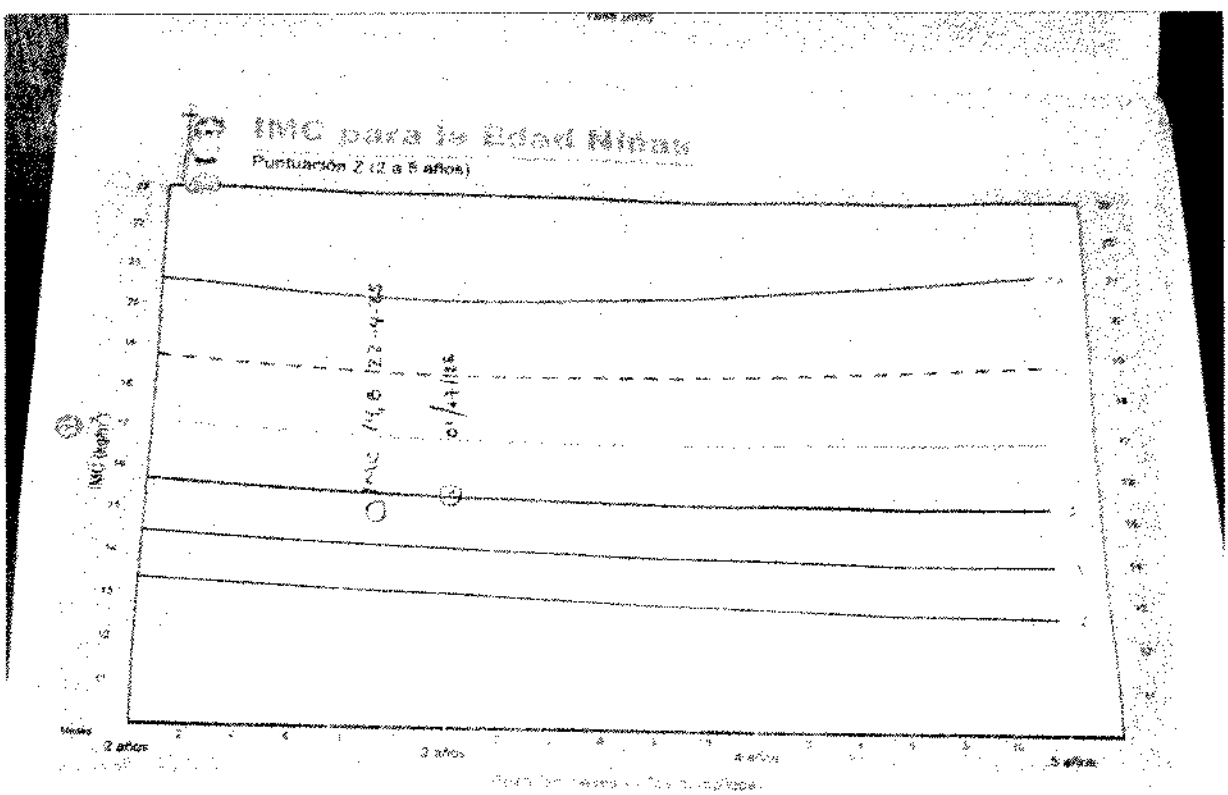


Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)




Peso para la Talla Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)
Peso (kg)
Talla (cm)


IMC para la Edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)
IMC (kg/m²)
2 años
3 años
4 años
5 años

CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO SI	ASISTIO NO
26	12	2023	Enf	✓	(Recita)
24	06	2024	Nefr.	✓	
24	12	2024	Gin		
22	04	2025	Enferm	SI	
01	07	2025	Med.	SI	

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha de próximo control	Firma del profesional
26/12/2023	9.1	71 cm	42	13	18.1	2 semanas	
19/01/24	9.6	78 cm	45.3	13	15.8	24/06/24	
04/03/24	10.5	83	46	14	15.2	24/12/2024	
22-04-2025	12.8	93	48	15	14.8	24-06-2025	
01/07/2025	13.6	99	48	16	15.9	24/06/26	

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha de próximo control	Firma del profesional
alta	12.1	87 cm	47	15	16.1	2 semanas	
			45.3	13	15.8	24/06/24	
				14	15.2	24/12/2024	
						24-06-2025	

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							
6 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			
6 años			

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

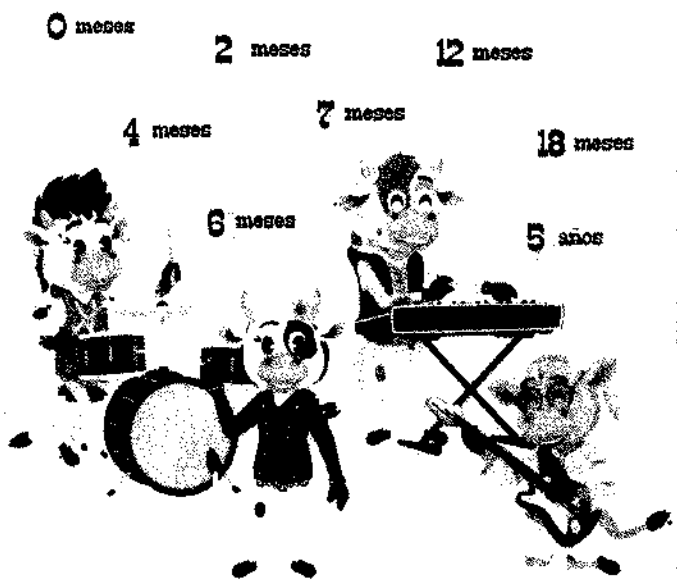
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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



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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Debany echeverry Savay

Fecha de nacimiento: 24/06/2022

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1126144382

Sexo: femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: Talla:

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Karen Echeverry

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: Tipo Identificación: No. ID

Edad	Me protege de:	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote								IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	24	06	2022	Serum	0	3	2	0	1	7	A	0	a	1	Ecuador				
	Hepatitis B	Recién nacido	24	06	2022		0	3	2	0	8	0	4	C							
2 meses	Lactancia materna exclusiva: Si ☐ No ☐																				
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	29	08	2022	Biologicals	2	1	4	3	0	0	6								
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	29	09	22	Serum	2	2	0	1	0	2	1	2	1	A					
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	1.ª	29	08	22		2	2	0	1	0	2	1	2	1	A					
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	29	08	22		2	2	0	1	0	2	1	2	1	A					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	29	09	22	GSK	A	R	0	1	2	8	4	5	B	A	Ecuador				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	29	08	22	Pfizer	A	5	D	N	B	3	4	0	A	B					
4 meses	Lactancia materna exclusiva: Si ☐ No ☐																				
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	29	10	22	Biologicals	2	1	4	3	0	0	6								
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	29	10	22	Serum	2	2	0	1	2	1	2	1	B						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	2.ª	29	10	22		2	2	0	1	2	1	2	1	B						
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	29	10	22		2	2	0	1	2	1	2	1	B						
	Diarrea por rotavirus	2.ª	29	10	22	GSK	A	S	R	N	B	3	4	0	A	B	Ecuador				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	29	10	22	Pfizer	A	R	0	C	0	8	4	5	B	A					
6 meses	Lactancia materna exclusiva: Si ☐ No ☐																				
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	30	08	23	Biologicals	2	0	4	0	5	2	2								
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	30	08	23	Serum	2	1	0	1	2	1	2	1	A	D	Ecuador				
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	3.ª	30	08	23	Serum	2	1	0	1	2	1	2	1	A	B					
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	30	08	23	Serum	2	1	0	1	2	1	2	1	A	B					
	Influenza estacional	1.ª	06	08	23	Gruncels	U	S	0	5	2	3	0	0	1		HFID			Edwin	
7 meses	Influenza estacional	2.ª	30	06	23	Grunsels	U	S	0	5	2	3	0	0	1		HFID			Edwin	
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	30	06	23	Serum	0	1	3	1	N	0	1	1	A		HFID			Kerly	
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	30	06	23	Pfizer	F	V	9	9	4	8					HFID			Kerly	
	Varicela	2.ª	30	06	23	merck	W	0	3	1	6	5	7				HFID			Kerly	
	Hepatitis A	Única	30	06	23	MSD	W	0	0	0	5	1	9				HFID			Jennifer C	
	Influenza estacional	Anual	09	03	24	Butantan	2	4	0	0	9	7	9	1	0	0	HFID			Jennifer C	
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	19	01	24	Biological	2	2	3	3	0	0	5				HFID			Jennifer C	
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	19	01	24	Serum	2	0	5	1	4	0	3	3	B		HFID			Kerly	
	Fiebre amarilla	Única	30	06	23	Sanofi	F	0	8	2	0	2	2								
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo																			
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo																			
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	19	01	24	Serum	0	1	3	2	N	0	9	8	B		HFID	Cita: 2 años cumplidos		Jennifer J	
	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		—	11	07	24	Bacteriente	2	4	0	0							HFID			Jennifer C	
						Sanofi															

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 | Minsalud

CIUDAD la dorada FECHA: DÍA 02 MES 05 AÑO 2025 HORA: 8:30 AM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Debanny Sarai APELLIDOS Castrillon Echeverri

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1126144382

FECHA DE NACIMIENTO DIA: 24 MES: 06 AÑO: 2022 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Cel.

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 Reacion

¿COMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del musculo 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: _____

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

Nombres Karen Dayana Apellidos Echeverri

Tipo de identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1007763735

Firma: Peña

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: Isabel Brea Erazo

Firma Isabel Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004695439

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

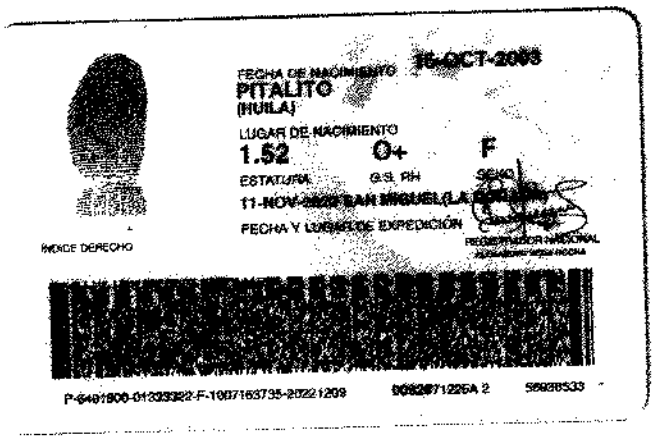
INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLB

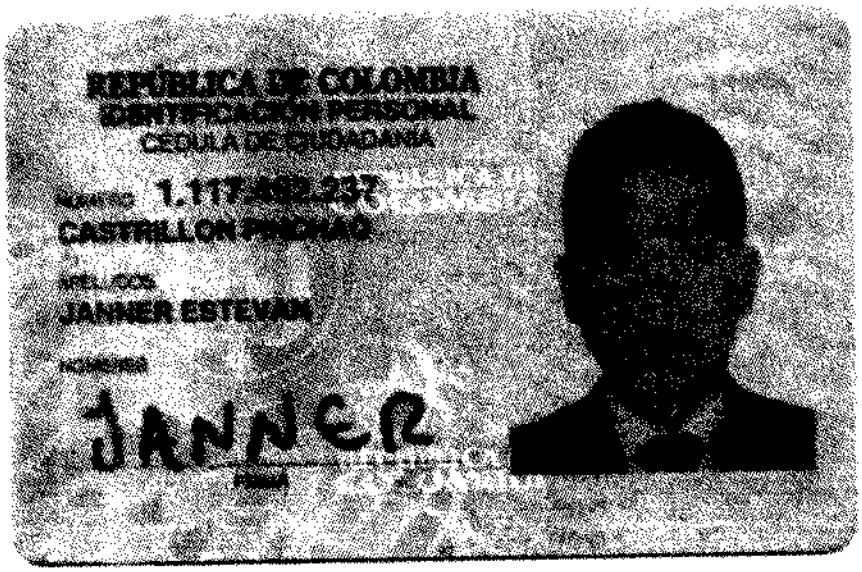
DEPARTAMENTO/DISTRITO: Puto mayo

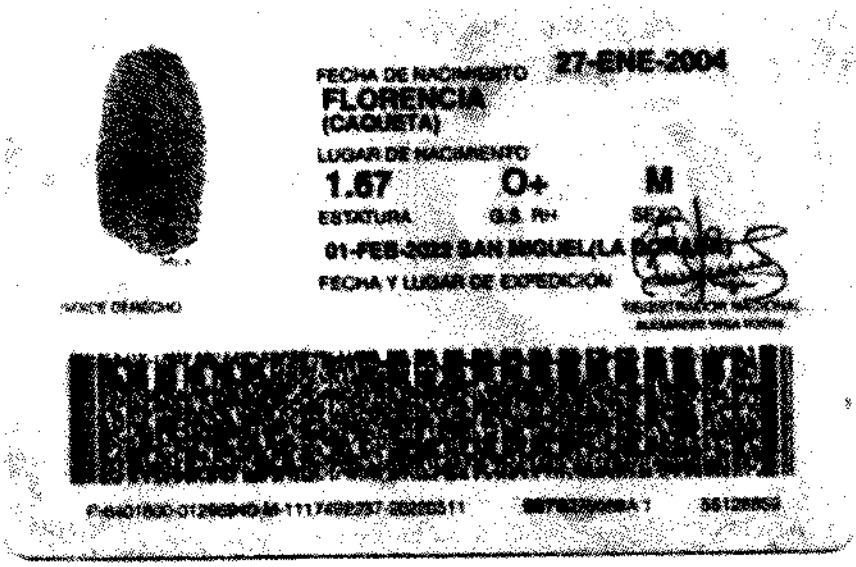
MUNICIPIO: San Miguel

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.




FECHA DE NACIMIENTO 16-OCT-2003
PITALITO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52
O+
F
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA
1.117.492.237
CASTRILLON PINCHAO
JANNER ESTEVAN
JANNER


FECHA DE NACIMIENTO 27-ENE-2004
FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67
O+
M
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
01-FEB-2023 SAN MIGUEL/LA DORADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Karen Dayana Echeverri Identificado con C.C N° 1007763735 en calidad de: padre o madre ( ), del niño o niña: DERANNY SARAI CASTRILLON E o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: HABITOS CREATIVOS, me comprometo a cumplir con los siguientes lineamientos:

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

Se firma en San Miguel, a los 1 Días del mes de ABRIL del Año 2025.

Madre o Acudiente
C.C 1007763735

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

Yo, Kaven Dayana Echeverri, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1007763735, obrando en calidad de:

Padre	X	Madre		Cuidador	

De la niña, niño o adolescente, DEBANNY SNEIDER CASTRILLON C, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI____, CE____, número 1126144382; manifiesto que:

Sí	X	No	

AUTORIZO a la niña, niño o adolescente a participar en la oferta de la Dirección de Niñez y Adolescencia
Con la suscripción de este permiso manifiesto que me informaron que, durante la participación, en la oferta de la Dirección de Niñez y Adolescencia se:

1. Captarán, tomarán, almacenarán y editarán imágenes personales o fotografías de los participantes
2. Realizarán videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
3. Divulgarán y publicarán las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

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

Suscriben:

Firma: Peña
Nombre: Kaven Dayana Echeverri Peña
Calidad - Titular: X Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3138506604
Fecha: 1-04-2025
Municipio: San Miguel

	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 DEBANY SARAI CASTELLON E. , identificado (a) con documento de identidad número 1126144382, 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, Kaven Dayana Echeverri Peña. , quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1007763735 , de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios		Videos		Otros datos personales	

La autorización comprende:

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

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

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

Los productos autorizados son originados por Fundacion Alma de Nido , 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: Peña.
Nombre: Kaven Dayana Echeverri Peña.
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 313 850 6604.
Fecha: 01-04-2025
Municipio: SAN MIGUEL

Fundación Alma de Vida

Pacto de convivencia en el hogar

Se establece los siguientes acuerdos con la familia durante la visita en el hogar

- Cumplir con el día y hora acordada para el encuentro en el hogar y las llamadas telefónica.
- Participar durante el encuentro en el hogar.
- Que el niño participante este presente durante el encuentro
- Mantener las medidas de bioseguridad
- Actualizar documentación cuando sea necesario
- Atender a los encuentros con puntualidad y disponibilidad de tiempo.
- Tener en cuenta la practica acordada durante el encuentro en el hogar.
- Informar del día que no puedan recibirnos en su hogar.
- Informar cuando los agentes educativos no puedan asistir a los encuentros y reprogramarlos para una próxima fecha.
- Tratar con respeto, tanto la familia como el talento humano.

Madre

Firma

Beleidy Acharga.

agente educativo

firma

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad la Dorada

Nombre completo de la niña o niño Debanny sarai castillon Echeverri

Fecha de nacimiento 24 06 2022 **N° Documento de identidad** 1126144332

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 04 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 Debanny se encuentra en el rango esperado ya que cumple con los ítems acorde a su edad se continuara fortaleciendo con actividades de diario vivir en la casa con diferentes 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 09 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

Debanny se encuentra dentro de lo esperado teniendo en cuenta que ha cumplido con los ítems de las dimensiones fundamentales que se encuentra en su etapa de edad.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

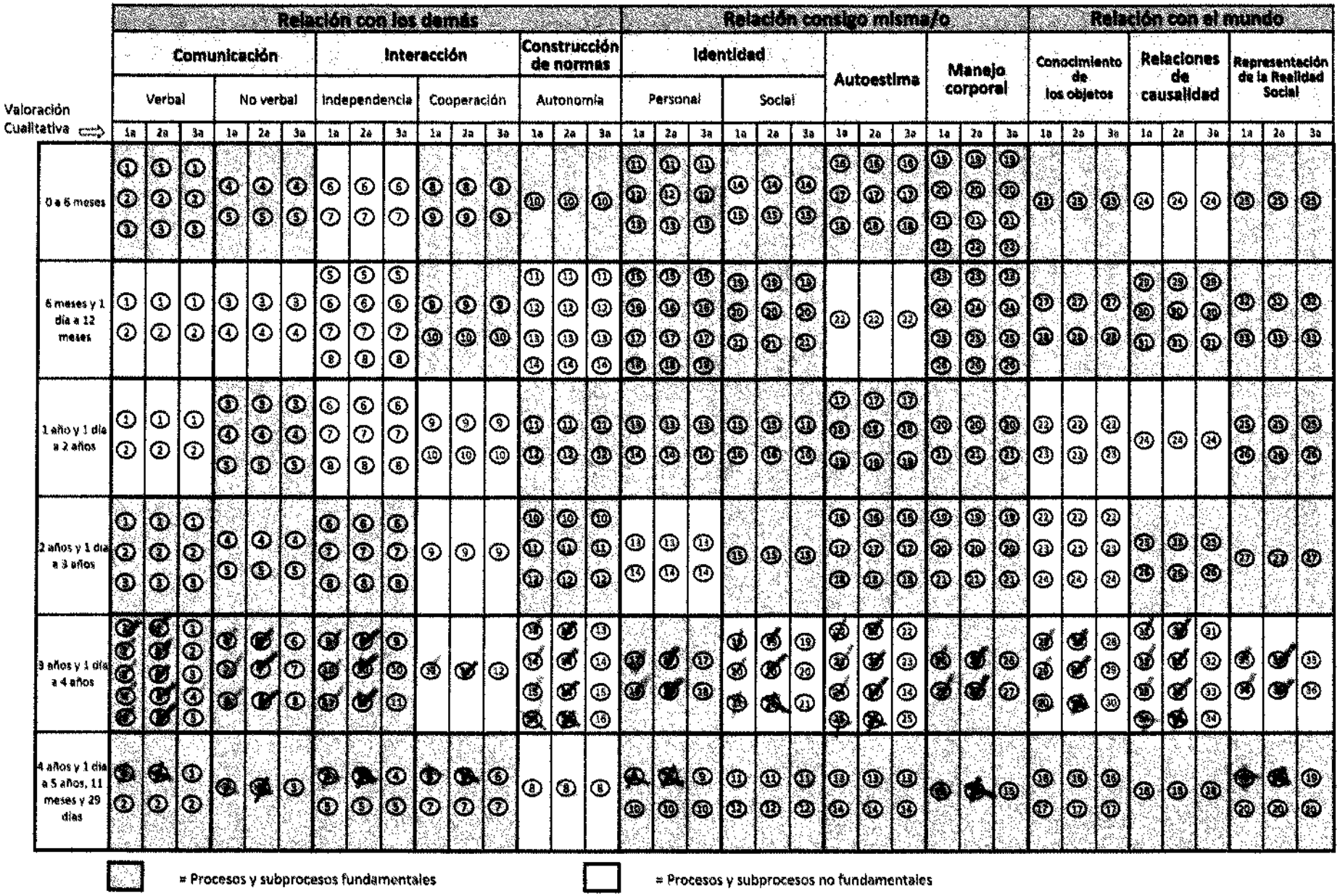
Fecha de resgistro cualitativo

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