Fundación
Alma de Vida

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con fotografía del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras).
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar _X_ en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización) ___SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7) ___Pertenecientes a Res UNIDOS ___Pertenecientes a Familias en Acción ___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición ___Remitidos por SNBF ___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado) ___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.) ___Niños y niñas con discapacidad. ___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión. ___Población migrante en condición de vulnerabilidad. ___Activos en ruta de reincorporación.
5	Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente: (ADRESS)
6	Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo).
6	Copia del carnet de vacunación.
7	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
8	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
9	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
10	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
11	Fotocopia de un recibo de servicios públicos domiciliarios cuando sea necesario (aplica para zona urbana y en zona rural solo si se cuenta con servicios públicos) N I A
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. N I A
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 93 786
321 77 48 798
[redacted]

	FUNDACION ALMA DE VIDA	Código: FO-GG-012
	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 25/03 /2025



FECHA SOLICITUD CUPO: 26-03-2025 **FECHA INGRESO:** 01-04-2025

UDS: Manitos Creativas **MUNICIPIO:** San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Oveimar Alexander Nata ordoñez

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1126460855

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 13-12-2021 **EDAD:** 3 AÑOS **MUNICIPIO:** Puerto Asis

DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** Colombia **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: X NO: __ CUAL: DIMF

EPS DEL PARTICIPANTE: Mallamas **SUBSIDIADO:** X **CONTRIBUTIVO:**

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X **DIAGNOSTICO:**

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: N/A

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: N/A

TIENE SISBEN: SI: __ NO: __ PUNTAJE: 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:

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jean jairo Nata charlango

No. IDENTIFICACION: 2160158893 **DIRECCION RESIDENCIA:** bajo Amaron

CELULAR: 311 2945541 **E.P.S:** N/A

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Lidia Gysselle ordoñez Rivera

No. IDENTIFICACION: 1063 806 665 **DIRECCION RESIDENCIA:** v/ bajo amaron

CELULAR: 311 2945541 **E.P.S:** N/A

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Lidia Gysselle Ordoñez R

NUMERO IDENTIFICACION: 1063 806665 **CELULAR:** 311 2945541

DIRECCION: v/ bajo amaron **PARENTESCO:** Madre

Gysselle ordoñez Rivera
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Belendy Arenas
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N**

Adhesivo Copia Registro Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

30520903-0

NUIP 1.126.460.855

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

NATA ORDOÑEZ OVEIMAR ALEXANDER

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)										Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	1	Mes	D	I	C	Día	1 3	MASCULINO	O −

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

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Fecha de Inscripción (Mes en letras)										Indicativo serial
Año	2	0	2	2	Mes	F	E	B	Día	0 1	0061322214

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

ORDOÑEZ RIVERA LIDIA GYSSELLE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TARJETA DE IDENTIDAD 1.063.806.665	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

NATA CHORLANGO JEAN JAIRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DOCUMENTO EXTRANJERO 210115889-3	ECUADOR

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

ORDOÑEZ RIVERA LIDIA GYSSELLE

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.063.806.665

Espacio para notas

NACIDO VIVO NUMERO 169592270

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

	Código
COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)	Y 7 A

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año 2 0 2 2 Mes F E B Día 0 1

Nombre y firma del funcionario

CARMEN PATRICIA CASANOVA YANDI

Registrador del Estado Civil

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	1126460855
NOMBRES	OVEIMAR ALEXANDER
APELLIDOS	NATA ORDOÑEZ
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	11/02/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/07/2025 16:12:33	**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

Sisbén

Registro público

A3

Fecha de consulta: **01/04/2025**

Ficha: **867576741052800008752**

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **OVEIMAR ALEXANDER**

Apellidos: **NATA ORDOÑEZ**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1126460855**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **26/09/2024**

Última actualización ciudadano: **26/09/2024**

Última actualización via registros administrativos: **25/11/2023**

***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**

¡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
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

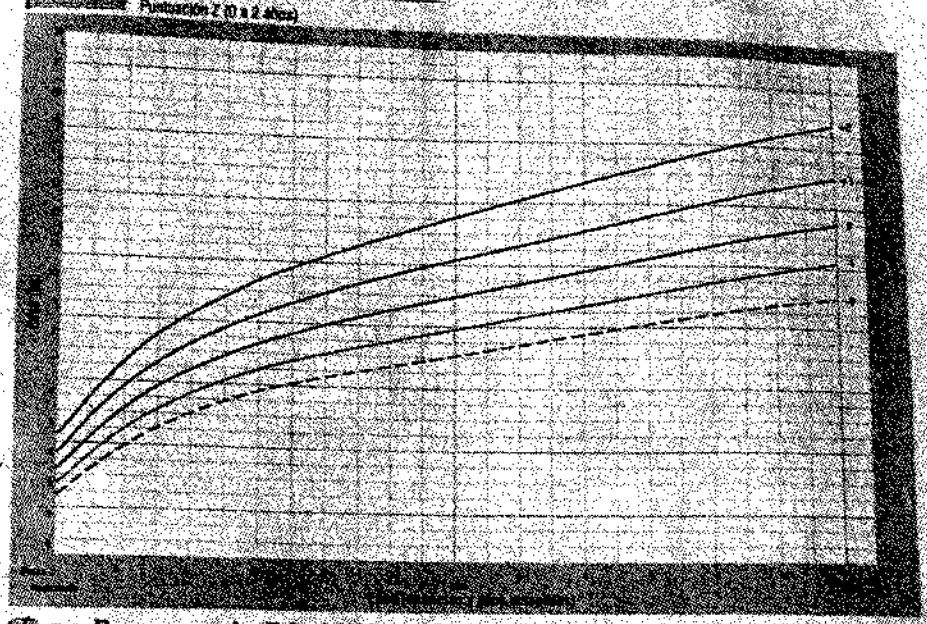
MIS DATOS

Nombres: Ovelmar Alexander	Apellidos: Nata Ordoñez
Fecha de nacimiento: 13 DIA | 12 MES | 2021 AÑO	Historia Clínica: 1126408355
Barrio/Vereda: Pueblo Colon	Responsable del niño: Madre
Teléfono: 3153273131	E.P.S.: Mallamas

ENTO

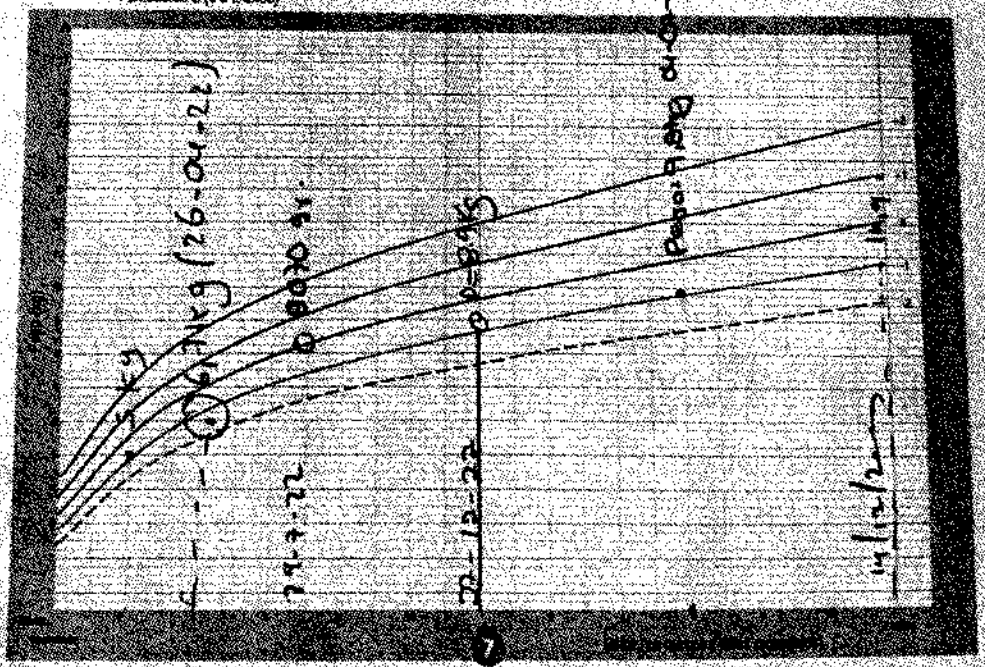
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



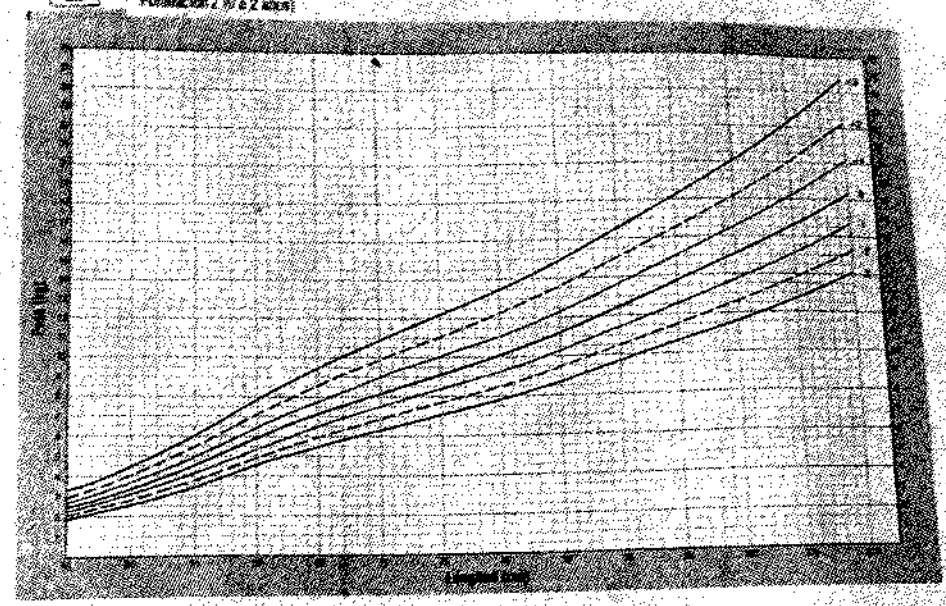
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



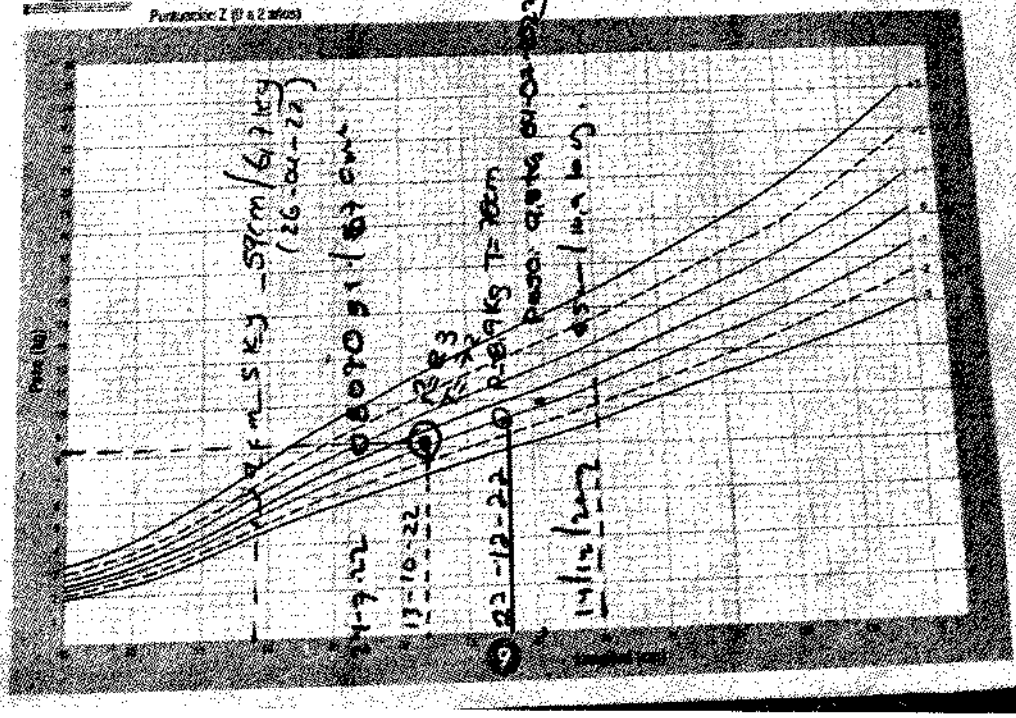
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



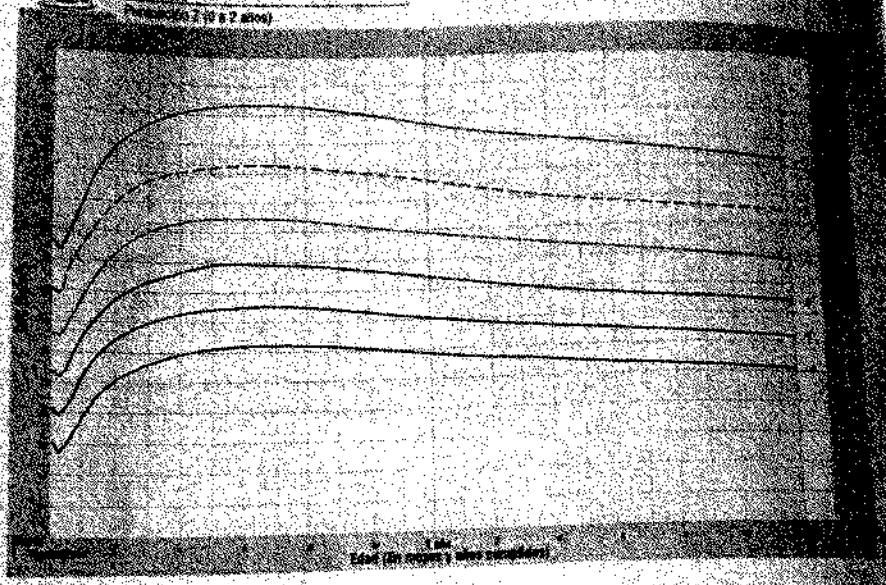
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



IMC para la Edad Niñas

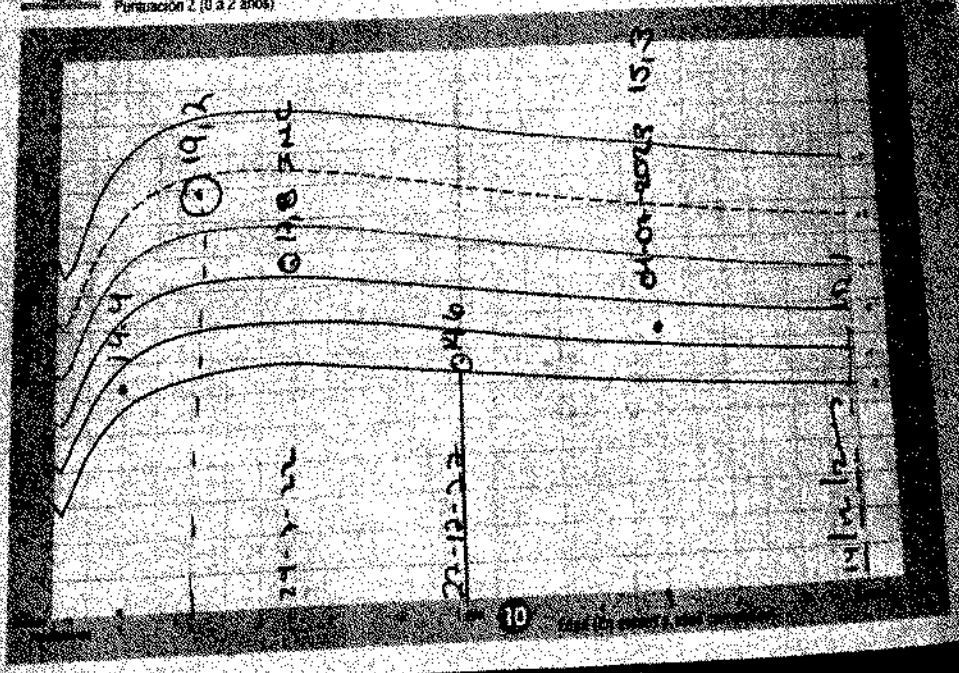
Puntuación Z (0 a 2 años)



Edad (en meses y años cumplidos)

IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



10

Edad (en meses y años cumplidos)

Un hijo sano y feliz

Dígale muchas veces al día
ama, acarícielo.

Acepte que puede equivoca

Pase tiempo con sus niños

Escuche sus razones y
importantes.

Dígale lo orgullosa que se

Cuando un hijo com
explíquele por que esti
hizo.

No importa si no ha
temprana edad ello
razones e interpretan

Escuche los motivo
antes de reprend
castigarlo respire y
piense un momento
más adecuada de c

No lo castigue con
maltratar.

Motívalo a intenta
Téngase Pacienc

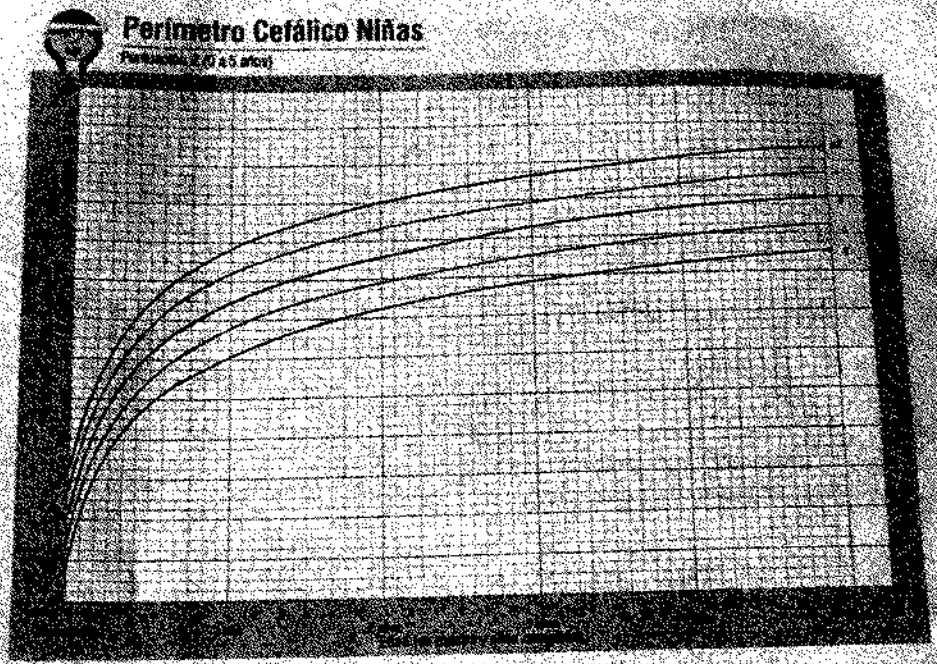
Puntuación Z (0 a 2 años)

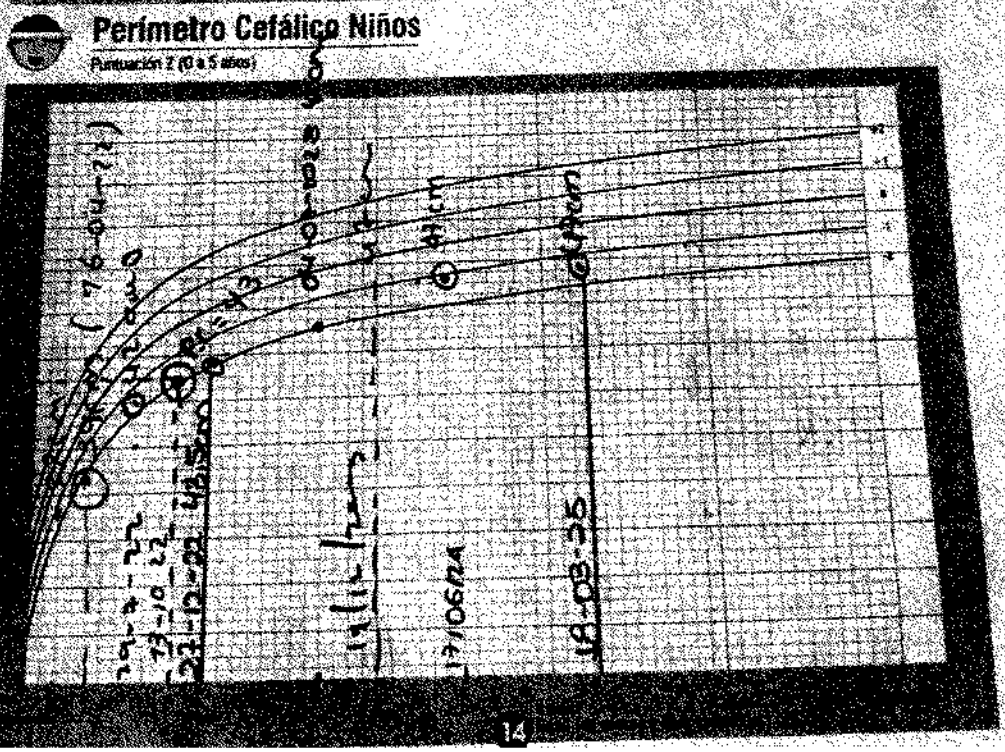
Longitud (cm)

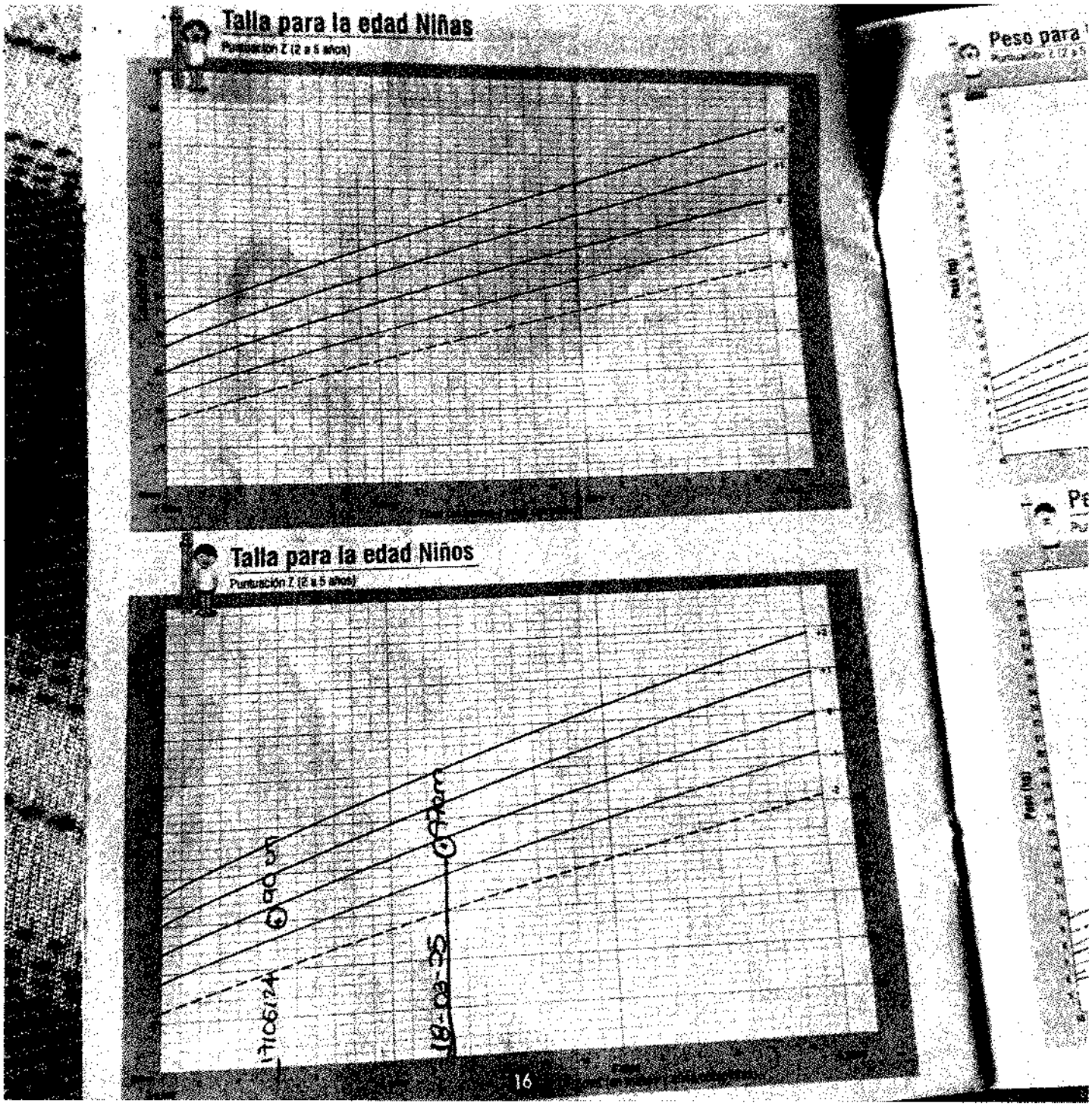
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

Longitud (cm)


Perímetro Cefálico Niñas


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 5 años)
Peso para
16

Puntuación Z (2 a 5 años)

Peso (kg)

Talla (cm)

Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

Peso (kg)

Talla (cm)

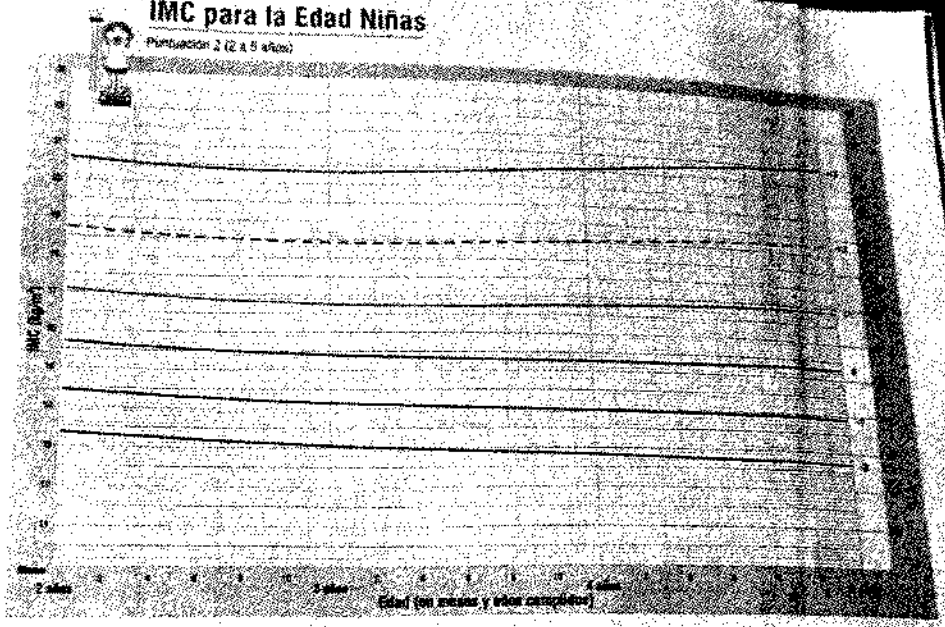
17 kg / 90 cm

LB+DB=25 (2 DALE BKS T= 90cm

17+06/24

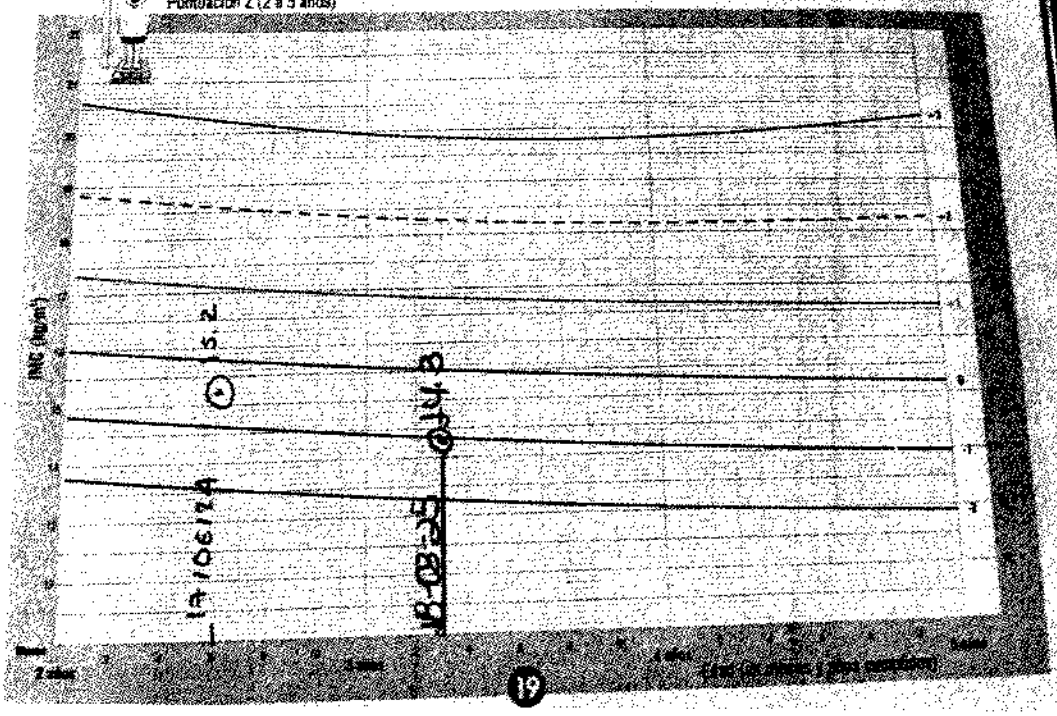
IMC para la Edad Niñas

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
13	Abril	2022	Med	SI ✓	
26	05	2022	Med.		
13	~~Octubre~~	2022	Medico	13-10-2022 Enf.	
13	Diciembre	2022	Medico	✓	
27	Junio	2023	Enfer	✓	
13	~~Diciembre~~	2023	Medico		
14	12	2023	Fcs	✓	
13	06	2024	Enf.	✓ 17/09/24.	
15	12	2024	Med.	FC: 18/08/25	
15	12	2025	Jefe		

11
RIV

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

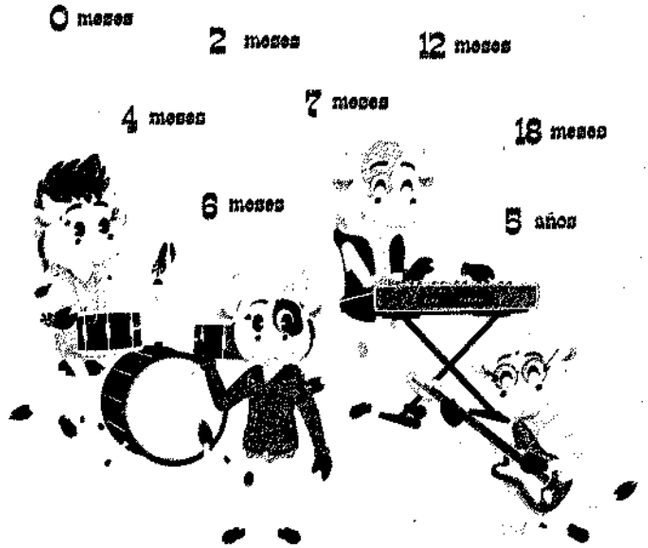
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis 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: Queimar Nata O.
Fecha de nacimiento: 13-12-2021
Nº de certificado de nacido vivo: 169592270
Registro civil: 1.126460.855
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 2350 Talla: 46
Dirección:
Teléfono 1:
Teléfono 2:
Responsable: Lidia Ordoñez
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo

#115

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			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	22	12	2021	Serum	03704A9908	Clinica Potumayo				Diana Tiquillo
	Hepatitis B	Recién nacido	15	12	2021	Serum	03204X0178					
2 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	15	2	22	Biocad	2,05001	HFID				Sandy Martinez Tec. Aux en Enfermeria CC. No. 1122336822
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	15	2	22	Serum	2E50KC35A	HFID				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	15	2	22		2E50KC35A	HFID				
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	15	2	22		2E50KC35A	HFID				
	Diarrea por rotavirus	1.ª	15	2	22	GSK	A12C1CE5BAC	HFID				
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	15	2	22	GSK	A5PNB31JBA	HFID				
4 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	26	04	22		2115006A		CITA: 15- ABRIL 2022			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	26	04	22		28501801					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	26	04	22	Serum	1111111					Talia Guerra
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	26	04	22			HFID				
	Diarrea por rotavirus	2.ª	26	04	22	1+FID	AR01C85BA					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	26	04	22	1+FID	A5PNB31JB					
6 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	22	07	22	Biolo	2121500U		cita 26 junio 2022			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	22	07	22		28S1X007D					Socia Yuri Ariel
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	22	07	22	Serum	1111111	HFID				
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	22	07	22							
	Influenza estacional	1.ª	22	07	22	65K.	V5022228	HFID				
7 meses	Influenza estacional	2.ª	02	09	22	Green	V5022205	HFID				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	16	02	23	Serum	01300UL1S3	HFID	CITA! 13-DICIE 2022			Daniela Casanova Tec. Aux en Enfermeria CC. No. 1007742522
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	16	02	23	65K.	RA5PUB3U2AA	1+FID				
	Varicela	2.ª	16	02	23	merck	W03U55N1	HFID				
	Hepatitis A	Única	16	02	23	MSP	U00U80C	HFID				
	Influenza estacional	Anual	24	09	23	GC	V5052300I	1+FID				Karen
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	24	09	23	Sacm	2857120C40C	HFID				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	24	09	23	Biolo	2208016	1+FID				Daniela Casanova Tec. Aux en Enfermeria CC. No. 1007772522
	Fiebre amarilla	Única	16	02	23	Sanofi	V3E37					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	24	09	25	Sacm	0131N071A	HFID				
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª						Cita: julio 26				
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otros dosis	SR	RF.	25	01	23	Serum	012 CITA: 26/01/26 COMPLIDOS.		CITA! 5 AÑOS COMPLIDOS.			Daniela

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.

12
RV

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 | Viceprotección

CIUDAD La Dorada FECHA: DÍA 03 MES 04 AÑO 2025 HORA 9:20AM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Oximar Alexander APELLIDOS Uita ordoñez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1126460855

FECHA DE NACIMIENTO DÍA 01 MES 02 AÑO 2022 EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Nallamas 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 B 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 Reaccion.

¿COMO 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 [ ] o 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 Gysselle Ordoñez Apellidos _____

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1063806665

Firma: Gysselle Ordoñez

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 Arias Erazo

Firma Isabel Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004695998

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): FIFUB

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo

MUNICIPIO: San Miguel

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

E.S.E. Hospital Regional
LA DORADA
NIT. 848.002.808-9

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraiso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil 3134821413

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. Hospital Regional
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Oviana Alexander Nuñez Ordoñez
Doc. de Identidad: CC 1126460865
Tipo: Maltomas
Teléfono: 3127455541
Parentesco: Papa Amaran

PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS			FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)													
			5 DIAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	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 por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor	LILIANA MARIBEL CURDUBA AUX. EN SALUD ORAL RES. 8600493 2014										12-Oct-2015		
		Profilaxis y remoción de placa											12-Oct-2015		
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)											12-Oct-2015		
	>	Vacunación													

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTF

IMPRESIÓN DACTILAR



- Vigencia de seis (6) meses
- Visite https://wsp.registraduria.gov.co/estadodocs para verificar la producción del documento
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento partir de la fecha de producción (Resolución 11630 de 2018)

FAVOR NO LAMINAR LA CONTRASEÑA

FECHA DE PREPARACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
05 DIC 2022	1.063.806.665
CÓDIGO Y CLASE DE EXPEDICIÓN	
1 PRIMERA VEZ CC	
APELLIDOS	
ORDOÑEZ RIVERA	
NOMBRES	
LIDIA GYSSELLE	
LUGAR DE PREPARACIÓN	
SAN MIGUEL(LA DORADA) (PUTUMAYO)	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	
TIMBIO(CAUCA)	
21 NOV 2004	O+

* 5 6 4 7 5 4 3 8 *

CÉDULA DE IDENTIDAD

REPÚBLICA DEL ECUADOR

DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL, IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN

APELLIDOS
NATA CHORLANGO

CONDICIÓN **CIUDADANÍA**



NOMBRES
JEAN JAIRO

NACIONALIDAD
ECUATORIANA

FECHA DE NACIMIENTO
14 DIC 2001

LUGAR DE NACIMIENTO
SUCUMBIOS LAGO AGRIO NUEVA ECIA

FIRMA DEL TITULAR

SEXO
HOMBRE

No. DOCUMENTO
035906174

FECHA DE VENCIMIENTO
24 SEP 2032

NAT/CAN
506193

NUI.2101158893

Jean Jairo N

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
NATA ESPARZA NESTOR PORFIRIO

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
CHORLANGO MARIA BACILIA

ESTADO CIVIL
SOLTERO

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN
LAGO AGRIO 24 SEP 2022

DIRECTOR GENERAL

CÓDIGO DACTILAR
V4444V4242

TIPO SANGRE **N/R**

DONANTE
Si

I<ECU0359061745<<<<<2101158893
0112145M3209240ECU<SI<<<<<<<<<4
NATA<CHORLANGO<<JEAN<JAIRO<<<<

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Lidia Gisselle Ordoñez Identificado con C.C N° 1063806665 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: OBEIMAR ALEXANDER PATA O 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.

Gisselle Ordoñez
Madre o Acudiente
C.C 1063806665

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

Yo, Lidia Gysselle ordoñez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1063806665 obrando en calidad de:

Padre		Madre	X	Cuidador	

De la niña, niño o adolescente, OVEIMAR ALEXANDER PAVA, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI____, CE____, número 1126460855, 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: Gysselle ordoñez
Nombre: Lidia Gysselle ordoñez
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3112745541
Fecha: 01-04-2025
Municipio: SAN MIGUEL

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	11/07/2024
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 5	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad OSCAR ALEXANDER DATA OVIEDO, identificado (a) con documento de identidad número 1126460855, 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, Lidra Gysselle ordoñez Rivera, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1063806665, 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 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 E I C.

Suscriben:

Firma: Gysselle Ordoñez
Nombre: Lidra Gysselle Ordoñez Rivera
Calidad - Titular: si Representante legal: si
Teléfono de contacto: 311 294 5541
Fecha: 01-04-2025
Municipio: SAN MIGUEL

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.

Gysselle Ordoñez
Madre

Firma

Betsy Acharga.
agente educativo

firma

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Beledy Achanga NOMBRE UCA: Manitos creativas

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Overma Alexander Nata IDENTIFICACIO: 1126460855 FECHA DE NACIMIENTO: 13-12-2021

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
10-09-2025				430 PM	Se realiza el llamado de asistencia y el niño no se presento al encuentro se le pregunta a los participantes si saben algun motivo ellas manifiesta algunos de los motivos puede ser la lluvia ya que ella vive lejos Se realizara una visita despues del encuentro para saber el bienestar del niño.	Gisselle adonez	Beledy Achanga	Realiza la visita la madre manifiesta que por el motivo de la lluvia no podo asistir y el niño se encuentra bien de salud.		Se le recomienda a la madre. informar ante todo a la profe. para saber. sobre el bienestar de niño.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O):_____ NOMBRE UCA: _____

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: _____ IDENTIFICACIO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad la Dorada

Nombre completo de la niña o niño Dueimar Alexander Ochoa Ordoñez

Fecha de nacimiento 13 12 2021 **N° Documento de identidad** 1126460855

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

El niño Dueimar se encuentra en el rango esperado ya que cumple con los items de acuerdo a su edad, se continuara fortaleciendo con actividades de disfrute vivencial con actividades ludicas 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

Dueimar se encuentra dentro de lo esperado teniendo en cuenta que ha cumplido con los items de las dimensiones fundamentales que se encuentra en su etapa de edad se continuara fortaleciendo con actividades ludicas pedagogicas.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

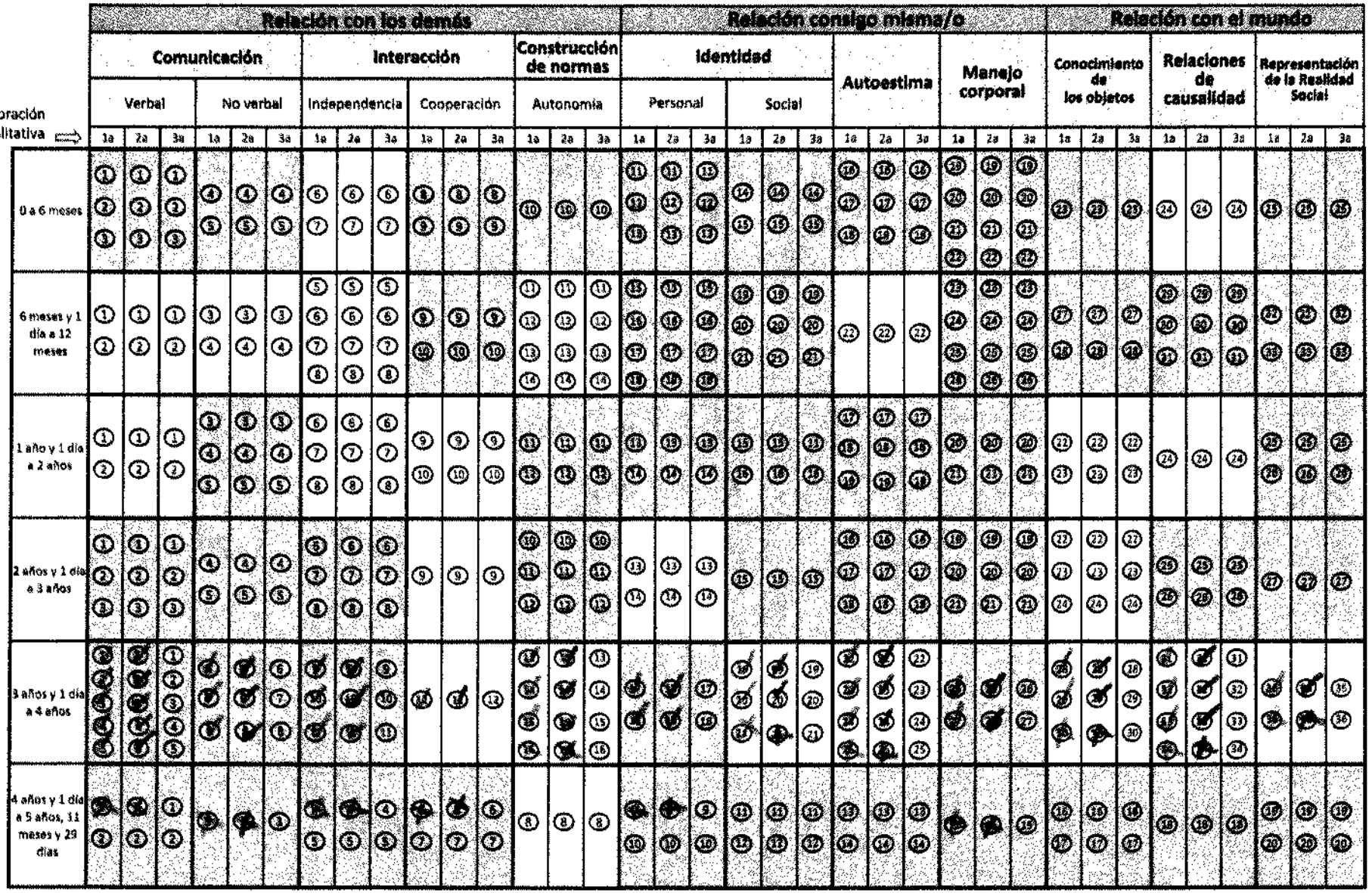
Fecha de resgistro cualitativo

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

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

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



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL