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) _X_ 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,

	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: Amor y Ternura **MUNICIPIO:** San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Asly Jhoana Berrocal Nuñez

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO ___ **NUIP No.** 1.066.848.522

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 24-05-2022 **EDAD:** 02 Años **MUNICIPIO:** Timbiqui

DEPARTAMENTO: Cauca **PAIS:** Colombia **DIRECCION DE RESIDENCIA:** Vl Mesas del Sabalito **ESTRATO:** ___ **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: ___ NO: X

¿CUAL?: N/A **MOTIVO DEL RETIRO:** N/A

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

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

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: ___ NO: X **DIAGNOSTICO:** N/A

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

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

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

TIENE SISBEN: SI: X NO: ___ PUNTAJE: A4 **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: Jesus Alberto Berrocal Gomez

No. IDENTIFICACION: 1.840.510.567 **DIRECCION RESIDENCIA:** M. Sabalito.

CELULAR: 311 552 17 44 **E.P.S:** Nueva EPS.

OCUPACION U OFICIO: Agricultor.

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yarnisely Nuñez Murillo

No. IDENTIFICACION: 1.064486992 **DIRECCION RESIDENCIA:** M. Sabalito

CELULAR: 311 552 1744 **E.P.S:** Nueva EPS

OCUPACION U OFICIO: Ama de Casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Yarnisely Nuñez Murillo

NUMERO IDENTIFICACION: 1.064.486.992 **CELULAR:** 3115521744

DIRECCION: Vl Mesas del Sabalito **PARENTESCO:** madre.

Johana Berrocal
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Omaira Meneses
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA UNICA DEL CIRCULO DE TIMBIQUI - CAUCA
VALIDEZ PERMANENTE

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.066.848.522

Indicativo Serial 62241041

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código H X D

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CAUCA -TIMBIQUI

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BERROCAL	NUÑEZ

Nombre(s)
ASLY JHOANA

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

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	17199756-4

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

Apellidos y nombres completos
NUÑEZ MURILLO YARNISELY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.#. 1.064.486.992 EXPEDIDA EN TIMBIQUI - CAUCA	COLOMBIANO

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos
BERROCAL GOMEZ JESUS ALBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C #. 1.040.510.567 EXPEDIDA EN EL BAGRE ANTIOQUIA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
BERROCAL GOMEZ JESUS ALBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)	
C.C #. 1.040.510.567 EXPEDIDA EN EL BAGRE ANTIOQUIA	x JESUS ALBERTO

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos
****

**********	Firma **********

Datos segundo testigo

****

**********	Firma **********

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes JUN Día 07	Sra. ELCY STHER ARAGON ANGULO (E) Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
x JESUS ALBERTO Firma	Sra. ELCY STHER ARAGON ANGULO (E) Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Se omiten huellas plantares según circular Conjunta N°041 de fecha 15 de Abril de 2020, de la RNEC.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Ecodocs s.a.

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 20/10/2025

Ficha: 19809151504300002933

A4

GRUPO SISBEN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ASLY JHOANA

Apellidos: BERROCAL NUÑEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1066848522

Municipio: Timbiquí

Departamento: Cauca

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 07/11/2023

Última actualización ciudadano: 07/11/2023

Última actualización vía registros administrativos:

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

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 No pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: JOHN ESTIVEN ARRECHEA VALLECILLA

Dirección: Carrera 2 No 3 - 16

Teléfono: 3152911779

Correo Electrónico: sisben@timbiqui-cauca.gov.co

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	1066848522
NOMBRES	ASLY JHOANA
APELLIDOS	BERROCAL NUÑEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. -CM	SUBSIDIADO	02/08/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/16/2025 15:06:39	**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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres: Esly Jhoana,

Apellidos: Berrocal Nuñez

Fecha de nacimiento: 24 - Mayo - 2022

Historia Clínica: 1066848522

Barrio / Vereda:

Responsable del niño (a): Yarnisely Noñez

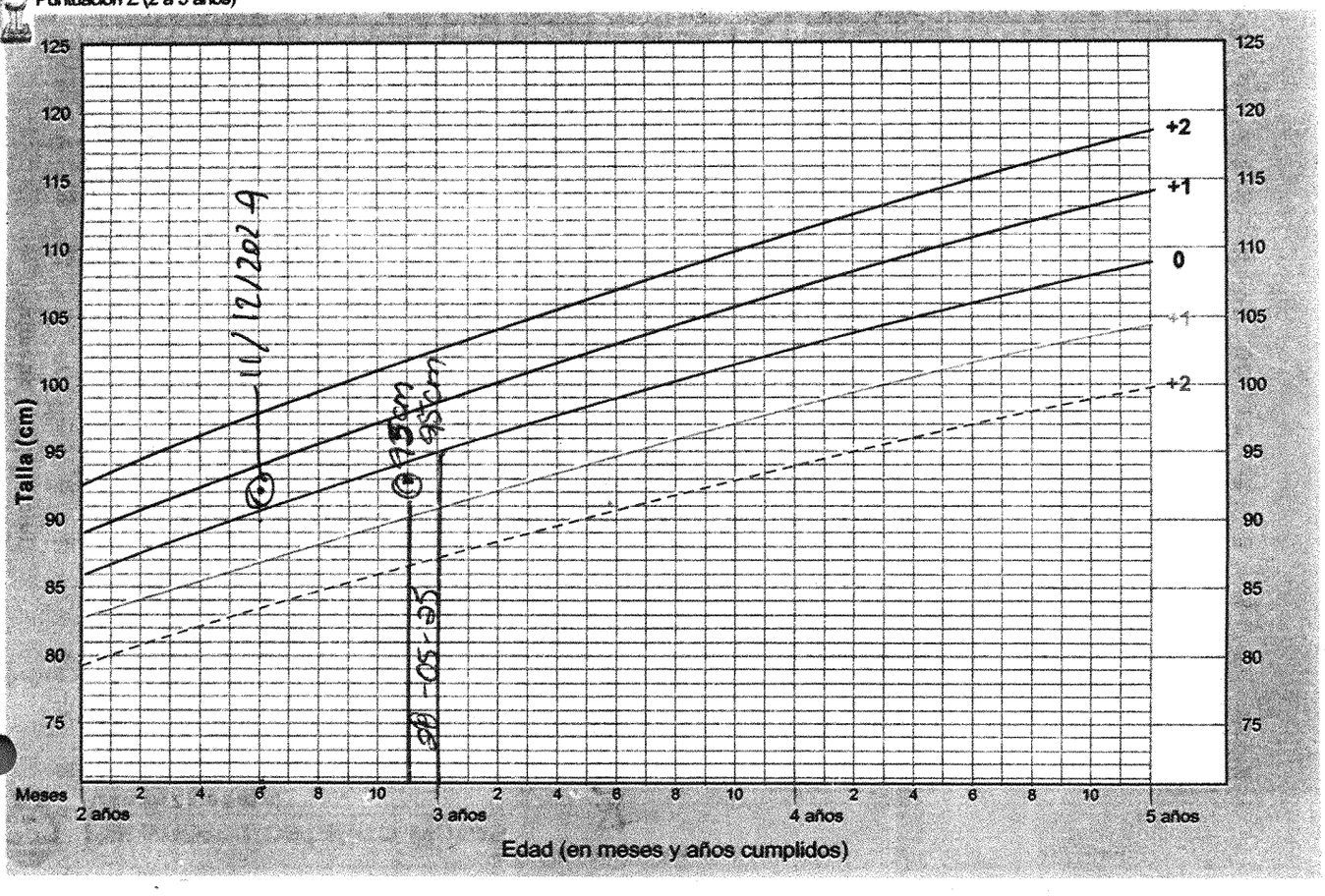
Teléfono: 3115521744

EPS: Nueva EPS



Talla para la Edad Niñas

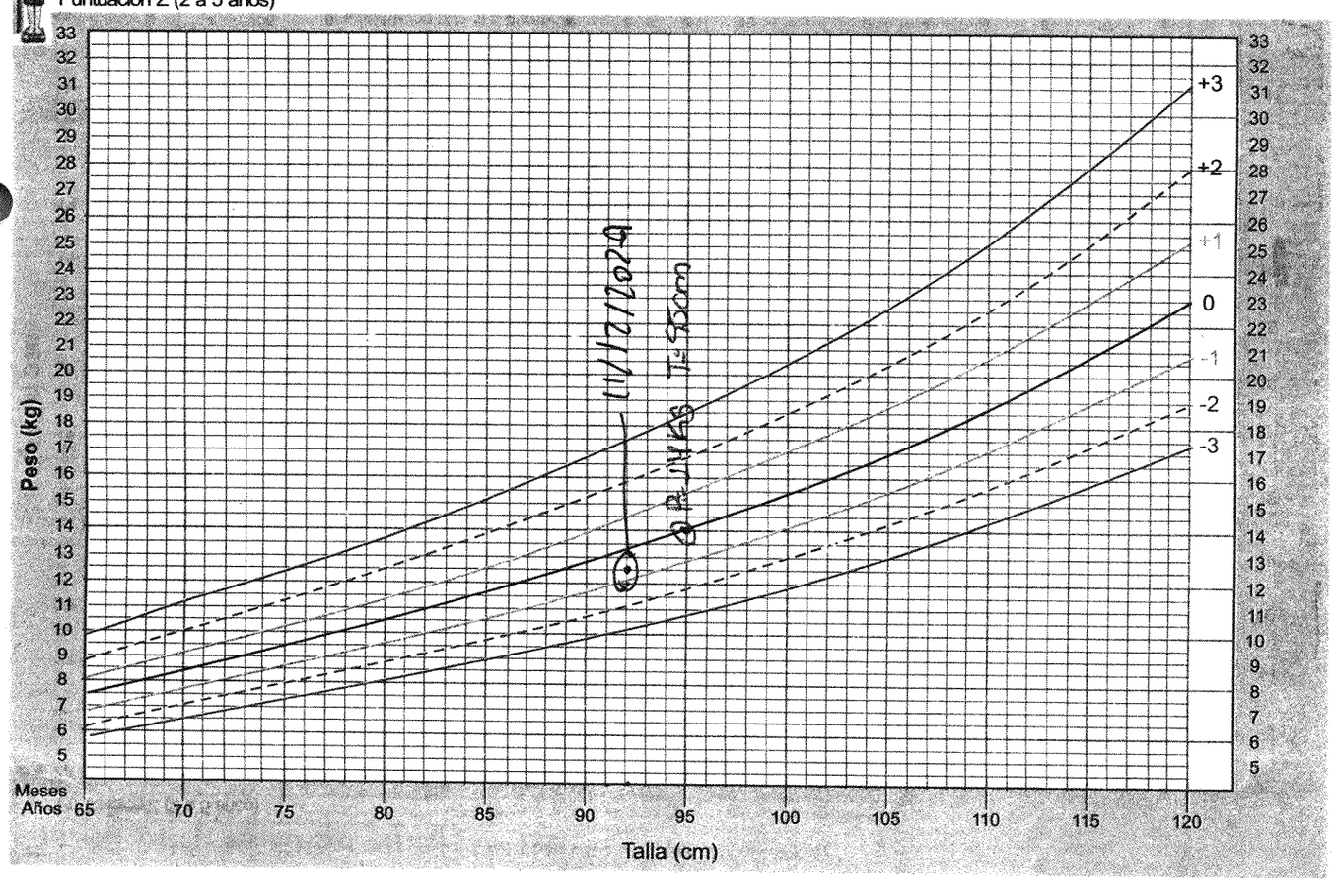
Puntuación Z (2 a 5 años)



⑩

Peso para la Talla Niñas

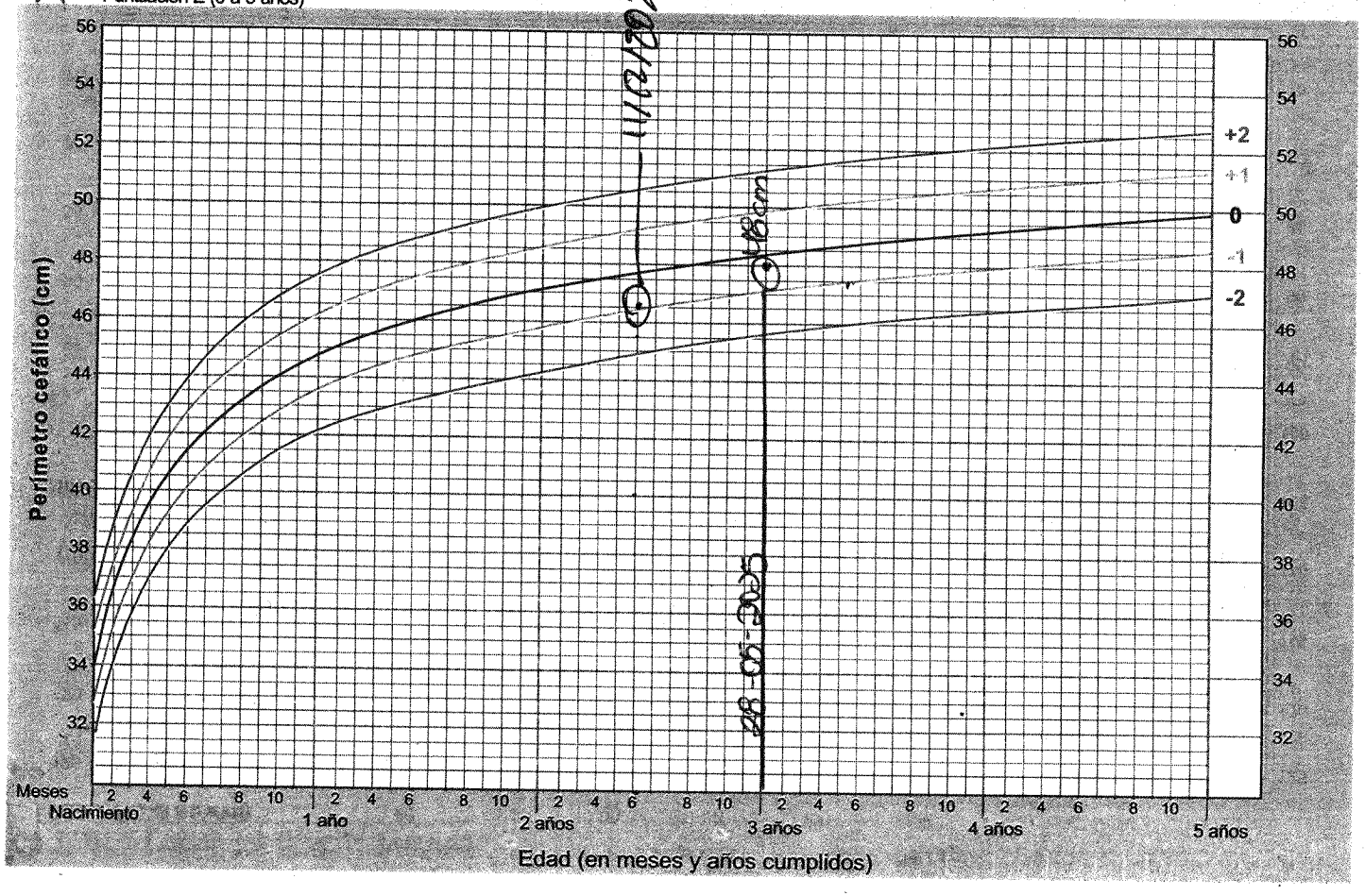
Puntuación Z (2 a 5 años)



⑪

Perímetro cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)

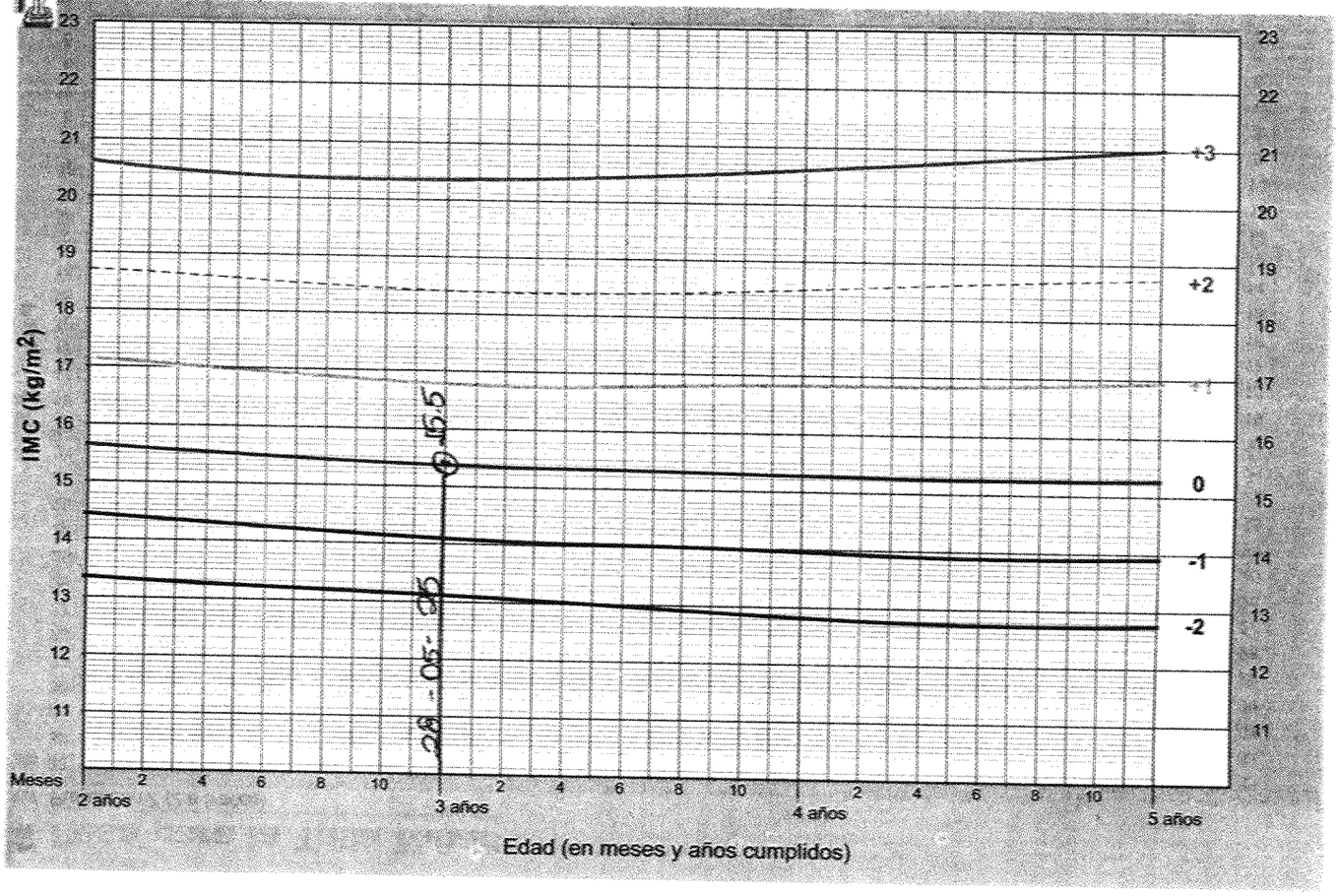


⑥

(12)

IMC para la Edad Niñas

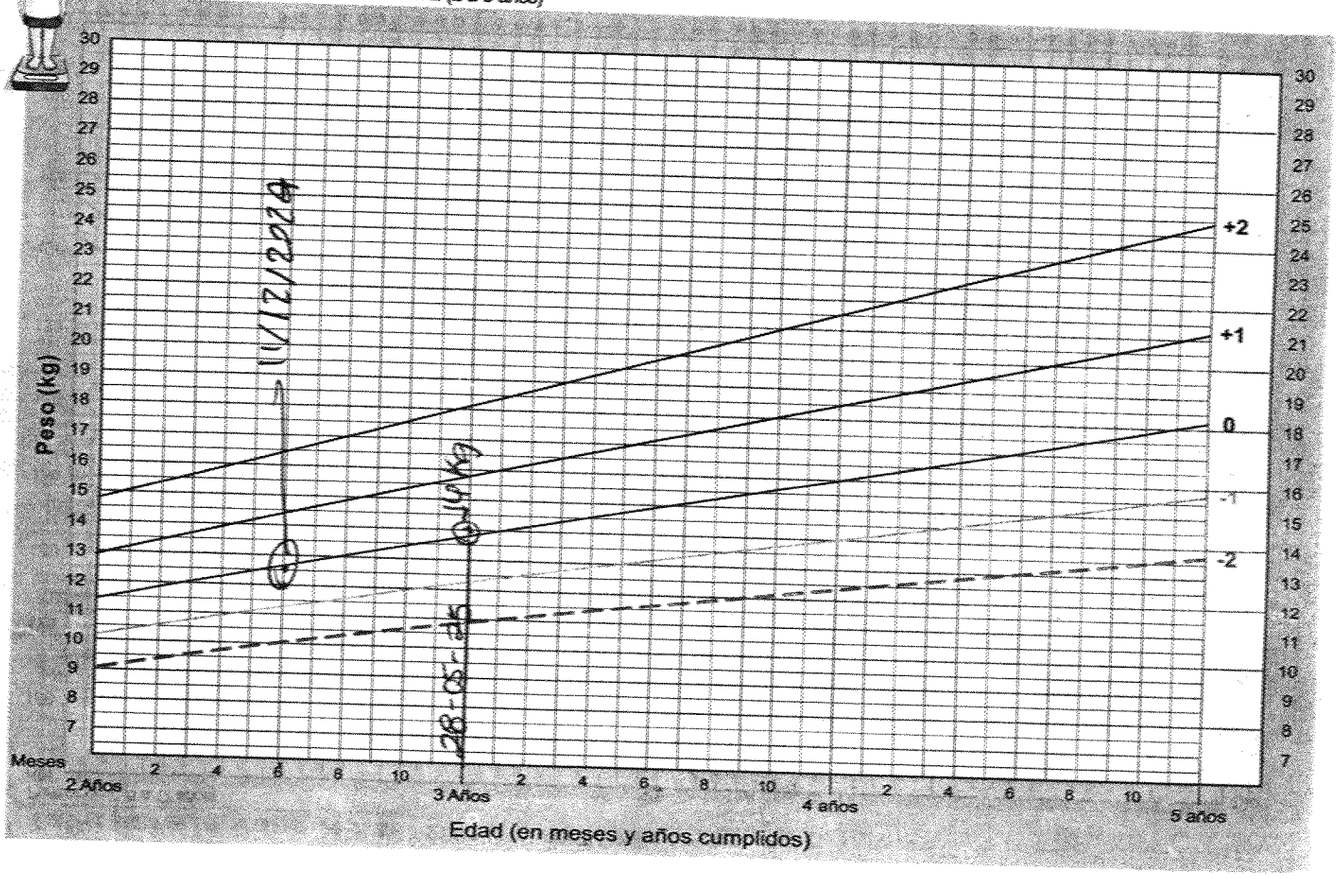
Puntuación Z (2 a 5 años)



(13)

Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
11/12/2024	12.5Kg	92cm	47cm	—	—	11/06/2025	Raul Moxmeño
28-05-2025	14	95	48	14	16.2	25-05-2026	

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
11	12	24	Medico	√	
11	06	25			
25	Mayo	2026	Enf.		

12
R/12

A SALUD
RA INFANCIA

		D	M	A
ado		D	M	A
ado				
ado				
ado				

(E), MEDICINA (M),
ILIAR (MF)

	Puntuación Z	Atención en salud por

IÓN CON MICRONUTRIENTES

	M	A	D	M	A
	M	A	D	M	A
	M	A	D	M	A
	M	A	D	M	A
	M	A	D	M	A

ÓN DE LA SALUD VISUAL
GUDEZA VISUAL

	M	A	SI*	NO*
	M	A	SI*	NO*
	M	A	SI*	NO*

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

La salud es de todos | Minsalud

Cita 2 años

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: ASLY Jhoana Berrocal

Fecha de nacimiento: 24-05-2022

Nº de certificado de nacido vivo: 17199786-4

Registro civil: 1.066.848.522

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: "O" positivo

Peso al nacer: 3200kg Talla: 52cm - 38

Dirección: B/ Sanjosé

Teléfono 1: 322 940 6334

Teléfono 2:

Responsable: Yarnisely Nuñez Murillo

Municipio de residencia: Timbiquí

Departamento: Cauca

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

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	Dirección
Recién nacido	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	26	05	22	Serum	037 0MA090	ESE Occidente
	Hepatitis B	Recién nacido	24	05	22	Serum	032 1A0B4B	ESE Occidente 24
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	10	05	2022	Bi Pharma	2712 2002	
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	10	08	2022	Serum	285 1400 1C	
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	10	08	2022	Serum	285 1400 7C	
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	10	08	2022	GSK	ARO1DQ41 D.A	
	Diarrea por rotavirus	1.ª	10	08	2022	Pfizer	FRUB97	
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	10	08	2022			
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	6	10	2022	Bi Pharma	2712 2002	
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	6	10	2022	Serum	285 1400 7C	
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	6	10	2022	Serum	285 1400 7C	
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	6	10	2022	GSK	ARO1DQ41 D.A	
	Diarrea por rotavirus	2.ª	6	10	2022	Pfizer	FRUB97	
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	6	10	2022			
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	17	02	23	Biological	22010D9	
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	17	02	23	Serum	285 1X021D	
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	17	02	23	Serum	285 1X021D	
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	17	02	23	Serum	285 1X021D	
	Influenza estacional	1.ª	06	09	23	BioPharma	V502300 4	
7 meses	Influenza estacional	2.ª	Lineamiento no lo permite sino va hasta el año 11 M					
12 meses	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	1.ª	06	09	23	Serum	0181N108B	
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	06	09	23	Pfizer	FRY893	
	Varicela	2.ª	11	12	24	Merck	X02 7 S1 2	
	Hepatitis A	Única	06	09	23	Sinovac	20220100 5	
	Influenza estacional	Anual	Perdida por la edad					
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	26	3	24	Biological	2233006	
	Difteria, tosferina y tétano (DPT) Perfecto	1.er refuerzo	26	3	24	Serum	285 2Y 01C	
	Fiebre amarilla	Única	06	3	24	SanoFi	W3E22	
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo						
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo						
	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	2.ª	06	03	24	Serum	2133N01UA	
	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								

Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐

Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐

Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐

Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐

Nit. 900.145.588-8 ESE Occidente Vacunacion Regular

Nit. 900.145.588-8 ESE Occidente Vacunacion Regular

ESE Occidente HFID ESE Occidente

ESE Occidente

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 m

13
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 — Minsalud

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 15 MES 04 AÑO 2025 HORA: 03:00 pm

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Asly Jhoana APELLIDOS Berrocal Nuñez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1066848522

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 24 MES: 05 AÑO: 2022 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Nueva EPS

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

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

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

Por miedo a la reacción

¿COMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Ninguna 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: Yarnisely N.

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

Nombres Yarnisely N Apellidos Nuñez Murillo

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1064486992

Firma: Yarnisely N.

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:

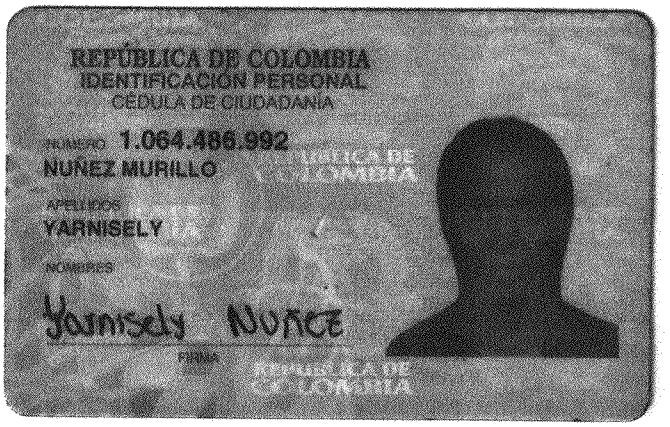
Firma Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número

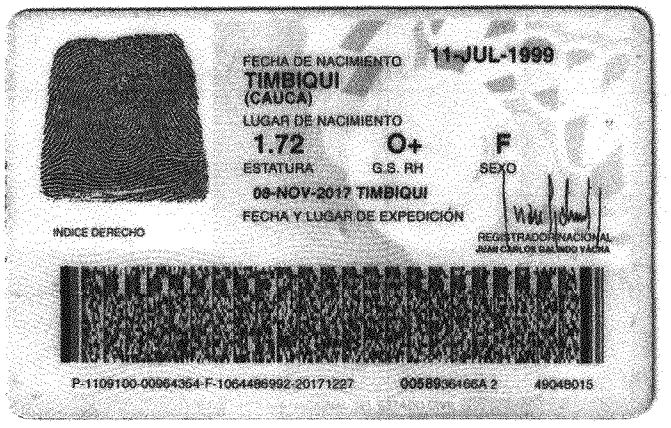
DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel

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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.064.486.992
NÚÑEZ MURILLO
APELLIDOS
YARNISELY
NOMBRES
Yarnisely Nuñez
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 11-JUL-1999
TIMBIQUI
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
09-NOV-2017 TIMBIQUI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
P-1109100-00964364-F-1064486992-20171227 0058936466A 2 49048015


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.040.510.567
BERROCAL GOMEZ
APELLIDOS
JEBUS ALBERTO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 31-DIC-1969
CAREPA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.85
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
09-FEB-2012 EL BAGRE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-0123500-01035180-M-1040510567-20180831
0082460792A 1
50947227

E.S.E. Hospital Contenvo
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

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 Contenvo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Esly Jhoana Berrocal

Doc. de Identidad: RC 1066848522

EPS: Nueva EPS

Teléfono: 3115521744

Domicilio: V/ M. Sabaleta

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	9-11M	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									22-03-2025 20-09-2025		24-09-2025 30-08-2026		
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	Y	Vacunación													

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
REG. CS00433-2011

		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	9-11M	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											28-5-2025		
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna										28-03-2025	28-04-2025	24-02-2025	30-03-2026
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor													
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación Aplicada Ulsoal 20/20	Normal					28-5-2025							

Judith Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg 22083
Universidad de Caldas

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

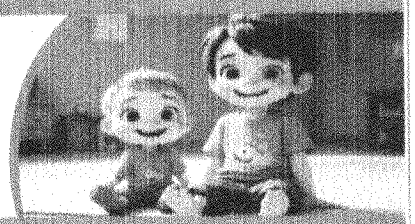
Dirección: B/ el Paraíso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Asly Johana Berrocal Nuñez

Doc. de Identidad: 1066848522

EPS: Nueva Eps

Teléfono: 3155527744

Domicilio: Vl Mesas del Sabalito

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Yarnisely Nuñez M. Identificado con C.C N° 1064486992 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Asly Jhoana Berrocal N o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Amor y Ternura, 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 03 Días del mes de 04 del Año 2025.

Yarnisely Nuñez Murillo
Madre o Acudiente
C.C 1064486992

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 Asly Jhoana Berrocal Nuñez, identificado (a) con documento de identidad número 1066848522, 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	X	Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Yarnisely Nuñez Murillo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1064486992, 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	X	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 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 Educación Inicial Campesina EIC

Suscriben:

Firma: Yarnisely N.
Nombre: Yarnisely Nuñez Murillo
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3115521744
Fecha: 03-04-2025
Municipio: San Miguel

COPIA NO CONTROLADA

de cero a Siempre

20
EIV

Ciudad San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Asly Jhoana Berrocal Nuñez

Fecha de nacimiento 24 05 2022 **Nº Documento de identidad** 1066848522

Sexo Masculino ○ Femenino Ø **Fecha de 1er día de atención en el año** 03 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Omaira Andrea Meneses

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 ○ Ø 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

Durante la primera aplicación de la escala se observa que la niña cumple con todos los ítem fundamentales Según su rango de edad, se continuará con estrategias pedagogicas para avanzar su proceso de desarrollo.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Omaira Andrea Meneses

Fecha de registro cualitativo 06 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 ○ Ø 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

En la aplicación de la escala cualitativa se identifica en la niña que su desarrollo cognitivo es acorde a su edad. Ella reconoce y describe lo que observa, también expresa de manera clara lo que le gusta y lo que no.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

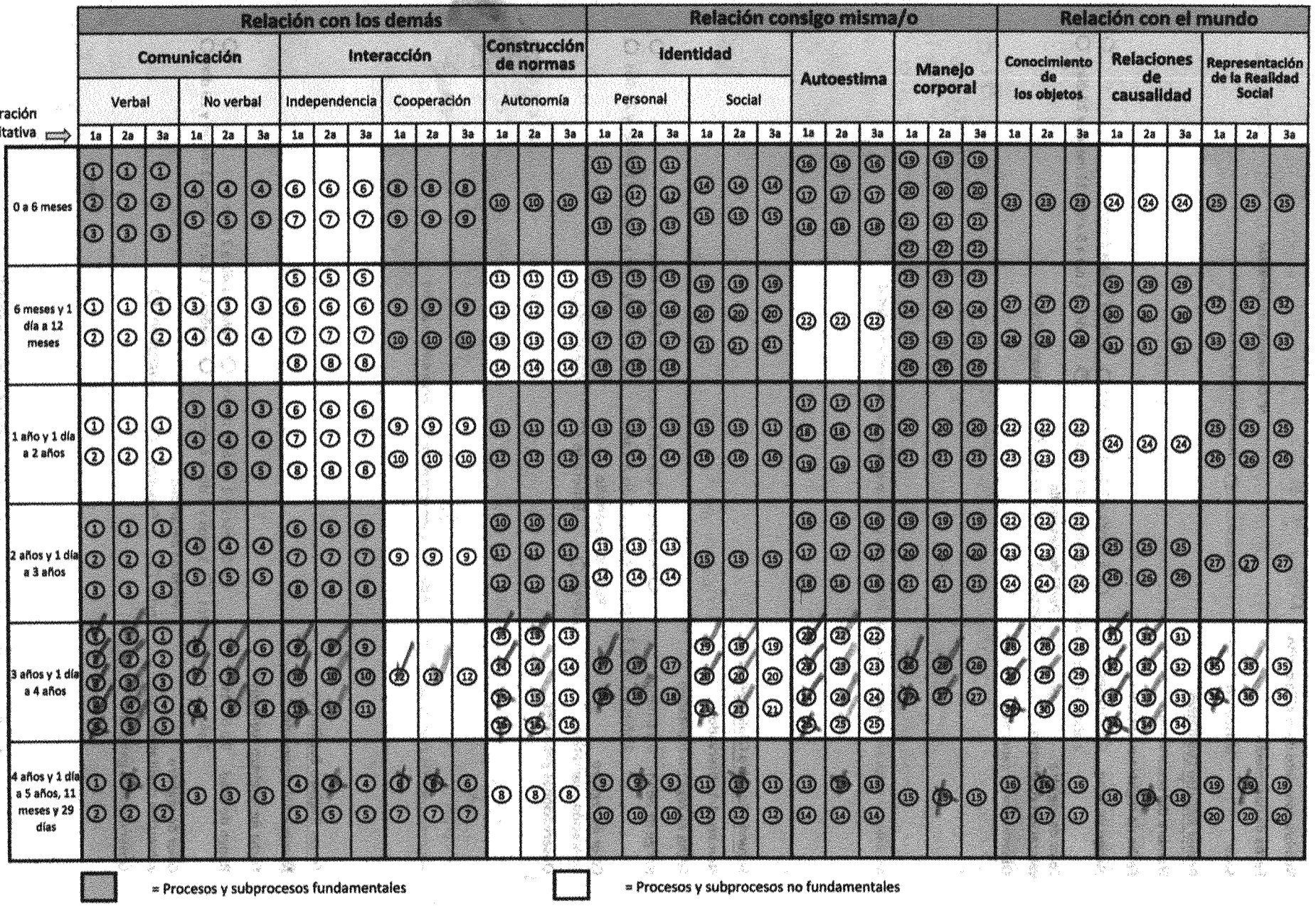
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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)***



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

21
R/V

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Omaira Andrea Meneses NOMBRE UCA: Amor y Ternura

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Asly Jhoana Berrocal N. IDENTIFICACIO: 1066 848 522 FECHA DE NACIMIENTO: 24-05-2022

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					
04-04-25	X				La niña ingresa al programa con esquema de vacunacion incompleto ya que solo tiene una dosis de influenza, la madre refiere que cada que la llevo al hospital le dyeron que ya estaba completo el carnet de vacunas.	Yarnixly N.	Omaira Meneses	- Se indago a la madre sobre el porqué su hija no cuenta con las dos dosis de influenza que tiene pendiente. -Además se le recomienda que en caso desde el hospital se la apliquen hacerlo teniendo en cuenta que por edad les corresponde.		- La madre se compromete hacer la vacunas si se las aplican en el hospital.
								El dia 15-05-2025 se hace cierre de la novedad las vacunadoras refieren que segun lineamiento ya no le aplicaran las dosis de influenza que ya les pidio.		

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Omaira Meneses NOMBRE UCA: Amor y Ternura

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Asly Berrocal IDENTIFICACIO: 1066848522 FECHA DE NACIMIENTO: 24/03/2022

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					