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,

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

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Luisa Maria Arteaga Martinez

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1140016104

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 29-07-2023 **EDAD:** 2 años **MUNICIPIO:** Valle del Guamuez

DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** Colombia **DIRECCION DE RESIDENCIA:** Mesas del Sabalito **ESTRATO:** 1 **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: X NO: __

¿CUAL?: D. I.M.F **MOTIVO DEL RETIRO:** Terminacion del programa

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

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: X NO: __ PUNTAJE: B1 **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: Robin Steban Arteaga Gomez

No. IDENTIFICACION: 1006788573 **DIRECCION RESIDENCIA:** M. Sabalito

CELULAR: 3166403777 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: 9° P **PROFESIÓN:** N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Lesli Yuleth Martinez Delgado

No. IDENTIFICACION: 1006847302 **DIRECCION RESIDENCIA:** M. Sabalito

CELULAR: 3166403777 **E.P.S:** Mallamas.

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Lesli Yuleth Martinez Delgado

NUMERO IDENTIFICACION: 1006847302 **CELULAR:** 3166403777

DIRECCION: V/mesas del Sabalito **PARENTESCO:** Madre

lesli Martinez. Omaira Meneses

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE **FIRMA AGENTE EDUCATIVO**

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
33439617-6

3

5961647 3

NUIP	1140016104

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **59616473**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradur	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de	Código
X						0 Q Y

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

COLOMBIA - PUTUMAYO - VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA) VALLE DEL GUAMUEZ H.S.C DE JESUS ***

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ARTEAGA **********	MARTINEZ **********

Nombre(s)

LUISA MARÍA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes ENE Día 29	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - PUTUMAYO - VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA) **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	23014710312773 ******

Datos de 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

MARTINEZ DELGADO LESLI YULIETH **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1006847302 **********	COLOMBIA ********

Datos de padre o madre (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

ARTEAGA GOMEZ ROBIN ESTEBAN **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1006788573 **********	COLOMBIA ********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ARTEAGA GOMEZ ROBIN ESTEBAN **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1006788573 **********	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Fecha de Inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2023 Mes ENE Día 30	CARMEN PATRICIA CASANOVA YANDI Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

NÚMERO DE PREPARACIÓN 112094822

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 20/10/2025

Ficha: 86757674952700004229

B1

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUISA MARIA

Apellidos: ARTEAGA MARTINEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1140016104

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/09/2023

Última actualización ciudadano: 19/09/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.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	1140016104
NOMBRES	LUISA MARIA
APELLIDOS	ARTEAGA MARTINEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	30/01/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 09/16/2025 15:04:30 | **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.

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



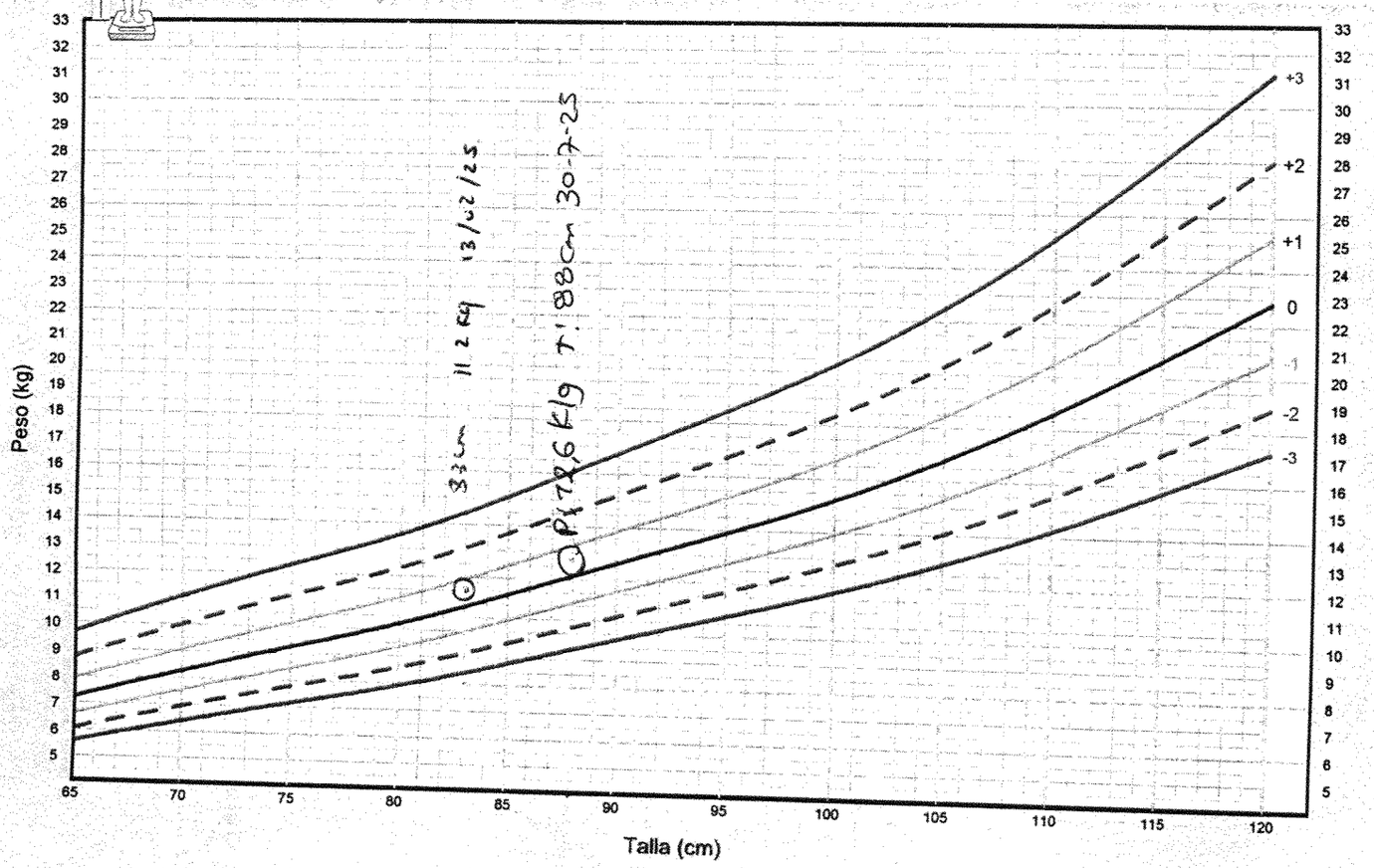
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: LUISA MARIA	Apellidos: ARTEAGA MARTINEZ
Fecha de nacimiento: 20 DÍA | 01 MES | 2023 AÑO	Historia Clínica: 1149001610 4
Barrio/Vereda: VEREDA BAJO	Responsable del niño: LUZ MARINA
Teléfono:	EPS: NS

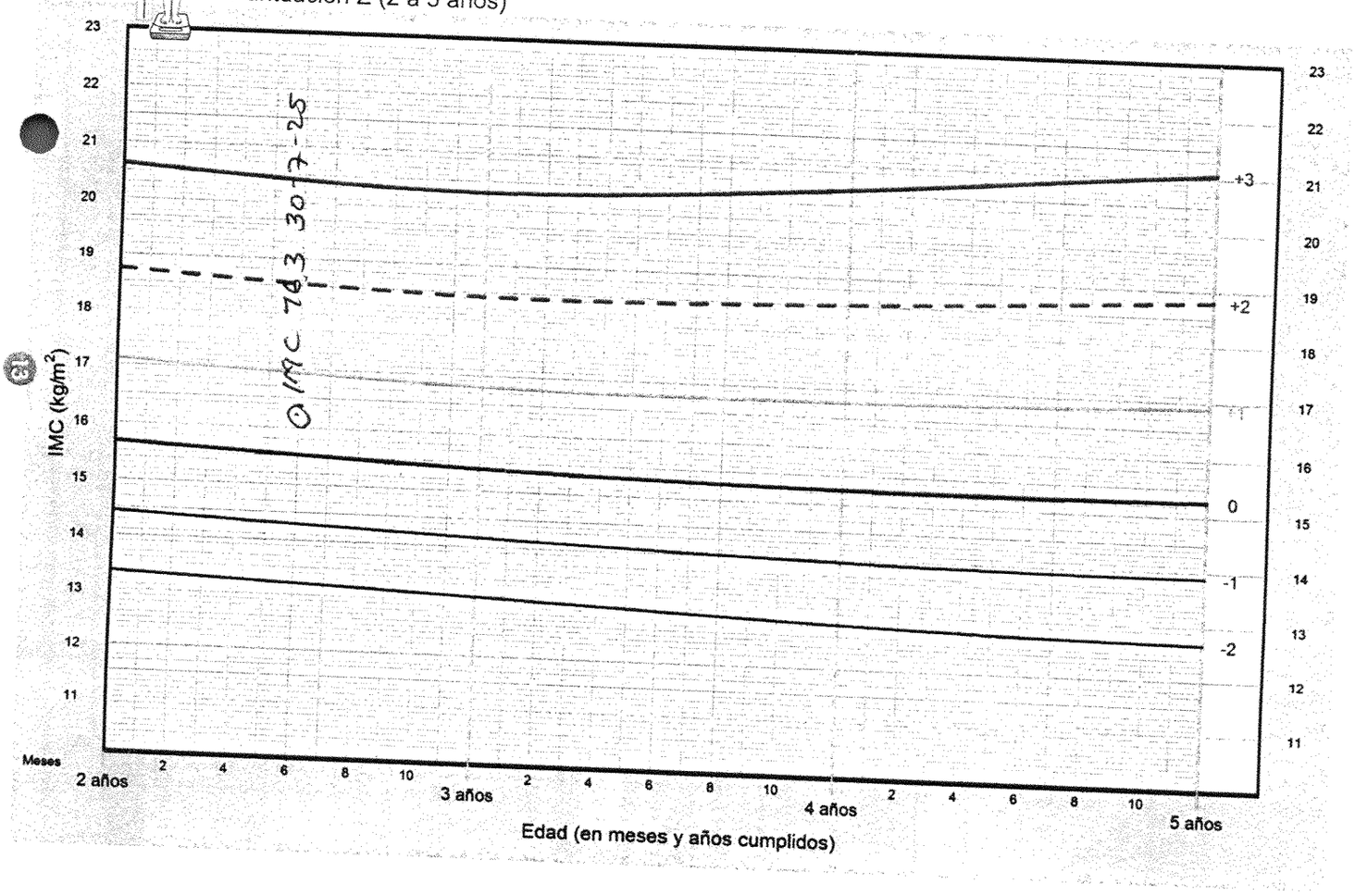
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



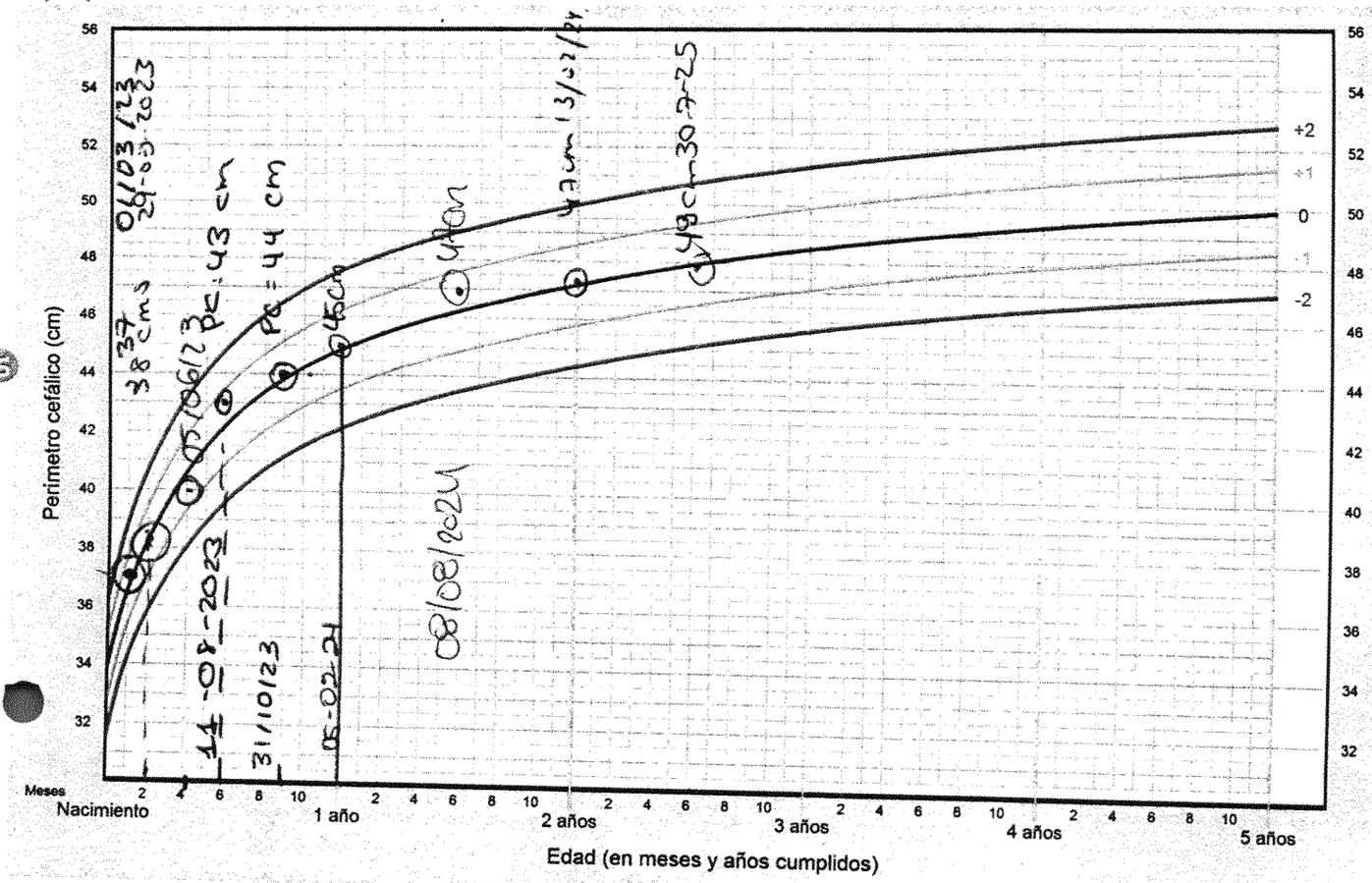
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



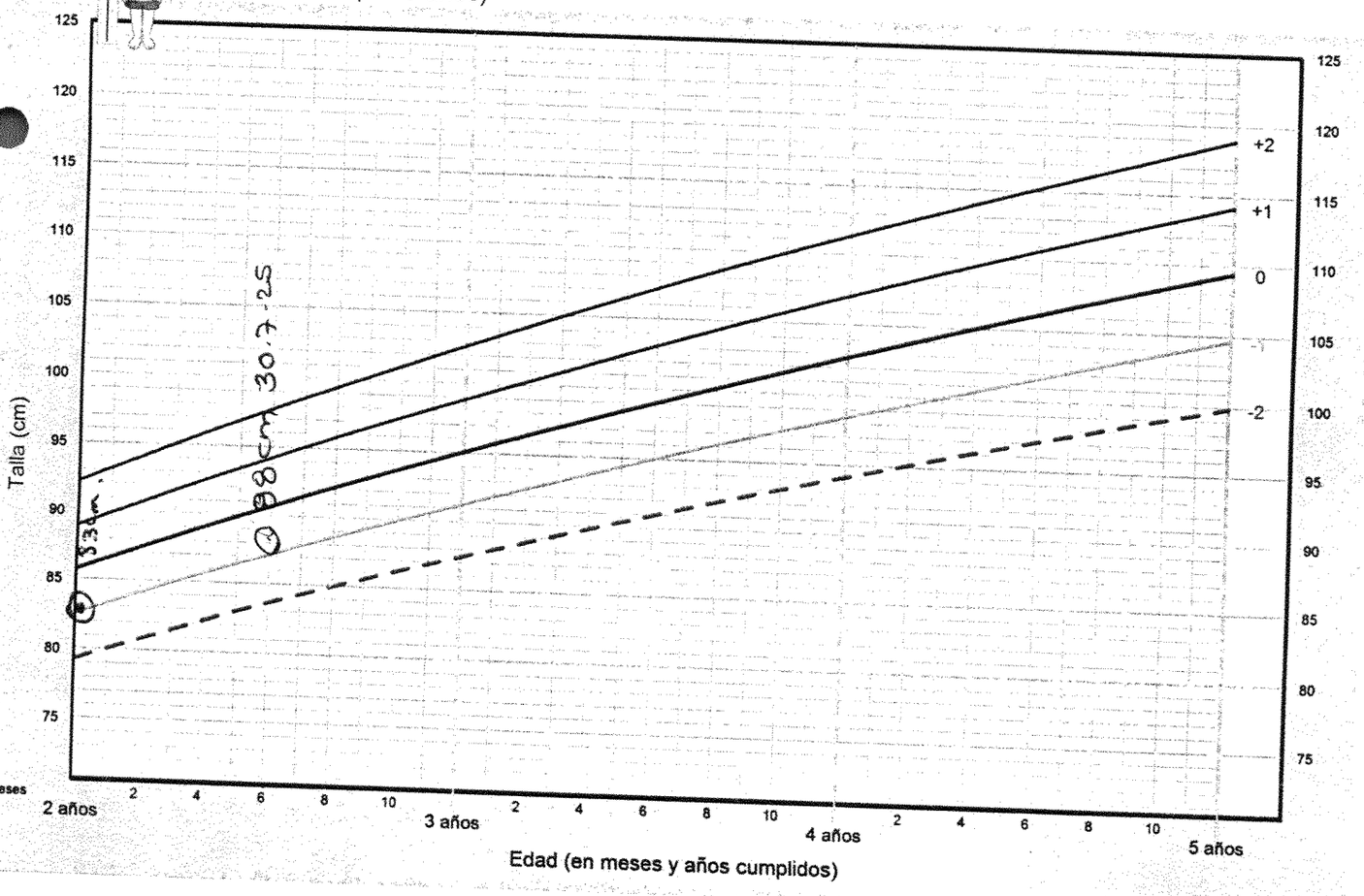
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
01	Mayo	2023	Med	Sí	
29	Mayo	2023	Enf	Si	
29	Mayo	2023	Medico	Sí	
29	Julio	2023	ENF	Si	
29	octubre	2023	Enf	Sí	
13	febrero	2025	Méd.	Si	
29	Julio	2025	Enf.	Si	
30	Julio	2025	Enfer	Si — M	llena C
29	Enero	2026	Medico	Cita	

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
01/03/23	4,3	55	37	13	14	29/03/23	Dra. Mariuxi Cevallos Médico General RM 6762785-Cotopaxi
29/03/23	5,3	57	38	13	—	29/08/23	Enf
11-08-2023	6,8	66	43	15	15,6	29/10/2023	
31-10-2023	7,51	69	44	15	15,8	29/01/24	
05-02-24	9	76	45	14	16,4	28-02-24	
08/08/2024	10,3	77,5	47	15	17,4	29/01/2025	Ayb Portal
13/01/2025	11,2	83	47	15		29/07/2025	
30-07-2025	12,6	88	48	15,5	16,3	29-01-2026	Milena C.

10
R/U

CARNÉ DE VACUNACIÓN

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

FAMILIAS EN ACCIÓN

Nombre: LUISA MARIA ARTEAGA MARTINE

Fecha de Nacimiento: 09 - Enero - 2023

No. Certificado de Nacido Vivo: 2301471031

(RC) NUIP: 1140016.104

Sexo: Femenino

Dirección: Vl El Sabalo

Teléfono: 3152923452

Responsable: Lesly Martinez Dorgado

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

CC! 1006.847.302. #115

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

TODOS LOS DÍAS SON DÍAS DE VACUNACIÓN

Presidencia
República de Colombia

Acción Social
Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional

CUMPLIMIENTO DE LA NORMA TÉCNICA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL MENOR DE 10 AÑOS (RES.412/00)

CITAS PROGRAMADAS

VALORACIÓN DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	VALORACIÓN DE NUTRICIÓN	ODONTOLOGÍA	REVISIÓN OJOS Y OÍDOS	OTRO	¿CUÁL?	CUMPLIÓ Si asistió a la cita, favor registrar y firmar

NOMBRE: _____

	ME PROTEJE DE	EDAD	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN DD	MM	AA	LABORATORIO	NÚMERO DE LOTE	IPS VACUNADORA	FECHA DE PRÓXIMA CITA DD	MM	AA	NOMBRE DEL VACUNADOR
	TUBERCULOSIS B.C.G	Recién nacido	0	29	Enero	2023	Serum	0371AA037	ESE H.S.C.J				Diana cadena
PENTAVELENTE	POLIO (Oral – IM)	2° Mes	1ra.	26	04	23	Serum	2851X091A	HFD	29	Marzo	2023	Kelly Jimenez
		4° Mes	2da.	06	07	23	BIOC6	228016 A	HFID				KARENA
		6° Mes	3ra	20	11	23	Biologicals	22340071	HFD				Paula C.
		1 año después de la 3ra. dosis	1er refuerzo.	03	01	25	Biologicals	28270034	HFD				Jen. Isabel A
		5 Años	2do refuerzo.										
	HEPATITIS B	Recién nacido	0	29	Enero	2023	Serum	0327ad3D	ESE H S C J				Diana cadena
		2° Mes	1ra	26	04	23	Serum	2851x091A	HFD				Karen J.
		4° Mes	2da.	26	04	23	Sercm	2851x091A	HFD				Kelly Jimener
		6° Mes	3ra	20	11	23	Serum	28514033 D	HFD				Paula C.
	HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO b (Hib)	2° Mes	1ra	26	04	23	Sercm	2851+091A	HFD				Kelly Jimener
		4° Mes	2da.	06	07	23	Sercm	2851x0A0C	HFD				KAREN A.
		6° Mes	3ra	20	11	23	Serum	28514033D	HFD				Paula C.
	DIFTERIA – TOSFERINA TÉTANOS (DPT)	2° Mes	1ra	26	04	23	Sercm	2851x091A	HFD				Kelly Jimener
		4° Mes	2da.	06	07	23	Serm	2851+040C	HFID				KAREN A.
		6° Mes	3ra	20	11	23	Serum	28514033D	HFD				Paula C.
		1 año después de la 3ra. dosis	1er refuerzo.	03	01	25	Serum	28522010	HFD.	CITA 26-JUNIO		2023	Isabel A.
		5 Años	2do refuerzo.										
	INFLUENZA (GRIPE)	6-17 Meses	1ra	por lineamiento No se aplica, inf Nanta solo vo hasta el año 11 meses.									
		7-18 Meses	2da										
		Cada Año	Anual										
		Cada Año	Anual										
	FIEBRE AMARILLA	1 Año	Única	19	02	24	Sanofi	W3E22V	HFID	Cita: 06-Septiembre 2023.			EDUAR F.
		Cada 10 Años	Refuerzo										
	SARAMPIÓN – RUBÉOLA – PAPERAS (SRP)	1 Año	1ra	19	02	24	Serum	0132N048B	HFID				EDUAR F.
		5 Años	2da	03	01	25	Serum	0132N074A	HFD.				Isabel A.
OTRAS	NEUMOCOCO (Heptavalente)	2° Mes	1ra	26	04	23	654	AR4897	HFID	Cita: 29-Enero 2024.			Kelly Jimenez
		4° Mes	2da	06	07	23	GSK	FR46QA	HFID				KARENA
		6° Mes	3ra	19	02	24	NEPTIDER	FR9025	HFID				EDUAR F.
		1 año después de la 3ra. dosis	1er refuerzo.										
	ROTAVIRUS	2° Mes	1ra	26	04	23	65K	ARCLL045AC	HFID				Kelly Jimenez
		4° Mes	2da	06	07	23	GSK	A201009BA	HFID				KAREN A.
		6° Mes	3ra										
	VARICELA	A partir de los 12 Meses	1ra	19	02	24	Merck	Y006587	HFID				EDUAR F.
			2da										
	HEPATITIS A	A partir de los 12 Meses	1ra	19	02	24	MSD	W027736	HFID	Cita: 29-Julio 2024.			EDUAR F.
			2da										
	MENINGOCOCO		1ra										
			2da										

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-COV-2 / COVID-19

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos

CIUDAD dorada FECHA: DÍA 07 MES 04 AÑO 25 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES luisa maria APELLIDOS arteaga martinez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [x] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1140016104

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 29 MES: 01 AÑO: 23 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE 115

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)

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides). Tel: 3166403477
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar No accede a la vacuna 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: Lesli Martinez.

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

Nombres _____ Apellidos _____

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

Firma: _____

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar _____, identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma el(la) señor(a)

_____ identificado(a) con C.C ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ número _____

de _____

	Firma del Rogado	
Huella dactilar o plantar del Rogante	C.C. N°	C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Eduard IB

Firma Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004768431

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.

12

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.847.302**

MARTINEZ DELGADO

APELLIDOS

LESLI YULIETH

NOMBRES



lesli Martinez

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-ABR-2001**

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-ENE-2020 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-6400200-01301324-F-1006847302-20220606 **0079**644371A 1 8504755740

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

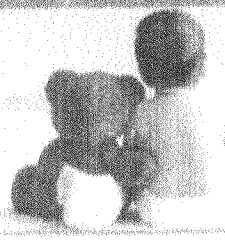
GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Loiza Maia Arteaga Martinez

Doc. de identidad: 1140016104 EPS: 115

Teléfono: 3166403777 Domicilio: Bajo amarón

		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	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	5 A
VALORACION INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud bucal por odontologia								8-08-24					
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCION ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor								8-08-24	23-04-2025				
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana								8-08-24	23-10-2025				
		Aplicación de sellantes (según criterio)									25-11-2025				
	V	Vacunación													

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Lesli Yulieth Martinez Identificado con C.C N° 1006847302 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Luisa Maria Arteaga M 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.

Lesli Yulieth Martinez Delgado
Madre o Acudiente
C.C 1006847302.

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 Luisa Maria Arteaga Martinez, identificado (a) con documento de identidad número 1140061604, 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, Lesli Yulieth Martinez Delgado, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006817302, 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 Niña, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Educacion Inicial Campesina EIC

Suscriben:

Firma: Lesli Martinez
Nombre: Lesli Yulieth Martinez Delgado.
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3166403977
Fecha: 03-04-2025
Municipio: San Miguel

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

16
M/V

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Luisa Maria Arteaga Martinez

Fecha de nacimiento Día 29 Mes 01 Año 2023 **N° Documento de Identidad** 1740016101

Sexo Masculino ○ Femenino ☒ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 03 Mes 04 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Omaira Andrea Meneses

Fecha de registro cualitativo Día 04 Mes 07 Año 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 se comunica con los demás por medio de las palabras mas comunes "yo, mio, "si" o "no" ante una respuesta a las preguntas también tiene buen manejo de su esquema corporal.

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 ○ 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

Se identifica que la niña aún no tiene buen dominio del lapiz realiza garabateo descontrolado, sigue normas de la vida cotidiana Ella expresa de manera verbal lo que le gusta y no le gusta. Según su desarrollo cognitivo es acorde a su edad.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

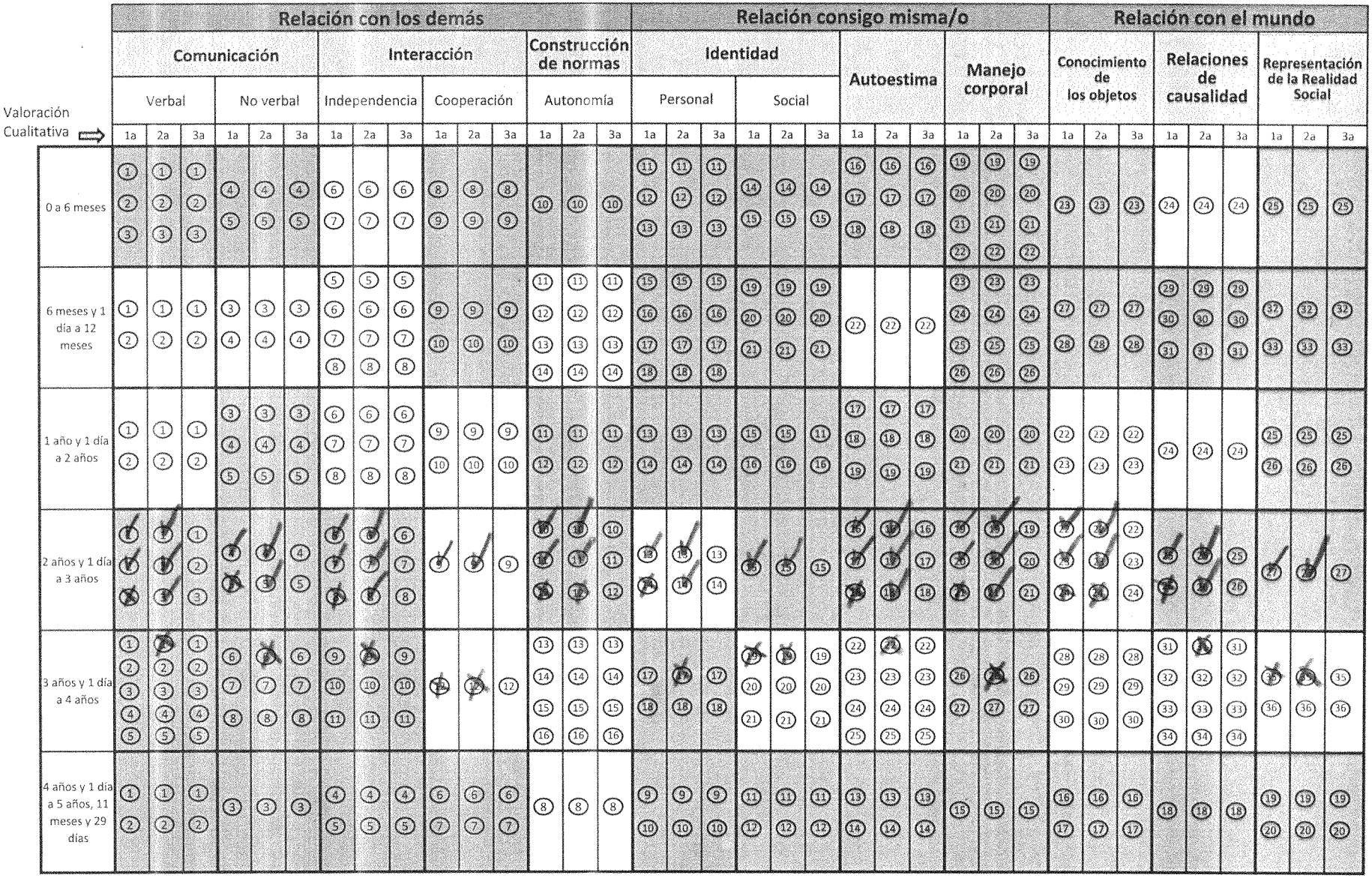
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

17
14

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACIÓN INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Luisa Maria Arteaga IDENTIFICACIO: 1140016104 FECHA DE NACIMIENTO: 29-07-2023

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					
08-10-2023	X			02:00	La niña no asiste al encuentro la madre refiere que se encuentra en Puerto Asis en unos examenes de urocultivo, que la niña se encuentra bien de salud.	Lesli Martinez	Omaira Meneses	Se orienta a la madre por parte de la agente sobre la importancia de informar cualquier novedad que se presente con la niña, además de asistir a los encuentros educativos		-La Madre se compromete asistir el proximo encuentro de manera puntual el dia 22-10-2023.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACIÓN INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Luisa Maria Arteaga IDENTIFICACIO: 1140016104 FECHA DE NACIMIENTO: 29-01-2023

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					

18
R/V

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: Luisa Maria Arteaga IDENTIFICACIO: 1140016704 FECHA DE NACIMIENTO: 29-07-2023

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					
07-04-2025	X		10:00		La niña ingresa al programa con esquema de vacunación incompleto ya que no cuenta con ninguna dosis de influenza, la madre refiere que cada que le tocaba se enfermaba o no habia el biologico	Lesli Martinez.	Omaira Meneses	Se recomienda a la madre si una vez que llegue este año la vacuna se la aplique teniendo en cuenta su edad debe hacerlo. Se hace acercamiento al hospital el dia 09-05-2025 donde la vacunadora refiere que solo aplican a los niños menores de 2 años por lo tanto la niña ya no le aplican la vacuna de la influenza por su edad. Y se hace el cierre de la novedad el dia 15-05-2025 donde la vacunadora refiere que ya la niña tiene perdidas las vacunas de influenza.		- La madre se compromete hacerla vacunar si se la aplican desde el hospital.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Luisa Maria Arteaga IDENTIFICACIO: 1140016104 FECHA DE NACIMIENTO: 29-01-2023

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					
20-08-2025	X			02:05	La niña no asiste al encuentro la madre refiere que se encuentra en puerto caucedo viajo por cuestión de salud de su abuela que ella y la niña estan bien de salud esto lo hizo a traves de mensaje de whatsAPP, además refiere que para el proximo mes asistirá.	Lesli Martinez	Omaira M.	Se le recomienda a la madre asistir el proximo encuentro de manera cumplida. — o — o — El dia 21-08-2025 siendo las 8:00am la agente educativa y demás equipo profesional se comunican con la madre para saber como estan y cuando retorna al municipio, lo cual refiere que la niña y ella no presentan ninguna novedad en salud su madre ya esta en recuperación por lo tanto el lunes 25-08-2025 tiene previsto regresar.		→ Asistir a los encuentros de manera puntual. - Mantener en contacto con la agente en caso de presentarse alguna situación.