Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con fotografía del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras).
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar _X_ en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización) ___SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7) ___Pertenecientes a Res UNIDOS ___Pertenecientes a Familias en Acción ___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición ___Remitidos por SNBF ___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado) ___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.) ___Niños y niñas con discapacidad. ___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión. ___Población migrante en condición de vulnerabilidad. ___Activos en ruta de reincorporación.
5	Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente: (ADRESS)
6	Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo).
6	Copia del carnet de vacunación.
7	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
8	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
9	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
10	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
11	Fotocopia de un recibo de servicios públicos domiciliarios cuando sea necesario (aplica para zona urbana y en zona rural solo si se cuenta con servicios públicos)
12	Certificado de asistencia a consulta de salud bucal (Niños y niñas mayores de 6 meses)
13	Certificado del examen de agudeza visual (Niños y niñas mayores de 4 años)
14	Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años)
15	Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal.
16	Formato de veracidad de la información ficha de caracterización.
17	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
18	Formato de autorización uso de imágenes.
19	Planilla seguimiento nutricional
20	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
21	Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa,

	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:
Danyeli Antonella gomez madroñero

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1126144022

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 01-03-2021 **EDAD:** 4 Años **MUNICIPIO:** Lago Agrio

DEPARTAMENTO: N/A **PAIS:** Ecuador **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: V/ Mesas del Sabalito **ESTRATO:** 1 **¿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: Emssanar **SUBSIDIADO:** X **CONTRIBUTIVO:**

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

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

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

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

TIENE SISBEN: SI: X NO: __ **PUNTAJE:** C5 **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: Bryan nabor gomez arteaga

No. IDENTIFICACION: 1.122339.806 **DIRECCION RESIDENCIA:** M. Sabalito

CELULAR: No tiene **E.P.S:** Emssanar.

OCUPACION U OFICIO: Agricultor.

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jenny alexandra Madroñero Ituyan

No. IDENTIFICACION: 2100564216 **DIRECCION RESIDENCIA:** M. Sabalito

CELULAR: 3157063784 **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: Jenny Alexandra Madroñero

NUMERO IDENTIFICACION: 2100564216 **CELULAR:** 3157063784

DIRECCION: V/ Mesas del Sabalito **PARENTESCO:** Madre.

Jenny Madroñero
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Omaira Meneses
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1126144022

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57312047

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GOMEZ	MADROÑERO

Nombre(s)
DANYELI ANTONELLA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes MAR Día 01	FEMENINO	A	+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	2150679609

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
GOMEZ ARTEAGA BRYAN NABOR

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1122339806	COLOMBIANA

Datos del 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
MADROÑERO ITUYAN JENNY ALEXANDRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE 2100564216	ECUATORIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
GOMEZ ARTEAGA BRYAN NABOR

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1122339806	[signature]

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXX

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

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXX

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

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2021 Mes JUL Día 28	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES [signature] Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
BRYAN NABOR GOMEZ ARTEAGA [signature] Firma	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES [signature] Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Otro (comentario).: Nota no se imprime huellas circular 082 del 28 de agosto de 2020 emitida por el registrador nacional del estado civil. con el fin de proteger y salvaguardar los derechos de los niños y niñas, y de mitigar el riesgo de contagio de propagación del coronavirus covid19. - MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES el 2021-07-28 [signature]

* 57312047 *

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 20/10/2025

Ficha: 86757674952700001006

C5

GRUPO SISBEN IV

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: DANYELI ANTONELLA

Apellidos: GOMEZ MADROÑERO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1126144022

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 07/09/2021

Última actualización ciudadano: 07/09/2021

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**

A1→A5	B1→B7	C1→C18	D1→D21
Pobreza extrema	Pobreza moderada	Vulnerabilidad	No pobre no 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

¡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
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

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	1126144022
NOMBRES	DANYELI ANTONELLA
APELLIDOS	GOMEZ MADROÑERO
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	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	29/10/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/16/2025 15:02:44	**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.

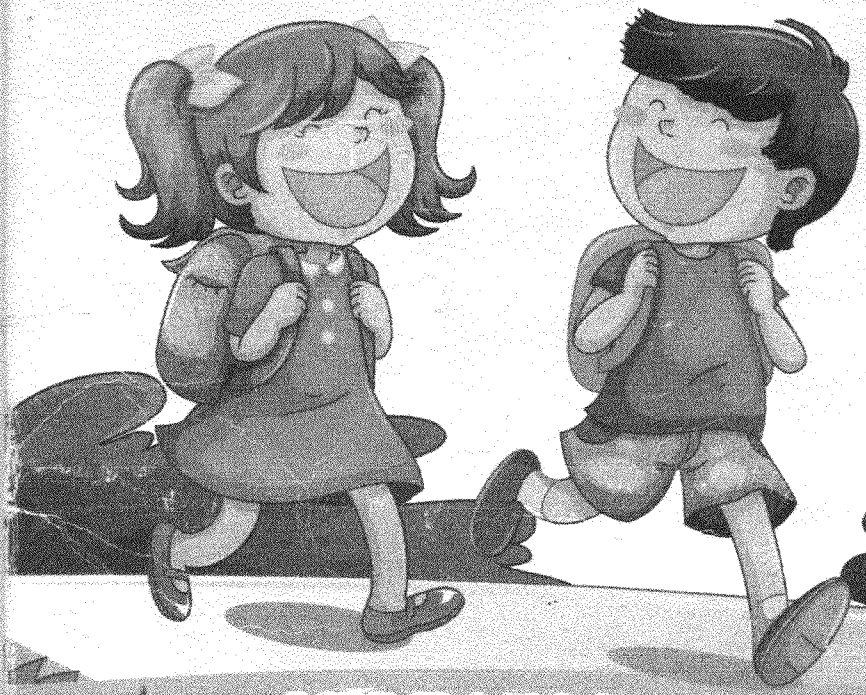
Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



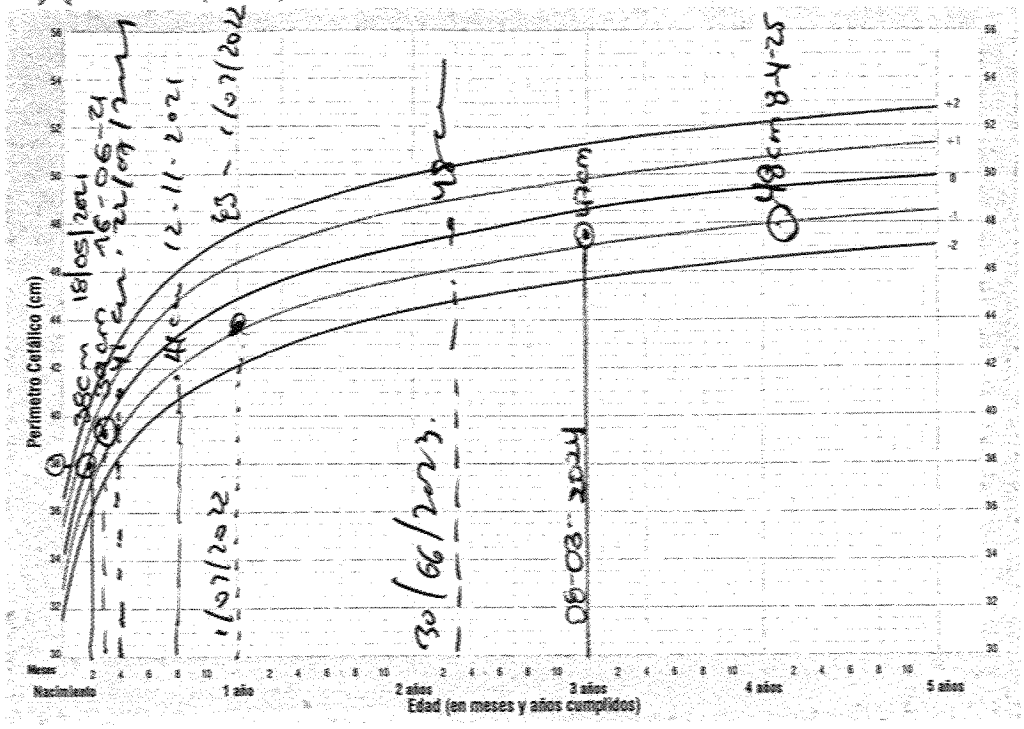
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Donuely Antonella.	Apellidos: Gomez Madroñero.
Fecha de nacimiento: 04 DÍA | 03 MES | 2021 AÑO	Historia Clínica: 1126144029
Barrio/Vereda: el sabalito.	Responsable del niño: Yeni Madroñero.
Teléfono: 3183831368	EPS: Emssanar

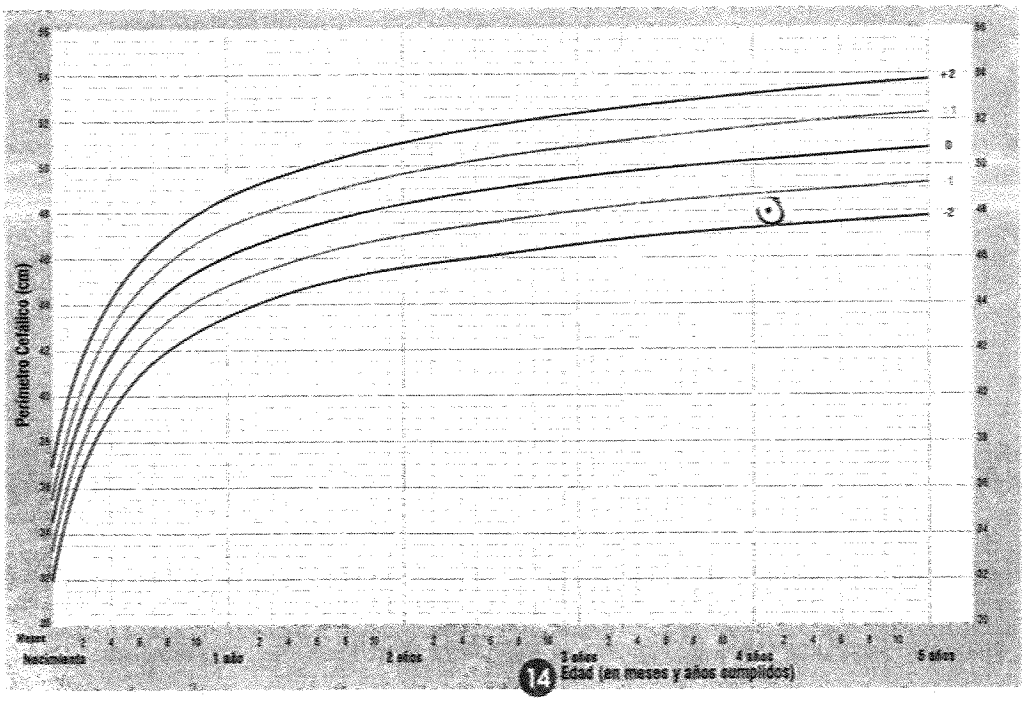
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



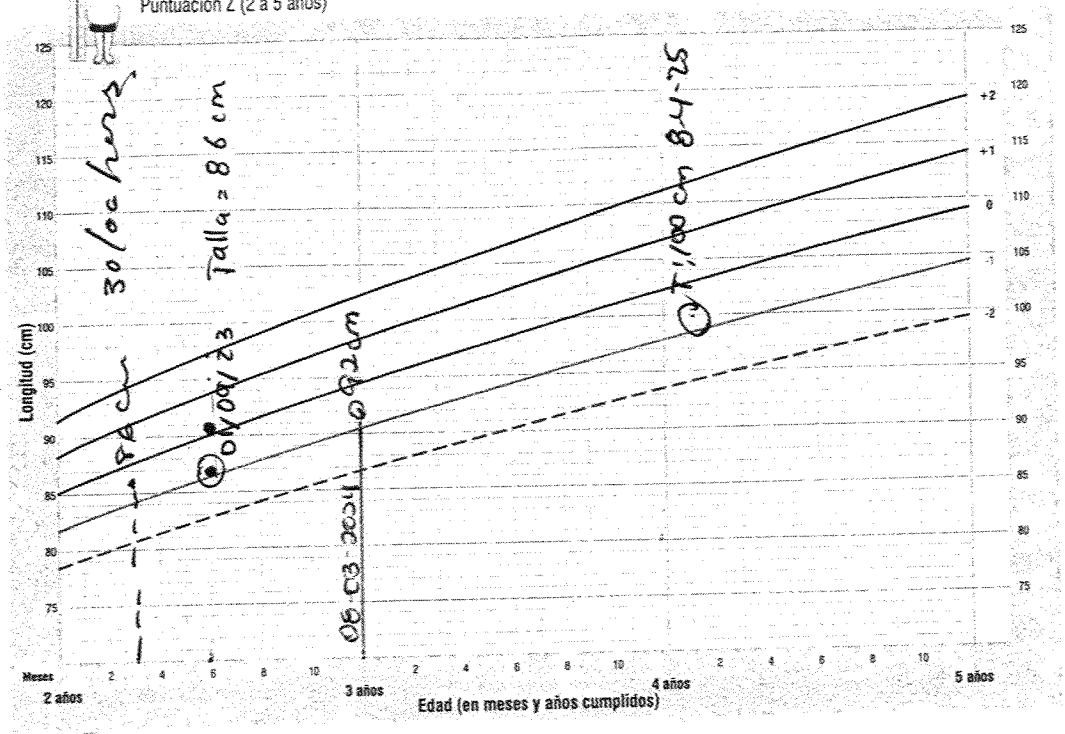
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



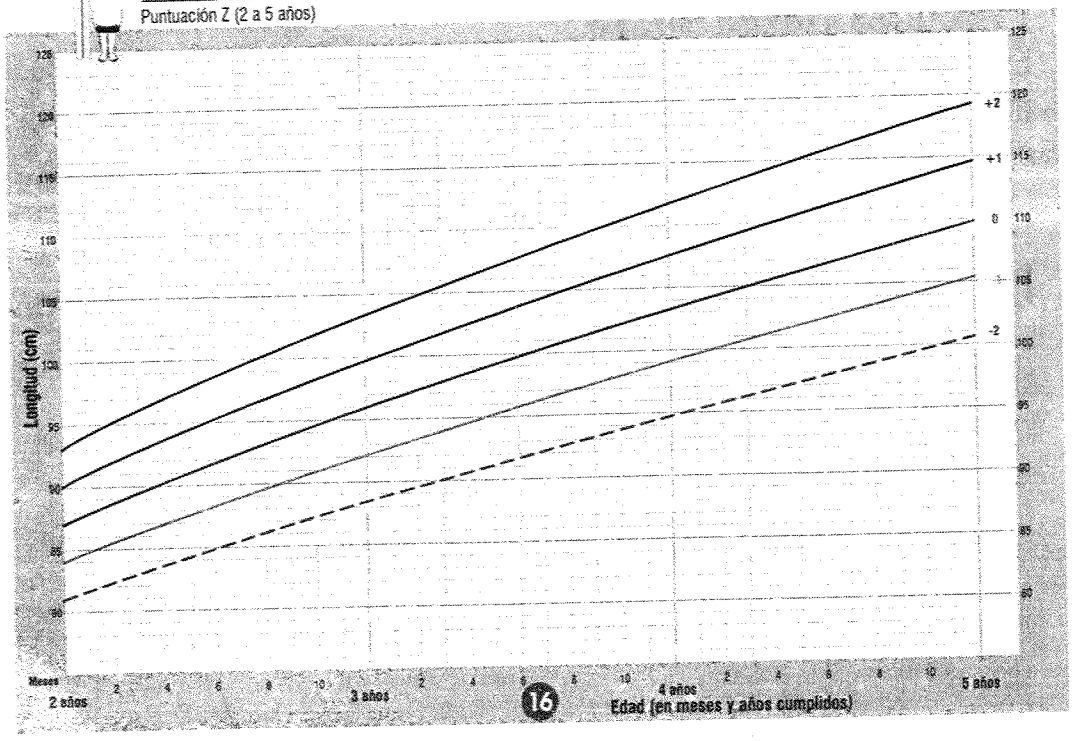
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



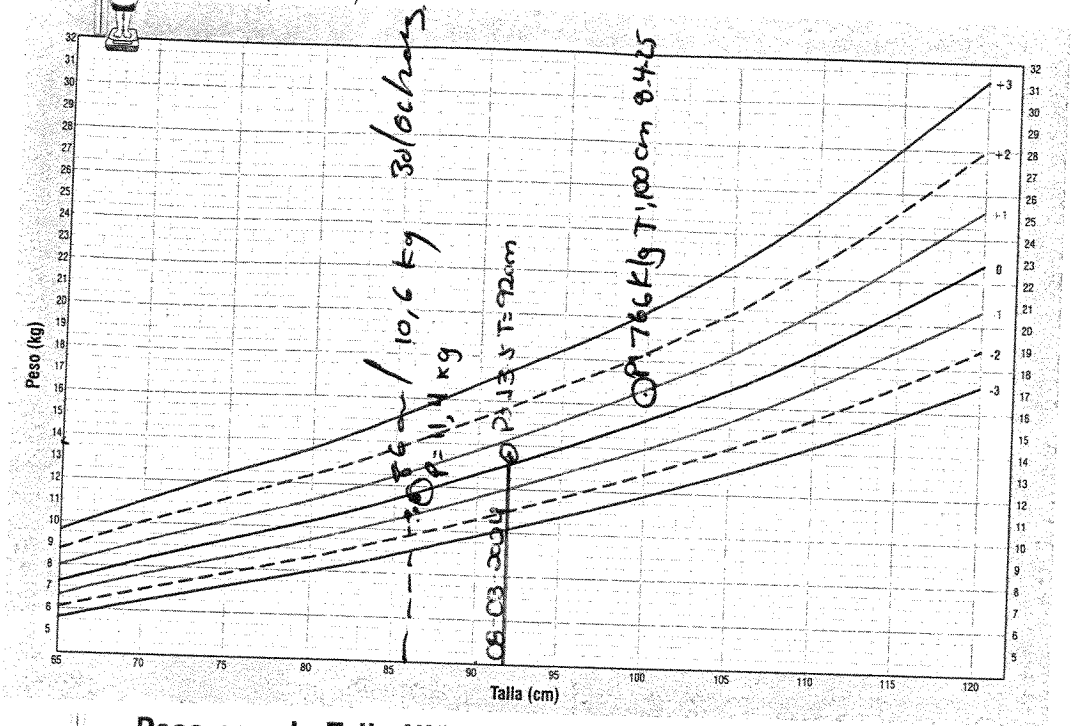
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



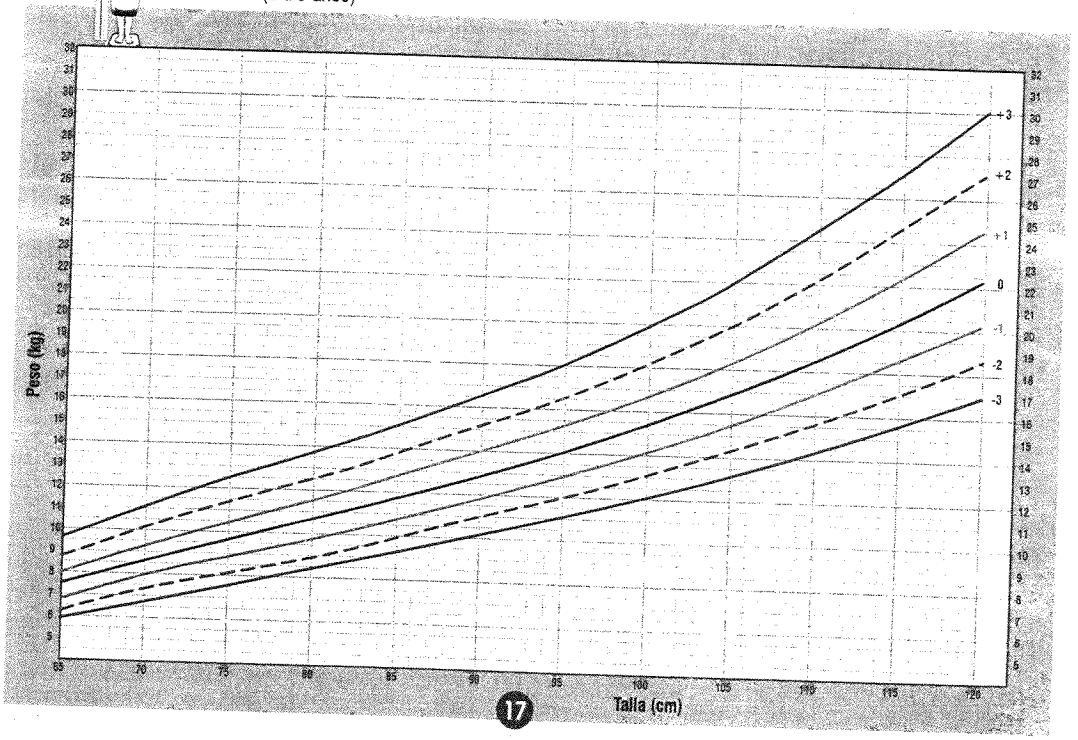
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



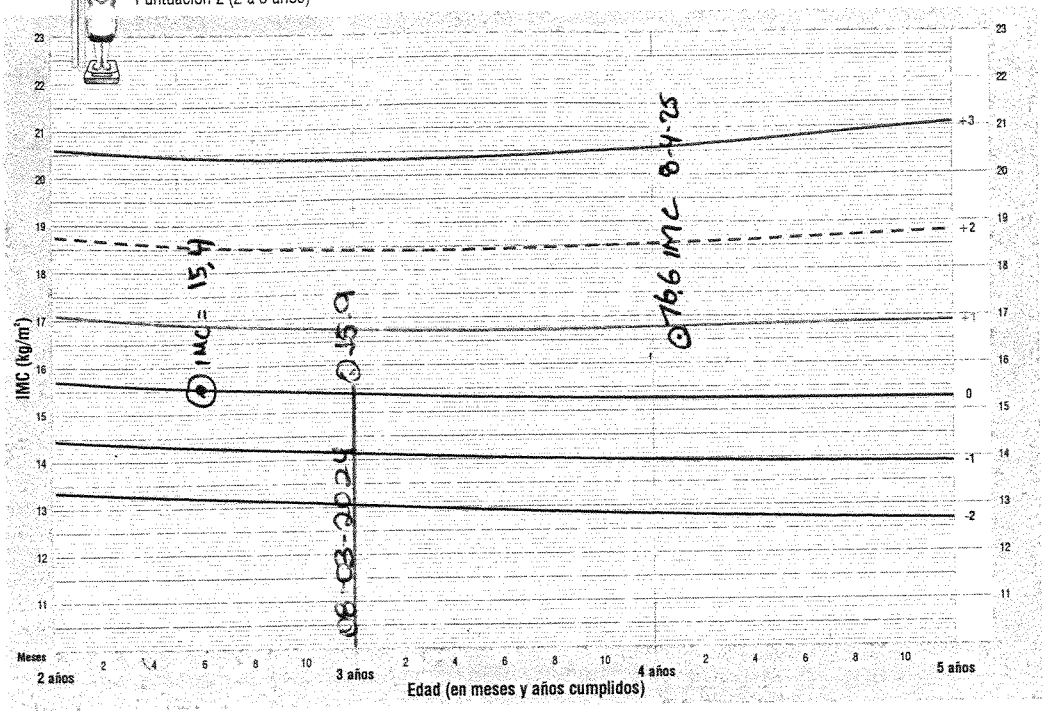
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



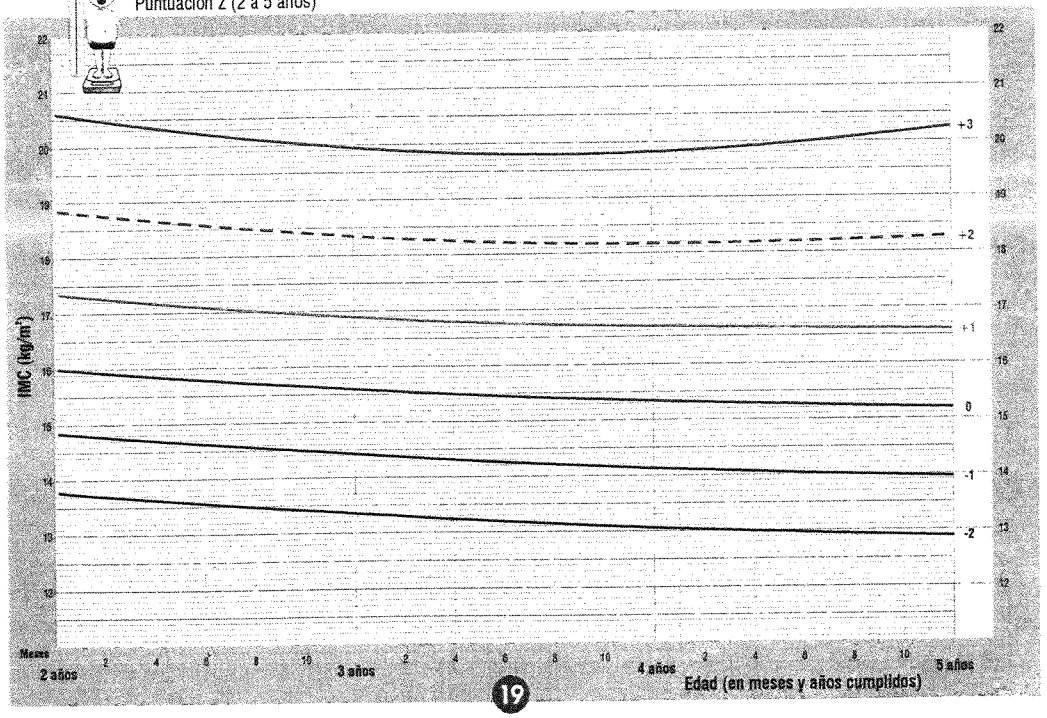
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO.
10	Junio	2021	x ENFERM.	SI ✓	
16	Julio	2021	Medico		
22	Sep	2021		NO	
12	Nov-	2021		SI ✓	
3-	Enero	2021		✓	
1	Marzo	2023	Enf.		
01	09	2023.	Enf	✓	
01	03	2024	Médico.	✓	
01	03	2025	Enf		
08	Abril	2025	Enfermería	SI ✓	Milena C
07	Marzo	2026	Medico		

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO			
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA			
Al momento de nacer	Fecha:		
PRIMER CONTROL MÉDICO			
Durante el primer mes de vida	Fecha:		
SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA			
Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

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

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

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

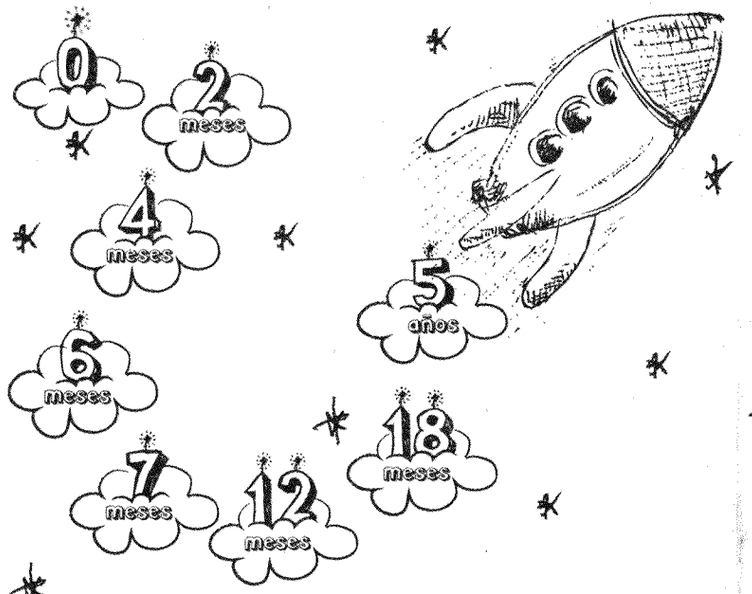
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

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

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



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

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

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

AIEPI
Porque mi vida hoy que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: DANYELL ANTONELLA GOMEZ MADRIÑAN
Fecha de nacimiento: 01-MARZO-2021
Nº de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: 1126144022
Sexo: FEMENINO
Grupo sanguíneo: A+
Peso al nacer: 3500 T:52 PC:39
Dirección: VI SABANITO
Teléfono: 3183831368
Responsable: Jenny Alexandra madrigal (TUTOR
Municipio de residencia: San miguel
Departamento: Putumayo
C.C: 2100564216

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: _____ **Registro Civil:** _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación (Día Mes Año)	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita (Día Mes Año)	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Tuberculosis B.C.G.	Única	19-03-21	Serum	03706008	HFID		Sandy M
	Hepatitis B	Recién nacido	02-03-21	Serum	032P16309	1.6		Geronimo.
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	1ª	13-05-21	Biologica	2017004	HFID		Sandy M
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	13-05-21	Serum	2050402IB	HFID		Sandy M
	Rotavirus	1ª	13-05-21	GSK	ARCLC722AF	HFID		Sandy M
	Neumococo	1ª	13-05-21	GSK	ADANB3088A	HFID		Sandy M
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						CITA!	
	Polio (Oral - IM)	2ª	16-07-21	Biologica	2017004	HFID	2-Junio-21	Sandy M
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	16-07-21	Serum	2050401BD	HFID		Sandy M
	Rotavirus	2ª	16-07-21	GSK	ARCLC722AF	HFID		Sandy M
	Neumococo	2ª	16-07-21	GSK	ADANB308BA	HFID		Sandy M
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.						CITA!	
	Polio (Oral - IM)	3ª	16-09-21	Biologica	2017004	HFID	16-Sep 2021	Sandy M
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	16-09-21	Serum	2050401BD	HFID		Sandy M
	Influenza	1ª	16-09-21	Sanofi	U3C13 IV	HFID		Sandy M.
7 Meses	Influenza	2ª	19-10-21	Sanofi	U3C13 IV	HFID	CITA	Sandy M
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	8-3-22	Serum	012N01BB	HFID	01-Marzo 2021	Sandy Martinez Farmeria Tel. 3122536822
	Fiebre Amarilla	1ª	8-3-22	Sanofi	B3324	HFID		
	Neumococo	Refuerzo	8-3-22	GSK	ASANB3DBA	HFID		
	Influenza	Anual	8-6-22	Sanofi	U3C2210B	HFID.		
	Hepatitis A	ÚNICA	8-3-22	MSD	U019227	HFID.		Sandy M
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1' Refuerzo	26-09-22	Serum	2821B01RB	HFID.		Edar Prel
	Polio (Oral - IM)	1' Refuerzo	26-09-22	Biologica	21014014.	HFID		Edar Prel.
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo					16-Sep	
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	05/07/23	Serum	01J0NG1A	HFID	2022.	Edvard Prel
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis								
	Covid 19	1d	8-3-22	merck	U006-72	HFID		Sandy Martinez Farmeria Tel. 3122536822
	Sarampion-Y Rubeola	Ref	5-9-22	Serum	0120U221	HFID		

Estas vacunas son gratuitas

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

13
R/v

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 — Minsalud

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 22 MES 05 AÑO 2023 HORA: 03:10 pm

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Danyeli Antonella APELLIDOS Gomez Madronero

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1126144022

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 01 MES: 03 AÑO: 2021 / EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE

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 ncia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

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

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

¿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: _____

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

Nombres Jenny Alexandra Apellidos Madroñero

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 2100564216

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: Jenifer Yulieth Cabezas Meneses

Firma _____ Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446069

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HPUD

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.

CÉDULA DE IDENTIDAD

REPÚBLICA DEL ECUADOR

DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL, IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN



APELLIDOS
MADROÑERO
ITUYAN

CONDICIÓN CIUDADANIA

NOMBRES
JENNY ALEXANDRA

NACIONALIDAD
ECUATORIANA

FECHA DE NACIMIENTO
23 FEB 2002

LUGAR DE NACIMIENTO
ORELLANA J. DE LOS SACHAS
SAN CARLOS

FIRMA DEL TITULAR

020223

SEXO
MUJER

No. DOCUMENTO
076236050

FECHA DE VENCIMIENTO
26 ENE 2034

NATICAN
802976

NUI.2100564216

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
MADROÑERO CABRERA GIRALDO RODRIGO

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
ITUYAN GUEPUD MARIA NORALBA

ESTADO CIVIL
SOLTERO

CÓDIGO DACTILAR
E3341I2242

TIPO SANGRE A+

DONANTE
SI

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN
LAGO AGRIO 26 ENE 2024

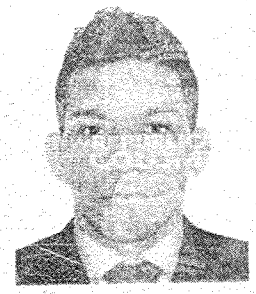
DIRECTOR GENERAL

I<ECU0762360501<<<<<2100564216
0202239F3401262ECU<SI<<<<<<<<9
MADRONERO<ITUYÁN<<JENNY<ALEXAN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.122.339.806
GOMEZ ARTEAGA
APELLIDOS
BRYAN NABOR
NOMBRES

Bryan GA
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 28-NOV-1991
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

20-ENE-2010 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-6401800-01148224-M-1122339806-20200722 0071309068A 1 53568310

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

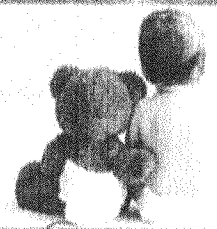
GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Danyili Antonela Gomez

Doc. de identidad: RC 1126144022 EPS: Emssanar

Teléfono: 3152063784 Domicilio: Vi Salalito

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) O 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
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud bucal por odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor													
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana													
		Aplicación de sellantes (según criterio)													
	✓	Vacunación													

Johana Danuta Perez
ODONTOLOGA
TP 032736

Liliana Maribel Cordoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 2011

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

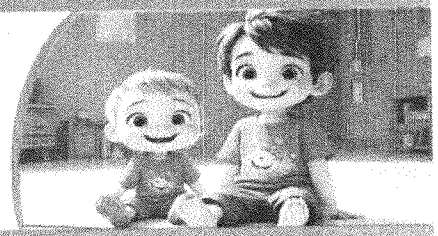
Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS — **PRIMERA INFANCIA**

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

Mi prioridad es tu salud...



Nombres y Apellidos: Danyeli Antonela Gomez Machorro
Doc. de Identidad: 1126144022
EPS: Emssanar
Teléfono: 3173094663
Domicilio: V/ Mexico de Sabalito

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												8-4-2025	
		Atención en salud por Odontología							próxima cont					7 Marzo 2026	
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor													
		Profilaxis y remoción de placa												23 Abril 2025	
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Yuly Vanessa Correa Rodriguez
ENFERMERA PROFESIONAL
C.C. 1094929731

Ayuda Visual 20/20 Normal 84-2025

Próxima cita 23- octubre 2025 Próxima cita

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Jenny Alexandra M. Identificado con C.C N° 1100564216 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Danyeli Antonella Gomez 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.

Jenny Madroñero
Madre o Acudiente
C.C 1100564216

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 Danyeli Antonella Gomez Madroñero, identificado (a) con documento de identidad número 1126144022, 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, Jenny Alexandra Madroñero, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 2100564216 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 Fundacion 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 Educacion Inicial Campesina Etc

Suscriben:

Firma: [signature]
Nombre: Jenny Madroñero
Calidad - Titular: X Representante legal:
Teléfono de contacto: 3173094663-3154140487-3152063784
Fecha: 03-04-2024
Municipio: San Miguel

COPIA NO CONTROLADA

de cero a Siempre

20 R/V

Ciudad San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Danyeli Antonella Gomez Madroñero

Fecha de nacimiento Día 01 Mes 03 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 1.726.144.022

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

Se identifica que la niña tiene buen manejo del lapiz, colores expresa por medio de la comunicación verbal lo que le gusta y lo que no, tiene dominio de su esquema corporal, por lo tanto su desarrollo cognitivo es acorde a su rango de edad.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Omaira 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 observa que la niña tiene gran conocimiento sobre objetos, personajes de su localidad, reconoce algunos colores, diferencia objetos por sus tamaños, semejanzas y colores, su desarrollo es acorde a su rango de edad.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

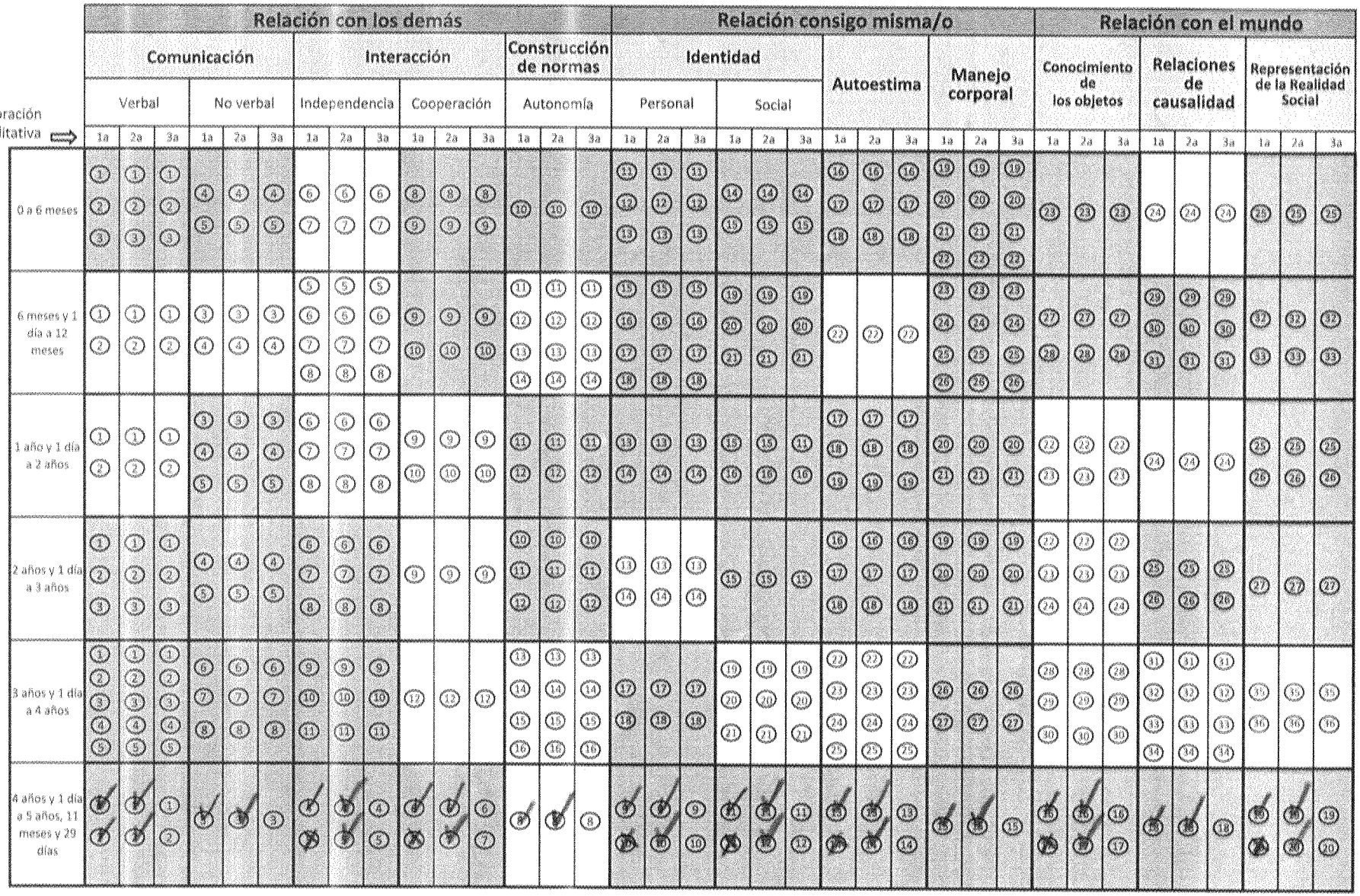
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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


Relación con los demás
Relación consigo misma/o
Relación con el mundo
Comunicación
Interacción
Construcción de normas
Identidad
Autoestima
Manejo corporal
Conocimiento de los objetos
Relaciones de causalidad
Representación de la Realidad Social
Verbal
No verbal
Independencia
Cooperación
Autonomía
Personal
Social
Valoración Cualitativa
1a 2a 3a
0 a 6 meses
6 meses y 1 día a 12 meses
1 año y 1 día a 2 años
2 años y 1 día a 3 años
3 años y 1 día a 4 años
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días
= Procesos y subprocesos fundamentales
= Procesos y subprocesos no fundamentales

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL _ SERVICIO EIC

NOMBRE DE LA MAESTRO (A): Omaira Meneses UBICACIÓN SALÓN: Escuela

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Danyeli Antonella Gomez IDENTIFICACIÓN: 1126144022 FECHA DE NACIMIENTO: 01 / 03 / 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	COMPROMISO
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN					
15-05-2025	X			02:05	La participante no asiste al encuentro, la madre envia mensaje de whatsap que la niña presenta tos, gripa y en la noche le dio Fiebre, que el paquete ella lo recibe a las 5 que llega su esposo que se quede con su hija.		Omaira Meneses	- En horas de la noche se llama a la madre para saber como sigue la niña lo cual refiere que Fiebre ya no presenta Se le recomienda no automedicar y llevarla al hospital para evitar complicaciones en la salud. El dia 17-05-2025 nuevamente se hace llamada para saber como sigue la niña lo cual refiere que mejor aun tiene gripa muy poca El dia 20-05-2025 Se hace seguimiento por parte de la agente para saber como se encuentra la niña lo cual la madre refiere que ya se recupero que está bien por lo tanto se hace cierre de la novedad.		- La madre se compromete a cuidar a su hija no automedicarla, informar a la agente sobre la salud de la niña, y asistir a los encuentros.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL _ SERVICIO EIC

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRO (A): Omaira Heneses UBICACIÓN SALÓN: Escuela

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Danyel Antonella Gomez IDENTIFICACIÓN: 1126144022 FECHA DE NACIMIENTO: 01 / 03 / 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	COMPROMISO
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN					