Fundación
Alma de Vida
Formando de corazones de esperanza

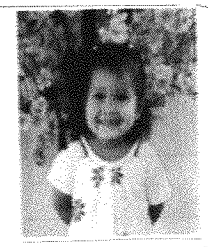
LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con fotografia 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:
Emelyn Jimena Ortega Tipaz

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO ___ **NUIP No.** 1.126.460.482

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 18-03-2022 **EDAD:** 3 Años **MUNICIPIO:** San Miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** Colombia **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: Vl Mesas del Sabalito **ESTRATO:** 1 **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: X NO: ___

¿CUAL?: D.I.M.F **MOTIVO DEL RETIRO:** Culminacion del Programa Vigencia 2024

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

EPS DEL PARTICIPANTE: Mallamas **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: Cristian Jhonatan Ortega Cucaran

No. IDENTIFICACION: 1.126.444.036 **DIRECCION RESIDENCIA:** Vl Sabalito

CELULAR: 3247031726 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Claudia Jimena Tipaz Taramuel

No. IDENTIFICACION: 1.122.341.138 **DIRECCION RESIDENCIA:** Mesas del Sabalito

CELULAR: 324 703 1726 **E.P.S:** Famisanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de Casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Claudia Jimena Tipaz T.

NUMERO IDENTIFICACION: 1.122.341.138 **CELULAR:** 324 703 1726

DIRECCION: Vl Mesas del Sabalito **PARENTESCO:** Madre

Jimena Tipaz
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Omaira Meneses
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO C

Número: N

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
30946387-8

NUIP 1.126.460.982

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco X☐

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

ORTEGA TIPAZ EMELYN JIMENA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2022	Mes MAR	Día 18	FEMENINO	A +

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

COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) PUERTO COLON SAN MIGUEL

Fecha de Inscripción (Mes en letras)		Indicativo serial
Año 2022	Mes ABR Día 18	0061323608

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

TIPAZ TARAMUEL CLAUDIA JIMENA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.341.138	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

ORTEGA CUARAN CRISTIAN JHONATAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.126.444.036	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

ORTEGA CUARAN CRISTIAN JHONATAN

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.126.444.036

Espacio para notas

PRIMERA COPIA

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)	Y 7 A

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año 2022 Mes ABR Día 18

Nombre y firma del funcionario

REGISTRRC

Registrador del Estado Civil

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 20/10/2025

Ficha: 86757674952700002270

A4

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: EMELYN JIMENA

Apellidos: ORTEGA TIPAZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1126460982

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/04/2024

Última actualización ciudadano: 04/04/2024

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	1126460982
NOMBRES	EMELYN JIMENA
APELLIDOS	ORTEGA TIPAZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	07/06/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/16/2025 15:02:14	**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.

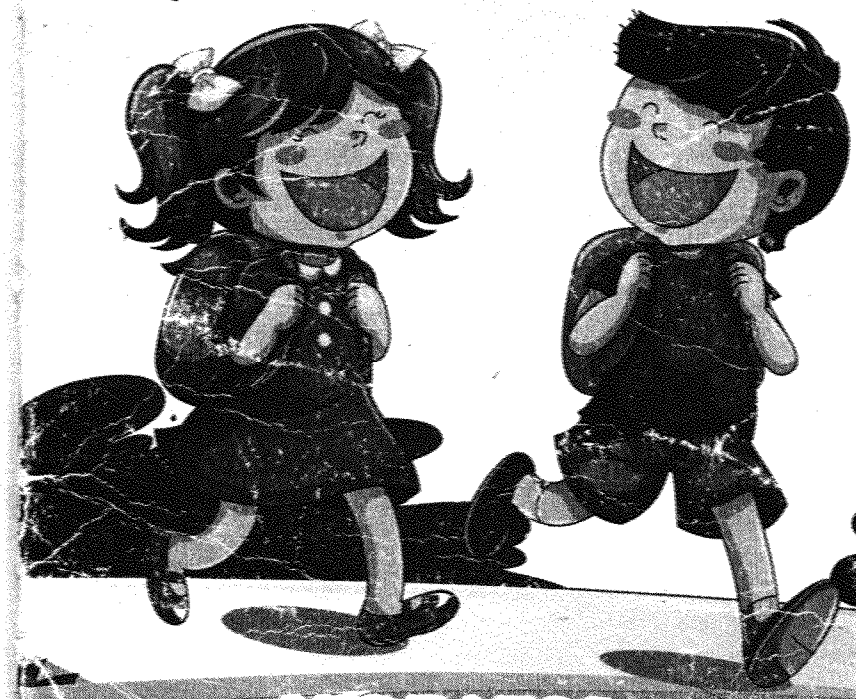
Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

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

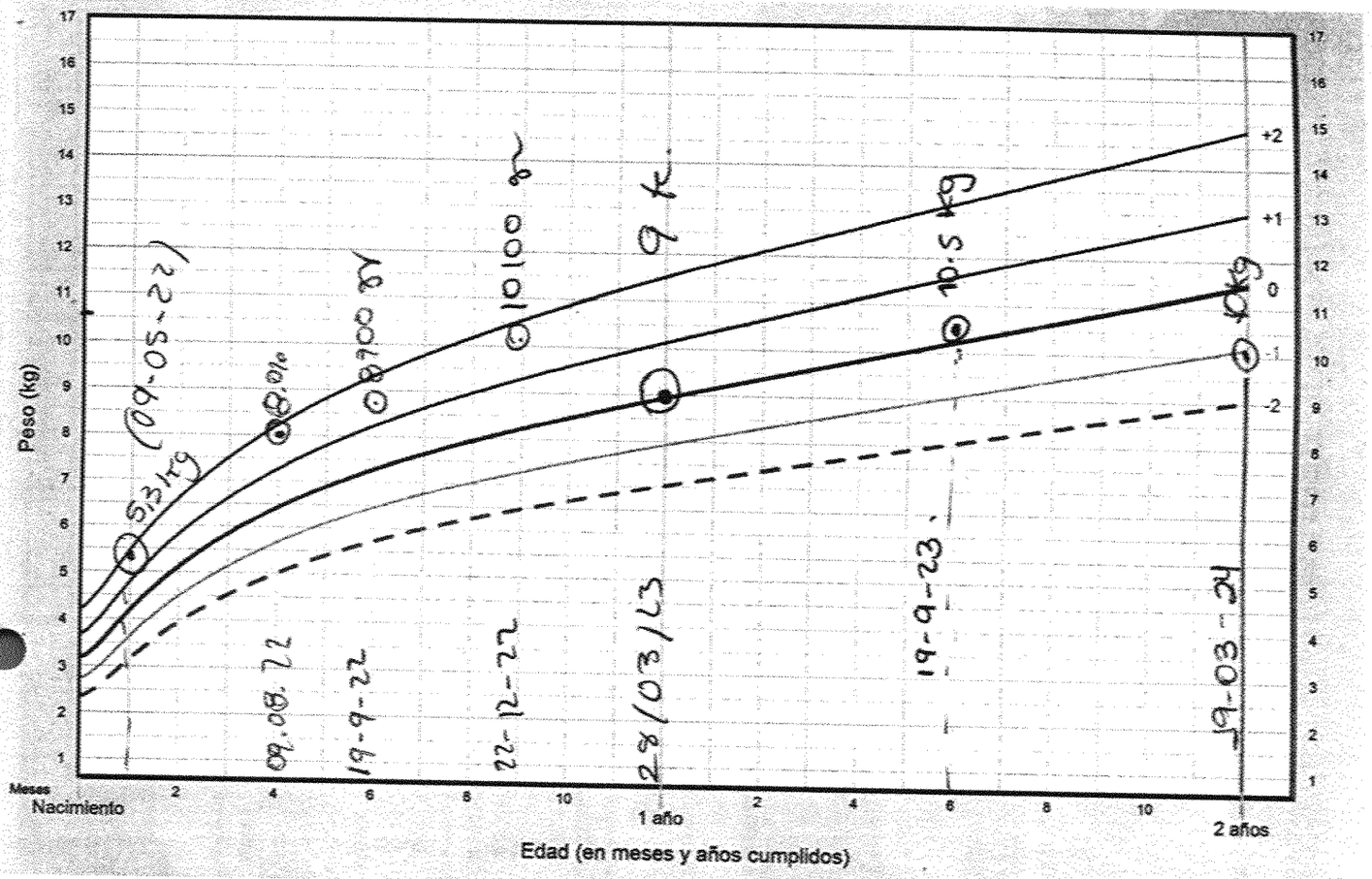
MIS DATOS

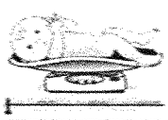
Nombres: EVELYN JIMENA	Apellidos: ORTEGA TIPAZ
Fecha de nacimiento: 19 DÍA | 03 MES | 2022 AÑO	Historia Clínica: 1.126460.982
Barrio/Vereda: V/ JABALITO	Responsable del niño: CLAUDIA JIMENA TIPAZ
Teléfono: 3185407367	EPS: MALLAMAS



Peso para la Edad Niñas

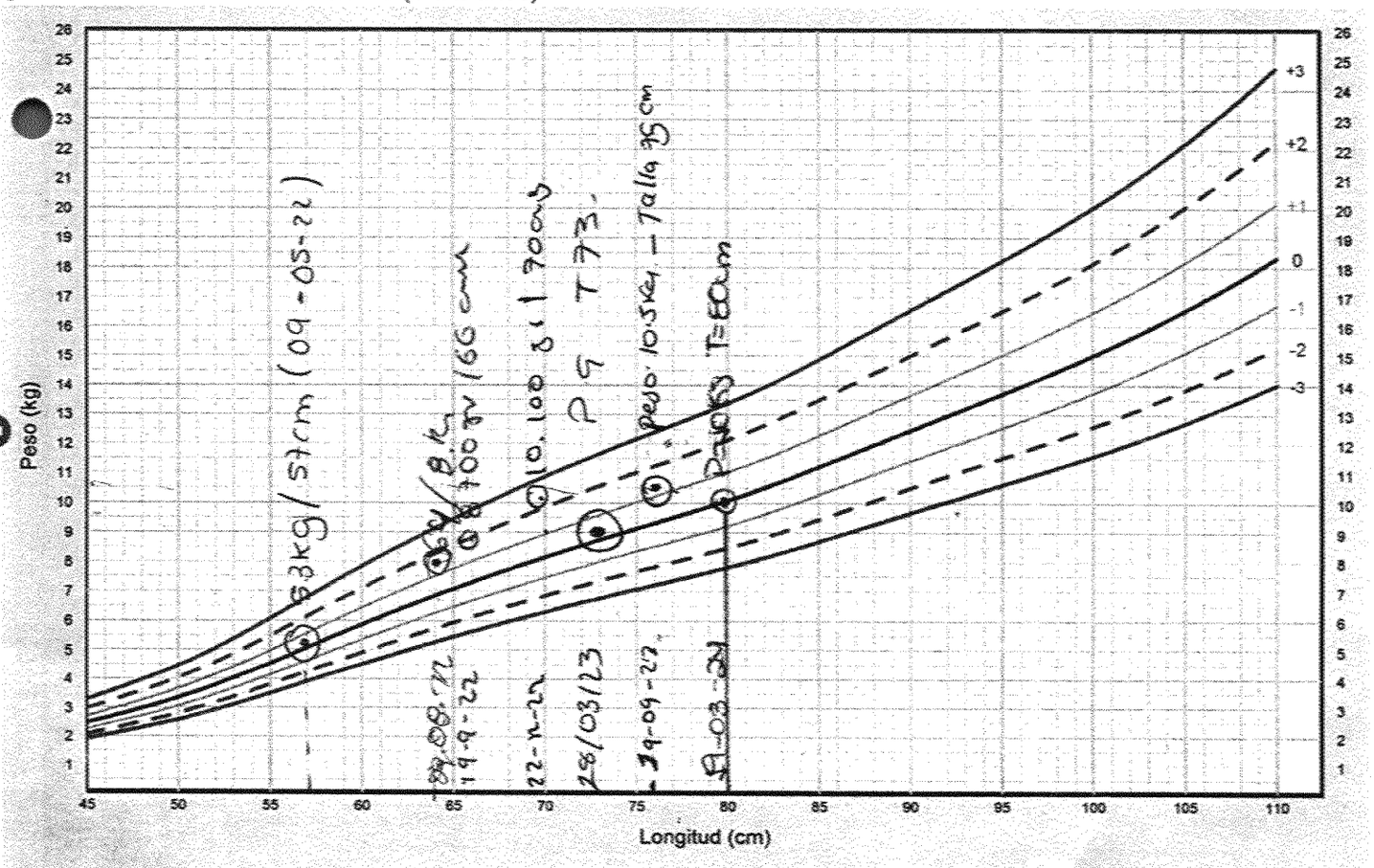
Puntuación Z (0 a 2 años)

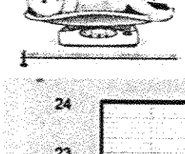




Peso para la Talla Niñas

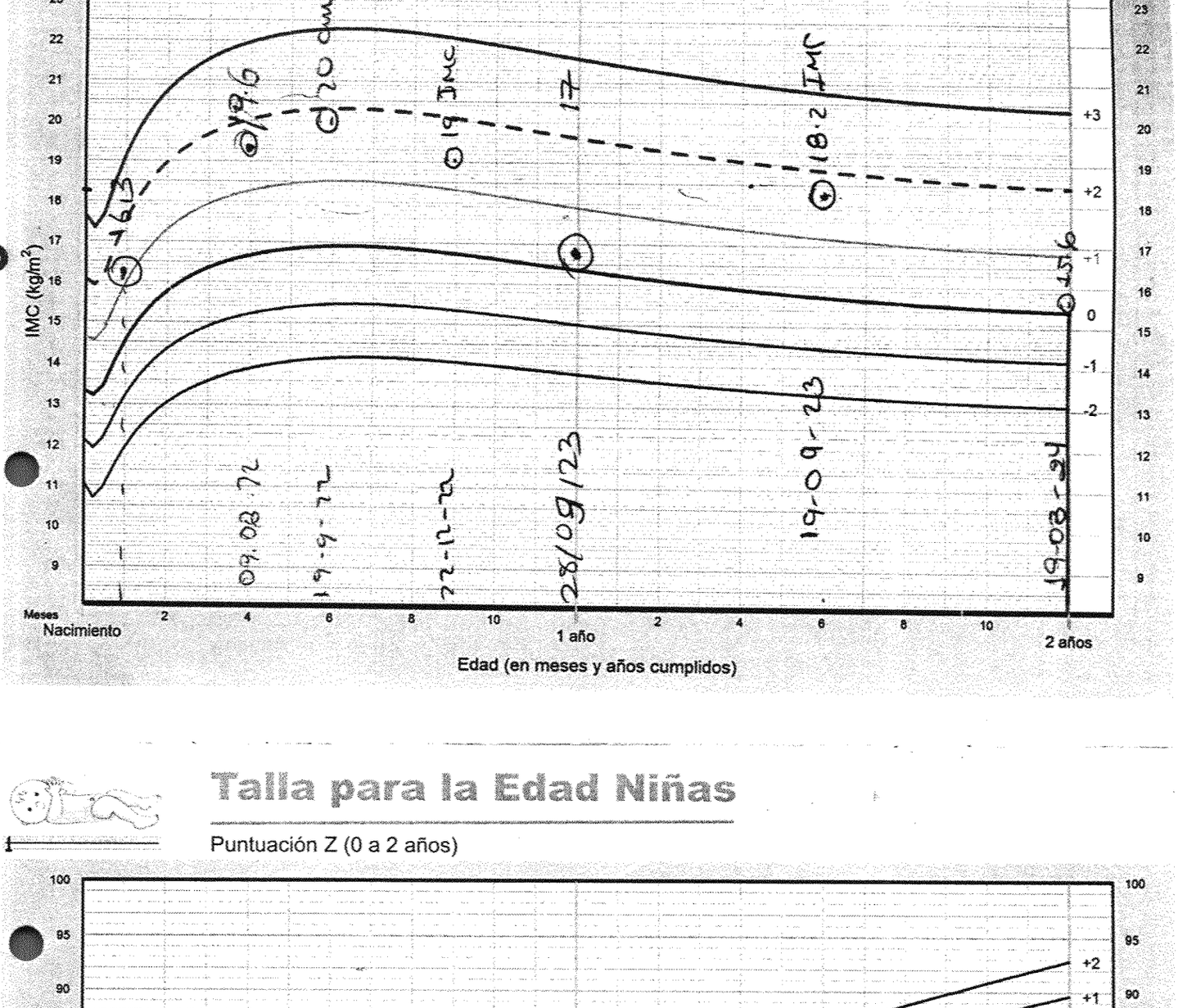
Puntuación Z (0 a 2 años)

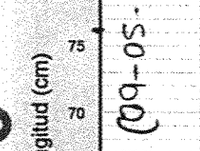




IMC para la Edad Niñas

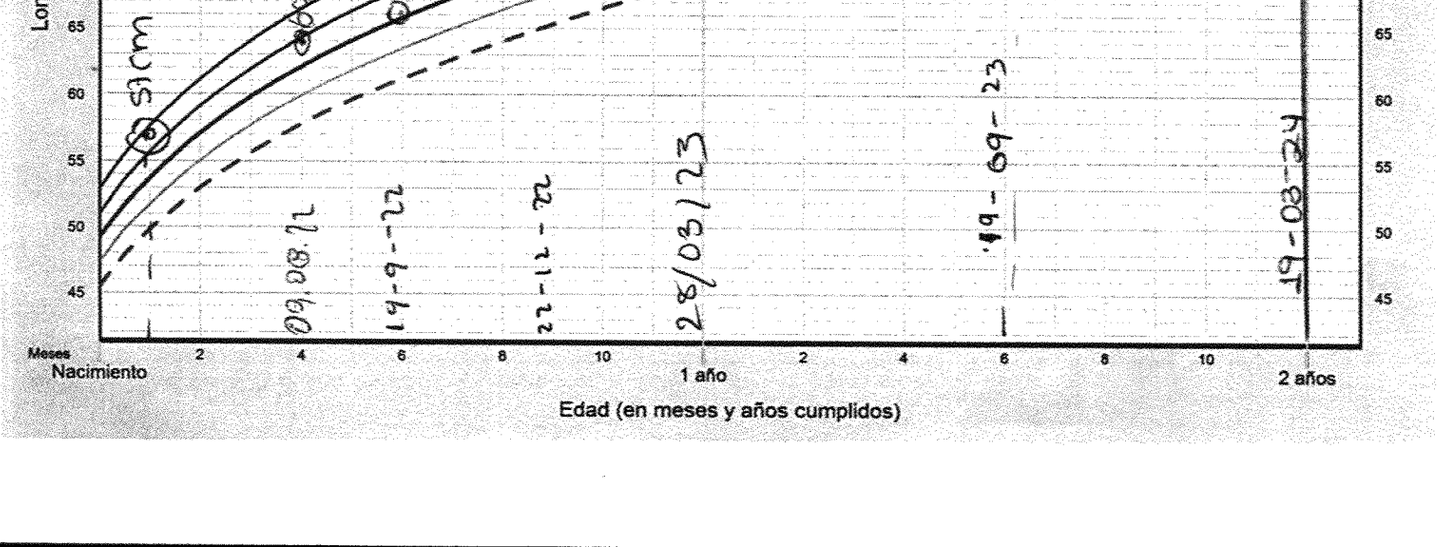
Puntuación Z (0 a 2 años)





Talla para la Edad Niñas

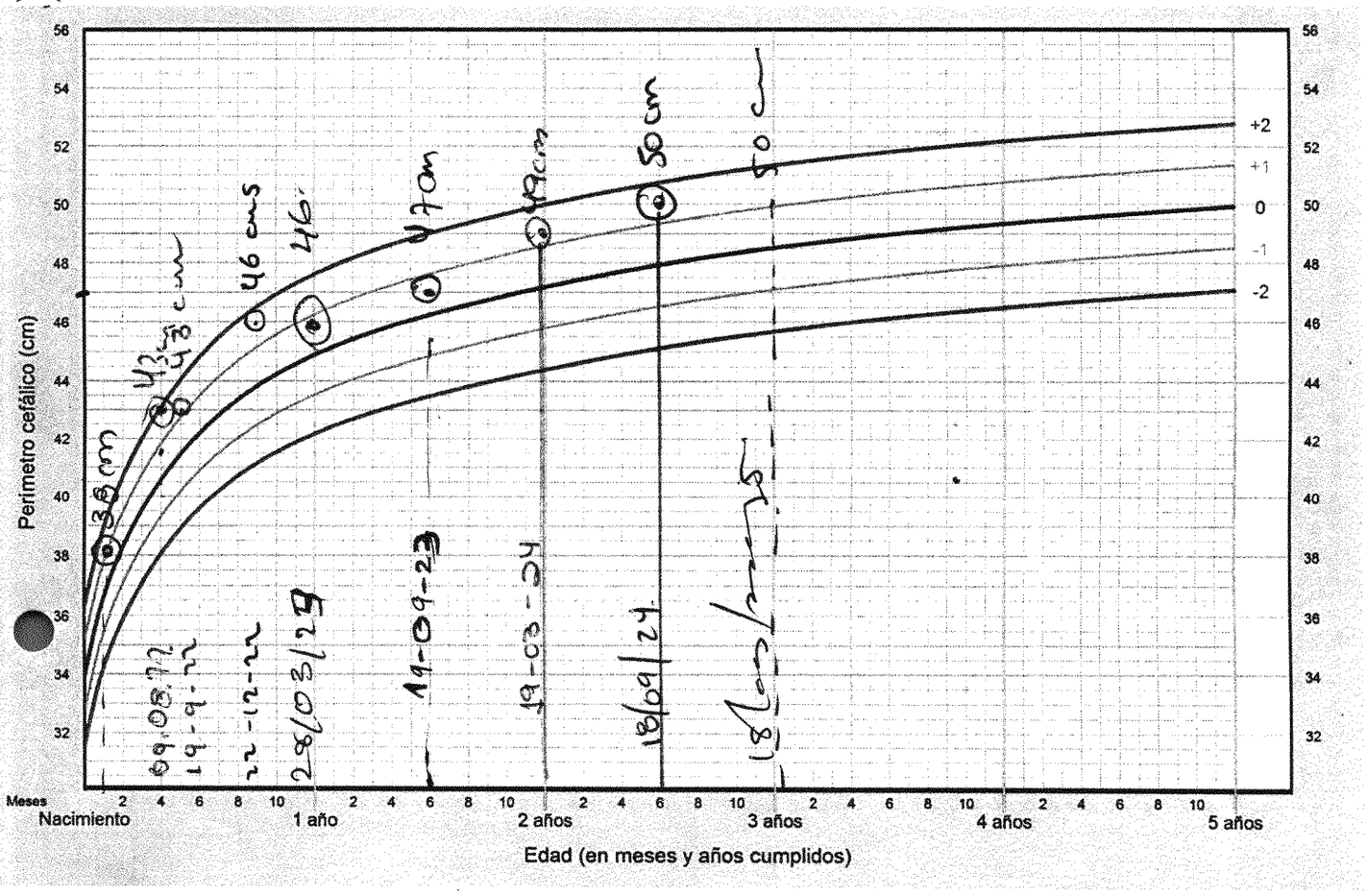
Puntuación Z (0 a 2 años)





Perímetro Cefálico Niñas

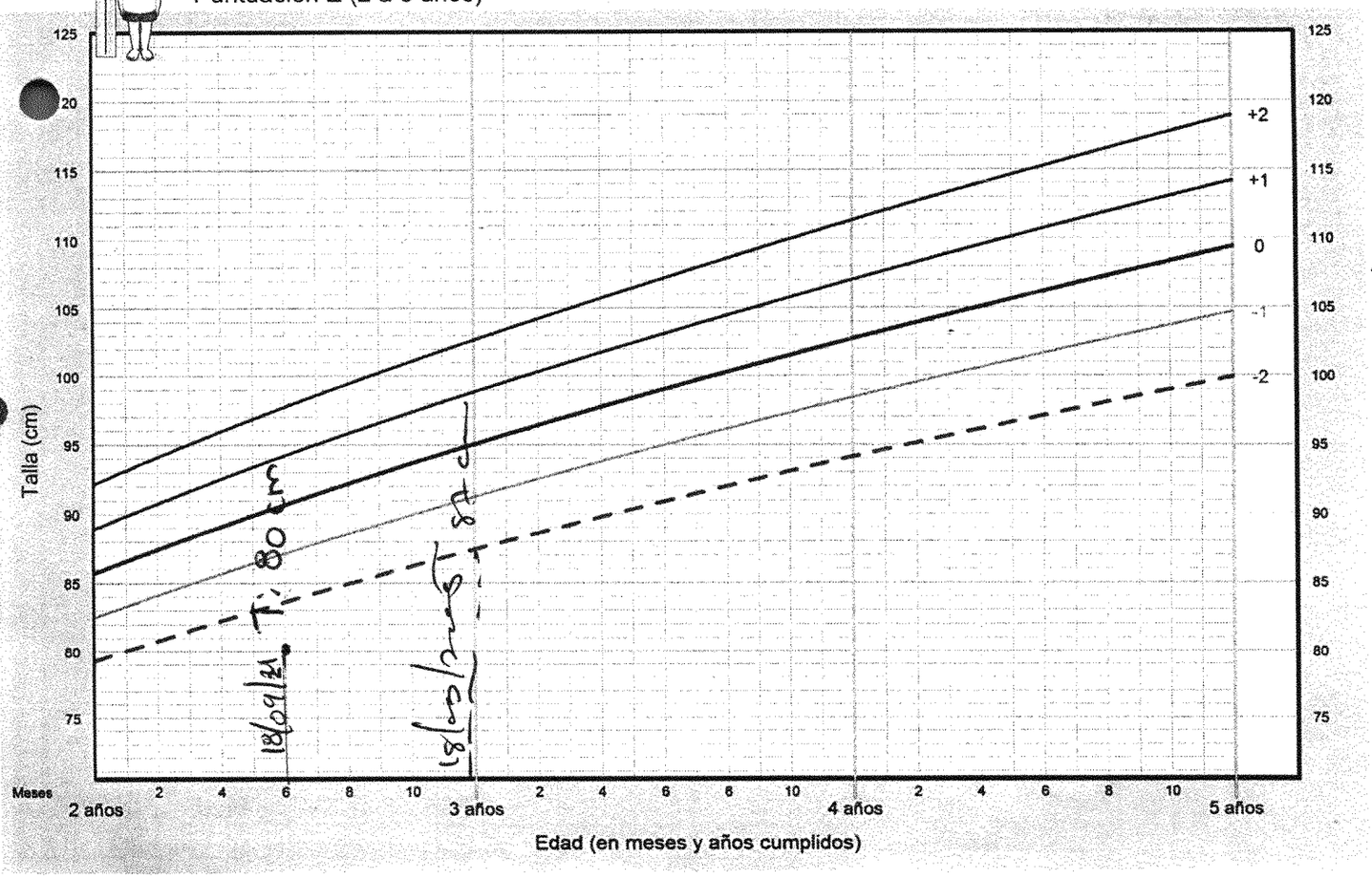
Puntuación Z (0 a 5 años)





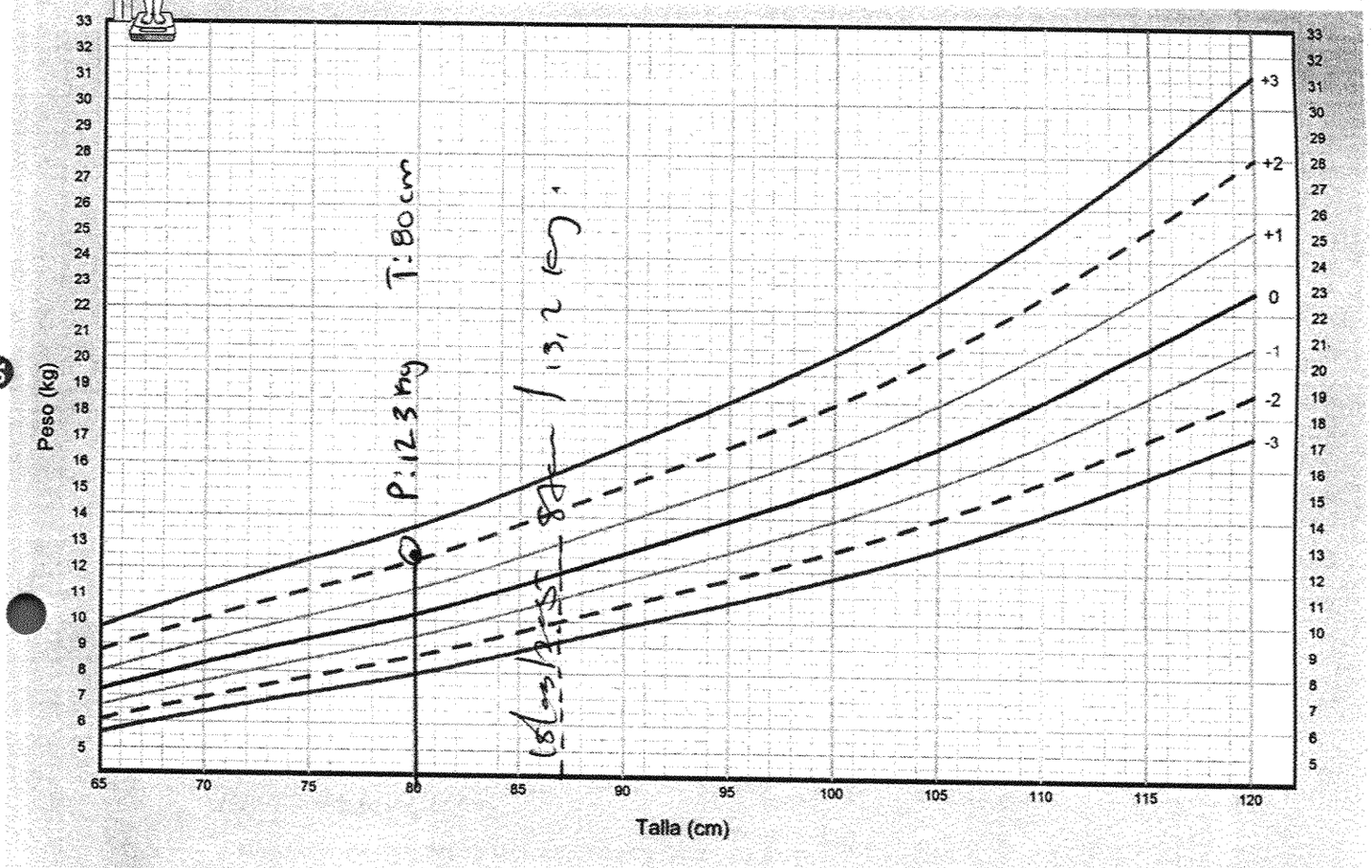
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niñas

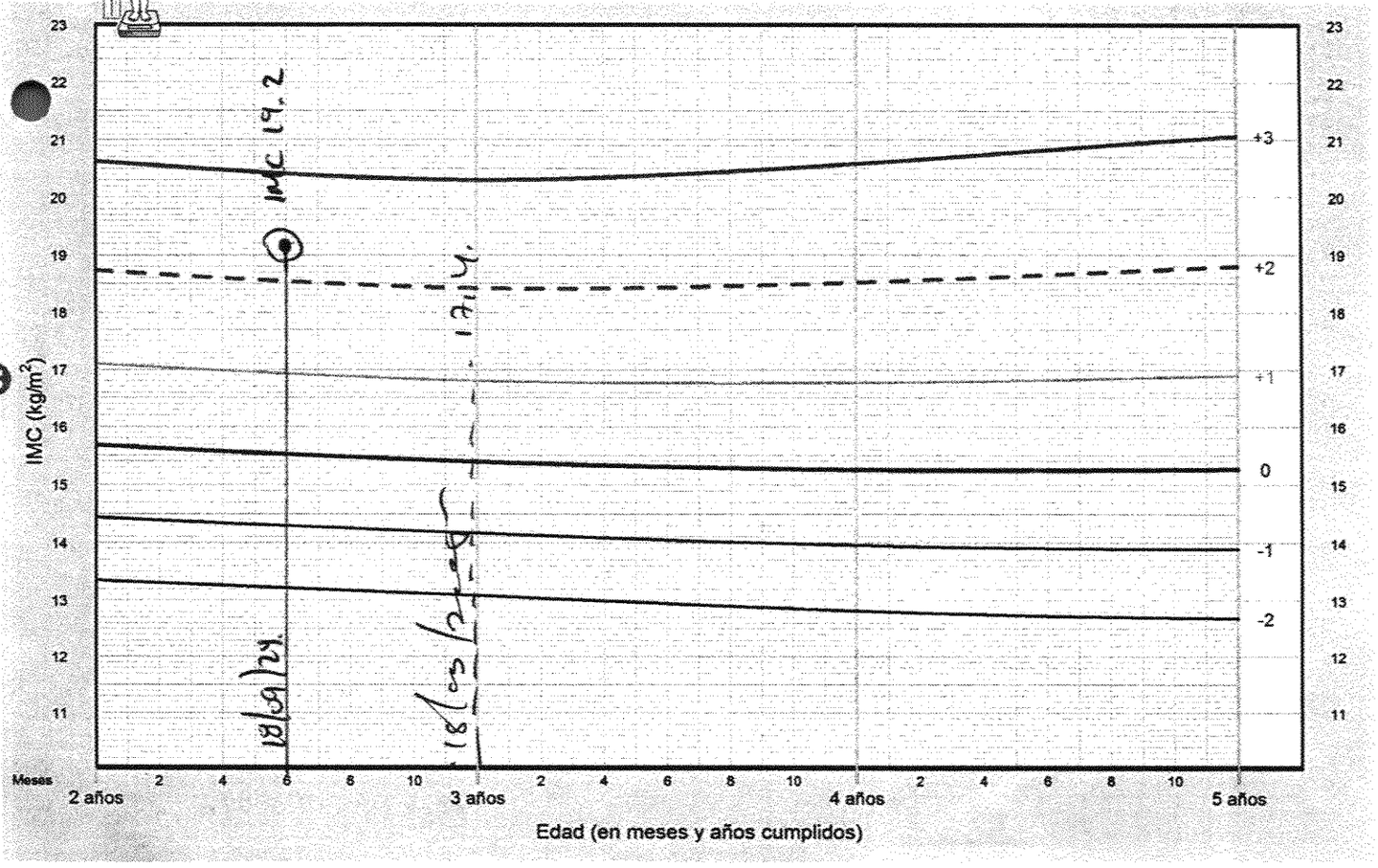
Puntuación Z (2 a 5 años)



12

IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



13

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
09	06	2022	enfer		✗
09	LO	16 72	Enfermera		
18	Dicie	2022	M.D.	si -	
18	MArzo	2023	MEDIC	Si ✓	
18	Sept	2023	Enf	Si ✓	
18	03	2024	Med	Si ✓	
18	09	2024	Medico		
18	09	2024	enf	Si:	
16	03	2025	Med	✓	
14	03	2026.			

Paola López
Enfermera
Registro 16838367 18

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
04-05-22	5.3	57	38	12	16.3	09/06/22	
29.08.22	8.0 Kg	66	43 cm	16cm	19.6	09/10/22	
19-9-22	8.00 Kg	66	43	17	20 kg/m2	14-12-22	
12-12-22	10.100	70	46	18	20.	18-03-23	
28/03/23	9.	73	46	16	17	18/09/23	
19-09-23	10.5	76	47	16	18.2	19-03-24	
19-03-24	10	80	49	15	15.6	18-09-24	
18-09-24	12.3	80	50	17	19.2	18-03-25	
18/03/25	12	82	50	17	17.4.	14/03/26	

Dra. Miguely Cisneros
Médico General
M.S.P. 1057-165-Imvotte

Paola López
Enfermera
Registro 16838367 18

12
14V

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO									
Resulado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado					
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado					
	Cardipopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado					
	Visual	Normal		Alterado					
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA									

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega						
2.ª entrega						
3.ª entrega						
4.ª entrega						
5.ª entrega						

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

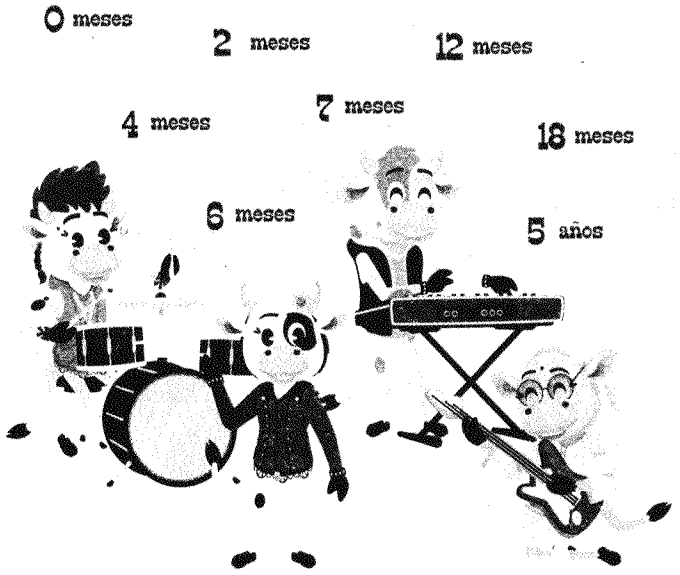
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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



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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: EMELYN JIMENA ORTEGA TIPAZ

Fecha de nacimiento: 18-03-2022

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1.126.460.982

Sexo: FEMENINO

Grupo sanguíneo: CC: 1.122.341.138.

Peso al nacer: Talla:

Dirección: V1 JABALITO

Teléfono 1: 3185407367

Teléfono 2:

Responsable: CLAUDIA JIMENA TIPAZ.

Municipio de residencia: SAN MIGUEL

Departamento: PUTUMAYO

#115.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: **Tipo Identificación:** **No. ID:**

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	18	3	22	Serum	03A0070	ECCAAR				HGMU
	Hepatitis B	Recién nacido	18	3	22	Serum	0320 9UCC	ECCAAR				HGMU
2 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	20	05	22	Biológicos	211006					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	20	05	22	Serum	2850403BD	HFID				Edgar Ipial.
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	20	05	22	Serum	2853403BD					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	20	05	22	Serum	2853403BD					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	20	05	22	GSK	ARUICD8Q2AF					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	20	05	22	GSK	ASPNB3384A					
4 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	28	07	22	Biológicos	211430006					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	28	07	22	Serum	9201 6211A	Ecuador				C 56 I.
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	28	07	22	Serum	9201 6211A					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	28	07	22	Serum	9201 6211A					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	28	07	22	GSK	ARCI CD8490AB					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	28	07	22	GSK	ASPNB3484AB					
6 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	30	09	22	Biológicos	214101 4					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	30	09	22	Serum	2801 4022A	HFID				Saúl Martínez Tec. Aux. en Enfermería CC. 1122356822
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	30	09	22	Serum	2801 4022A					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	30	09	22	Serum	2801 4022A					
	Influenza estacional	1.ª	29	06	23	Green	W5052301	HFID.				
7 meses	Influenza estacional	2.ª	29	07	23	Green	W5052301	HFID CITA!				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	28	03	23	Serum	CP3T0N108A	HFID				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	28	03	23	Pfizer	FRUB97	HFID	18-03-			
	Varicela	2.ª	18	03	23	MSD	W0250E9	HFID	MARZO-2023			Sulma Yepez
	Hepatitis A	Única	18	03	23	MSD	W0048022	HFID				
	Influenza estacional	Anual	23	05	24	Butantan	2A00977910 0	HFID	CITA:			
18 meses	Poliomielitis (VIP ☒ VOPb ☐)	1.er refuerzo	03	10	23	Serum	223400 1	HFD	29-JULIO			Yenifer
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	03	10	23	Serum	2231 4002	HFD	2023			Yhansy Cifuentes
	Fiebre amarilla	Única	18	03	2023	Sanofi	V30UI 21	HFID	Salmonera.			Dennis D
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	03	10	23	Serum	0132NO4BB	HFD				Yenifer
	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												

Cita: 09-03-2023

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

13

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 05 AÑO 2025 HORA: 03:15

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Emelyn Jimena APELLIDOS Ortega Tipaz

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1126460982

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 18 MES: 03 AÑO: 2022 / EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas

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) Miedo a la reacción

¿CÓMO 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 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: Jimena Tipaz

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

Nombres Claudia Jimena Apellidos Tipaz Taramuel

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

Firma: Jimena Tipaz

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: Jennifer Yuliteth Cabeza Meneses

Firma Jennifer Cabeza Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446064

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFUD

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.

14

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.122.341.138**

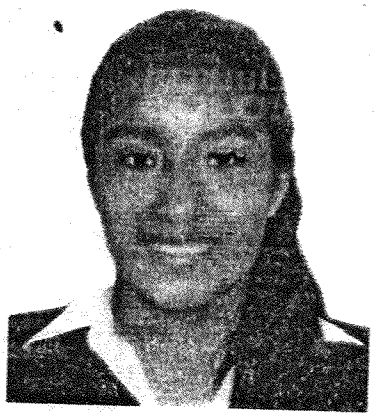
TIPAZ TARAMUEL

APELLIDOS

CLAUDIA JIMENA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-MAY-1995**

CUMBAL
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

21-MAY-2013 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1529200-00870748-F-1122341138-20161213 0052563283A 1 47425683



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.126.444.036
ORTEGA CUARAN
APELLIDOS
CRISTIAN JHONATAN
NOMBRES
cristian ortega
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-DIC-2003
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
28-ENE-2022 VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO

P-6402800-01288512-M-1126444036-20220330 0078614860G 2 55124258

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

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 FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.062.389-9
Mi prioridad es tu salud...



Emelyn Jimena Ortega Tipaz
1126460182 Maltimos

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													
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Juliana Posada Paez
ODONTÓLOGA
TP 032736

26-Abril-2018
24-Enero-2019
27-9-1926
27-04-2020

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

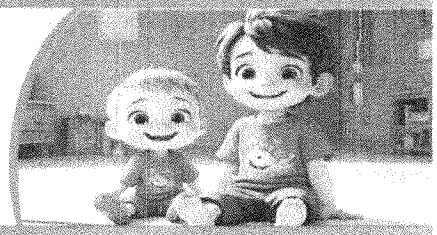
Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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: Emilyn Sirenis Ortega Tipaz
Doc. de Identidad: 1126460982
Vrs: Mallamas
Teléfono: 3247037726
Domicilio: Vl Sabanito

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	4A	5A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general											18-marzo 2025		
		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											26-4-2025		
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Yuly Vanessa Jimenez Rodriguez
ENFERMERA PROFESIONAL
C.C. 1094929731

Agudeza Visual 20/20 Normal 18-marzo 2025 Primera cita 26-04-2025 Vacunado

Control 18-marzo 2026

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Claudia Jimena Tipaz Identificado con C.C N° 1122341138 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Emelyn Jimena Ortega 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.

Claudia Jimena Tipaz Jaramillo

Madre o Acudiente
C.C 1122341138

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 Emelyn Jimena Ortega Tipaz, identificado (a) con documento de identidad número 1.126.460 982, 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, Claudia Jimena Tipaz Tatamuel, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122341138, 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 EDC

Suscriben:

Firma: Jimena Tipaz
Nombre: Jimena Tipaz
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3249454523
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.

de cero a Siempre

20 RIV

Ciudad San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Emelyn Jimena Ortega Tipaz

Fecha de nacimiento 18 03 2022 **N° Documento de Identidad** 1126460982

Sexo Masculino ○ Femenino ⊗ **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 ○ ⊗ 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 narra de manera clara lo que dibujo y lo muestra con orgullo a los adultos, ella interactua de manera favorable en las experiencias pedagogicas.

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 observa que la niña tiene buen manejo de su comunicación verbal, ya que narra situaciones vividas de manera clara, además tiene conocimiento al reconocer objetos, animales, algunas profesiones. Su desarrollo 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

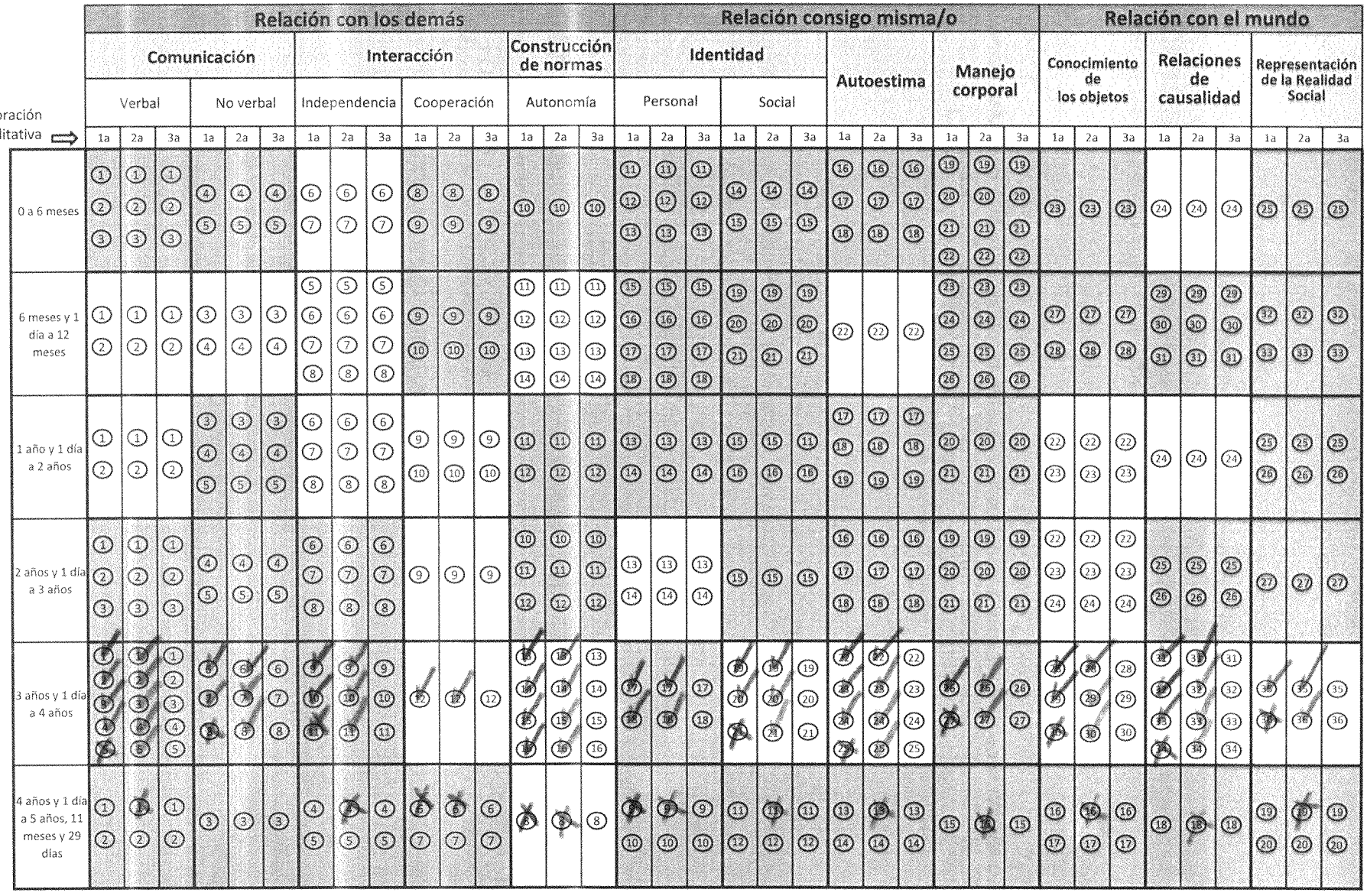
Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

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

21
a/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: Emelyn Jimena Ortega IDENTIFICACIO: 1.126.460.982 FECHA DE NACIMIENTO: 18-03-2022

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					
13-08-2025	X			02:04	La niña no asiste al encuentro la madre solicita Permeso por mensaje de whatsApp donde refiere que por una situación Familiar no asistira,que la niña y ella se encuentran bien de salud.	Jimena Tipaz	Omaira Meneses	Se oriento a la madre sobre la importancia de asistir a los encuentros y a que los permisos justificados son por salud calamidad domestica. también que el proximo encuentro evitar Faltar. 20-08-2025 Se hace cierre de la novedad la madre asiste al encuentro con la niña.		-> La madre se compromete a asistir el proximo encuentro de manera cumplida.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Emelyn Jimena Ortega IDENTIFICACIO: 1126460982 FECHA DE NACIMIENTO: 18-03-2022

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					