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: 27-03-2025 **FECHA INGRESO:** 1-04-2025

UDS: Los Consentidos **MUNICIPIO:** San miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Emely mariana Rodriguez Guerra

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO ___ **NUIP No.** 1126461644

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A
N/A

FECHA NACIMIENTO: 25-06-2023 **EDAD:** 1 A **MUNICIPIO:** valle del Guamuez

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

DE RESIDENCIA: V/La Cabaña **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: A4 **DESPLAZADO:** SI: ___ X NO:

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: Dimas Rosalino Rodriguez moran
No. IDENTIFICACION: 87552061 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/La Cabaña
CELULAR: ___ **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: Yanine maritza Guerra Guevara
No. IDENTIFICACION: 1.006 788 194 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/La Cabaña
CELULAR: 318 896 5556 **E.P.S:** Emssanar
OCUPACION U OFICIO: Ama de casa
EMPRESA DONDE LABORA: N/A
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller **PROFESIÓN:** N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Yanine maritza Guerra Guevara
NUMERO IDENTIFICACION: 1.006 788 194 **CELULAR:** 318 896 5556
DIRECCION: V/La Cabaña **PARENTESCO:** madre

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE
Yanine Guerra Guevara

FIRMA AGENTE EDUCATIVO
FABIANNE JOA

3

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.126.461.644

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63695652

6369565652

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 1 7 A

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

REGISTRADURIA DE VALLE DEL GUAMUEZ - COLOMBIA - PUTUMAYO - VALLE DEL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RODRIGUEZ	GUERRA

Nombre(s)

EMELY MARIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes JUN Día 25	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	NO.2306221052978 5

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

GUERRA GUEVARA YANINE MARITZA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.006.788.194	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ MORAN DIMAS ROSALINO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 87.552.067	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ MORAN DIMAS ROSALINO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 87.552.067	Dimas Rodriguez

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 JUL Día 04	CARMEN PATRICIA CASANOVA YANDI Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Dimas Rodriguez. Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ENTREGADO 14 JUL 2023

ESTA REPRODUCCION FOTOMECANICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURIA

REGISTRADURIA MUNICIPAL

ENTREGADO JUL 2023

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 08/09/2025

Ficha: 86865001478100000013

A5

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: EMELY MARIANA

Apellidos: RODRIGUEZ GUERRA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1126461644

Municipio: Valle del Guamuéz

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/12/2017

Última actualización ciudadano: 04/07/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: BELSY MILDRED GOMEZ ERASO

Dirección: Calle 7 No 5 - 20

Teléfono: 4282059 - 3134307915

Correo Electrónico: sisben@valledelguamuez-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	1126461644
NOMBRES	EMELY MARIANA
APELLIDOS	RODRIGUEZ GUERRA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	VALLE DEL GUAMUEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	26/06/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/08/2025 15:53:40	**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

E.S.E
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús



Nombres:	Emily Mariana
Apellidos:	Rodriguez Guerra
Fecha de nacimiento:	25-junio-2023
Lugar de nacimiento:	Hospital Sagrado Corazón de Jesús
Identificación:	1126161644
Barrio/vereda:	v/ comboy
Responsable del niño:	Yanine Guerra
N° de Teléfono:	318896
E.P.S.:	118
Grupo Sanguíneo:	O+

¡Mamita Segura! Lo mejor de nosotros para ti

IAMI Institución Amiga de la Mujer y la Infancia

AIEPI Porque mi vida hoy que protegeria hoy

E.S.E. Hospital Sagrado Corazón de Jesús

Nombre del menor: Emely Rodriguez Guerra

Identificación del menor: RC 1126461644

FECHA	PESO	TALLA	DX	FIRMA PROFESIONAL
31-08-23	6.0 kg	60cm	Adecuado	[illegible]
26-10-23	6.8 kg	62.5 cm	Adecuado	Dayco
27-XII-23	7.5 kg	68 cm	Adecuado	G Duran
5/04/24	8.5 kg	71 cm	Adecuado	INAC
26/06/24	9.7 kg	72 cm	Adecuado	[illegible]
27-12-24	10,2 kg	80 cm	Adecuado	G Duran
26/06/25	11 Kg	83 cm	Peso OK. Estatura bajo	Dayco

CUESTIONARIO DE AUTISMO EN LA INFANCIA - Modificado (M-CHAT)

Por favor, rellene lo que su hijo hace habitualmente. Trate de responder a todas las preguntas. Si la conducta es poco frecuente (ej. la ha observado una o dos veces), responda "No".

1. ¿Disfruta su hijo cuando se le balancea, se le hace saltar sobre sus rodillas...?		
2. ¿Muestra su hijo interés por otros niños?		
3. ¿Le gusta a su hijo subirse a las cosas, como p.ej. las escaleras?		
4. ¿Disfruta su hijo jugando a cucu-tras o al escondite?		
5. ¿Su hijo simula alguna vez, por ejemplo, hablar por teléfono o cuidar a las muñecas o imagina otra cosa		
6. ¿Utiliza su hijo alguna vez su dedo índice para señalar pidiendo algo?		
7. ¿Utiliza su hijo alguna vez su dedo índice para señalar mostrando su interés en algo?		
8. ¿Puede su hijo jugar apropiadamente con juguetes pequeños (ej. coches o bloques) sin metérselos en la boca, toquetearlos o tirarlos únicamente		
9. ¿Le acerca su hijo alguna vez objetos para enseñárselos?		
10. ¿Le mira su hijo a los ojos durante más de uno o dos segundos?		
11. ¿Su hijo parece hipersensible a los ruidos? (ej. tapándose los oídos)		
12. ¿Responde su hijo con una sonrisa a su cara o a su sonrisa?		
13. ¿Le imita su hijo? (ej. poner una cara que su hijo imita)		
14. ¿Su hijo responde cuando se le llama por su nombre?		
15. Si usted señala un juguete al otro lado de la habitación, ¿su hijo lo mira?		
16. ¿Anda su hijo?		
17. ¿Mira su hijo a las cosas que está usted mirando?		
18. ¿Hace su hijo movimientos raros con los dedos cerca de su propia cara?		
19. ¿Trata de atraer su hijo la atención sobre su propia actividad?		
20. ¿Alguna vez ha sospechado que su hijo era sordo?		
21. ¿Entiende su hijo lo que dice la gente?		
22. ¿A veces su hijo se queda mirando fijamente al vacío o deambula sin ningún propósito?		
23. ¿Mira su hijo a su casa para observar su reacción cuando se enfrenta con algo desconocido?		

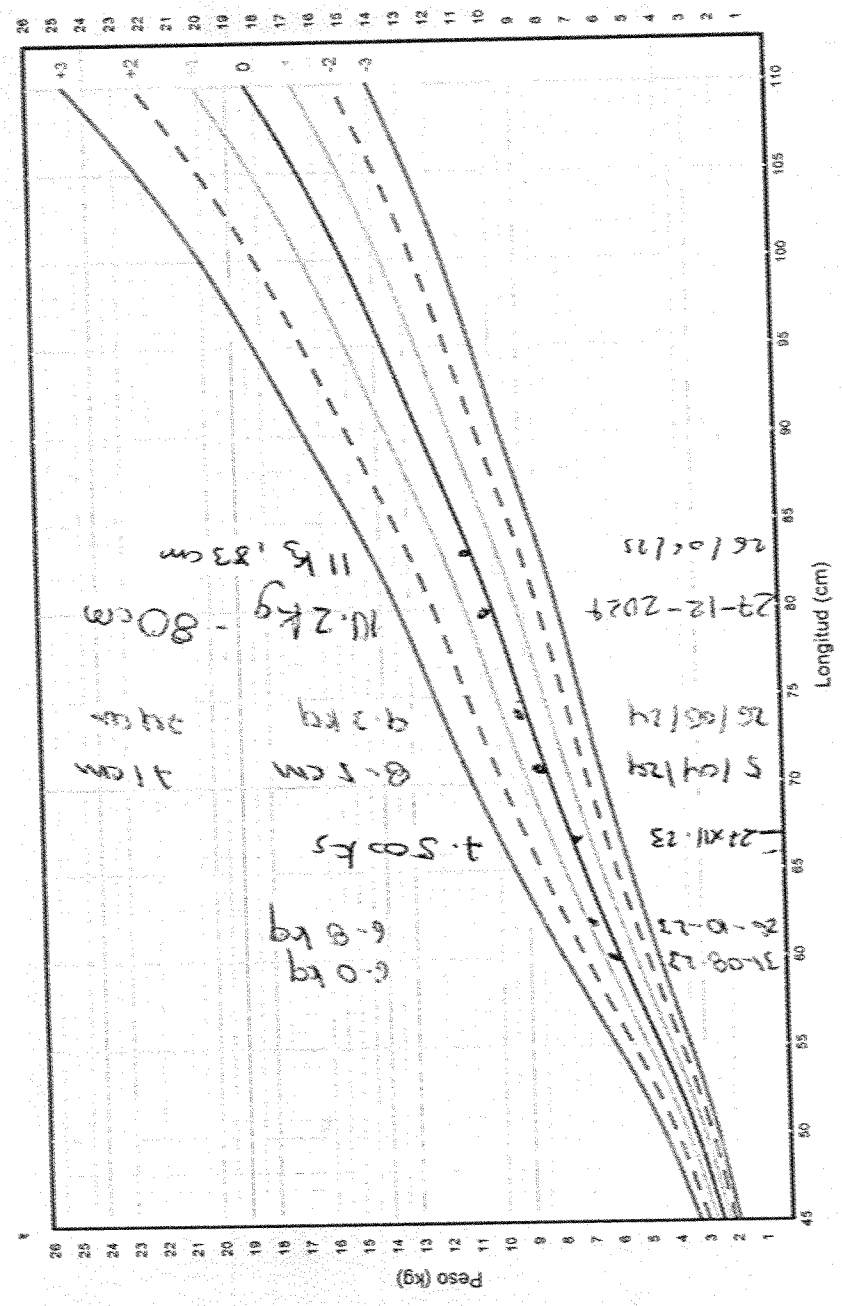
FECHA DE VALORACIÓN	RESULTADO	INTERPRETACIÓN	CONDUCTA	FIRMA PROFESIONAL
26/06/25	Sin FR	No TEA	Educación	Dragca

Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)

Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso para la Edad Niñas

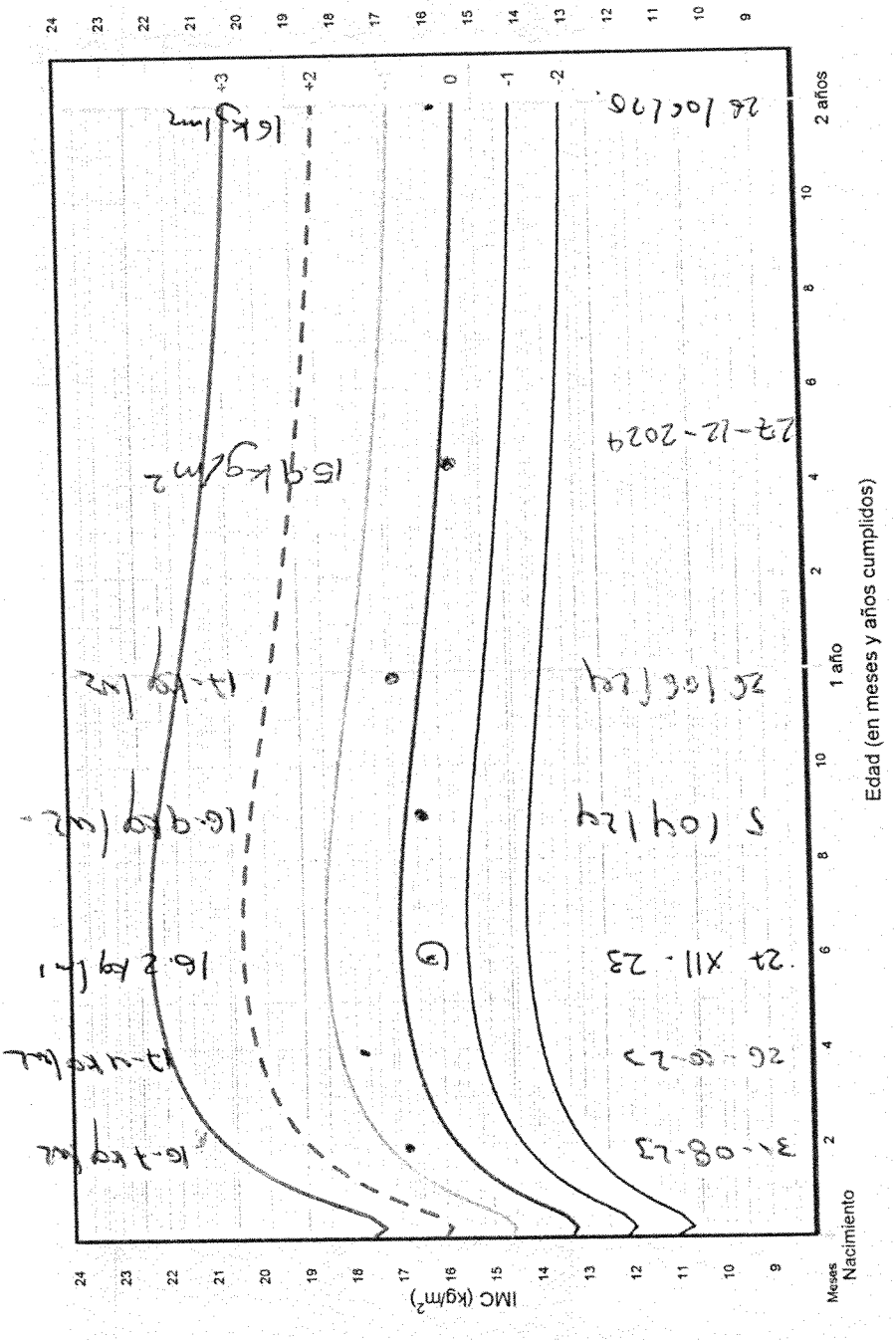
Puntuación Z (0 a 2 años)

Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
26	Octubre	2023	12:30 pm MC		
27	Diciembre	2023	2:00 pm x c		
26	Marzo	2024	8:00 am		
25	Junio	2024	9:00 a.m.		
3	Diciembre	2024	10:00 a.m. Rel		
26	Junio	2025	2:30 pm md		
26	Diciembre	2025	10:30 a.m. ort		

IS
R/V

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCION SOCIAL

Carnē de Vacunación

Nombres y Apellidos: Emely Mariana Rodriguez Cuevas

Tipo de Documento: NUIP — No. de Documento: 1726461644

Fecha de Nacimiento: 05 / 06 / 2023

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: O+

Peso al nacer: 3580g 39.3 sem. Talla: 53cm

Dirección: VI combo4

Teléfono 1: 318.896 5556

Teléfono 2: 3107777553

Responsable: Jc 1006788194.

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

	Fecha			Valoración Nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
s							
ses							
ses							
ses							
ses							
ses							
ses							
neses							
neses							
s							
s							
s							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

ACIÓN CON MICRONUTRIENTES

ntrega								
2.ª entrega								
3.ª entrega								
4.ª entrega								
5.ª entrega								

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años				
4 años				
5 años				

*Menor o igual a 20 normal

:CIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA

eonatal	Normal		Alterado				
vo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
patía Completa	Normal		Alterado				
	Normal		Alterado				

...mentos, **Garantiza la...**
...ntermedades comu...
...sis meningea, Hep...
...s y otras enferme...
Diarrea por rot...
...lus influenza t...
...s bacteriemia
...lad respiratoria
Sarampión
Hepatitis
Humana

Apellidos: Emely Mariana Rodriguez Guerra — Tipo de Identificación: NUIP — No. ID: 1126

Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima Día	Mes
					Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐				
Tuberculosis meningea (BCG)	Única	25	Junio	2023	Serum	0 3 7 1 M A 0 3 1	ESE HSCJ		
Hepatitis B	Recién nacido	25	Junio	2023	Serum	0 3 2 2 4 0 0 9 A	ESE HSCJ		
					Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐				
Poliomielitis (VIP)	1ª	25	Agosto	23	Bilthoven	2 2 0 8 9 1 6	ESE HSCJ	25 Agosto	2
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	25	Agosto	23	SERUM	2851X040C	ESE HSCJ		
Hepatitis B	1ª	25	Agosto	23			ESE HSCJ		
Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	25	Agosto	23			ESE HSCJ		
Diarrea por rotavirus	1ª	25	Agosto	23	GSK	A N C e c 0 9 J A	ESE HSCJ		
Neumonía, otitis, Meningitis y icteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	25	Agosto	23	PFIZER	F R 4 8 9 5	ESE HSCJ		
					Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐				
Poliomielitis (VIP)	2ª	26	Octubre	23	Biologicals	2 2 0 8 0 7 6	ESE A.S.C.F	25 Octubre 202	
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	26	Octubre	23	Serum	2 8 5 1 4 0 3 3 C	ESE A.S.C.F		
Hepatitis B	2ª	26	Octubre	23	Serum	2 8 5 1 4 0 3 3 C	ESE HSCF		
Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	26	Octubre	23	Serum	2 8 5 1 4 0 3 3 C	ESE H.S.C.F		
Diarrea por rotavirus	2ª	26	Octubre	23	GSK	A R 0 1 D 4 6 6 AB	ESE H.S.C.F		
Neumonía, otitis, Meningitis y icteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	26	Octubre	23	Pfizer	F 4 9 9 2 5	ESE H.S.C.F		
					Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐				
Poliomielitis (VIP)	3ª	27	Dic	23	Bilthoven	2 2 3 4 0 0 1	ESE HSCJ	26 Diciembre 2023.	
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	27	Dic	23		2 8 5 2 X 0 0 3 A	ESE HSCJ		
Hepatitis B	3ª	27	Dic	23	SERUM	2 8 5 2 X 0 0 3 A	ESE HSCJ		
Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	27	Dic	23.		2 8 5 2 X 0 0 3 A	ESE HSCJ		
Influenza estacional	1ª	26	Abril	24	Butantan	2 4 0 0 9 7 9	ESE HSCJ	20 mayo 2	
Influenza estacional	2ª	27	Mayo	24	Butantan	2 4 0 0 9 7 9	ESE HSCJ	26 mayo 2	
rampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	26	Junio	24	Serum	0 1 3 2 N 0 7 4 A	ESE HSCJ	25 Junio 2	
Neumonía, otitis, Meningitis y icteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	26	Junio	24	PFIZER	6 X 1 9 1 2	ESE HSCJ.		
Varicela	1ª	26	Junio	24	MSD.	X 0 1 9 1 7 7	ESE HSCJ		
Hepatitis A	Única	26	Junio	24	Sinovac.	2 0 2 2 6 6 0 3 0	ESE HSCJ		
*Influenza estacional	Anual	3619	Mayo	2025	Segirus	P 1 0 0 7 9 2794	ESE HSCJ		
Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	27	Dic	2024	Bilthoven	2 3 2 8 0 0 3	ESE HSCJ	26 Dic. 24	
Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo	27	Dic	2024	Serum	2 8 5 3 X 0 2 0 B	ESE HSCJ		
**Fiebre Amarilla	Única	26	Junio	24	Biomanguinos	2 3 1 V F C 0 0 3 7	ESE HSCJ		
rampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	27	Dic	2024		0 1 3 2 N 0 7 4 B	ESE HSCJ	25 Junio 2	
Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo								
Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo								
Varicela	Refuerzo								
Virus del papiloma humano (VPH)	1ª								
	2ª								
	3ª								
	4ª								

Nombres y apellidos del vacunador

LC
RIV

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 La Dorada San miguel FECHA: DÍA MES AÑO HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Emeli mariana APELLIDOS Rodriguez Guerra

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1126961694

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 25 MES: 06 AÑO: 2023 / EDAD: 7, años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel. 3188965556

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 [illegible]cia 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 Vacuna

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar 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: Yanine M Guerra

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

Nombres Yanine maritza Apellidos Guerra Guevara

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1006788794

Firma: Yanine M. Guerra

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 _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador: Jeniffer Yulieth Cabeza Meneses

Firma Jeniffer Cabeza Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446069

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HTMD

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.

CONTROL DE CITAS

Este carné es un documento de identificación como usuario de los servicios del Hospital; tratelo con cuidado y no lo pierda pues su duplicado tiene un valor de $2.000

Debe ser puntual en el cumplimiento de su cita de Higiene Oral. Si no se presenta en la hora fijada perderá su turno y tendrá que sacar una nueva cita.

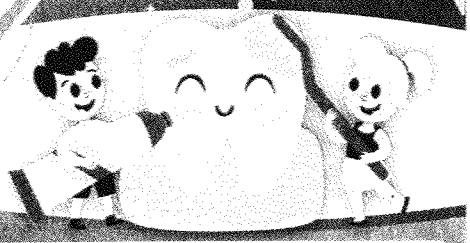
De la asistencia a su cita depende del éxito del tratamiento.

Si por atender a un usuario de cuidado urgente, usted sufre alguna demora en ser atendido, rogamos nos excuse.

Calidad y oportunidad en los servicios

E.S.E.
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús

HIGIENE ORAL



NOMBRES Y APELLIDOS
Rodriguez Gomez Emely

IDENTIFICACIÓN
1126461644

Nº. HISTORIA CLÍNICA
119

DOMICILIO
Ocaña

¡Una buena higiene oral para una salud total!

CP	F	S	D	PRÓXIMA CITA	PRÓXIMA CITA
✓	✓			26 Junio 2024	27 Diciembre 2024
✓	✓			20-02-2025	20 Agosto 2025
✓	✓			27 Agosto 2025	27 Febrero 2026

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.006.788.194**
GUERRA GUEVARA

APELLIDOS
YANINE MARITZA

NOMBRES
Yanine Guerra Guevara

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **26-JUN-1995**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

15-JUL-2013 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-6401800-00468522-F-1006788194-20130913 **00348**54454A 1 39803412

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

87552067
NUMERO

RODRIGUEZ MORAN
APELLIDOS

DIMAS ROSALINO
NOMBRES

Dimas Rodriguez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-MAR-1983
RICAURTE
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

28-MAR-2001 RICAURTE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-2310900-53094081-M-0087552067-20011001 02365 01271A 02 116825763

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Yanine Maritza Guerra Identificado con C.C N° 1.006.788.194 en calidad de: padre o madre ( ), del niño o niña: Emily Mariana Rodriguez Guerra o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: los consentidos, 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 02 Días del mes de Abril del Año 2025.

Yanine Guerra
Madre o Acudiente
C.C 1.006.788.194

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 EMELI MARIANA RODRIGUEZ GUERRA, identificado (a) con documento de identidad número 1126461644, 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	x	Videos	x	Otros datos personales	x

Autorización - Uso imagen del titular:
Yo, YANINE MARITZA GUERRA GUEVARA, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006788794, 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	x	Videos	x	Otros datos personales	x

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 ELC

Suscriben:

Firma: Yanine Guerra Guevara
Nombre: Yanine Maritza Guerra
Calidad - Titular: MADRE Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 318 896 55 56
Fecha: 02 ABRIL 2025
Municipio: SAN MIGUEL

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE UCA: Los Cursitos

v Rodriguez IDENTIFICACIO: 1.126.461.644 FECHA DE NACIMIENTO: 25-06-2023

COMPROMISOS	SITUACION	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	a la e el influen cuentra	Jannine Guerra	FABIAN MEJIA	se sencibiliza a la madre de llevar a la usuaria a hacer Pona la vacuna de la influenza	el dia 10 de junio del 2025 la mamita entrega la copia del carnet de vacunas donde ya se evidencia que le colocaron el biologico de la influenza. Se cierra la novedad.	La madre se compromete a llevar a la niña a hacerle Pona la vacuna de la influenza.
	llamada madre de cita la de	Yamine Guerra	FABIAN MEJIA	se sencibiliza a la madre de ir al hospital y sacar la cita de higiene oral Para que lleve a la niño a este Control.	La madre se acerco al hospital en compañia de la niña y le realizan el control de higiene oral el dia 27 de agosto de 2025 se cierra novedad.	La madre se compromete a sacar la cita y manifiesta que va a sacar la cita y llevar a la niño ten Pronto le dan la cita Posiblemente Para la Proxima Semana.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

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

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

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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San miguel La Dorada

Nombre completo de la niña o niño Emily mariana Rodriguez Guerra

Fecha de nacimiento 25 06 2023 **N° Documento de Identidad** 1.126461.644

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** 02 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador FABIAN ORLANDO MEJIA

Fecha de registro cualitativo 03 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

Emily mariana Rodriguez Participo en las experiencias Pedagogicas, tiene diferentes habilidades como relacionarse y jugar con los demas niños y niñas, realizo garabatos descontrolados.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador FABIAN ORLANDO MEJIA

Fecha de registro cualitativo 07 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

Emily mariana es una niña cariñosa, atenta y muy bien portada le gusta llamar a los demas niños por su propio nombre ya que a si le enseño su madre. le gusta jugar con las demas niñas con las munecas de trapo y tambien le gusta pintar con vinilos.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

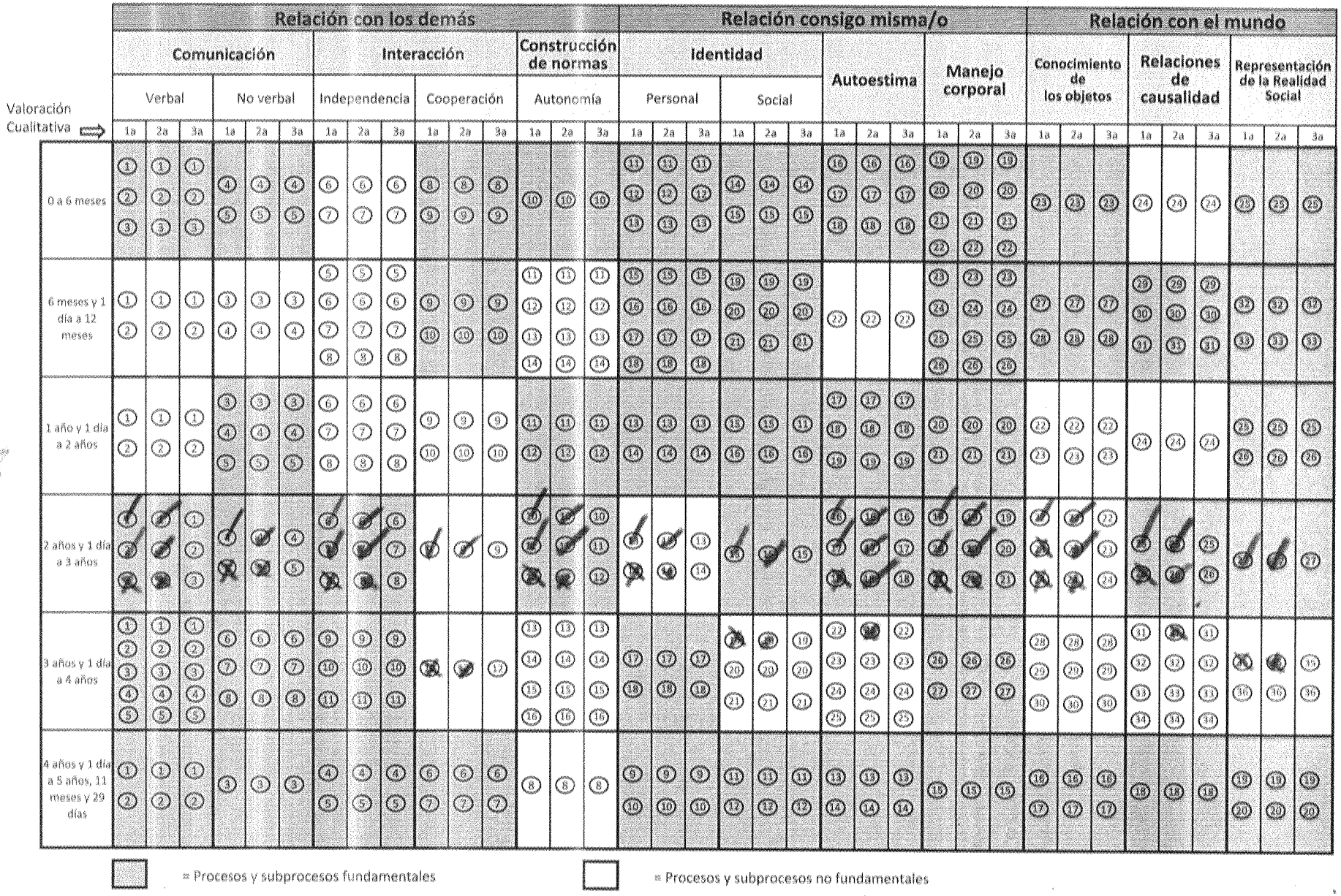
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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