Fundación Alma de Vida

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) ___SISBEN (Categoria 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 ___Victimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado) ___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.) ___Niños y niñas con discapacidad. ___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión. ___Población migrante en condición de vulnerabilidad. ___Activos en ruta de reincorporación.
5	Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente: (ADRESS)
6	Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo).
6	Copia del carnet de vacunación.
7	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
8	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
9	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
10	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
11	Fotocopia de un recibo de servicios públicos domiciliarios cuando sea necesario (aplica para zona urbana y en zona rural solo si se cuenta con servicios públicos)
12	Certificado de asistencia a consulta de salud bucal (Niños y niñas mayores de 6 meses)
13	Certificado del examen de agudeza visual (Niños y niñas mayores de 4 años)
14	Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años)
15	Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal.
16	Formato de veracidad de la información ficha de caracterización.
17	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
18	Formato de autorización uso de imágenes.
19	Planilla seguimiento nutricional
20	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
21	Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa.

321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

	FUNDACION ALMA DE VIDA	Código: FO-GG-012
	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 25/03 /2025

FECHA SOLICITUD CUPO: 29-05-2025 FECHA INGRESO: 11-06-2025



UDS: Los Consentidos MUNICIPIO: San miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Eimer Gabriel Alvarez Zambrano

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO ___ NUIP No. 1.122 344 615

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

N/A

FECHA NACIMIENTO: 29/03/2025 EDAD: 3 m. MUNICIPIO: Puerto Asis

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: V/ El Sabalo ESTRATO: ___ ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: ___ NO: X

¿CUAL?: N/A MOTIVO DEL RETIRO: N/A PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: ___ NO: X CUAL: N/A EPS DEL PARTICIPANTE: Emssanar

SUBSIDIADO: X CONTRIBUTIVO: ___ PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: ___ NO: X DIAGNOSTICO: ___

N/A ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: ___

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

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: ___ NO: X CUAL: N/A TIENE SISBEN: SI: ___ NO: ___ PUNTAJE: ___ DESPLAZADO: SI: ___ NO: ___ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: ___ NO: ___ RED UNIDOS: SI: ___ NO: ___

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: ___ NO: X CUAL: N/A

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gimer Dail Alvarez Yepes No. IDENTIFICACION: 1.122.338.007 DIRECCION RESIDENCIA: V/El Sabalo CELULAR: ___ E.P.S: ___

OCUPACION U OFICIO: Agricultor EMPRESA DONDE LABORA: N/A NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Aileen Edith Zambrano Jojoa No. IDENTIFICACION: 1.122338987 DIRECCION RESIDENCIA: V/El Sabalo CELULAR: 3238706476 E.P.S: ___

OCUPACION U OFICIO: Estudiante EMPRESA DONDE LABORA: N/A NIVEL DE ESCOLARIDAD: ___ PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Aileen Edith Zambrano Jojoa

NUMERO IDENTIFICACION: 1.122.338 987 CELULAR: 3238706476

DIRECCION: V/ El Sabalo PARENTESCO: madre

AILEEN Z. FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.615

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61698007

61698007

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL/LA DORADA - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ALVAREZ	ZAMBRANO

Nombre(s)

EMMES DAIR

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año [ ] Mes [ ] Día [ ]	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO DE NACIDO VIVO	2503510025[illegible]

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

Apellidos y nombres completos

ZAMBRANO [illegible] AILEEN EDITH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 1.122.338.387	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos

ALVAREZ TEPES EMMES DAIR

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 1.122.338.007	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ALVAREZ TEPES EMMES DAIR

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
TI 1.122.338.007	Aileen Zambrano

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 [ ] Mes [ ] Día [ ]	[illegible] Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 06/10/2025

Ficha: 867576741052800013396

A3

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ERMES GABRIEL

Apellidos: ALVAREZ ZAMBRANO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344615

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/09/2025

Última actualización ciudadano: 03/09/2025

Última actualización via 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	Ni 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	1122344615
NOMBRES	ERMES GABRIEL
APELLIDOS	ALVAREZ ZAMBRANO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	PUERTO ASIS

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	30/03/2025	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/08/2025 10:50:37	**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

emssanar
NIT. 901.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio
N° 15233 Libro IX Octubre 24 de 2016

Cuidamos de ti en cada paso

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR EPS SAS
Régimen Subsidiado

EMSSANAR EPS SAS, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	RC 1122344615
Apellidos:	ALVAREZ ZAMBRANO
Nombres:	ERMES GABRIEL
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	30/03/2025
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	PUERTO ASÍS
Departamento de Portabilidad:	PUTUMAYO
Zona:	Rural - Dispersal
Municipio de Portabilidad:	SAN MIGUEL

N - El afiliado no requiere encuesta SISBEN debido al grupo poblacional que tiene.

IPS de portabilidad de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - SAN MIGUEL (PUTUMAYO)	KR 7 # 1 - 36	MEDICINA GENERAL

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 13 de Junio de 2025 a solicitud del interesado.

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

usuario con portabilidad

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:

Ermes Gabriel

Apellidos:

Alvarez Zambrano

Fecha de nacimiento:

24 03 2025

Historia Clínica:

1122346615

Barrio / Vereda:

111 El SAMAIO

Responsable del niño (a):

AIDEW JOJOA

Teléfono:

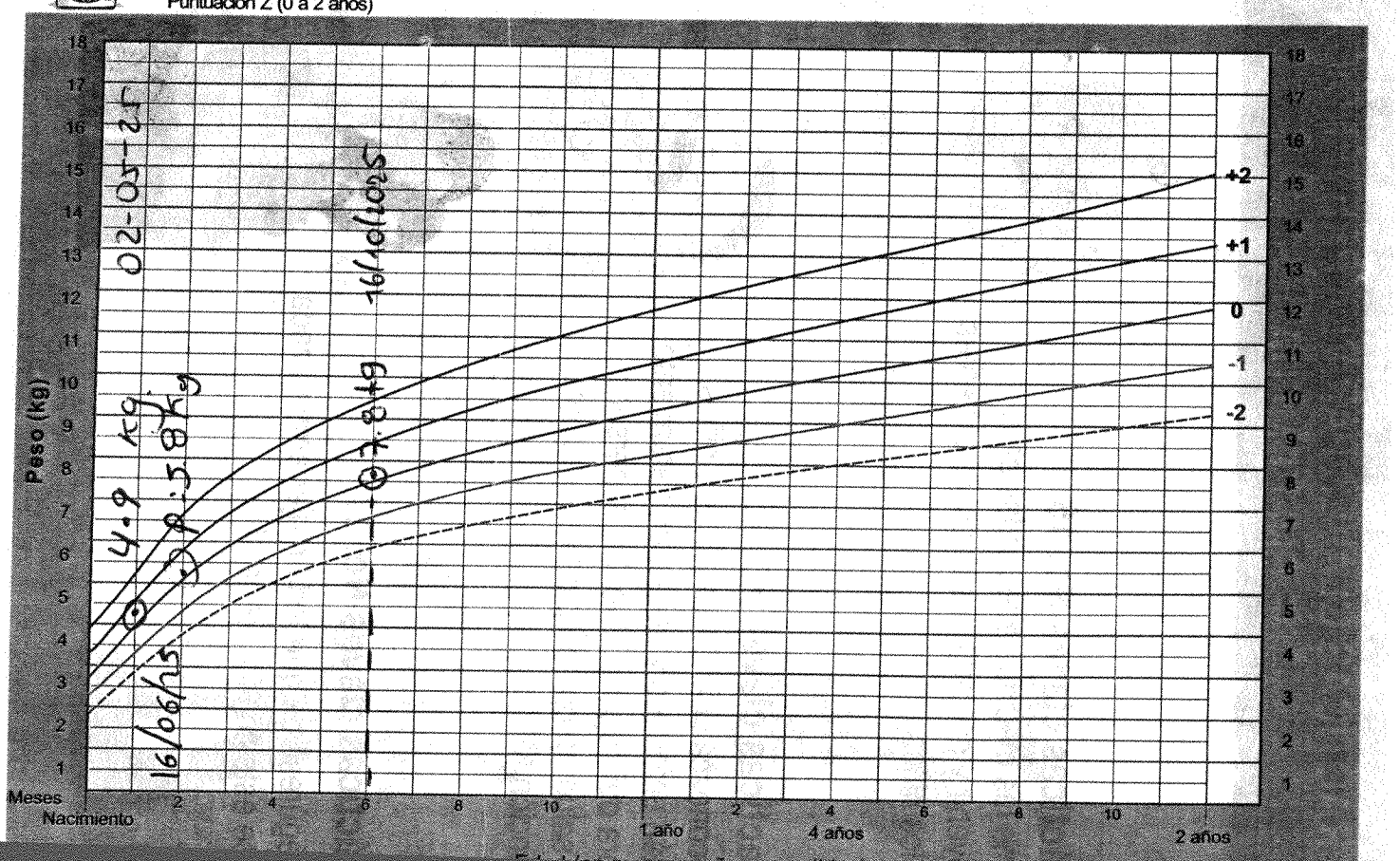
EPS:

COMSAMAR



Peso para la Edad Niños

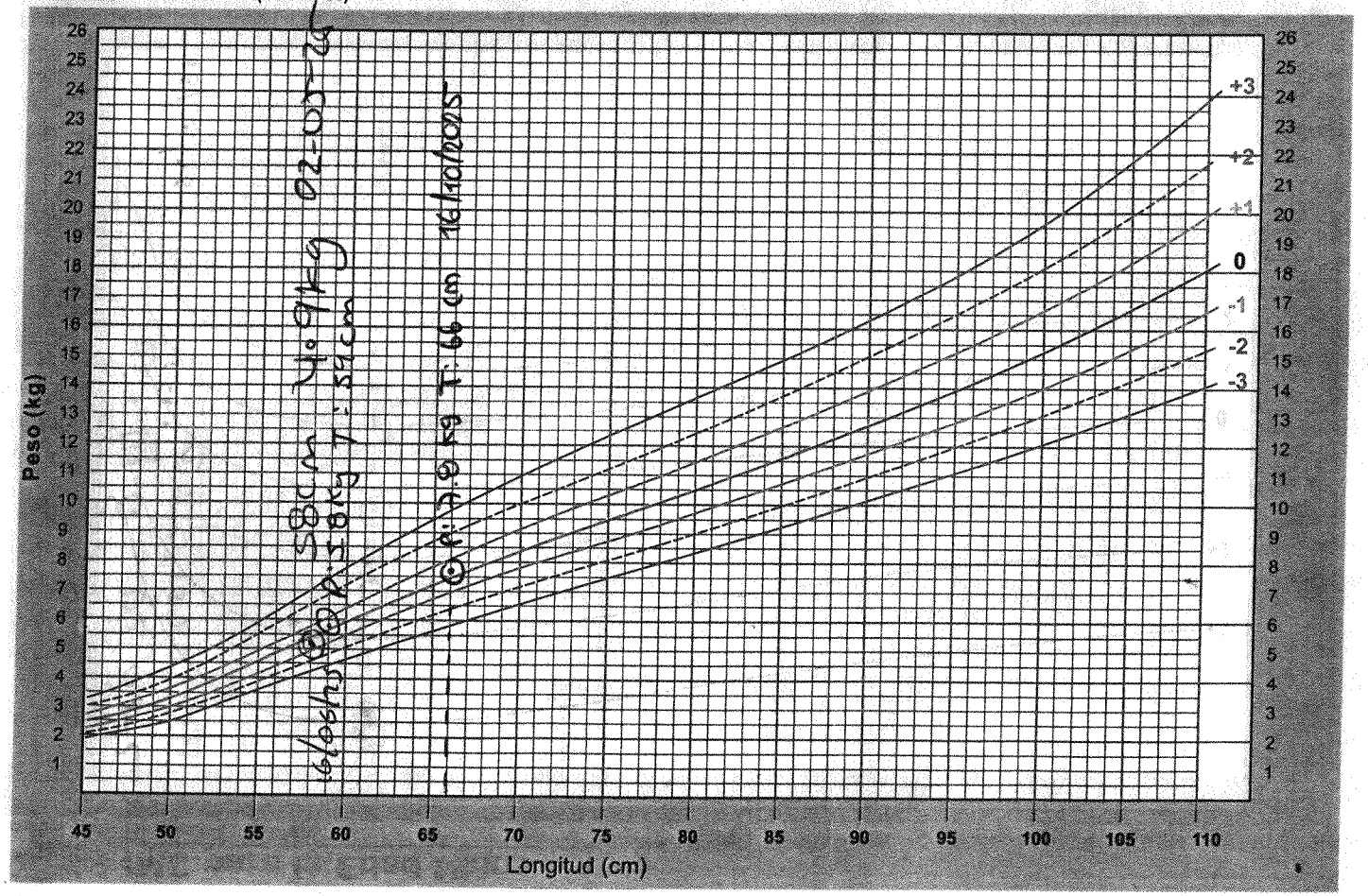
Puntuación Z (0 a 2 años)



(2)

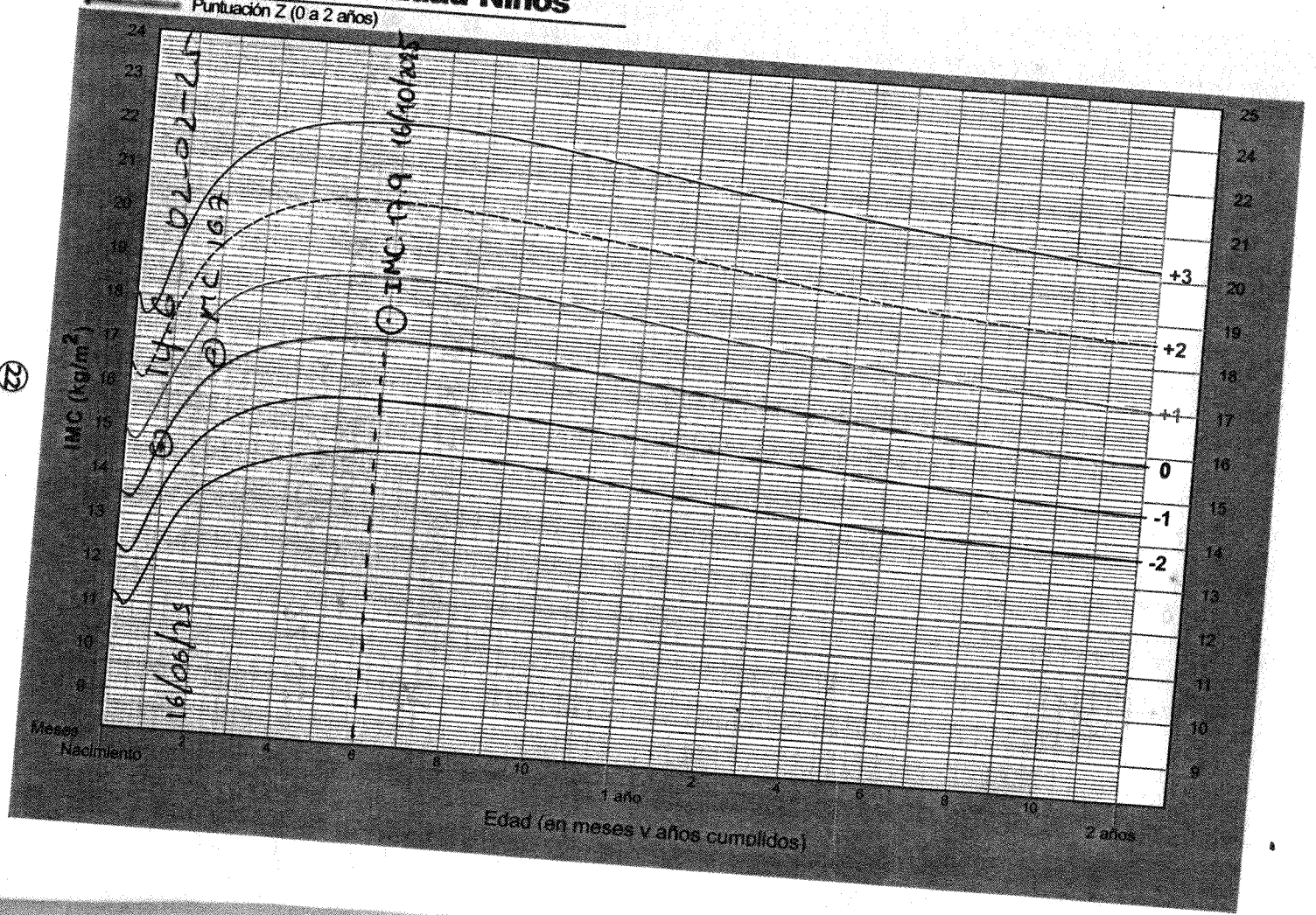
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



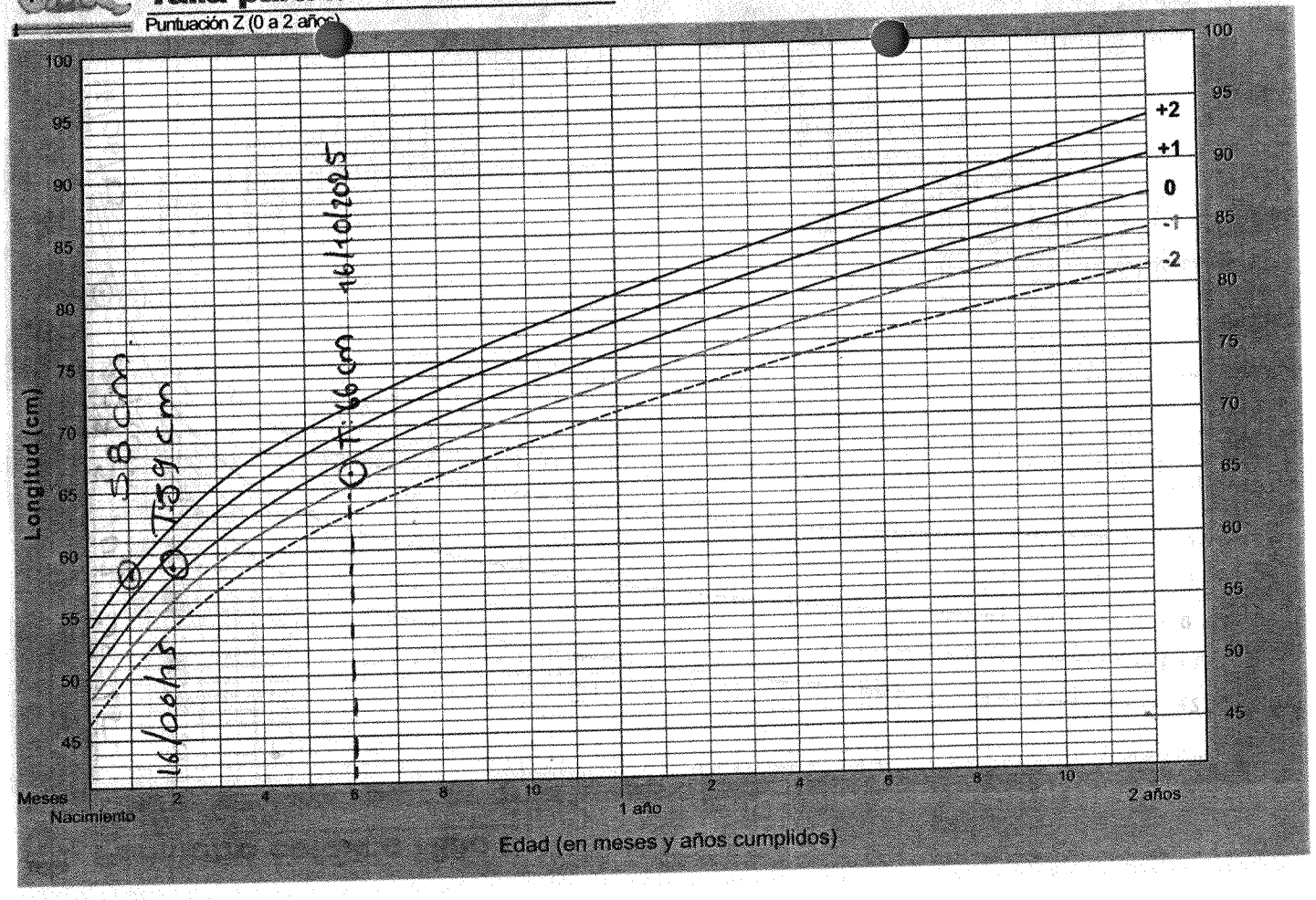
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



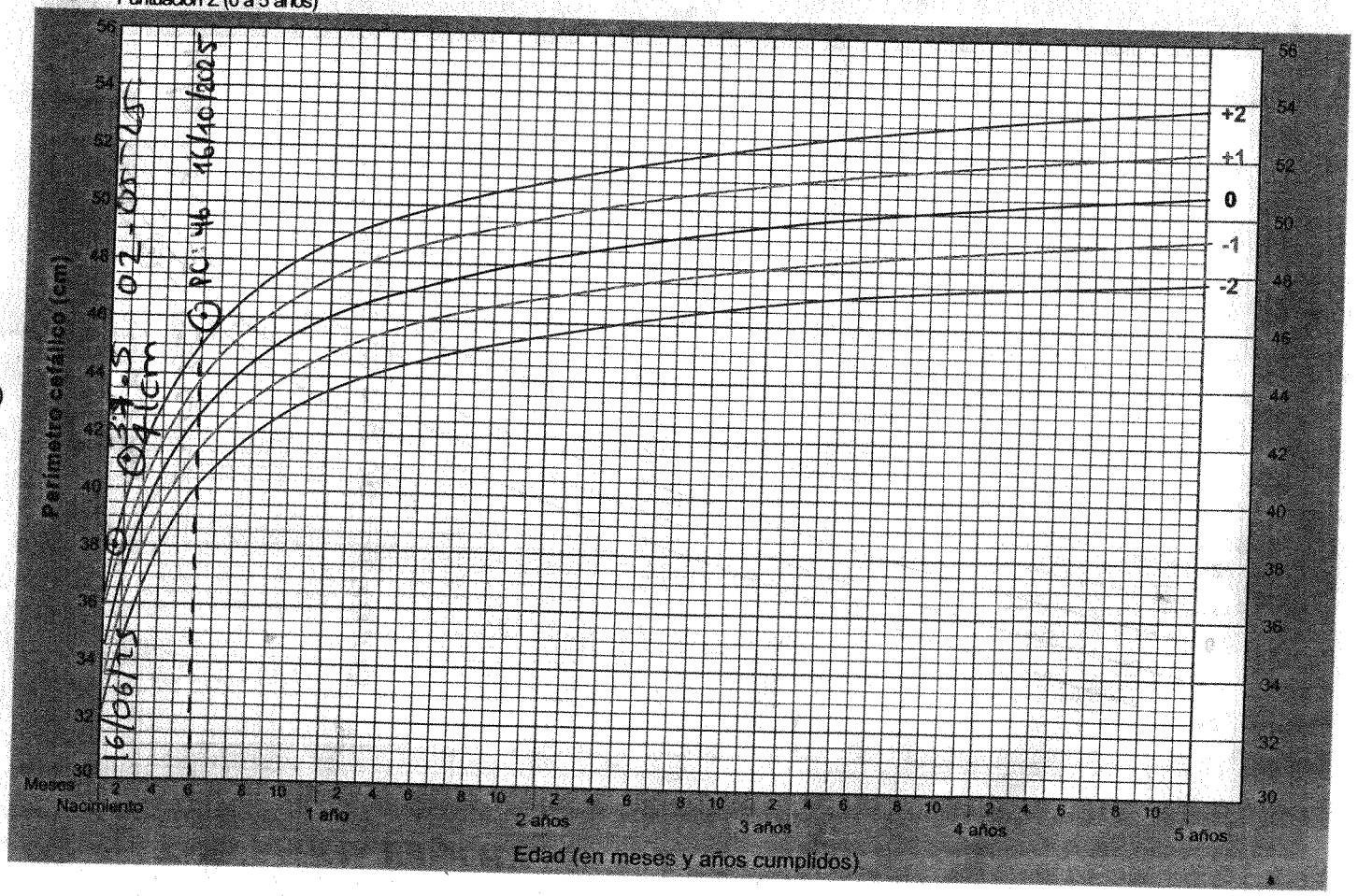
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Perímetro cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



(24)

16/06/25 0d 37.5 cm ⊙ PC: 46 16/10/2025 02 - 05 - 25 04 cm

*Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
02/05/25	4.9	58	37.5	12.5	14.6	29-05-25	
16/06/25	5.8	59	41	14	16.7	29/07/25	
16/10/2025	7.8	66	46	14.5	17.9	29/01/2026	Vanessa Correa ENFERMERA PROF. C.C.1094929731

35

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
02	05	2025	30	✓	
16	06	2025	Enf	Sr	P. Ldo
29	07	2025	Mej		
16	10	2025	Enf	✓.	
29	01	2026	Enf.		

15
R/V

Carné de salud infantil

Datos del Niño o de la Niña

1° Apellido: Alvarez

2° Apellido: Zambrano

Nombre: Ermes Gabriel

Fecha de Nacimiento: Día: 29 Mes: 03 Año: 2025

Sexo: F X M ___ I ___

Grupo Sanguíneo: ___ Rh: ___

Lugar de nacimiento: Puerto Asis - HACP

Municipio: ___ Departamento: Putumayo

EPS: Emssanar

No. de Afiliación: ___

No. de Registro Civil: 1.122.344.615

En caso de urgencia favor avisar a:

Nombre: Aileen Edith Zambrano Jojoa.

Domicilio: Vereda El Sabalo.

Municipio: San Miguel Departamento: Putumayo

Teléfonos: 3238706476

Otros domicilios: cc: 1.122.338.987

3

Carné de Vacunación

3223493748.

	Vacunas	Fecha	Lote Numero	Laboratorio	IPS	Próxima Cita	Vacunador	Observaciones
R.N.	Hepatitis B	24/03/25	0323Q0248	Serum	HACP		Diana Trujillo	
	BCG	24/03/25	037341117	Serum	HACP			
2 MESES	Difteria Tetanos Tos Ferina	16 06 2025	25530200	serum	HFLD		Jennifer Cabezas.	
	Hepatitis B	16/06/25	25530200	Serum	HFLD			
	H. Influenza B	16/06/25	25530200	Serum	HFLD			
	Polio	16/06/25	24060011	Biological	HFLD			
	Rotavirus	16/06/25	AROL0054AA	GSK.	HFLD			
	Neumococo	16/06/25	HU5277	Pfizer	HFLD.			
4 MESES	Difteria Tetanos Tos Ferina	02 09 2025	25347U9E	serum	HFLD	cita: 16-Agos 2025		
	Hepatitis B	02-9-25	25347U9E	Serum	HFLD			
	H.Influenza B	02-9-25	25347U9E	Serum	HFLD			
	Polio	02-9-25	24230003	Biological	HFLD			
	Rotavirus	02-9-25	AROL0054AA	GSK	HFLD			
	Neumococo	02-9-25	HU7963	pfizer	HFLD			
6 MESES	Difteria Tetanos Tos Ferina					cita: 02- NOVIEM 2025		
	Hepatitis B							
	H. Influenza B	—	—				—	
	Polio							
6 A 23 MESES	Influenza Estacional 1 dosis							
	Influenza Estacional 2 dosis							
	Influenza Estacional Ref.							
12 MESES	Sarampión Rubéola Parotiditis							
	Neumococo Refuerzo							
	Hepatitis A							
	Varicela							
18 MESES	Difteria Tetanos Tos Ferina							
	Polio							
1 a 59 Años	Fiebre Amarilla							
1 A 5 AÑOS	Difteria Tetanos Tos Ferina							
	Polio							
	Sarampión Rubéola Parotiditis							
	Varicela							
OTRAS	Covid 1 dosis							
	Covid 2 dosis							

16
R/V

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 8 MES 8 AÑO 2025 HORA: 03:00 Pm

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Eimes Gabriel APELLIDOS Angel Zambrano

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122344615

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 29 MES: 03 AÑO: 2025 / EDAD: 2 m. años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Comfasucar Tel: 3238106476

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 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: Ailen Z

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

Nombres Aileen Edith Apellidos Zambrano Tuta

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☒ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1122338987

Firma: Ailen Z

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: Jeniffer Yulieth Cabezas Meneses

Firma Jenifer Cabezas Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446069

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.

17

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO
1.122.338.987
ZAMBRANO JOJOA
APELLIDOS

AILEEN EDITH
NOMBRES

AILEEN Z.
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 25-MAR-2008
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

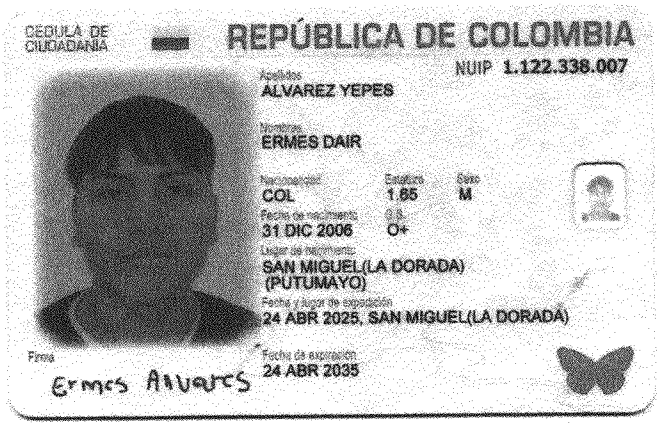
25-MAR-2026 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

13-MAY-2016 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

I<COL1018000 96105 F 1122338987 20160614 00500933137A 1 46164850



CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.122.338.007

Apellidos
ALVAREZ YEPES

Nombres
ERMES DAIR

Nacionalidad
COL

Estatura
1.65

Sexo
M

Fecha de nacimiento
31 DIC 2006

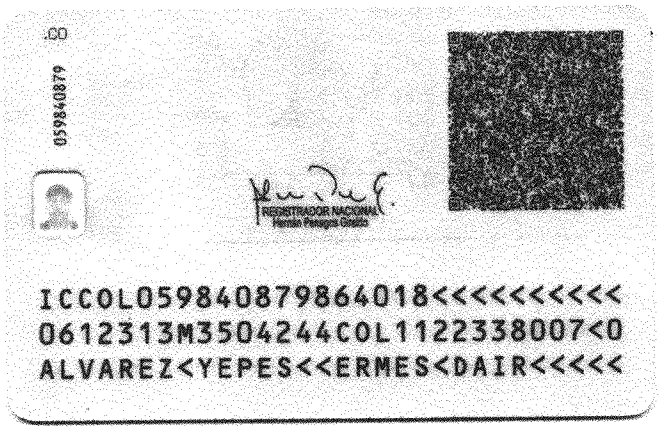
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición
24 ABR 2025, SAN MIGUEL(LA DORADA)

Firma
Ermes Alvarez

Fecha de expiración
24 ABR 2035



.CO

059840879

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL059840879864018<<<<<<<<<<
0612313M3504244COL1122338007<0
ALVAREZ<YEPES<<ERMES<DAIR<<<<<

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo AILEEN EDITH ZAMBANO Identificado con C.C N° 1.122.338.987 en calidad de: padre o madre (Madre), del niño o niña: ERMES GABRIEL ALVAREZ ZAMBANO 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 11 Días del mes de Junio del Año 2025.

AILEEN Z.

Madre o Acudiente

C.C 1.122.338.987

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 ERMES GABRIEL Alvarez Zambrano, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.344.615, 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	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, AILEEN Edith Zambrano Jojoa, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.338.987, 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	✓	Audios	✓	Videos	✓	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 EIC

Suscriben:

Firma: AILEEN Z.
Nombre: Aileen edith Zambrano Jojoa
Calidad - Titular: madre Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3238706476.
Fecha: 11 - Junio - 2025
Municipio: san miguel

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): FABIAN MEJIA NOMBRE UCA: Los Consentidos

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Ermes Gabriel Alvarez Z. IDENTIFICACIO: 1.122.349.615 FECHA DE NACIMIENTO: 29/03/2025

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					
8/04/25	X		10:30		se realiza comunicacion con la madre del niño Ermes Gabriel Alvares por medio de llamada para indagar el motivo por el cual no ha llevado al niño al control del dia 29/07/25 Madre refiere que no la atendieron por motivo que la EPS de emssanar se encuentra en el municipio de puerto Asis	AILEEN Z	Viviana Marin	se le explica y se orienta a la madre que debe acercar a la oficina de la EPS Emssanar para realizar el traslado de EPS al municipio desan Higuel. para que tenga acceso a todos los controles	Se cierra novedad.	la madre se compromete a realizar dichos tramite y cuando se encuentre la EPS activa en el municipio de San Higuel sacar la cita para control de crecimiento y desarrollo

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): FABIAN MEJIA NOMBRE UCA: Los Consentidos.

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Eimer Gabriel Alvarez Z IDENTIFICACIO: 1.122394615 FECHA DE NACIMIENTO: 29-03-2025

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					
8-8-2025	X		11:45		se le informa a la madre del usuario Eimer Gabriel Via llamada telefonica que tiene vencido el carnet de control y desarrollo estaba Para el dia 29-07-2025.	AILEEN Z	FABIAN MEJIA	Se sencibiliza a la madre de llevar al niño a hacerse los controles de control y desarrollo.	La madre asiste al hospital en compañia del niño y se le realizan el examen de control y desarrollo el dia 16-10-2025 Para lo siguiente se cierra novedad.	La madre se compromete a sacar la cita en el hospital y llevar al niño Para el dia lunes 11-08-2025.
8-8-2025	X		11:50		se le informa a la madre del usuario que no aparece registrada en la base de datos del sisben, para que se acerque a la alcaldia a hacer esa gestion de igual forma se le manifiesta que se le va a colaborar en hacer esa gestión.	AILEEN Z	FABIAN M.	se sencibiliza a la señora Para que haga las gestiones y le Puedan solucionar lo del sisben se cierra como debe hacer el tramite.	La madre manifiesta que ya hizo la gestion y entrego fotocopia del sisben con fecha del 06-10-2025 se cierra novedad.	La madre se compromete a asistir a la alcaldia a hacer esa gestion ya que le hace falta ese documento al niño.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPESINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): FABIAN MEJIA NOMBRE UCA: Los Consentidos.

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Eimes Gabriel Alvarez Z IDENTIFICACIÓN: 1.122344615 FECHA DE NACIMIENTO: 29-03-2025

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					
30-10-2025	X		11:00		se le informa via llamada telefonica a la madre del usuario que tiene vencido el carnet de vacunas y tambien le hace falta el carnet de higiene oral ya que el niño cumplio los 6 meses.		FABIAN MEJIA	se sensibiliza a la madre para que lleve al niño al hospital y le hago hacer los controles.		la madre se compromete para el dia 2 de noviembre llevar al niño a realizarle los controles que tiene pendientes.

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 Ermes Gabriel Alvarez Zambrano

Fecha de nacimiento Día 29 Mes 03 Año 2025 **N° Documento de Identidad** 1122.549 615

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 07 Mes 06 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador FABIAN ORLANDO MEJIA

Fecha de registro cualitativo Día 09 Mes 09 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

Ermes Gabriel Alvarez es un niño muy tranquilo, mira con atencion cuando los demas niños corren o juegan, siente alegria y mueve sus brazos y piernas, le gusta jugar con los sonajeros y juguetes que puede manipular.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro 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)***

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

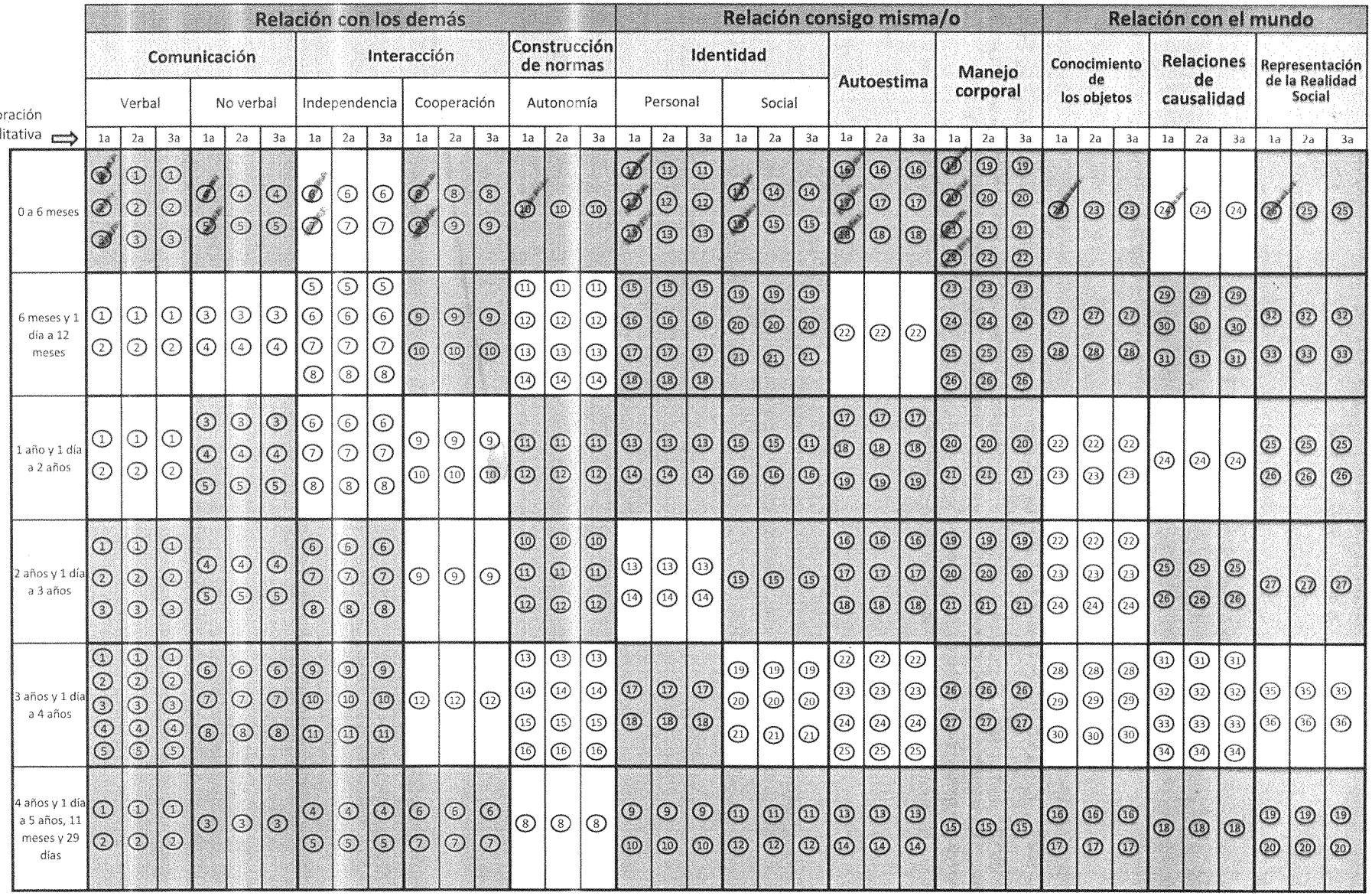
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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