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)<br>___SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7)<br>___Pertenecientes a Res UNIDOS<br>___Pertenecientes a Familias en Acción<br>___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición<br>___Remitidos por SNBF<br>___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado)<br>___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.)<br>___Niños y niñas con discapacidad.<br>___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión.<br>___Población migrante en condición de vulnerabilidad.<br>___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:**
Lian Samuel Contreras Villamarin

**TIENE REGISTRO CIVIL:** SI X NO __ **NUIP No.** 1122343781

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

X

**FECHA NACIMIENTO:** 07-08-2021 **EDAD:** 3.4 **MUNICIPIO:** Pto Asis

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

**DE RESIDENCIA:** V/ La Cabaña **ESTRATO:** 1 **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: ____ NO: X

**¿CUAL?:** X **MOTIVO DEL RETIRO:** X

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

**EPS DEL PARTICIPANTE:** Nueva EPS **SUBSIDIADO:** X __ **CONTRIBUTIVO:**

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

**ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD:** X N/A

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

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

**TIENE SISBEN:** SI: X NO: __ PUNTAJE: 14 **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: X N/A

**DATOS DEL PADRE**

**NOMBRES Y APELLIDOS:** Jesus Fernando Confiera1

**No. IDENTIFICACION:** 1093760636 **DIRECCION RESIDENCIA:** mexico

**CELULAR:** ____ **E.P.S:** mallamas

**OCUPACION U OFICIO:** Oficios varios

**EMPRESA DONDE LABORA:** X

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

**DATOS DE LA MADRE**

**NOMBRES Y APELLIDOS:** Paola Andrea villamarin Zambrano

**No. IDENTIFICACION:** 1007531608 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/La Cabaña

**CELULAR:** 3239875143 **E.P.S:** Nueva EPS

**OCUPACION U OFICIO:** Estudiante

**EMPRESA DONDE LABORA:** X N/A

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

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE:** Paola Andrea villamarin Z.

**NUMERO IDENTIFICACION:** 1007531608 **CELULAR:** 3239875143

**DIRECCION:** V/La Cabaña **PARENTESCO:** madre

**FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

Paola Andrea Zambrano.

**FIRMA AGENTE EDUCATIVO**

FABIAN MEJIA

**REPUBLICA DE COLOMBIA**
ORGANIZACION ELECTORAL
**REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

**CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**
Número: **N** 1442901

**NUIP** 1.122.343.781

*Tipo de certificado* | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X ☐

***Datos del Inscrito***

Apellidos y Nombres completos
CONTRERAS VILLAMARIN LIAM SAMUEL

| Fecha de Nacimiento (Mes en letras) | | | Sexo (en letras) | Tipo Sanguíneo |
|---|---|---|---|---|
| Año 2021 | Mes AGO | Día 01 | MASCULINO O | + |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

| Fecha de Inscripción (Mes en letras) | | Indicativo serial |
|---|---|---|
| Año 2021 | Mes AGO Día 10 | 0061318534 |

***Datos de la Madre***

Apellidos y Nombres completos
VILLAMARIN ZAMBRANO PAOLA ANDREA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 1.007.531.608 | COLOMBIA |

***Datos del Padre***

Apellidos y Nombres completos
CONTRERAS CASTAÑEDA JESUS FERNANDO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 1.093.760.636 | COLOMBIA |

***Datos del Solicitante***

Apellidos y Nombres completos
CONTRERAS CASTAÑEDA JESUS FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.093.760.636

***Espacio para notas***
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

***Datos de la oficina de registro que expide el certificado***

| País - Departamento - Municipio | Código |
|---|---|
| COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) | X 64 |

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2021 Mes AGO Día 10

**Nombre y firma del funcionario**

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
**Registrador del Estado Civil**

Adhesivo Copia Registro Civil
29830670-4

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 21/08/2025

Ficha: 86757674952700003231

# A4

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **LIAM SAMUEL**

Apellidos: **CONTRERAS VILLAMARIN**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1122343781**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/12/2022

Última actualización ciudadano: 16/12/2022

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 | 1122343781 |
| NOMBRES | LIAM SAMUEL |
| APELLIDOS | CONTRERAS VILLAMARIN |
| 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 | NUEVA EPS S.A. -CM | SUBSIDIADO | 01/08/2021 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| **Fecha de Impresión:** | 08/21/2025 10:11:12 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

# CARNET DE CONTROL

## NIÑO Y NIÑA

## ...Sanos

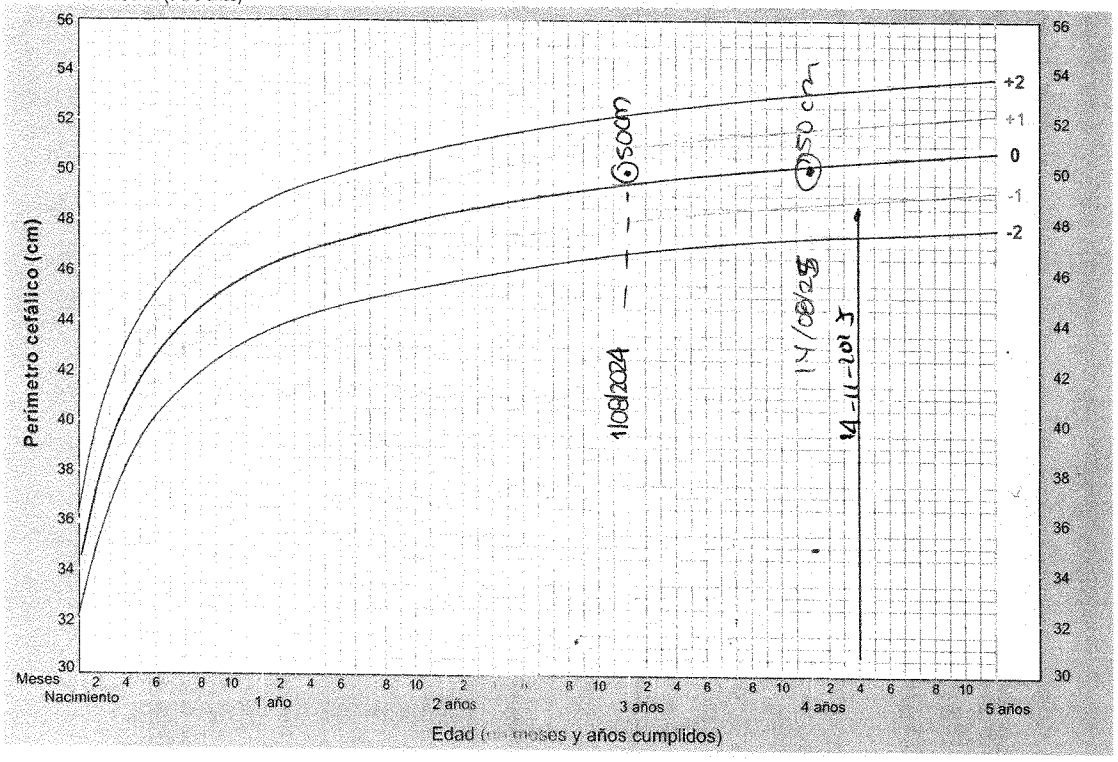


## MIS DATOS

| | |
|---|---|
| Nombres: Liam Samuel | Apellidos: Contreras Villamarin |
| Fecha de nacimiento: 01 DIA \| 08 MES \| 2022 AÑO | Historia Clínica: 1122343781 |
| Barrio/Vereda: la Cabaña | Responsable del niño: Paola Zombrano |
| Teléfono: | EPS: Nueva EPS. |

## Perímetro cefálico Niños

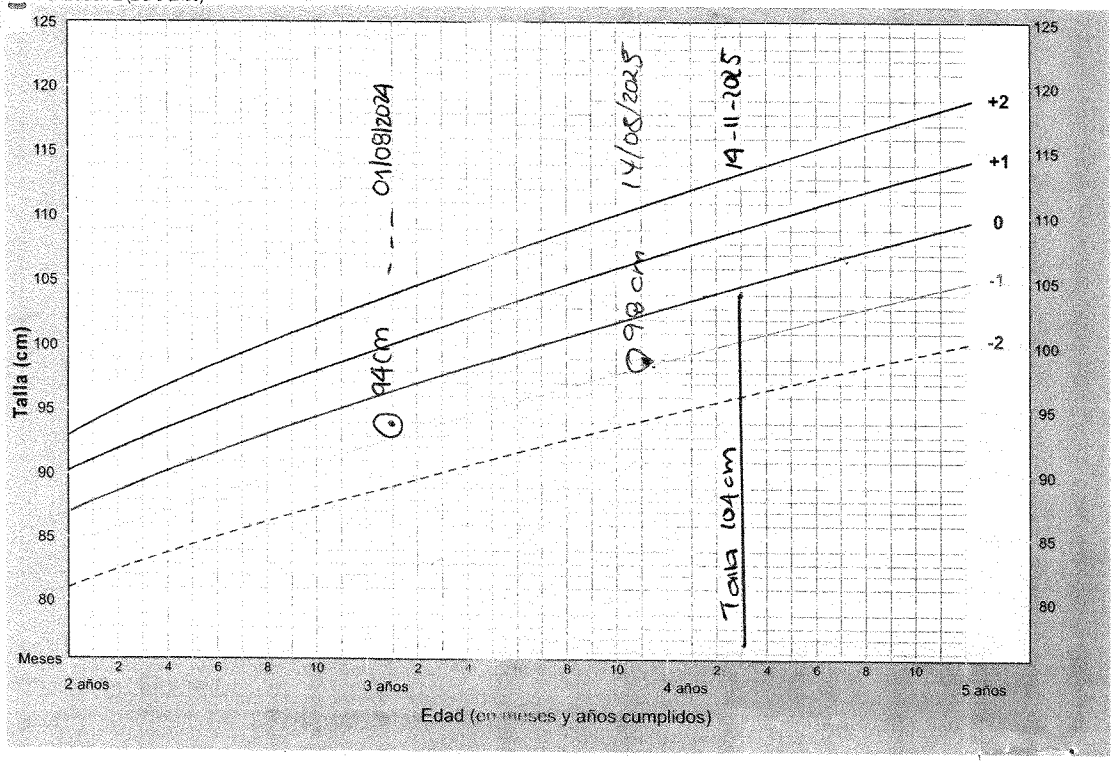
Puntuación Z (0 a 5 años)




(24)

## Talla para la Edad Niños

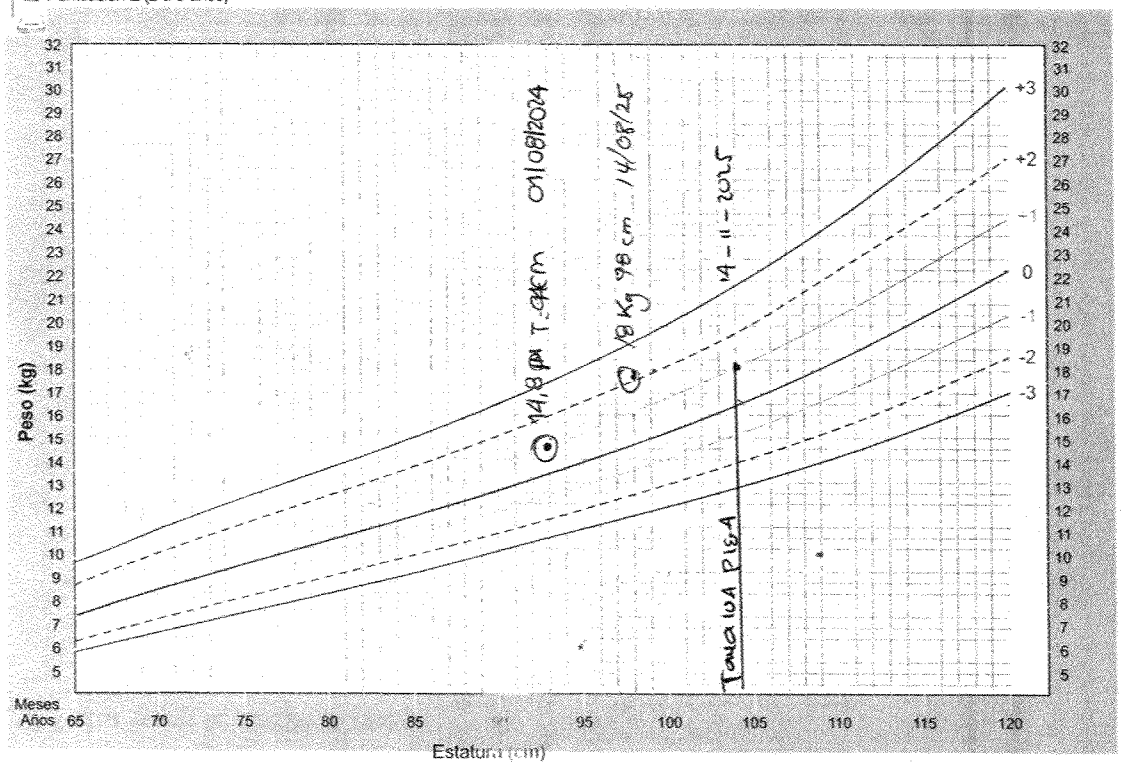
Puntuación Z (2 a 5 años)




(25)

## Peso para la Talla Niños

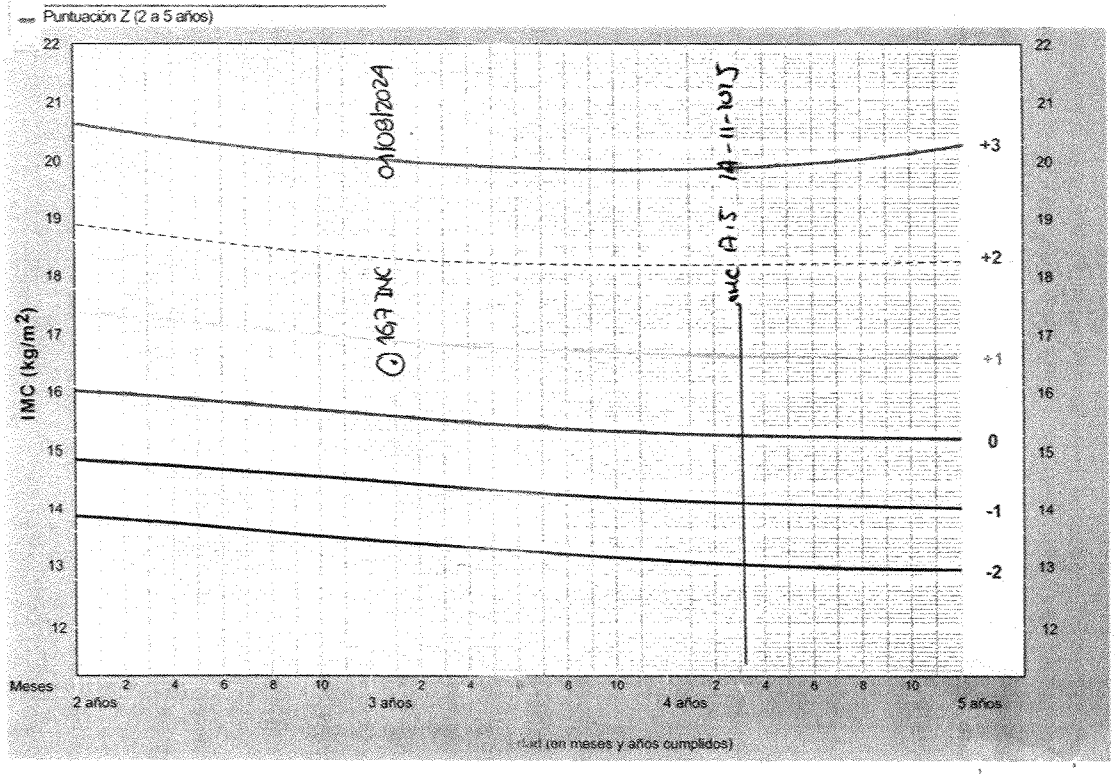
Puntuación Z (2 a 5 años)




(26)

## IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)




(27)

# CITAS PROGRAMADAS

| DÍA | MES | AÑO | HORA | ASISTIÓ SI | ASISTIÓ NO |
|---|---|---|---|---|---|
| 01 | Agosto | 2025 | Enfermería | | |
| 14 | Agosto | 2025 | Medico | DR. DONY NORVEY PANTOJA MÉDICO GENERAL R.M 5207773 | |
| 14 | noviembre | 2025 | Jet. | | |

Proximo control.
14 - noviembre - 2026
Medico.



| Fecha de atención | Peso | Talla | Perímetro Cefálico | Perímetro braquial | IMC | Fecha del próximo control | Firma del profesional |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01/08/2024 | 14,8kg | 94cm | 50 cm | 16 cm | 16,7 | 01/08/2025 | Mgfelo |
| 14/11/2025 | 18,9kg | 104cm | | 18.5cm | 17.5 | 14-11-2026 | Odontologo |

10
RIV

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCION TEMPRANA

Al momento de nacer — Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida — Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

| Edad | Fecha de cita programada | Fecha en que asistio | Profesional que atendio |
|---|---|---|---|
| 1 a 3 meses | | | |
| 4 a 6 meses | | | |
| 7 a 9 meses | | | |
| 10 a 12 meses | | | |
| 13 a 16 meses | | | |
| 17 a 20 meses | | | |
| 21 a 24 meses | | | |
| 25 a 30 meses | | | |
| 31 a 36 meses | | | |
| 37 a 48 meses | | | |
| 49 a 60 meses | | | |
| 61 a 66 meses | | | |
| 67 a 72 meses | | | |
| 73 a 78 meses | | | |
| 79 a 84 meses | | | |
| 8 años (1) | | | |
| 8 años (2) | | | |
| 9 años | | | |

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

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

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

**Valor reportado TSH:**

**Fecha verificación:**

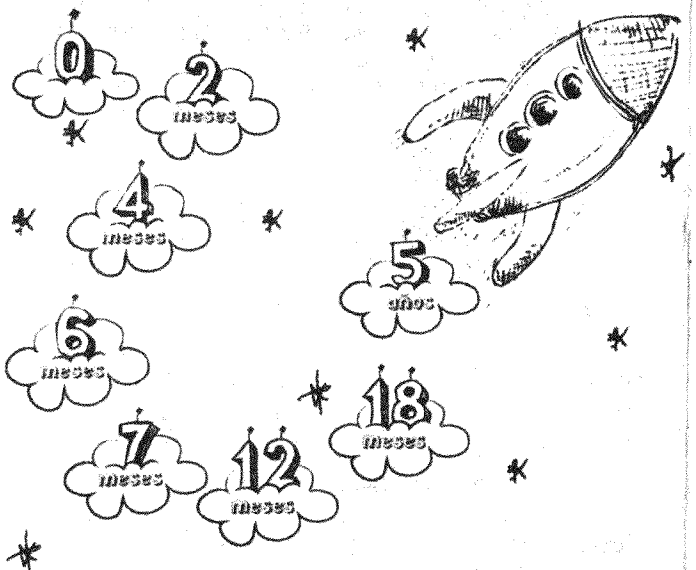
**Profesional que verificó:**

**Exíjalo**

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

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

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




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


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

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


AIEPI

de cero a Siempre

MinSalud

# Vacunas al día, se la ponemos fácil

## CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Cabreras Villamarin Juan Camilo

Fecha de nacimiento: 01 AGO 21

Nº de certificado de nacido vivo: 168334452

Registro civil: 1 122 343 781

Sexo: Masculino Talla 52

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3870 59 39.6

Dirección:

Teléfono:

Responsable: Paola Andrea Villamarin

Municipio de residencia: Dorada

Departamento: Putumayo

CC: 1007-531609

## Recuerda:

**Estas vacunas son gratuitas**



PROSPERIDAD PARA TODOS

cita 2 meses cumplidos

**Nombre:** _____ **Registro Civil:** _____

| Edad | Me protege de | Dosis | Fecha de Aplicación Día Mes Año | Laboratorio | Número de lote | IPS vacunadora | Fecha próxima cita Día Mes Año | Nombre del Vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Recién Nacido | Lactancia materna exclusiva | Sí ☐ No ☐ | | | | | | |
| | Tuberculosis B.C.G. | Única | 01 AGO 21 | Serum | IR03706110 | 17 Log' plaza | | Hever Tinana |
| | Hepatitis B | Recién nacido | 01 AGO 21 | Serum | IR03207044 | H Local plaza | | Hever Tinana |
| 2 Meses | Lactancia materna exclusiva | Sí ☐ No ☐ | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 1ª | 07-10-21 | Biological | 20017004 | HFID | | SCOMM |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1ª | 07-10-21 | Serum | 2E304090 | HFID | | SCOMM |
| | Rotavirus | 1ª | 07-10-21 | GSK | ARLC771AF | HFID | | SCOMM |
| | Neumococo | 1ª | 07-10-21 | GSK | ASPNB3080A | HFID | | SCOMM |
| 4 Meses | Lactancia materna exclusiva | Sí ☐ No ☐ | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 2ª | 06-12-21 | Biological | 20170004 | HFLD | CITA | Paola C |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2ª | 06-12-21 | Serum | 2850Y0180 | HFLD | 07-DIC 2021 | Paola C |
| | Rotavirus | 2ª | 06-12-21 | GSK | ARLC771AF | HFLD | | Paola C |
| | Neumococo | 2ª | 06-12-21 | GSK | ASPNB3080A | HFLD | | Paola C |
| 6 Meses | Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva. | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 3ª | 09-2-22 | Biological | 21050001 | HFID | Sandy Martinez Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1122336822 | |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 3ª | 09-2-22 | Serum | 2E304090A | HFID | | |
| 7 Meses | Influenza | 1ª | 14-06-22 | Green. | VS022008 | HFLD | | Paola Casanova |
| | Influenza | 2ª | 24-6-22 | Green | VS022008 | HFID | CITA: 01-AGOSTO 2022 | |
| 12 Meses | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | 1ª | 24-8-22 | Serum | C13N1760 | HFID | | Sandy Martinez Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1122336822 |
| | Fiebre Amarilla | 1ª | 24-8-22 | Fiocruz | L21UTC12K | HFID | | |
| | Neumococo | Refuerzo | 24-8-22 | GSK | ASPNB3080A | HFID | | |
| | Influenza | Anual | 24/04/24 | Butantan | BH0091900 | HFLD | | Jennifer Cabrera |
| | Hepatitis A | ÚNICA | 24-8-22 | MSD | L21U226. | HFID | | |
| 18 Meses | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1° Refuerzo | 16-2-23 | Serum | 2821042210 | HFID | | Paola G |
| | Polio (Oral - IM) | 1° Refuerzo | 16-2-23 | Biol C | 21A1019 | HFID | | Paola G |
| 5 Años | Polio (Oral - IM) | 2° Refuerzo | | | | | | |
| | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2° Refuerzo | | | | | | |
| | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | Refuerzo | 16-2-23 | Serum | C13N133A | HFID | CITA: 5 AÑOS CUMPLIDO | Paola G. |
| Niñas 9 Años o más | VPH | 1ª | | | | | | |
| | VPH | 2ª | | | | | | |
| | VPH | 3ª | | | | | | |
| Vacunas complementarias y otras dosis | Varicela | Ud | 24-8-22 | Merck | U26352 | HFID | | Sandy Martinez Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1122336822 |
| | SR | Unica | 07-04-22 | Serum | C12W1961 | HFLD | | Paola C |

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

11
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 Lian Samuel APELLIDOS Contreras Villamarin

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122 344 781

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 1 MES: 08 AÑO: 2021 / EDAD: 3, años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Nueva EPS Tel. 323 987 5143

**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<br>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: Paola Villamarin

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

Nombres Paola Andrea Apellidos Villamarin Zambrano

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 100 753 1608

Firma: Paola Villamarin.

**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 Jeniffer Cabezas Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446669

**DATOS DE LA INSTITUCIÓN**

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): UFUD

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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

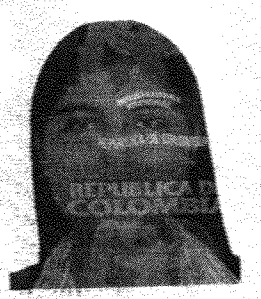
NÚMERO **1.007.531.608**
**VILLAMARIN ZAMBRANO**

APELLIDOS
**PAOLA ANDREA**

NOMBRES

Paola Andrea V

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-JUN-2002**
**PITALITO**
**(HUILA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.60** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

**17-JUN-2020 SAN MIGUEL(LA DORADA)**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-6401800-01146206-F-1007531608-20200712 **0071**206362A 1 53566266

**REPUBLICA DE COLOMBIA**
**IDENTIFICACION PERSONAL**
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.093.760.636**

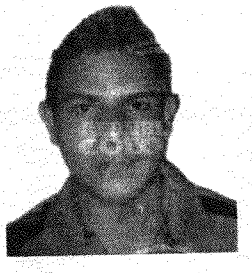
**CONTRERAS CASTAÑEDA**

APELLIDOS

**JESUS FERNANDO**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-FEB-1992**

**TAME**
**(ARAUCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.60** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**25-FEB-2010 LOS PATIOS**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2500100-00763979-M-1093760636-20151119 **00474**67464A 1 7613674663

14
RIV

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
**LA DORADA**

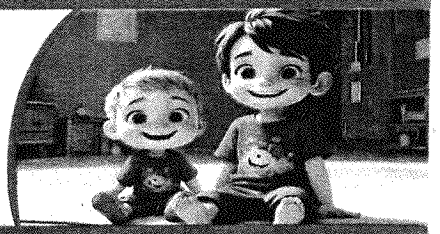
Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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: Liam Samuel Contreras Villamarin

Doc. de Identidad: 1122343781

EPS: Nueva EPS

Teléfono: 3172940301

Domicilio: Vl Cabaña

| | | 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 | | | | | | | | | | | 1-8-24 | | |
| | | Atención en salud por Odontología | | | | | | | Proximo control 1- Agosto 2025 | | | | | | |
| | | Promoción y apoyo de la lactancia materna | | | | | | | | | | | | | |
| PROTECCIÓN ESPECIFICA | ODONTOLOGÍA | Aplicación de barniz de flúor | | | | | | | | | | 8- Mayo 2024 | 14-05-25 | 14-05-2024 | |
| | | Profilaxis y remoción de placa | | | | | | | | | | | | | |
| | | Aplicación de sellantes (Según Criterio) | | | | | | | | | | | | | |
| | V | Vacunación | | | | | | | | | | | | | |

Lizeth Jiménez Murillo
Enfermera
Reg. 22
Universidad de Caldas

Aguda visual 2020 Normal 1-8-24

Higiene oral 14 Noviembre 2025 proxima cita

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Paola Andrea Villamarin Identificado con C.C N°1.007.531.608 en calidad de: padre o madre (Madre), del niño o niña: Liam Samuel Contreras V 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 2 Días del mes de Abril del Año 2025.

Paola Andrea Zambrano
**Madre o Acudiente**
**C.C** 1007531608

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>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 JUAN SAMUEL CONTRERAS VILLAMARIN, identificado (a) con documento de identidad número 1122343781, 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, PAOLA ANDREA VILLAMARIN ZAMBRANO, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número _____, 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 AIRA 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 ETC

**Suscriben:**

Firma: Paola Andrea Zambrano.
Nombre: Paola Andrea Villamarin Zambrano.
Calidad - Titular: MADRE Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 323 987 51 43
Fecha: 02 - ABRIL 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: Lian Samuel Contreras V. IDENTIFICACIO: 1.122.345 781 FECHA DE NACIMIENTO: 01 Agosto 2021

| FECHA DEL REPORTE | SE PRESENTO NOVEDAD | | HORA | | TIPO DE NOVEDAD | FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | ACCIONES EMPRENDIDAS | ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES | COMPROMISOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | AM | PM | DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION | | | | | |
| 8-8-2025 | x | | 11:30 | | Se le manifiesta a la madre via llamada telefonica que el niño tiene vencido el carnet de control y desarrollo estaba para la fecha 01-08-2025. | Paola Zambrano | FABIAN M. | Se sensibiliza a la madre de que saque la cita y lleve al niño al hospital a hacerse el control y desarrollo | El dia 14 la madre asiste al hospital a hacerle el control al niño y hace entrega de los folios para el carnet se cierra la novedad. | La madre se compromete a sacar la cita en el hospital y llevar al niño a hacerse el control y desarrollo Para el dia lunes 11-08-2025. |
| | | | | | | | | | | |

# 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 | COMPROMISOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 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** Liam Samuel Contreras Villamarin

**Fecha de nacimiento** 01 08 2021 **N° Documento de Identidad** 1.122 343 781

**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**

Liam Samuel Contreras Participa activamente de las experiencias pedagogicas, es un niño con habilidades como expresar con palabras frecuentes de su medio social, juego y se relaciona con los demas niños y niñas.

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**

Liam Samuel contreras es un niño atento en los encuentros le gusta Participar en las diferentes actividades como: Pintar, hacer dinamicas y cantar. tambien comparte los juguetes con los demas como aperitos y Personas de su entorno

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

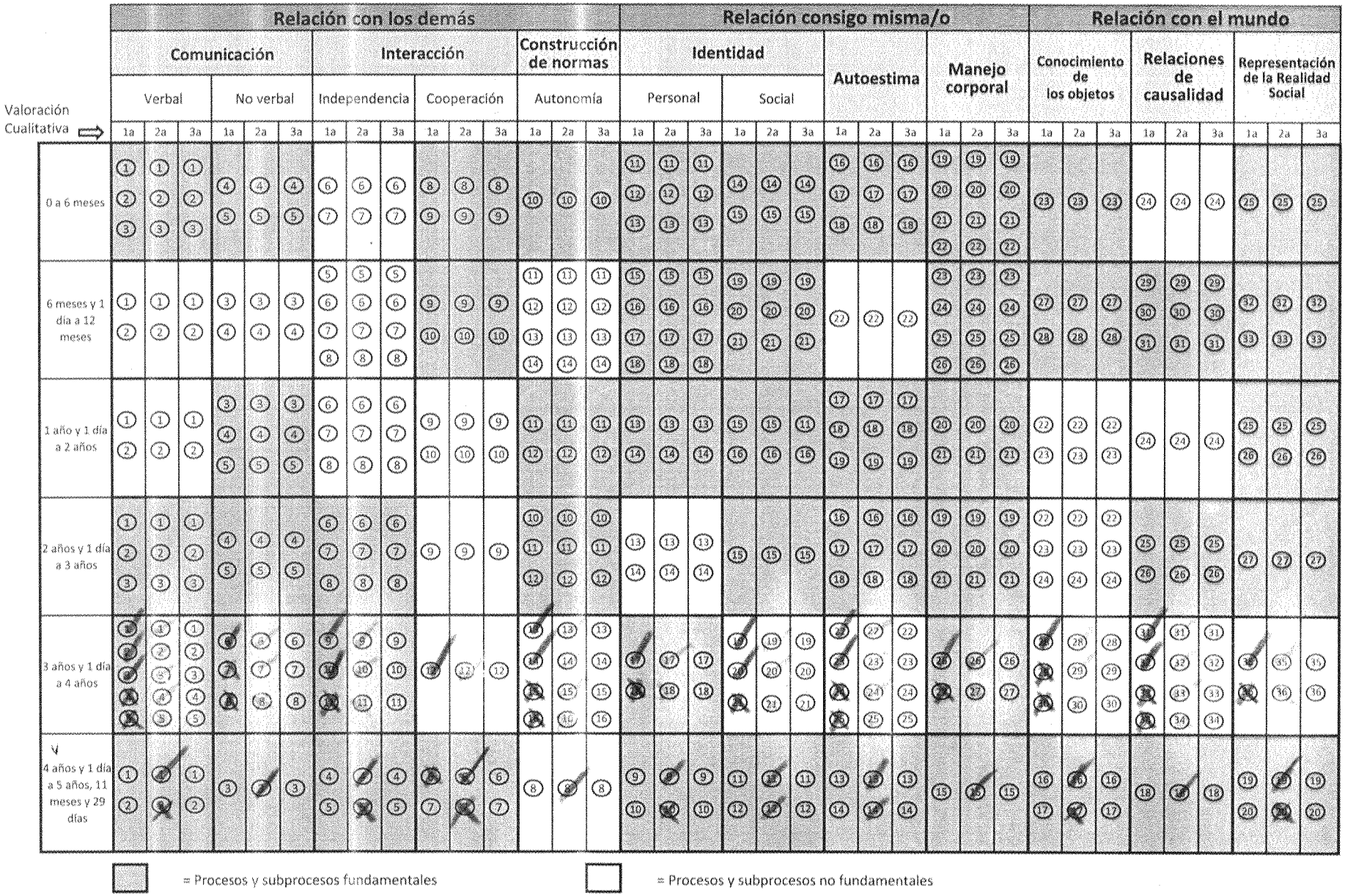
**Rango de edad** 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

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