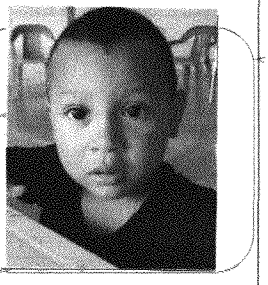
Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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,

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

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE: Santiago Fabian Pinta Olivelos

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO ___ **NUIP No.** 1.122 343 973

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? X N/A

N/A

FECHA NACIMIENTO: 04-04-2022 **EDAD:** 3.A **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 N/A

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

EPS DEL PARTICIPANTE: ___ **SUBSIDIADO:** ___ **CONTRIBUTIVO:**

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

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: X

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: ___ NO: X CUAL: X

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: ___ NO: X CUAL: X

TIENE SISBEN: SI: ___ NO: X PUNTAJE: ___ **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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sergio Abraham Pinta Mueses

No. IDENTIFICACION: 1.122 341 211 **DIRECCION RESIDENCIA:** San miguel

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

OCUPACION U OFICIO: Oficios varios

EMPRESA DONDE LABORA: X

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maribel del Socorro Mueses Narvaez

No. IDENTIFICACION: 41125673 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/La Cabaña

CELULAR: 323 711 1093 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de Casa

EMPRESA DONDE LABORA: X N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria **PROFESIÓN:** X

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Maribel del Socorro Mueses N.

NUMERO IDENTIFICACION: 41125673 **CELULAR:** 323 711 1093

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

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

MARIBEL MUESES

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

FABIANME JIA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.122.343.973

Indicativo Serial 61322503

61322503

3

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X e Z

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
PINTA	OLIVEROS

Nombre(s): SANTIAGO FABIAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes ABR Día 04	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - 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 O DE NACIDO VIVO	157553046

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: OLIVEROS RIVERA LEIDY MARCELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.006.995.355	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: PINTA MUESES SERGIO ABRAHAM

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.341.211	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ~~PINTA MUESES SERGIO ABRAHAM~~

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.341.211	Sergio abraham pinta

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 2022 Mes ABR Día 25	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Sergio abraham pinta mueses Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
37209917-4

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

San Miguel (La Dorada) - Putumayo, 16 de agosto de 2024
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES.

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador Municipal del Estado Civil

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 20/10/2025

Ficha: 86757032481900000062

A4

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: SANTIAGO FABIAN

Apellidos: PINTA OLIVEROS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343973

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/11/2017

Última actualización ciudadano: 25/04/2022

Última actualización vía 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: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP- Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.

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	1122343973
NOMBRES	SANTIAGO FABIAN
APELLIDOS	PINTA OLIVEROS
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	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	03/05/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/20/2025 10:28:38	**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

Carné de salud infantil

▶ Datos del Niño o de la Niña

1° Apellido: Pinto

2° Apellido: Olivevos

Nombre: Santiago Fabian

Fecha de Nacimiento: Día: 04 Mes: 04 Año: 2022

Sexo: F ___ M X I ___

Grupo Sanguíneo: _____ Rh: _____

Lugar de nacimiento: _____

Municipio: Pasto Departamento: Nariño

EPS: Cmss.

No. de Afiliación: _____

No. de Registro Civil: 1192343973

▶ En caso de urgencia favor avisar a:

Nombre: Leidy Marcela Olivevos Rivera

Domicilio: CC 1006995355

Municipio: _____ Departamento: _____

Teléfonos: _____

Otros domicilios: _____

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:

Santiago Fabian

Apellidos:

Pinta Olivero.

Fecha de nacimiento:

04 04 2022.

Historia Clínica:

1122343973

Barrio / Vereda:

San Antonio del Comboy.

Responsable del niño (a):

Maribel Moeses

Teléfono:

3143237312

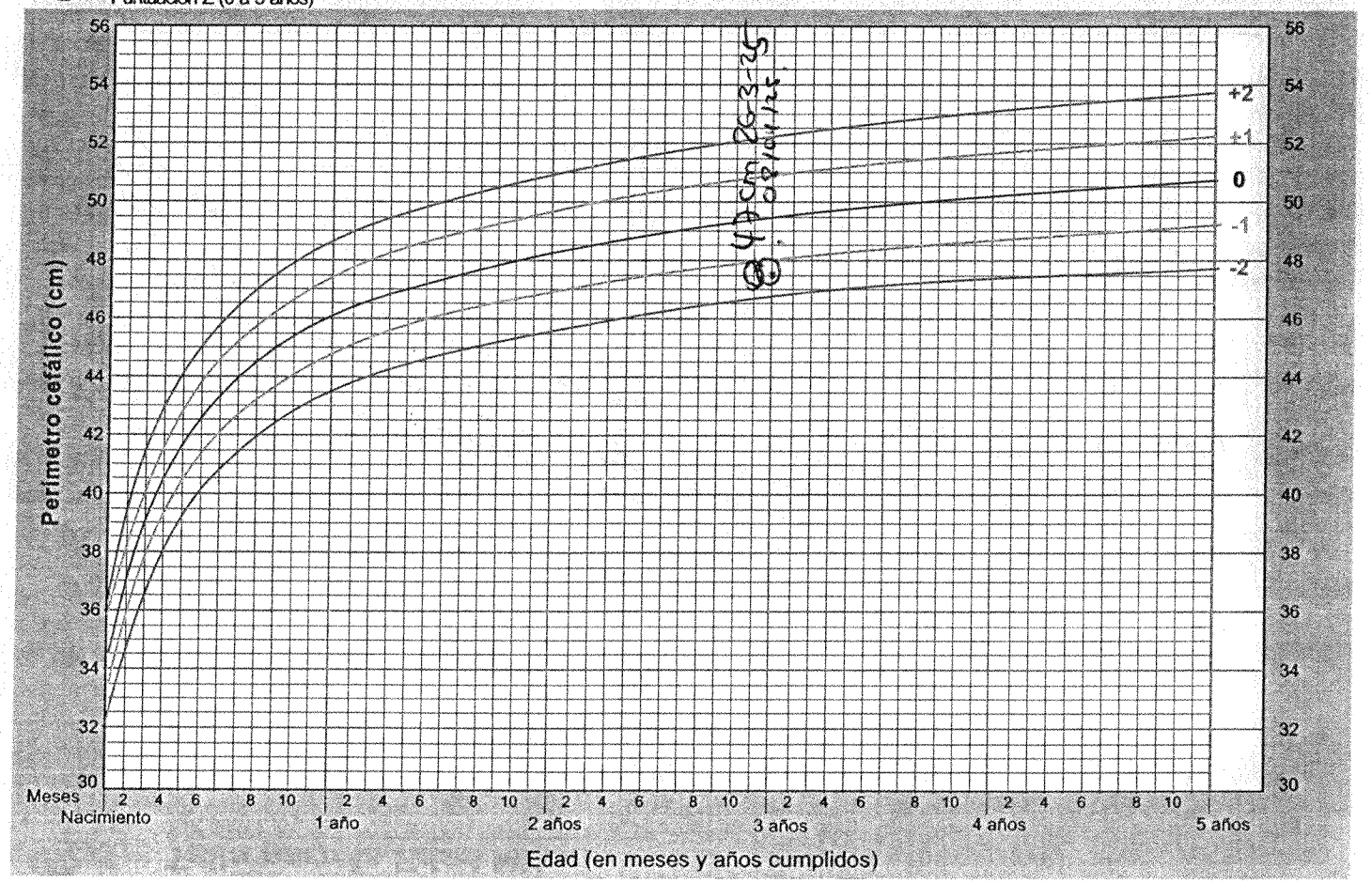
EPS:

Emssanar.

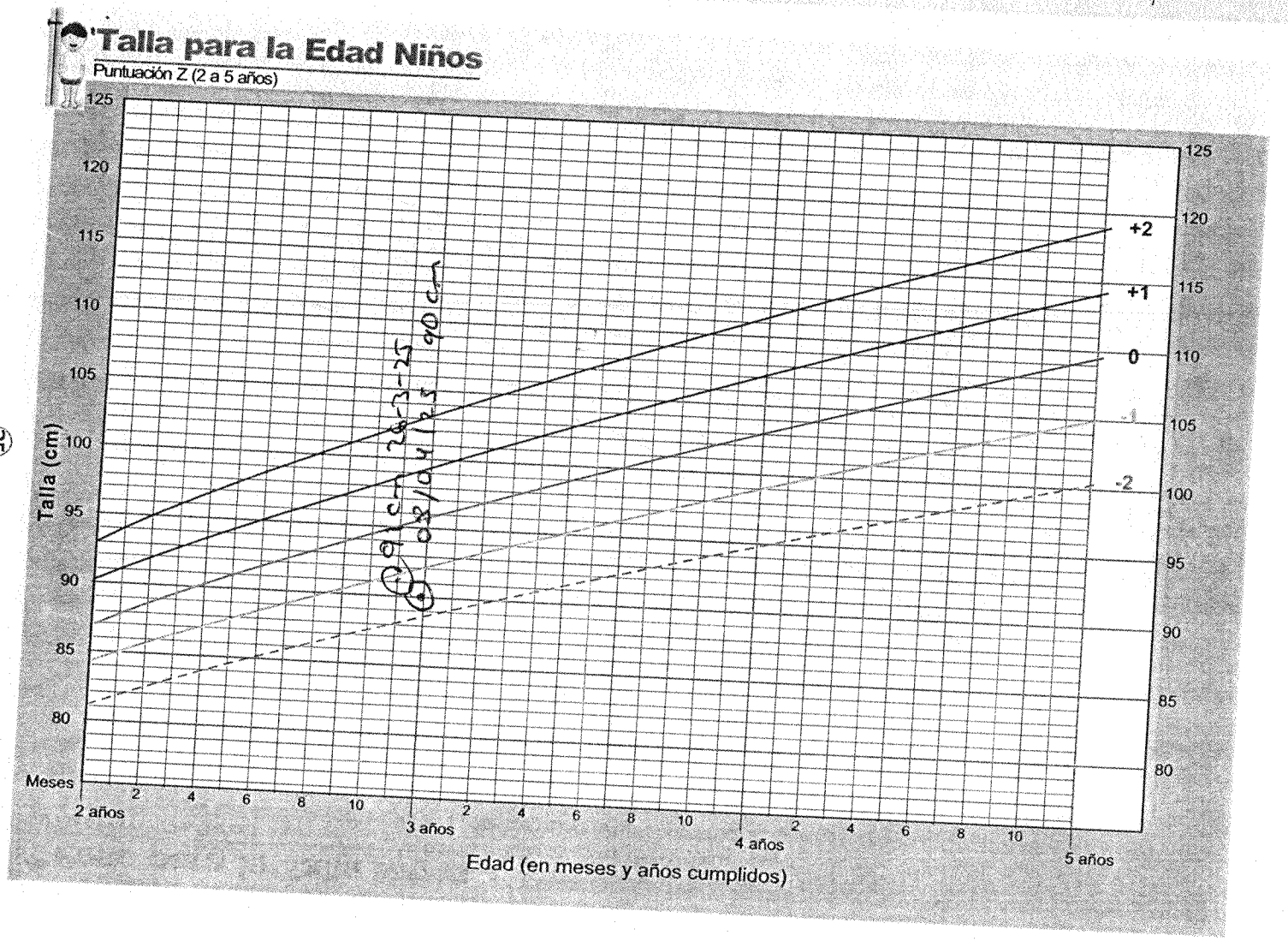


Perímetro cefálico Niños

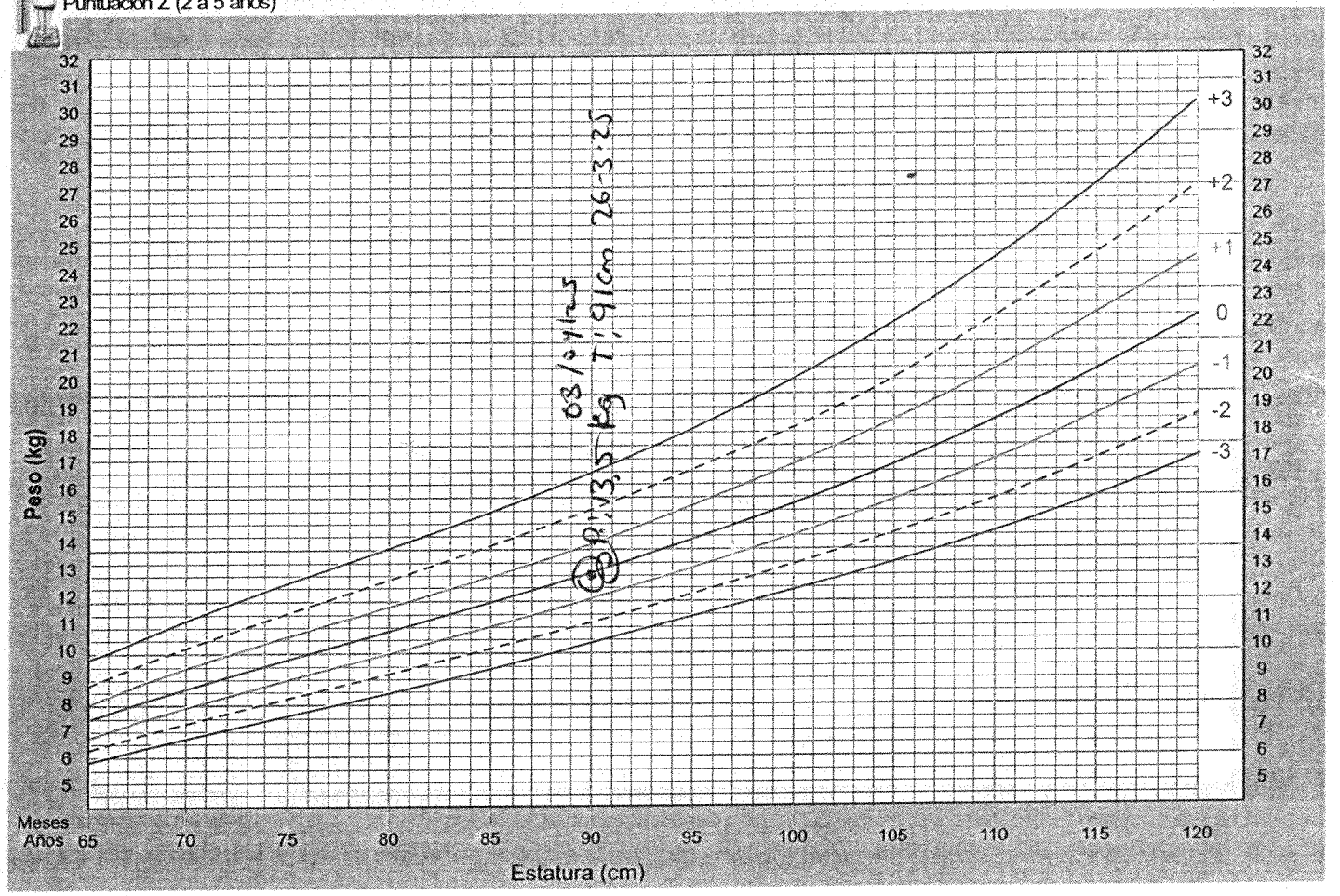
Puntuación Z (0 a 5 años)



(24)

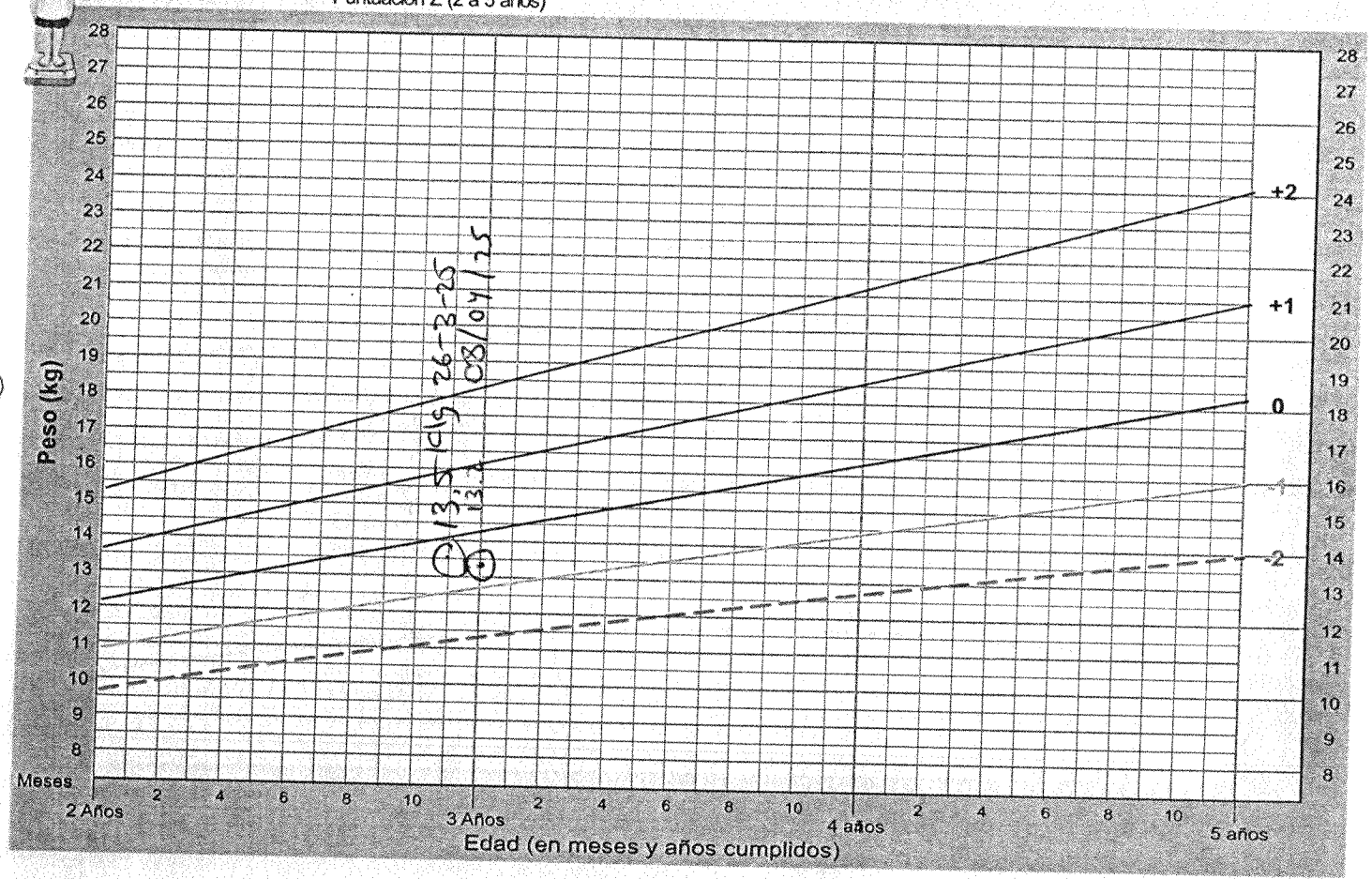

Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Talla (cm)
125
120
115
110
105
100
95
90
85
80
+2
+1
0
-2
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
28/04/2025
28-7-27
90 cm

Puntuación Z (2 a 5 años)



(26)

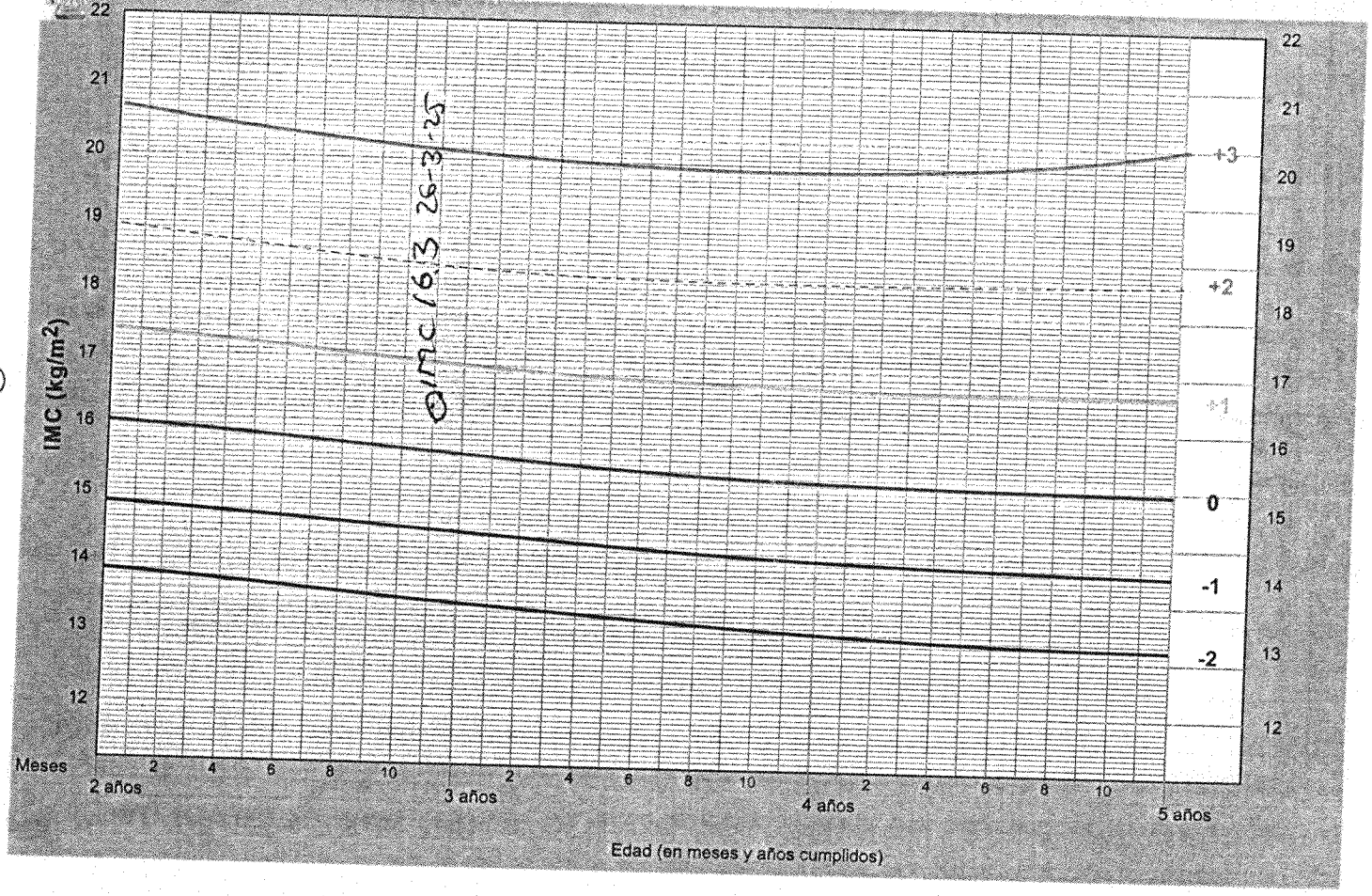
Puntuación Z (2 a 5 años)



27

IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



(28)

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
26-3-2025	13.5	91	47	14.5	16.3	04-04-2025	Milena C
08-04-2025	13.2	90	47	15	16.3	04/04/2026	milena G.

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
26	03	2025	Enfermería	SI ✓	No llegó
08	04	2025	Med.	Si ✓	

Carné de Vacunación

	Vacunas	Fecha	Lote Numero	Laboratorio	IPS	Próxima Cita	Vacunador	Observaciones
R.N.	Hepatitis B	04.04.2022						
	BCG			Putumayo				
2 MESES	Difteria							
	Tetanos							
	Tos Ferina							
	Hepatitis B	10.06.2022		Hospital				
	H. Influenza B							
	Polio			Dorada				
	Rotavirus							
	Neumococo							
4 MESES	Difteria							
	Tetanos							
	Tos Ferina							
	Hepatitis B	10.08.2022		Hospital				
	H.Influenza B							
	Polio			Dorado				
	Rotavirus							
	Neumococo							
6 MESES	Difteria							
	Tetanos							
	Tos Ferina	10.10.2022		Hospital				
	Hepatitis B							
	H. Influenza B			Dorada				
	Polio							
6 A 23 MESES	Influenza Estacional 1 dosis	14.07.23	V50523001		Hospital Sta Monica		Yessica Hernandez	
	Influenza Estacional 2 dosis	24.8.23	V50523001		Hospital Sta Monica		Yessica Hernandez	
	Influenza Estacional Ref.	Se esta Aplicando 6 a 23 Meses						
12 MESES	Sarampión							
	Rubéola							
	Parotiditis	10.04.23		Hospital				
	Neumococo Refuerzo	10.04.23		Loi				
	Hepatitis A	10.04.23		Dorada				
	Varicela	10.04.23						
18 MESES	Difteria Tetanos Pentavalente							
	Tos Ferina	03-11-23	Serum	2852x033A	Hosp Sta Monica		Hosp Sta Carmen B	
	Polio VIP	03-11-23	Bilab	Lote V2W 233501	Hosp Sta Monica		Hosp Sta Carmen B	
	Fiebre Amarilla	10.04.23	Hospital		Hosp Dorada			
5 AÑOS	Difteria Tetanos Tos Ferina	Pendiente 5 años						
	Polio							
	Sarampión Rubéola Parotiditis Varicela							
OTRAS	Triple V.	03-11-23	Serum	OBNO74A	Hosp Sta Monica		Hosp Sta Carmen B	

76
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: 3 Pm

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Santiago Fabian APELLIDOS Pinda Olivecios

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122343732

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 4 MES: 04 AÑO: 2022 / EDAD: 3, años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel 3237116093

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: Maribel Mueses

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

Nombres Maribel Del Socorro Apellidos Mueses Bustacuz

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 41125.673

Firma: Maribel Mueses.

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar _____, identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma el(la) señor(a)

_____ identificado(a) con C.C ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ número _____

de _____

	Firma del Rogado	
Huella dactilar o plantar del Rogante	C.C. N°	C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Jenifer Yulieth Cabezas Meneses

Firma Jenifer Cabezas Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446669

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFVD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel.

Nota: Cuanto se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con unos de sus padres o su representante legal.



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 41.125.673

Apellidos
MUESES NASTACUAS

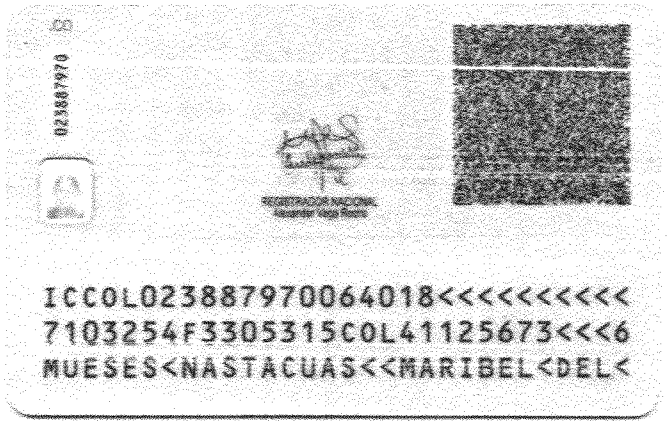
Nombres
MARIBEL DEL SOCORRO

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.52
Sexo: F
Fecha de nacimiento: 25 MAR 1971
G.S. RH: O+
Lugar de nacimiento: RICAURTE (NARIÑO)

Fecha y lugar de expedición
14 ENE 2000, SAN MIGUEL(LA DORADA)

Firma
Maribel Mueses

Fecha de expiración
31 MAYO 2033



CO
023887970

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Rojas Bravo

ICCOL023887970064018<<<<<<<<<<<
7103254F3305315COL41125673<<<6
MUESES<NASTACUAS<<MARIBEL<DEL<

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.127.078.493**

CASTRO MUESES
APELLIDOS

DEYSY MARICELA
NOMBRES

Maricela Castro
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-FEB-1997**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-FEB-2015 VILLAGARZON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6403000-00685625-F-1127078493-20150410 **0043**798575A 1 43717455

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

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

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Santiago Fabian Pinto
Doc. de Identidad: RC 1122343 973
E.I.S: Emssanar
Teléfono: 3
Domicilio: V/ Espinal

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) Ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor											14-04-2026		
		Profilaxis y remoción de placa											14-04-2026		
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)											14-04-2026		
	>	Vacunación													

LILIANA [redacted] CORDOBA
AUX. EN [redacted]
RES. [redacted]

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

codigo de habilitacion 867570002101 Nit: 846002309

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

ORDEN MEDICA CONSULTA EXTERNA.

PACIENTE: PINTA OLIVERO SANTIAGO FABIAN
No HISTORIA: 1122343973
IDENTIFICACION: RC1122343973
EMPRESA: EMSSANAR EPS S.A.S.
REGIMEN: Subsidiado

EDAD: 3 Años 3 Meses
SEXO: Masculino
FEC. NAC: 04/04/2022

FOLIO No: 266101 **FECHA:** 29/07/2025 9:26 a.m.
ADMIN No: 1467594
TELEFONO: 3143237312 3237111093
MUNICIPIO: SAN MIGUEL LA DORADAPUT
DIRECCION: VEREDA SAN ANTONIO

DIAGNOSTICO

H543 DISMINUCION INDETERMINADA DE LA AGUDEZA VISUAL EN AMBOS OJOS

No.	CODIGO	DESCRIPCION	CANT.
1	890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA Observaciones: NO VALORABLE POR EDAD	1

DR. DONY NORVEY PANTOJA
MEDICO GENERAL
R.M 5207773

PROFESIONAL: PANTOJA DONY NORVEY
REG MEDICO: 5207773
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL
IDENTIFICACION: 5207773

Firma Paciente:

Fecha Impresion: 29/07/2025

InfoSalud Net

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Maribel del Socorro M Identificado con C.C N° 47.125.673 en calidad de: padre o madre (Madre.), del niño o niña: Santiago Fabian pinto O. 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.

Maribel Mueses
Madre o Acudiente
C.C 47.125.673

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 SANTIAGO FABIAN PINTA OLIVEROS, identificado (a) con documento de identidad número 1122 343 732, 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, MARIBEL DEL SOCORRO MUESES NASTACUAZ, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 41125673, 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 ETC

Suscriben:

Firma: Maribel Mueses
Nombre: Maribel Mueses
Calidad - Titular: ABUELA Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3237777093
Fecha: 02 - ABRIL DEL 2025
Municipio: SAN MIGUEL

CLASIFICADA

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: Santiago Fabian Pinta O IDENTIFICACIO: 1.122543945 FECHA DE NACIMIENTO: 04-09-2022

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
8-8-2025	X		11:30		Se hace la novedad donde se reporta que el usuario Santiago Fabian Pinta, tiene Perdida la vacuna de la Influenza de los 12 meses, tiene la vacuna Perdida Por la edad	Maribel Moses	FABIAN MEJIA	Se sensibiliza la abuela del usuario a llevar al niño a las Proximas citas de las vacunas y no hacer Pesci Para que no Pierda Por la edad	Se cierra novedad. 12-08-2025	La abuela se Compromete a llevar al niño a hacerse Poner las Proximas vacunas que tiene Pendiente.
8/08/25			12:00		Se le informa a la madre por via telefonica de la niño Santiago Pinta se encuentra Pendiente el examen de agudeza Visual. que debe acercarse al hospital a sacar cita para el control.	Maribel Moses	Viviana Marin	Se Sensibiliza a la madre la importancia de realizarle el examen de agudeza Visual para Prevenir enfermedades Visuales a futuro y garantizarle la menor las derechos a la salud.	La abuela del Usuario Santiago Fabian hace entrego de la foto copia del examen de agudeza visual. 16-09-2025 se Cierra novedad.	La madre se Compromete a sacar cita para el exsimen de agudeza Visual en cuanto pueda le envia copia al agente educativo.

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: Santiago Fabian Pinto O. 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					
01-10-2025	X			09:00	Se le manifiesta via llamado telefonico al abuelo que el niño Santiago Fabian ya tiene vencido el Carnet de higiene oral, se le manifiesta que por favor lo lleve a la cita	Maribel Moreno	FABIAN MEJIA	Se sensibiliza a la abuela de Santiago para que lleve al niño a hacerse la cita de higiene oral.	Se cierra novedad	La abuela se compromete a llevar al niño a hacerle el Carnet de higiene oral para el dia 03-10-2025

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 Santiago Fabian Pinto Olivros.

Fecha de nacimiento 04 04 2022 **N° Documento de Identidad** 1.122.343 973

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

Santiago Fabián Pinta Participo activamente de las experiencias pedagogicas, es un niño con habilidades como expresa, con Palabras frecuentes de su medio social, juega y se relaciona de manera acertiva con los demas niñas y niños.

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 Día 7 Mes 10 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

Santiago Fabian es un niño muy inquieto, le gusto jugar activamente de las diferentes experiencias pedagogicas, cuando necesita algo expresa lo que quiere con palabras, tambien le gusto pintar en hojas se relaciona con otros niños.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

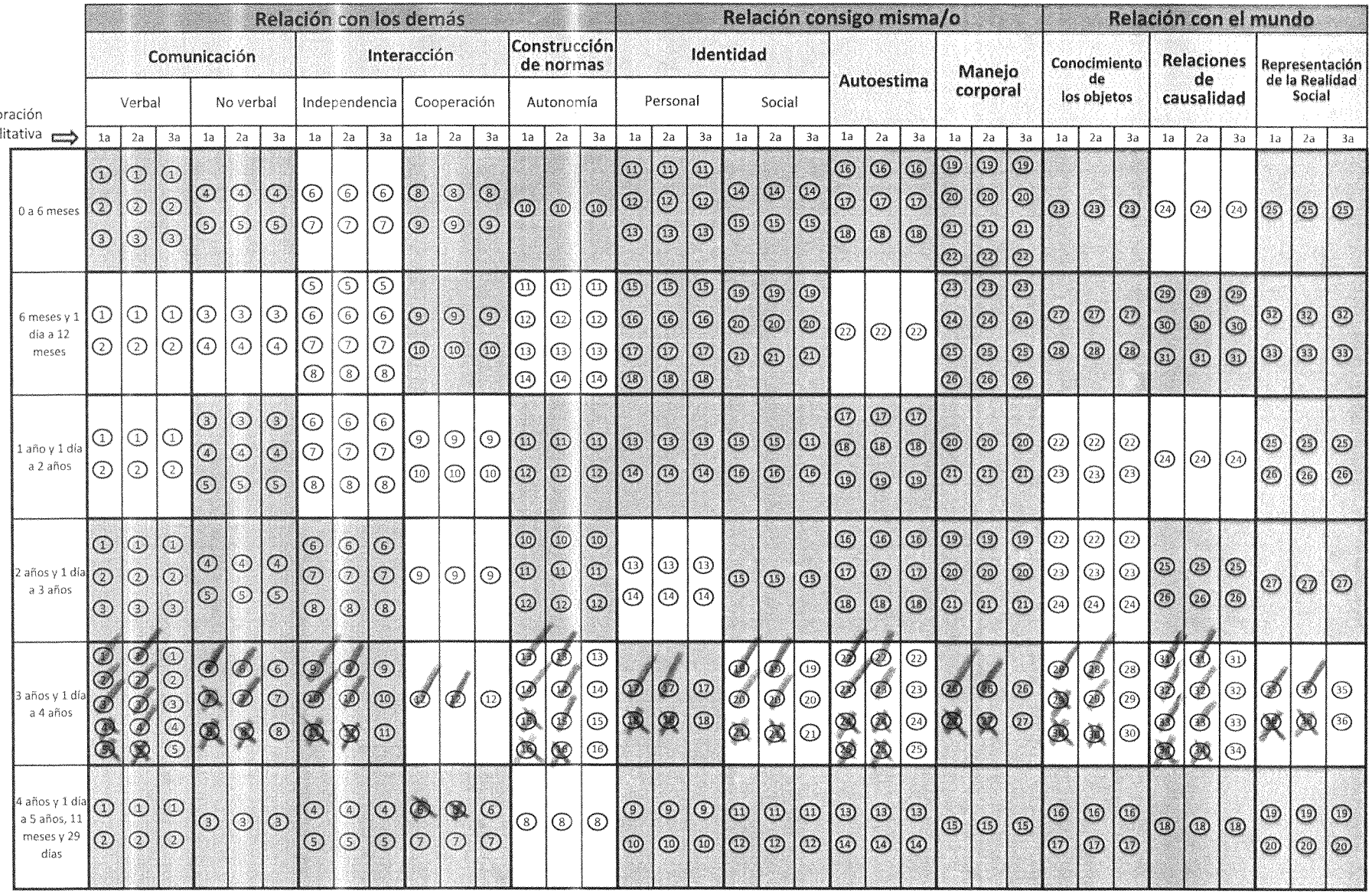
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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