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)<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:** 20/07/25 **FECHA INGRESO:** 1-09/2025

**UCA:** Mis Angelitos **MUNICIPIO:** San Miguel

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:**
Jessica Paola Quirama Jurado

**TIENE REGISTRO CIVIL:** SI ___ NO X **NUIP No.** CC.1123.306.391

**¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL?** Madre Gestante
tiene Cedula Ciudadana.

**FECHA NACIMIENTO:** 12/02/1992 **EDAD:** 33 años **MUNICIPIO:** Pitalito

**DEPARTAMENTO:** Huila **PAIS:** Colombia **DIRECCION**

**DE RESIDENCIA:** Vereda: Espinal **ESTRATO:** 1 **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: ___ NO: X

**¿CUAL?:** N/A **MOTIVO DEL RETIRO:** N/A

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

**EPS DEL PARTICIPANTE:** Emssanar **SUBSIDIADO:** X **CONTRIBUTIVO:**

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

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

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

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

**TIENE SISBEN:** SI: X NO: ___ PUNTAJE: A4 **DESPLAZADO:** SI: X NO:

**VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:** SI: X NO: ___ **RED UNIDOS:** SI: ___ NO: X

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

**DATOS DEL PADRE**

**NOMBRES Y APELLIDOS:** N/A

**No. IDENTIFICACION:** N/A **DIRECCION RESIDENCIA:** N/A

**CELULAR:** N/A **E.P.S:** N/A

**OCUPACION U OFICIO:** N/A

**EMPRESA DONDE LABORA:** N/A

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

**DATOS DE LA MADRE**

**NOMBRES Y APELLIDOS:** N/A

**No. IDENTIFICACION:** N/A **DIRECCION RESIDENCIA:** N/A

**CELULAR:** N/A **E.P.S:** N/A

**OCUPACION U OFICIO:** N/A

**EMPRESA DONDE LABORA:** N/A

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

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE:** Jose Fernando Anzueta

**NUMERO IDENTIFICACION:** 7.365.599 **CELULAR:** 3147334666

**DIRECCION:** Vereda: Espinal **PARENTESCO:** Conyugue

Paola Quirama Alba Bravo.

**FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE** **FIRMA AGENTE EDUCATIVO**

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.123.306.391**

**QUIRAMA JURADO**

APELLIDOS

**JESSICA PAOLA**

NOMBRES

Paola Quirama

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-FEB-1992**

**PITALITO**
**(HUILA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.53** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**16-FEB-2011 PUERTO ASIS**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-6400200-01381521-F-1123306391-20230925 **0136**353494A 1 8509601571

Sisbén

Registro valido

A4

Fecha de consulta: 07/10/2025

Ficha: 867576741052800012790

**Pobreza extrema**

DATOS PERSONALES

Nombres: **JESSICA PAOLA**

Apellidos: **QUIRAMA JURADO**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **1123306391**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **15/05/2025**

Última actualización ciudadano: **15/05/2025**

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**

## Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: **MARIA ZORAYDA LINARES MONTE**

Dirección: **Carrera 4 Calle 7 Esquina La Liber1**

Teléfono: **4210537 - 32131387**

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

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 | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1123306391 |
| NOMBRES | JESSICA PAOLA |
| APELLIDOS | QUIRAMA JURADO |
| 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 | 20/06/2012 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 10/07/2025 12:25:03 | **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

emssanar EPS
NIT. 901.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio
Nº 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: | CC 1123306391 |
| Apellidos: | QUIRAMA JURADO |
| Nombres: | JESSICA PAOLA |
| Tipo de discapacidad: | Ninguna |
| Plan de salud: | Régimen Subsidiado |
| Estado de servicio: | Vigente |
| Fecha de Afiliación: | 20/06/2012 |
| 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.**

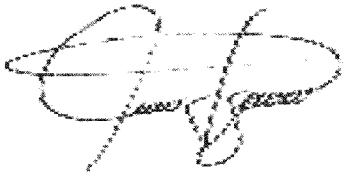
**IPS de portabilidad de atención de primer nivel**

| 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 6 de Octubre 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.

Salud

# Certificado de vacunación del adulto

Nombres: JESSICA PAOLA

Apellidos: QUIRAMA JURADO

Documento de identidad: C.C. C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1 1 2 3 3 0 6 3 9 1

Fecha de nacimiento: Día 1 2 Mes 0 2 Año 1 9 9 2

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubeola | Unica | | | |
| Fiebre Amarilla | Unica | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | 28/1-13 | 0284600A | PUENTO ADJ |
| | 4 | 28/6-25 | 7334K006A | ISABEL A |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | 8/8/25 | 2(A)4(2 | H FIO ANGIEL |
| | 2 | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Influenza estacional | Anual | 28/6/25 | U5053Z5UL2 | HFIO MARIA |
| | Anual | | | |
| Covid 19 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

8
RIV

**E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO**
# LA DORADA
**NIT. 846.002.309-9**

## 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 FECHA: DÍA 12 MES 06 AÑO 2025 HORA: 8:19 PM

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:**

NOMBRES JESSICA PAOLA APELLIDOS QUIRAMA JURADO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 1.123.306.391

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 12 MES: 02 AÑO: 1992 EDAD: 33 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE NB.

**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. 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) POR 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 NINGUNO.<br>Primera dosis ☐ Segunda dosis ☐ 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. |

**INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES**

La vacuna tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 días postparto, siempre que los posibles beneficios superen los posibles riesgos con base en la evaluación clínica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante, lo cual deberá presentar al momento de la vacunación certificación que acredite tal evaluación.

La vacuna que se le está administrando es eficaz para evitar complicaciones severas y muerte en la gestante y el feto por SARS CoV-2 COVID-19

A la fecha no hay pruebas que la vacuna cause efectos adversos importantes para la mujer embarazada, el feto o la placenta, además de los ya observados para la población general

A nivel poblacional son muchos mayores los beneficios de administrar el biológico, sobre los riesgos de llegar a padecer COVID-19 durante la gestación, por el impacto que sobre la salud materna y perinatal produce la infección por SARS-Co-2 y ante el alto riesgo de complicaciones severas, ingreso a UCI, y morbilidad y mortabilidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.

## 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.

Soy mujer con más de 12 semanas de gestación o durante los 40 días postparto: SI [X] NO [ ] y en caso afirmativo aporto certificación del médico tratante que acredita evaluación clínica para que obre adjunto a este consentimiento, requisito indispensable para recibir la vacuna.

En consecuencia, decido **ACEPTAR:** [ ] que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** [X] que se me aplique la vacuna

Firma de la persona: Paola Quevuna

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

Nombres Jessica Paola Apellidos Quevuna Jurado

Tipo de Identificación: CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] Número 1122306391

Firma: Paola Quevuna

**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

_____ identificado(a) con C.C [ ] C.E. [ ] OTRO [ ] número _____

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Sagum

Firma [signature] Tipo de Identificación: CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] Número 1122336822

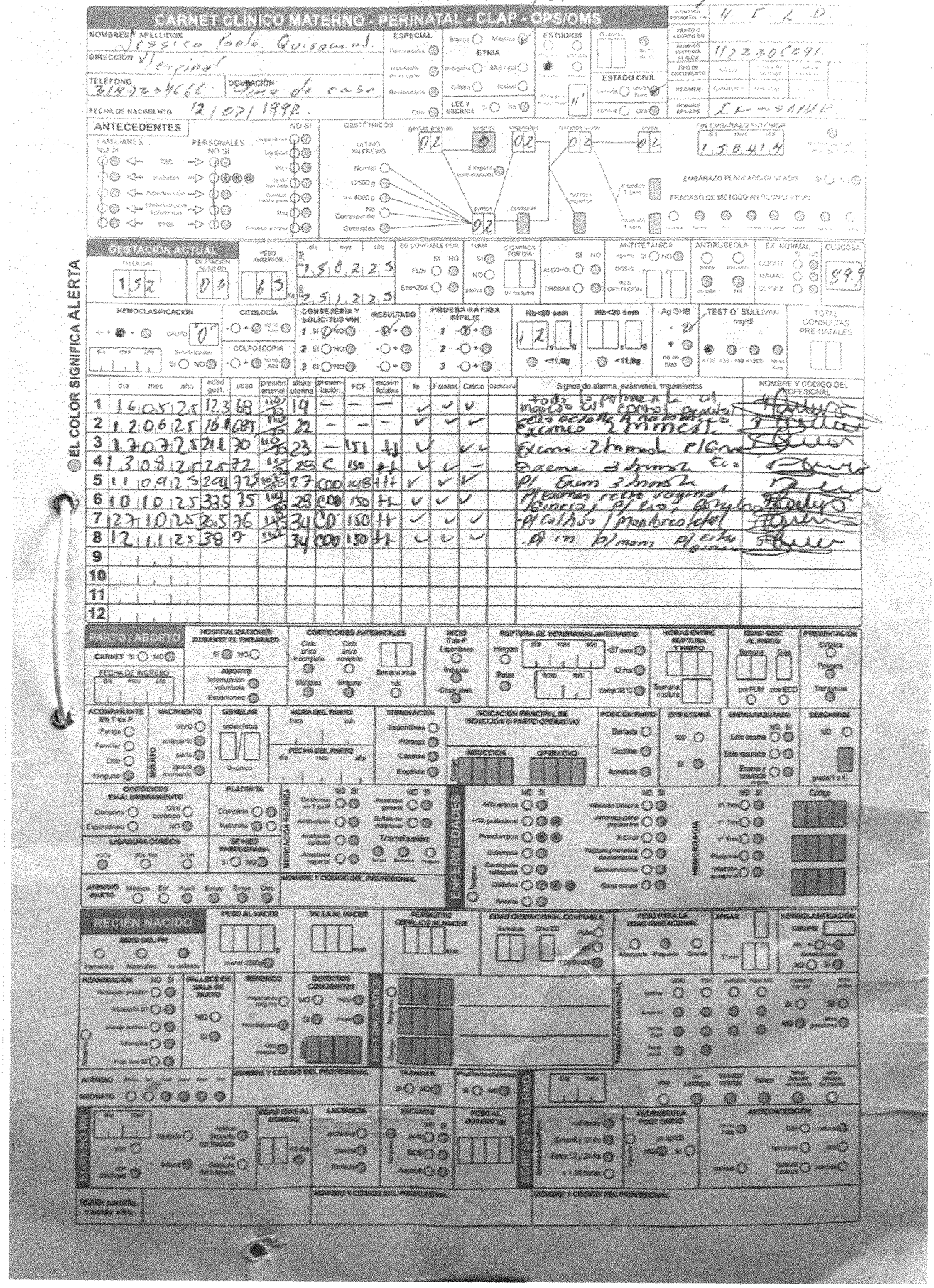
## DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFID

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: Sibundoy

Nota 1: Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar junto con uno de sus padres o su representante legal
Nota 2: Para los menores de 12 años deben firmar sus padres o su representante legal

- 3146863+3 - Maternos.
- 3134769618 → Urgencias



## CITAS
## CONTROLES PROGRAMADOS

| DIA | MES | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| 16 | 05 | 2025 |
| 16 | 06 | 2025 |
| 12 | 07 | 25 |
| 12 | 08 | 2025 |
| 13 | 09 | 2025 |
| 12-10 | | 2025 |
| 25 | 10 | 25 |
| 11 | 11 | 2025 |
| 25 | 11 | 2025 |
| | | |

## CONTROLES DE LABORATORIOS

| | 1ER TRIMESTRE | | 2DO TRIMESTRE | | |
|---|---|---|---|---|---|
| EXAMEN | FECHA | RESULTADO | FECHA | RESULTADO | |
| Hemoglobina / Hematocrito | | | | | |
| Prueba rápida Sífilis | | | | | |
| Prueba rápida VIH | | | | | |
| Prueba rápida Hepatitis B | | | | | |
| Urocultivo | | | | | |
| Test de O'Sullivan / Carga Glucosa | | | | | |
| Gota gruesa | | | | | |
| Toxoplasma IgG | | | | | |
| Toxoplasma IgM | | | | | |
| Chagas | | | | | |
| Rubeola | | | | | |
| Tamizaje Estreptococo Grupo B | | | | | |
| Ecografía Obstétrica | | | | | |
| Otros | | | | | |

## URGENCIAS - HOSPITALIZACIONES

| FECHA | SERVICIO | DIAGNÓSTICO | TR |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## VACUNACIÓN

| | DOSIS FECHA |
|---|---|
| TÉTANO 3. | 12-6-25 2334X006A HF10 |
| INFLUENZA 4. | 12-6-25 U0J25002 HF10. |
| TDAP 2da | 8-8-2025 2CA74C2. HF10 |
| PRÓXIMAS CITAS | |
| | |
| | |
| | |

ALTURA DEL FONDO UTERINO SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL

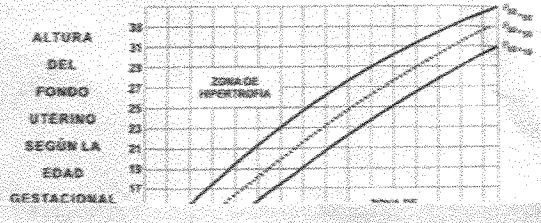
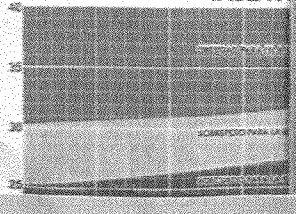



TABLA A



**OBSERVACIONES:** Invito a curso Maternidad y Paternidad segura Viernes. 10:00am a 11:00am.

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

*Servimos con amor*

CARNET RIAS

# ADULTEZ

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

*Servimos con amor*



Nombres y apellidos: Jessica Paola Quiroma

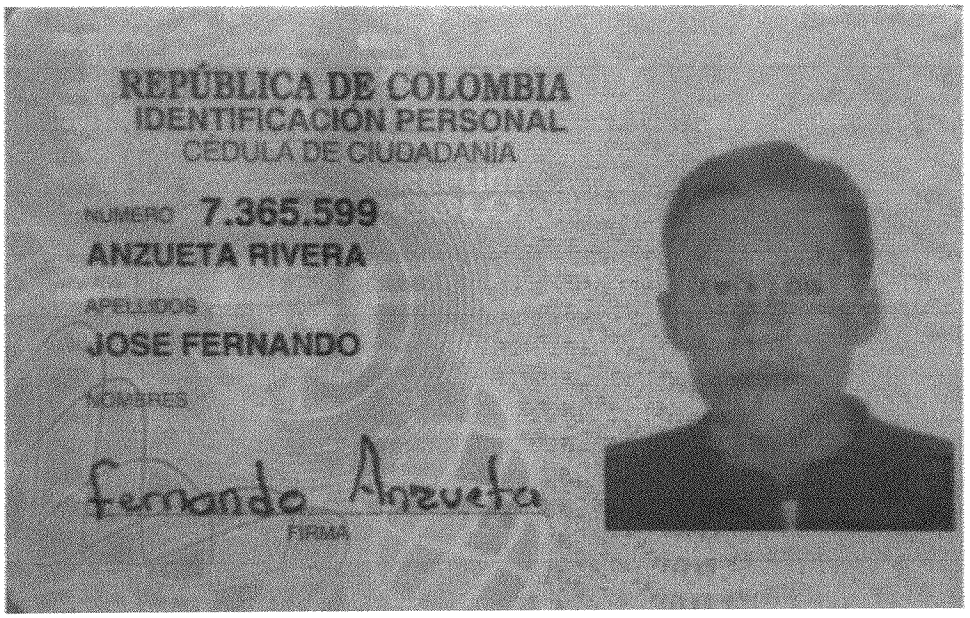
Doc. de identidad: 1123306391 EPS: Gmssanar

Teléfono: 3147334666 Domicilio: Vlespinal

| | | PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS | FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN AÑOS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 29-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-52 | 53-55 | 56-59 |
| VALORACIÓN INTEGRAL | ATENCIÓN | Atención por médico general | | | | | | | |
| | | Atención en salud bucal por odontología (1 vez cada 2 años) | | | | | | | |
| DETECCIÓN TEMPRANA | DETECCIÓN DE CÁNCER | Tamizaje de cáncer de cuello uterino (ADN VPH) (Según esquema) | | | | | | | |
| | | Tamizaje de cáncer de cuello uterino (Citología) (según riesgo y esquema) | | | | | | | |
| | | Tamizaje de cáncer de cuello uterino (Técnicas de inspección visual con ácido acetetico y lugol) (A partir de los 30 a los 50 en zonas rurales dispersas) | | | | | | | |
| | | Criocauterización de cuello uterino (si aplica) | | | | | | | |
| | | Colposcopia cervicouterina (si aplica) | | | | | | | |
| | | Biopsia cervicouterina (si aplica) | | | | | | | |
| | | Tamizaje de cáncer de mama (mamografía) cada 2 años | | | | | | | |
| | | Tamizaje de cáncer de próstata (PSA) cada 5 años | | | | | | | |
| | TAMIZ | Tamizaje de riesgo cardiovascular (cada año) | | | | | | | |
| PROTECCIÓN ESPECÍFICA | PLANIFICACIÓN FAMILIAR | Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción | | | | | | | |
| | | Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción - control | | | | | | | |
| | ODONTOLOGÍA | Profilaxis y remoción de placa bacteriana (1 cada 2 años) | 17-02-2023 | | | | | | |
| | | Detartraje supragingival (según necesidad) | | | | | | | |
| | ➢ | Vacunación (según esquema vigente) | | | | | | | |

Licda. Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg. 2208
Universidad de Caldas

Historia creada 24 febrero 2023 (ilegible)



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 7.365.599
ANZUETA RIVERA
APELLIDOS
JOSE FERNANDO
NOMBRES

Fernando Anzueta
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-MAR-1982
PORE
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
05-JUL-2000 PAZ DE ARIPORO (MORENO)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

P-4668000-00948551-M-0007365599-20171024 0058212933A 1 9901785653

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Jessica Quirama Identificado con C.C N° 1123306391 en calidad de: padre o madre ( ), del niño o niña: _____ o Gestante (K) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mis Angelitos, 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 1 Días del mes de Agosto del Año 2025.

Paola Quirama
**Madre o Acudiente**
**C.C** 1123306391

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PARTICIPACIÓN | F10.MO6.PP | 21/05/2019 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 4 | Página 1 de 2 |

Yo, Jessica Paola Quirama, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1123306391, obrando en calidad de:

| Padre | | Madre | | Cuidador | |
|---|---|---|---|---|---|

De la niña, niño o adolescente, _____, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) ___, TI____, CE____, número_____, manifiesto que:

| Sí | | No | |
|---|---|---|---|

**AUTORIZO** a la niña, niño o adolescente a participar en la oferta de la Dirección de Niñez y Adolescencia
Con la suscripción de este permiso manifiesto que me informaron que, durante la participación, en la oferta de la Dirección de Niñez y Adolescencia se:

1. Captarán, tomarán, almacenarán y editarán imágenes personales o fotografías de los participantes
2. Realizarán videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
3. Divulgarán y publicarán 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, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como 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, 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, 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.

**Suscriben:**

Firma: Paola Quirama
Nombre: Paola Quirama
Calidad - Titular: x Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3147334666
Fecha: 1 agosto-2025
Municipio: San Miguel

| 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 _____, 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 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Autorización - Uso imagen del titular:**
Yo, Jessica Paola Quirama, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1123306391 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

| Autorización | Fotos | x | Audios | | Videos | | 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 _____, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Fundación Alma de vida

**Suscriben:**

Firma: Paola Quirama
Nombre: Paola Quirama
Calidad - Titular: x Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3147334666
Fecha: 1- Agosto - 2025
Municipio: San Miguel

# REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Alba Nidia Bravo NOMBRE UCA: Mis Angelitos

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Paola Quirama IDENTIFICACIO: 1123306391 FECHA DE NACIMIENTO: 12/02/1992

| 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 | | | | | |
| ✓ 11/08 2025 | ✓ | | 9:00 | | mediante llamada telefonica agente educativo, le recuerda a la madre gestante, el control prenatal, | Paola Quirama | Alba Bravo. | madre refiere que ese dia sacaron la cita e informa a agente educativo. | Agente educativo mediante, llamada telefonica, pregunta a la madre, quien refiere que le dieron cita para el dia 13/08/2025 a las 2:00 pm | madre se compromete a asistir al control prenatal, y traer fotocopia a la agente. cierre novedad. |
| | | | | | | | | | | |

# 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 | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

## MODALIDAD PROPIA INTERCULTURAL, EIC_SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

UCA: His Angelitos
Tipo Documento: RC__ CC X TI__ Otro__ Numero de documento: 1123306391
Nombres y apellidos: Jesica Paola Quirama

| FECHA DE TOMA | EDAD | PESO | TALLA | PB | DIAGNOSTICO |
|---|---|---|---|---|---|
| 13/08/2025 | 33 | 71.7 | 152 | | 25 Semanas Gestacion Peso Adecuado |
| 10/09/2025 | 33 | 72.2 | 152 | | 29 sem Gestacion Peso Adecuado |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |