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: 28/03/2025 **FECHA INGRESO:** 07/04/2025

UDS: Solecitos **MUNICIPIO:** San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:

Eim Maia Motumbajoy Ferreira

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1.122.343.795

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 01/Agosto/2021 **EDAD:** 3 años **MUNICIPIO:** San Miguel

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

DE RESIDENCIA: Vl. El Veteano **ESTRATO:** 1 **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: X NO: ____

¿CUAL?: DIMF **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: X PUNTAJE: Au **DESPLAZADO:** SI: __ NO: X

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

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: 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: Luz Adriana Ferreira Bonilla

No. IDENTIFICACION: 1.176.147.097 **DIRECCION RESIDENCIA:** Vl. El Veteano

CELULAR: 3122762380 **E.P.S:** Nueva EPS.

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: N/A

NUMERO IDENTIFICACION: N/A **CELULAR:** N/A

DIRECCION: N/A **PARENTESCO:** N/A

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 1442916

NUIP 1.122.343.795

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
MUTUMBAJOY FERREIRA EIMY MAIA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras): Año 2021 Mes AGO Día 01
Sexo (en letras): FEMENINO
Tipo Sanguíneo:

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)

Fecha de Inscripción (Mes en letras): Año 2021 Mes SEP Día 01
Indicativo serial: 0061318549

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
FERREIRA BONILLA LUZ ADRIANA

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.126.141.091
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
MUTUMBAJOY CRIOLLO KEIDER SEBASTIAN

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.336.268
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
MUTUMBAJOY CRIOLLO KEIDER SEBASTIAN

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.336.268

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)
Código: X 6 Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras): Año 2021 Mes SEP Día 01

Nombre y firma del funcionario
ROY EDISON CALLE GUARAMA
Registrador del Estado Civil

20830782-2

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 01/10/2025

Ficha: 86757674952700006708

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **EIMY MAIA**

Apellidos: **MUTUMBAJOY FERREIRA**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1122343795**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **02/11/2023**

Última actualización ciudadano: **13/03/2024**

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**

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	1122343795
NOMBRES	EIMY MAIA
APELLIDOS	MUTUMBAJOY FERREIRA
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.	SUBSIDIADO	17/05/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/01/2025 19:57:10	**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.

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

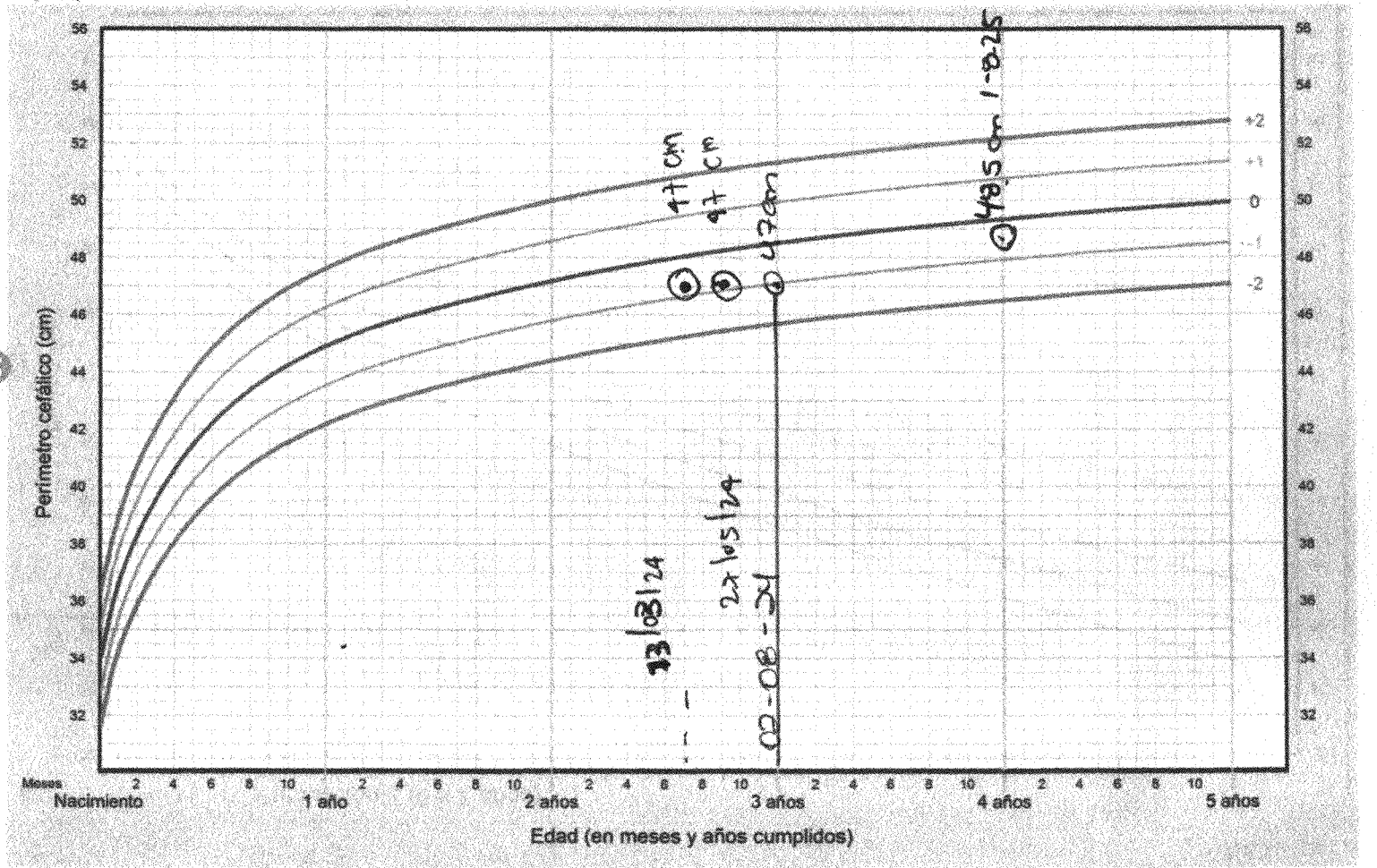
Nombres: EIMY MAIA	Apellidos: MUTUMBAJOY FERREIRA
Fecha de nacimiento: 01 (DÍA) | 08 (MES) | 2021 (AÑO)	Historia Clínica: 1122343795
Barrio/Vereda: VI EL VERANO	Responsable del niño: LUZ FERREIRA
Teléfono:	EPS: NUEVA EPS

© Fundación Hospitalaria



Perímetro Cefálico Niñas

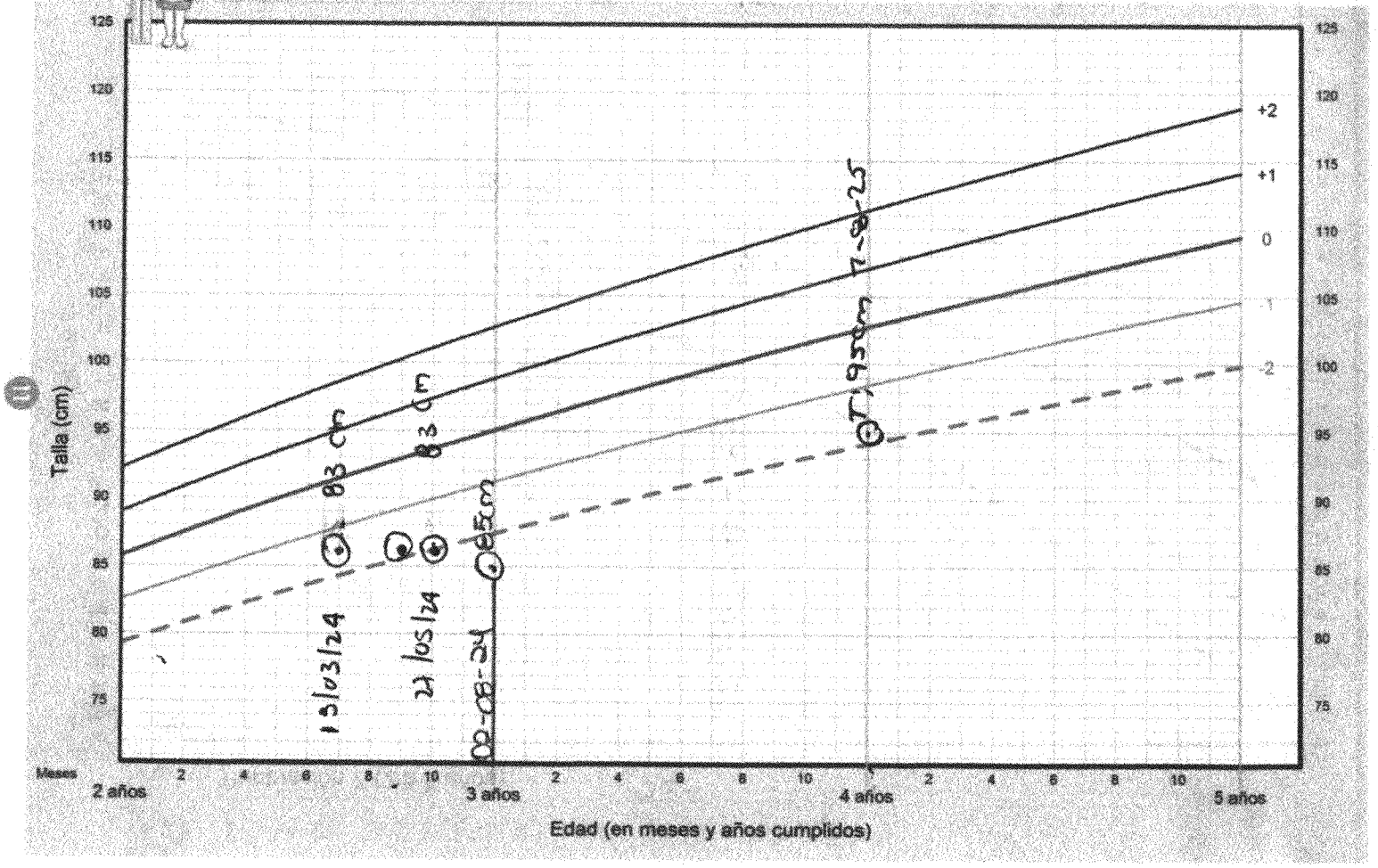
Puntuación Z (0 a 5 años)





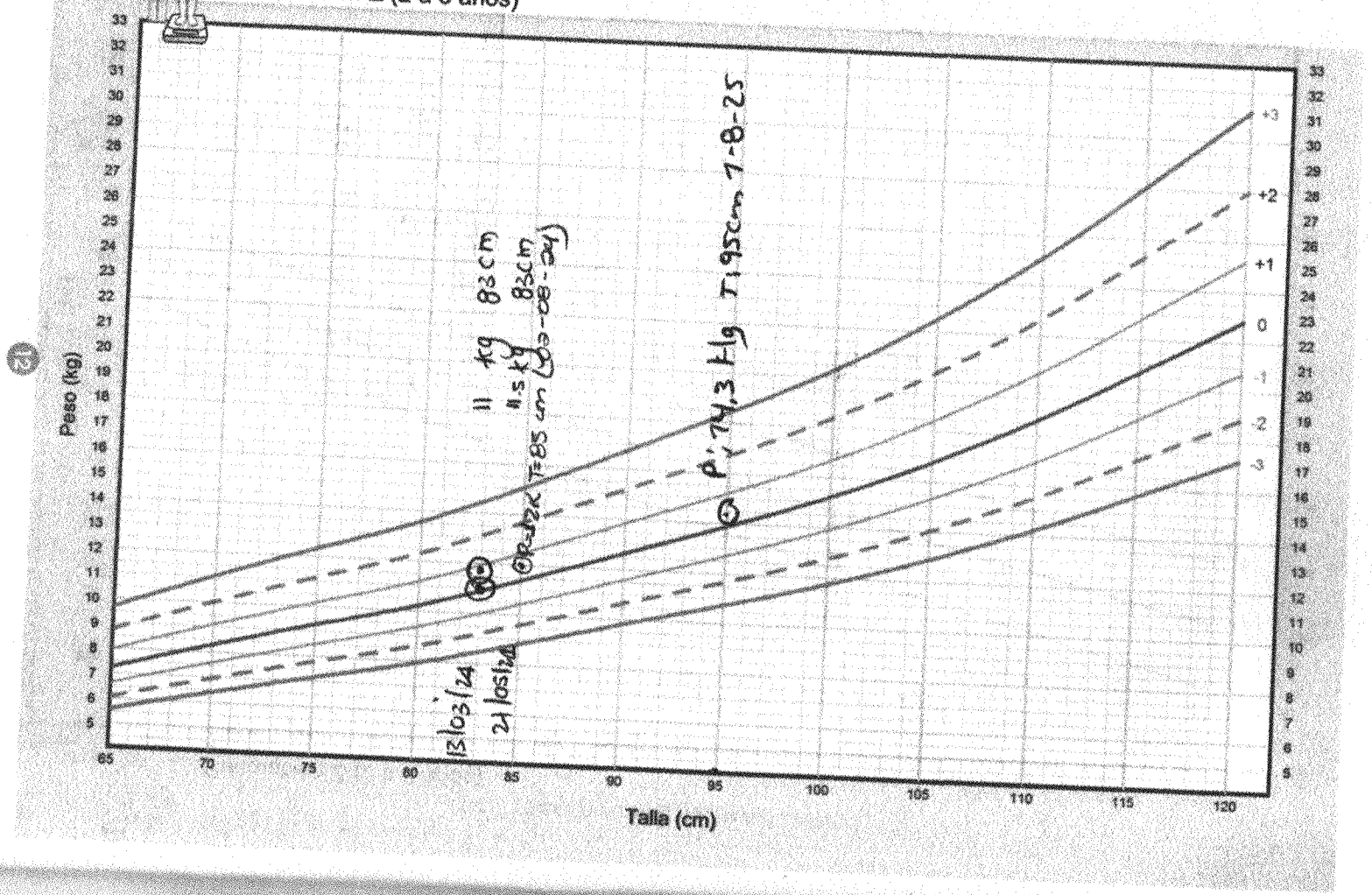
Talla para la Edad Niñas

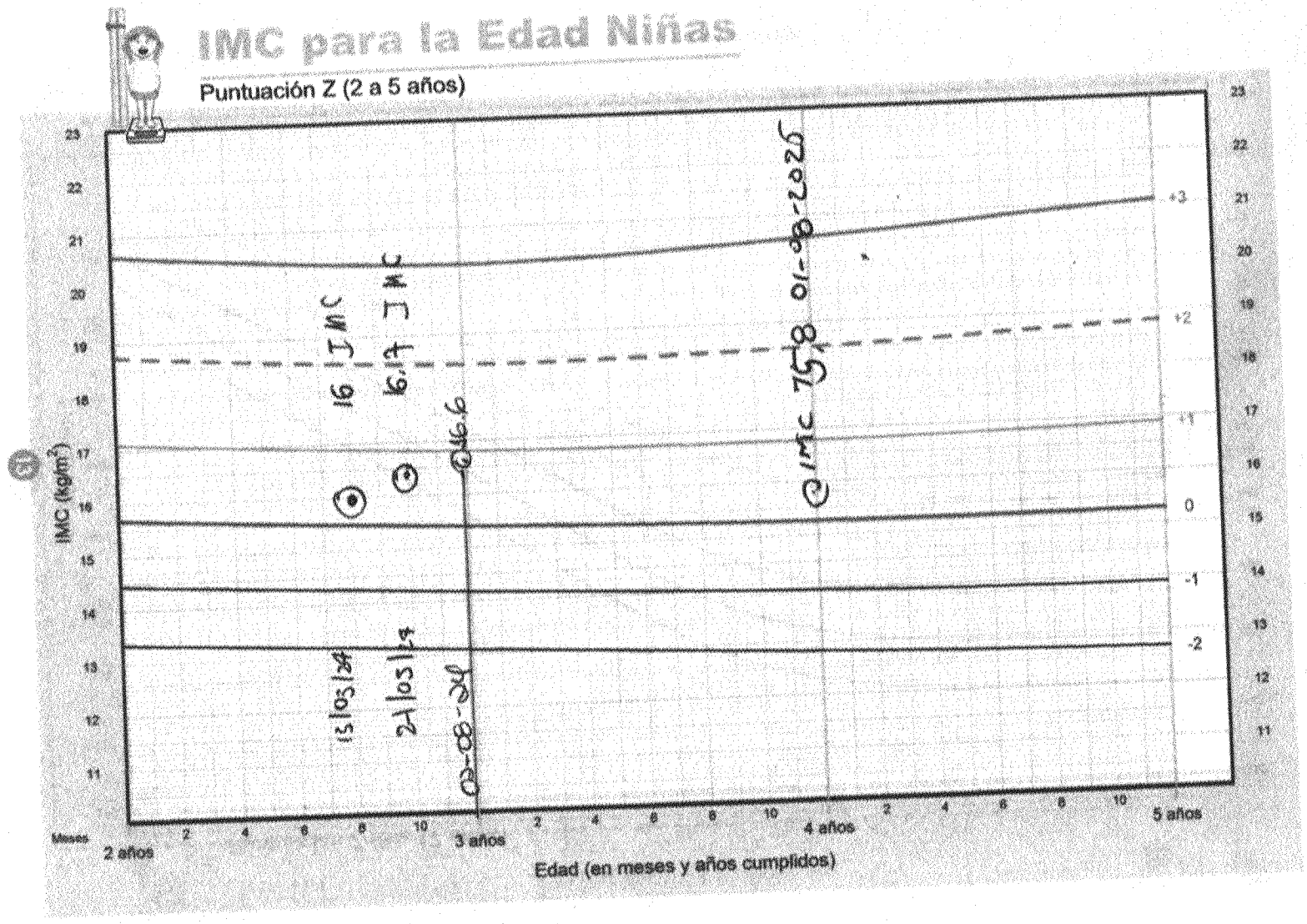
Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)




IMC para la Edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)
IMC (kg/m²)
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+3
+2
+1
0
-1
-2
IMC 16,91
IMC 16,9
IMC 15,78 01-08-2025
21/05/24
01-08-20

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SÍ	ASISTIÓ NO
27	05	2024	Med	✓	
01	Agosto		Enf	Sin Milena C	
01	Agosto	2025	Enf		
01	Agosto	2026	Medico	C.H.a	

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
27/05/24	11.5	85	47	14	16.7	01/08/24	Julissa A Vargas
02/08/24	12	85	47	15	16.6	01/08/25	
01-08-25	14,3	95	48,5	15	15,8	01-08-26	Milena C.

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO			
IDENTIFICACION E INSCRIPCION TEMPRANA			
Al momento de nacer	Fecha:		
PRIMER CONTROL MEDICO			
Durante el primer mes de vida	Fecha:		
SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA			
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.

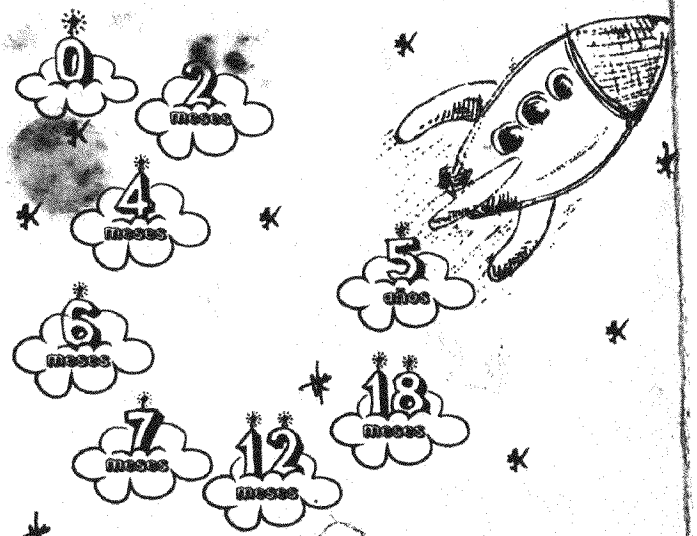
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

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
Porque mi vida hoy que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud

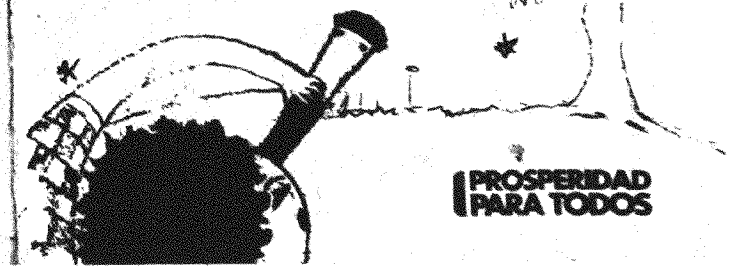
Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Eimy Maia Mutumbajoy
Fecha de nacimiento: 01 - Agosto - 2021
Nº de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: 1122343795
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: _____
Peso al nacer: 3.000
Dirección: r1 Betano
Teléfono: 3176580741
Responsable: luz Adriana Ferreira
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: _____ **Registro Civil:** _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicacion Día Mes Año	Laboratorio	Numero de lote	IPS vacunadora	Fecha proxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única	1-09-2021	Serum	03706071	HFLD		Talya b.
	Hepatitis B	Recién nacido	perdido.					
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª	26-10-21	Sanofi	2217004	HFLD	cita	Ana Lagos
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	26-10-21	Biologicos	28SCPX30A	HFLD	11 Oct/2021	Ana Lagos
	Rotavirus	1ª	26-10-2021	GSK	NR0467B5A	HFLD		Ana Lagos
	Neumococo	1ª	26-10-2021	GSK	ASPW B3 HD	HFLD		Ana Lagos
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	03/05/22			Lcdo Patrn	cita 26-Oct-2021	PS Condor
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	03/05/22			Lcdo Patrn		
	Rotavirus	2ª	Perdido			Lcdo Patrn		
	Neumococo	2ª	23/03/22			Lcdo Patrn		
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	11/07/2022			Lcdo Patrn		PS Condor
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	03/05/22			Lcdo Patrn		PS Condor
→	Influenza	1ª	27-05-22	Butantan	240UFH000	HFLD		Isabel
7 Meses	Influenza	2ª	16-07-24	Butantan	240079/00	HFLD		Kerly Jimenez
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	22/08/2022		DRONISIA	Lcda. Patrn		P.S. Condor
	Fiebre Amarilla	1ª	22/08/2022		1H00467	Lcdo. Patrn		PS Condor
	Neumococo	Refuerzo Anual	23/05/22			Lcda. Patrn		P.S. Condor
	Influenza							
→	Hepatitis A	ÚNICA	Pronde	Dca	Edad.			
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo	13-3-24	Serum	2822Y005A	HFLD		Serum Diaz
	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo	13-3-24	Biologicos	2298CK5	HFLD		
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	13-3-24	Serum	0132X401A	HFLD		Serum
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª					Cita 13-Abril 2024	
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	UNICA	02/11/2022		U029610	Lcdo Patrn	SP	PS Condor

Estas vacunas son gratuitas

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.

77
RIV

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
Servimos con amor

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 San miguel FECHA: DÍA 14 MES 04 AÑO 2025 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Emy Anaiu APELLIDOS Mutumbajoy Fenera

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122343.795

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 01 MES: 08 AÑO: 2021 EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Nueva eps

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)

Refiere que el padre no deja vacunar la niña.

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar covid-19 Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] ó dosis única [ ] ninguna dosis
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: x _____

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

Nombres Luz Adriana Apellidos Ferreira Bonilla

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.126.141.097

Firma: x _____

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	
	C.C. N°	C.C. N°

Huella dactilar o plantar del Rogante

Nombres y apellidos del vacunador: Sandy Martinez Tec. Aux. en Enfermería CC. N°

Firma Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HUS

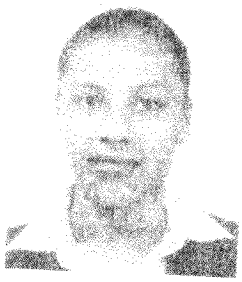
DEPARTAMENTO/DISTRITO: putumayo MUNICIPIO: san miguel

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

NUMERO 1.126.141.091
FERREIRA BONILLA
APELLIDOS
LUZ ADRIANA
NOMBRES

FIRMA





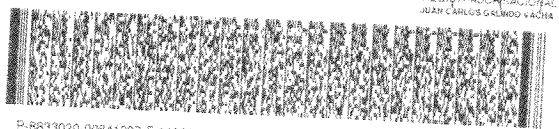
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-ABR-1996
EL DONCELLO
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

19-MAY-2014 CON NUEVA LOJA ECU
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GRIJNDO VACHA



P-8833020-00841927-F-1126141091-20160503 0050567486G 2 99864430

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020/2023

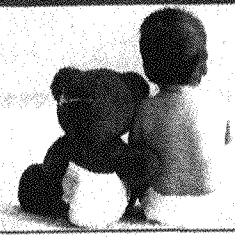
JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

Servimos con amor

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Einy Mateo

Doc. de identidad: 1122543785 EPS: Nueva Eps

Teléfono: 3227623270 Domicilio: V/ El Bethel

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	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general											8-08-24		
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud bucal por odontología									2-06-24				
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor									12-06-24		26-04-2023	28-10-2025	
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana									02-12-24		28-10-2023	28-04-2026	
		Aplicación de sellantes (según criterio)													
	V	Vacunación													

Tania Villacorta ODONTOLOGA Res. 81 ...

TATIANA MARIBEL CORDOBA AUX. EN SALUD ORAL RES. 0000493 2011

Lizeth Jiménez Trujillo Enfermera Profesional Reg 2208 ... Universidad ... aldas

Agudeza visual 20/20 normal 2-8-24

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Luz Adriana Ferrera Identificado con C.C N° 1.726.747.091 en calidad de: padre o madre (Madre), del niño o niña: Emy Maia Matumbaya Ferrera o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Soleados, 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 14 Días del mes de Abril del Año 2025.

Luz Adriana Ferrera Bonilla
Madre o Acudiente
C.C 1.726.747.091

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 Emy Mary Mosquera Criollo, identificado (a) con documento de identidad número 1122343875, 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, Luz Adriana Ferrera Bonilla, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1126141041, 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 Fundación Alma de vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa EIC

Suscriben:

Firma:
Nombre: Luz Adriana Ferrera Bonilla.
Calidad - Titular: Madre Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3227623230
Fecha: 14-04-2025
Municipio: San Miguel - Putumayo

COPIA CONTROLADA

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Lisbeth Diaz G. NOMBRE UCA: Solecitos

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Elmy Maria Motumbaoy C. IDENTIFICACIO: 1.122343.795 FECHA DE NACIMIENTO: 07/08/2021

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					
01-04-25	X				La niña ingresa al programa con esquema de vacunación incompleto ya que no cuenta con la dosis de influenza de 12meses, debido a la no disponibilidad del mismo en el HFLD.			Se realiza sensibilización de la importancia de aplicar las vacunas correspondientes en las fechas establecidas por el hospital. *Agente educativa realiza acercamiento al HFLD para averiguar sobre la disponibilidad del biologico. a lo que responden que aun no se encuentra disponible. Apenas haya disponibilidad nos informan. *el dia 07/05/25 por parte del personal del HFLD informan que la vacuna de influenza ya se encuentra disponible para aplicación en niños de 6 meses a 7 año 11 meses y 29 dias.	•se le informa a la madre que el biologico ya se encuentra disponible para aplicación pero ido lo aplicaran en niños menores de 2 años. A los niños de 24 a 36 meses solo se aplicara la vacuna si tiene un diagnostico de riesgo como enfermedades pulmonares, hepaticas, cardiovasculares. Por lo tanto a la niña no le aplicaran la vacuna de influenza. Teniendo en cuenta esta información se cierra la novedad.	

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 La Dorada - San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Elmy Maia Mutumbajoy Ferreira

Fecha de nacimiento 01 08 2021 **N° Documento de Identidad** 1.122.343.795

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** 14 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Lisbeth Daniela Diaz Guerrero

Fecha de registro cualitativo 15 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

La niña Elmy Maia realiza actividades acordes a su rango de edad como: cumplir con pequeñas responsabilidades, sigue normas de la vida cotidiana, participa con otros niños en juegos de roles. No se evidencian dificultades en su desarrollo.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Lisbeth Diaz Guerrero

Fecha de registro cualitativo 16 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

Se evidencia que la niña presenta diferentes destrezas y habilidades realizando actividades acordes a su rango de edad como: Realiza dibujos y hace una descripción de lo que dibujo propone a su grupo familiar o de conocidos, actividades que le gustan.

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