# LISTA DE CHEQUEO
# DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

| No. | DOCUMENTOS |
|---|---|
| 1 | Ficha de Inscripcion y Matricula con otografía 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 (Categoria 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:** 26-03-2025 **FECHA INGRESO:** 01-04-2025

**UDS:** Mi Mundo Magico 1 **MUNICIPIO:** San Miguel

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:** Madelin Alejandra Bone Narvaez



**TIENE REGISTRO CIVIL:** SI X NO__ **NUIP No.** 1126144002.

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

**FECHA NACIMIENTO:** 15-03-2021 **EDAD:** 4 Años **MUNICIPIO:** N/A.

**DEPARTAMENTO:** N/A **PAIS:** Ecuador. **DIRECCION DE RESIDENCIA:** Vl Dios Peña **ESTRATO:** uno **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: X NO: **¿CUAL?:** D.I.M.F. **MOTIVO DEL RETIRO:** Terminacion de Contrato

**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: __NO: __PUNTAJE: A4 **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:** Andrea alejanda Narvaez Viafara.

**No. IDENTIFICACION:** 1193 510 916 **DIRECCION RESIDENCIA:** Vl Dios Peña

**CELULAR:** 3228227096 **E.P.S:** Emssanar.

**OCUPACION U OFICIO:** Of. Varios

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

**NIVEL DE ESCOLARIDAD:** Bachiller. **PROFESIÓN:** Aux Enfermeria.

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE:** Andrea Narvaez

**NUMERO IDENTIFICACION:** 1.193510916 **CELULAR:** 322 822 7096

**DIRECCION:** Vl Dios Peña **PARENTESCO:** Madre.

**FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

Alejandra Narvaez

**FIRMA AGENTE EDUCATIVO**

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1126144002

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57312026

* 57312026 *

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [X] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Y 4 Z

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

ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| BONE | NARVAEZ |

Nombre(s)

MADELIN ALEJANDRA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2021 Mes MAR Día 15 | FEMENINO | O | + |

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

ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO | 2150688584 |

**Datos de la madre o padre (Para casos de posibles indígenas con fines matrimonial, o parejas del mismo sexo, anotar al presentar que indiquen los documentos para el primer apellido del inscrito)**

Apellidos y nombres completos

BONE SOSA JIMMY ESTUARDO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| DE 2100991468 | ECUATORIANA |

**Datos del padre o madre (Para casos de posibles indígenas con fines matrimonial, o parejas del mismo sexo, anotar al presentar que indiquen los documentos para el segundo apellido del inscrito)**

Apellidos y nombres completos

NARVAEZ VIAFARA ANDREA ALEJANDRA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1193510978 | COLOMBIANA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

NARVAEZ VIAFARA ANDREA ALEJANDRA

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 1193510978 | Andrea Narvaez |

**Datos Primer testigo**

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXX

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| XXXXXXXXXXXXXXX | SIN FIRMA |

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXX

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| XXXXXXXXXXXXXXX | SIN FIRMA |

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2021 Mes JUN Día 07 | MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES<br>Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

Escaneado con CamScanner

4

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 22/10/2025

Ficha: 86757009480500000114

A4

## Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **MADELIN ALEJANDRA**

Apellidos: **BONE NARVAEZ**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1126144002**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **25/11/2017**

Última actualización ciudadano: **24/06/2022**

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 MONTERO**

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

Teléfono: **4210537 - 3213138790**

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

5

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 | 1126144002 |
| NOMBRES | MADELIN ALEJANDRA |
| APELLIDOS | BONE NARVAEZ |
| 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 | 03/10/2022 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| Fecha de Impresión: | 10/22/2025 06:48:19 | 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".

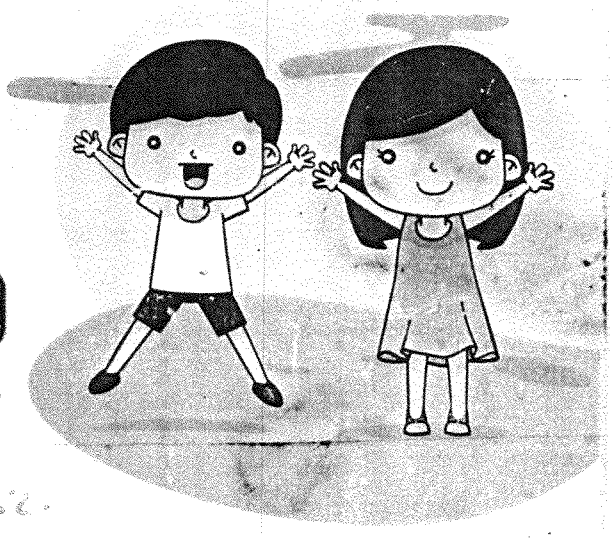
Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen 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.**

# CARNET DE CONTROL

## Niño y Niña SANOS

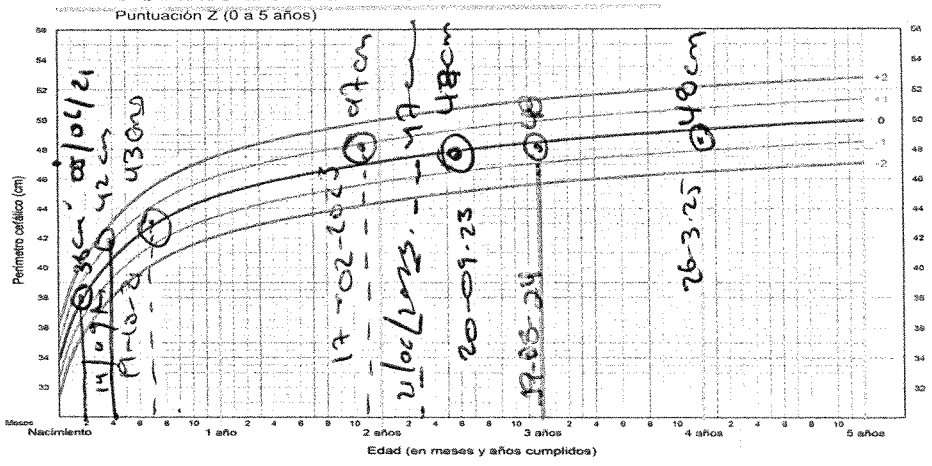


RIPS RIBOP 71 20210315

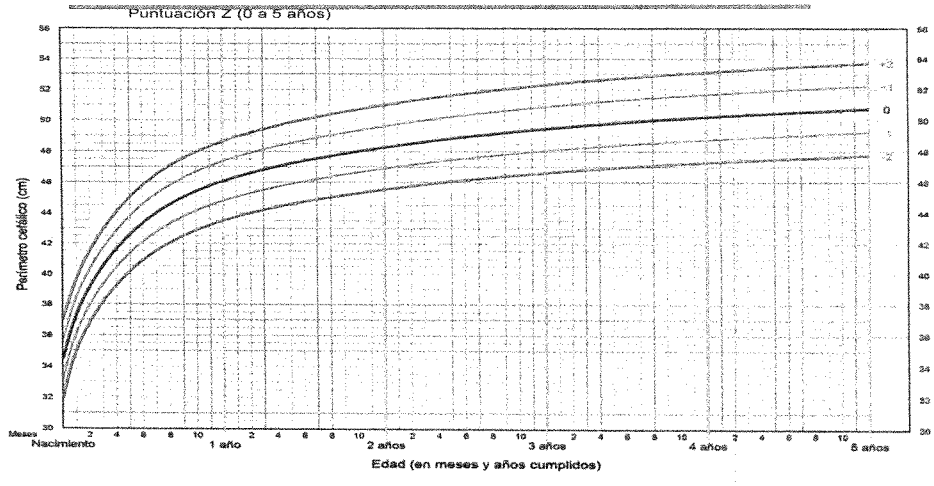
### Mis Datos

| | |
|---|---|
| Nombres: Madelin Alejandra | Apellidos: Bone Narvaez |
| Fecha de Nacimiento: 19 DIA \| Marzo MES \| 2021 AÑO | Historia Clínica: 1126144002 |
| Barrio/Vereda: Mar Peño | Responsable del Niño: Andrea Narvaez |
| Teléfono: | EPS: |

## Perímetro Cefálico Niñas

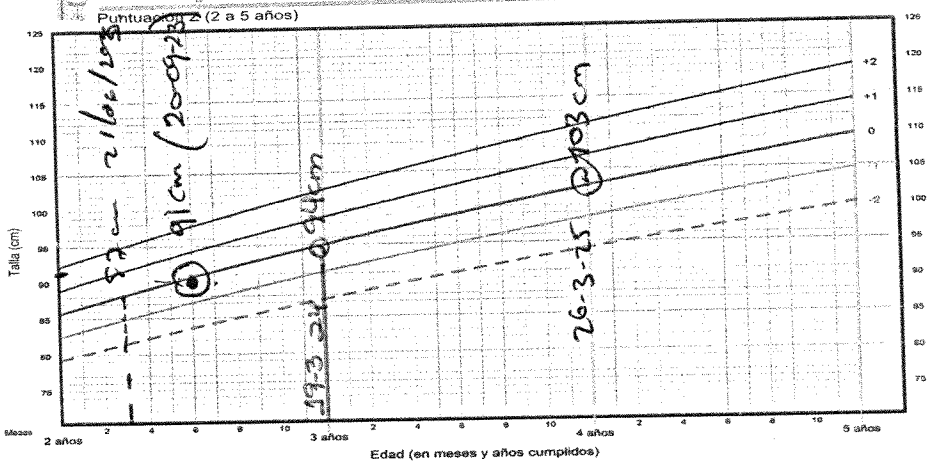



## Perímetro Cefálico Niños



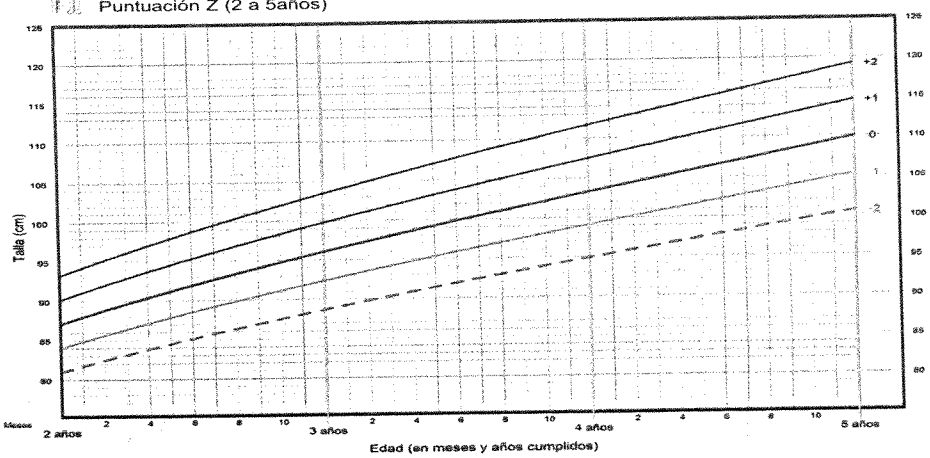
## Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



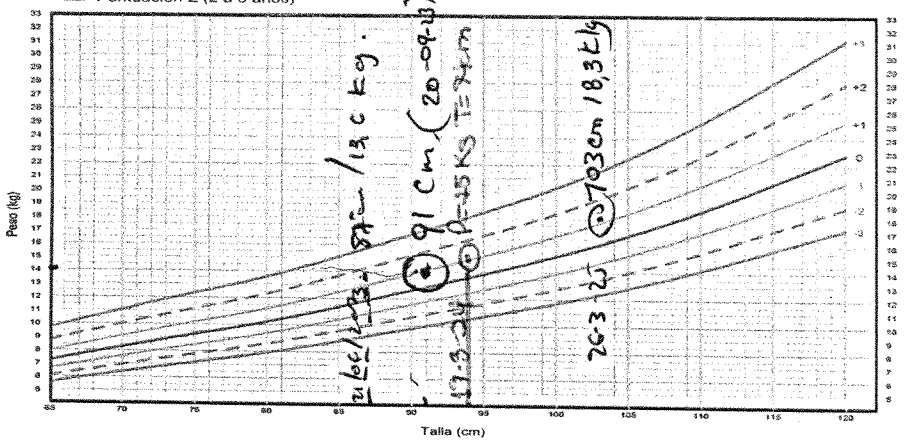

## Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



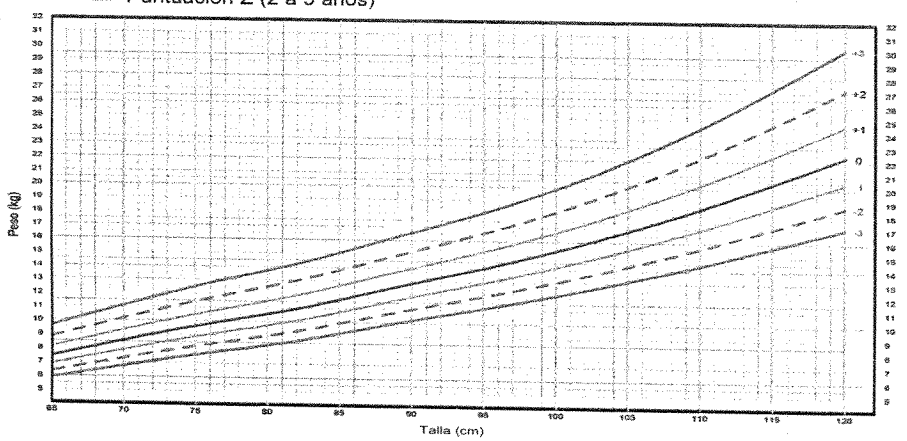
## Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



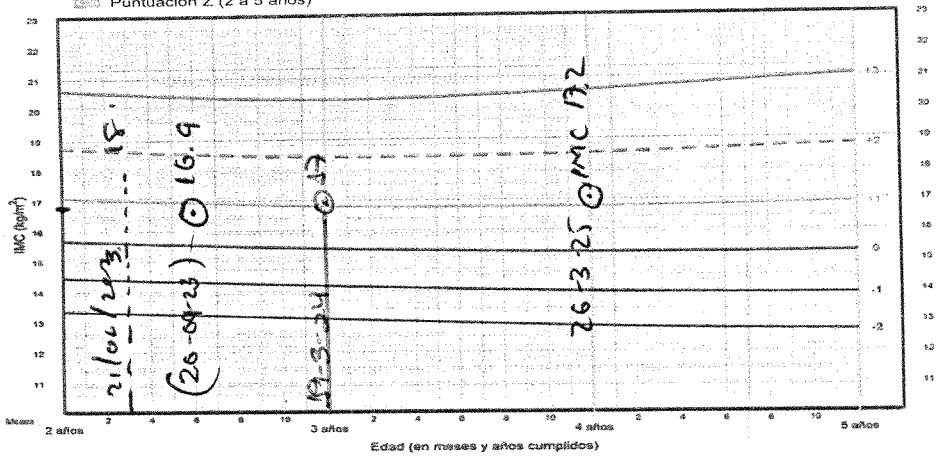

## Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



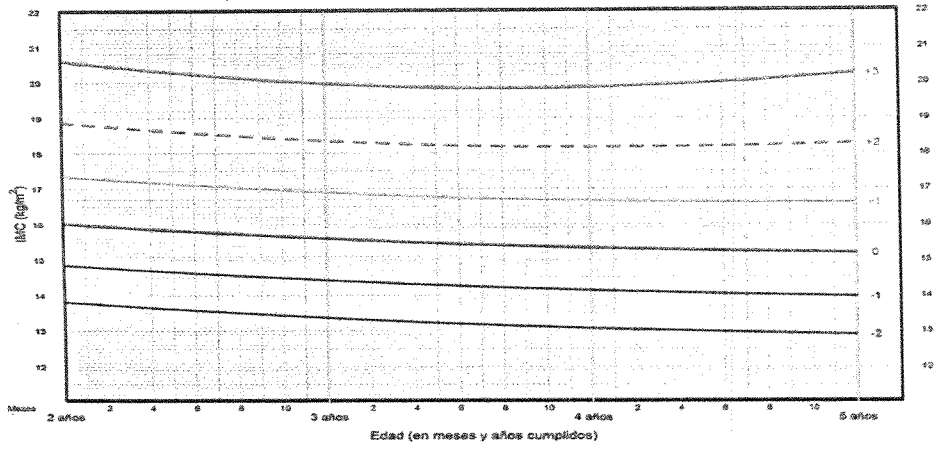
## IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)




## IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



# CITAS PROGRAMADAS

| DÍA | MES | AÑO | HORA | ASISTIO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | SI | NO |
| 08 | 07 | 2021 | Control Peso y talla | | |
| 15 | 10 | 2021 | x enf Control de peso | | |
| 15 | Diciembre | 2021 | Enfermería y talla 14-03-2023 Enf. | | |
| 15 | Junio | 2023 | Medico | | |
| 15 | 09 | 2023. | ENF | ✓ | fumiga |
| 15 | 03 | 2024 | Medico | TC: 19-03-24 | |
| 15 | 03 | 2025 | Enf | | |
| 26 | 03 | 2025 | Enfermera SIV Milena C. | | |
| 25 | Marzo | 2026 | Medico enf | | |

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCION TEMPRANA

Al momento de nacer — Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida — Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

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

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

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

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

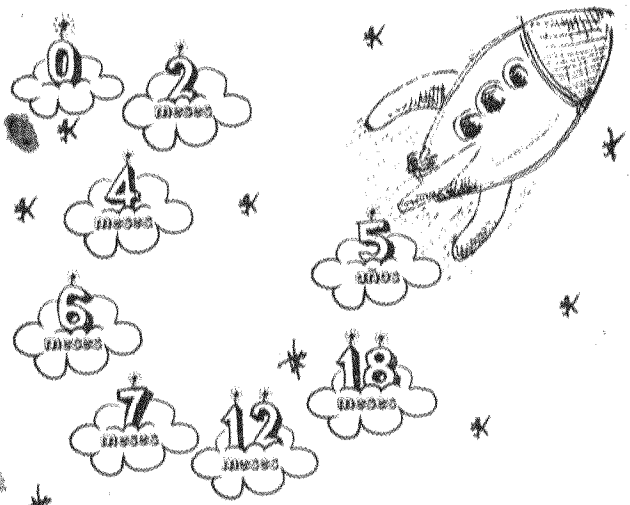
| | |
|---|---|
| Valor reportado TSH: | |
| Fecha verificación: | |
| Profesional que verificó: | |

**Exíjalo**

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

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

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




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


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

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


AIEPI

de cero a Siempre

12 RIV

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

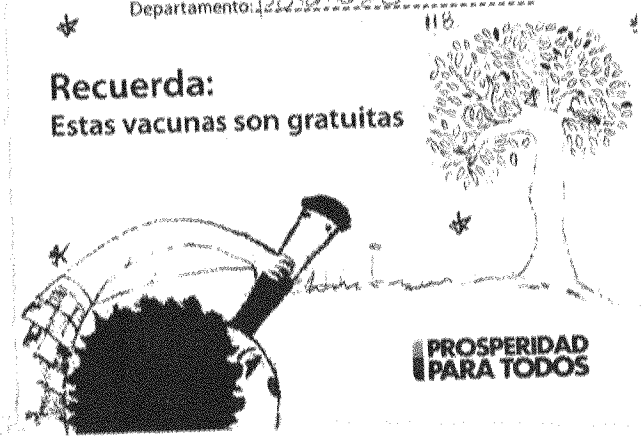
# Vacunas al día, se la ponemos fácil

## CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Bone Mariaca Medina Mendoza
Fecha de nacimiento: 12-03-2021
Nº de certificado de nacido vivo: .....
Registro civil: 1126111202?
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: .....
Peso al nacer: .....
Dirección: Vl. Diaz Granados
Teléfono: .....
Responsable: Andrea Mendoza Mariaca
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Barinas

## Recuerda:

**Estas vacunas son gratuitas**



PROSPERIDAD PARA TODOS

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

| Edad | Me protege de | Dosis | Fecha de Aplicación Día Mes Año | Laboratorio | Número de lote | IPS vacunadora | Fecha próxima cita Día Mes Año | Nombre del Vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Recién Nacido | Lactancia materna exclusiva | Sí ☐ No ☐ | 16-03-21 | | 0037990CY | Ecuador | | |
| | Tuberculosis B.C.G. | Única | 16-03-21 | | 032001IA | Ecuador | | |
| | Hepatitis B | Recién nacido | 16-03-21 | | 024001IA | Ecuador | | |
| 2 Meses | Lactancia materna exclusiva | Sí ☐ No ☐ | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 1ª | 20-05-21 | | ARCLC769AA | HFID | | Dennis N |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1ª | 20-05-21 | | 2830Y021B | HFID | | Dennis N |
| | Rotavirus | 1ª | 20-05-21 | | ARCLC769AA | HFID | | Dennis N |
| | Neumococo | 1ª | 20-05-21 | | ASPNB328UAB | HFID | | Dennis N |
| 4 Meses | Lactancia materna exclusiva | Sí ☐ No ☐ | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 2ª | 13-09-21 | | 2017004 | HFID | | Dennis N |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2ª | 13-09-21 | | 2850Y018D | HFID | | Dennis N |
| | Rotavirus | 2ª | 13-09-21 | | ARCLC772AL | HFID | | Dennis N |
| | Neumococo | 2ª | 13-09-21 | | ASPNB8 F | HFID | | Dennis N |
| 6 Meses | Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva. | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 3ª | 14-12-21 | | 2017004 | HFID | | Dennis N |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 3ª | 14-12-21 | | 2828Y018D | HFID | | Dennis N |
| | Influenza | 1ª | | | | | | |
| 7 Meses | Influenza | 2ª | | | | | | |
| 12 Meses | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | 1ª | 22-03-22 | | 0130W122A | Ecuador | | Transcritor |
| | Fiebre Amarilla | 1ª | 22-03-22 | | V3W21A | Ecuador | | Dennis Mafdell |
| | Neumococo | Refuerzo | 22-03-22 | | ASPNB142AR | Ecuador | | Donador = Aux Enfermeria. |
| | Influenza | Anual | | | | | | |
| | Hepatitis A | ÚNICA | 22-03-22 | | W1934 | Ecuador | | |
| 18 Meses | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1' Refuerzo | 17/02/2023 | Serum | 2850Y018D | HFID | | Eduard 18 |
| | Polio (Oral - IM) | 1' Refuerzo | 17/02/2023 | Biological | 21410 14 | HFID | | Eduard 18 |
| 5 Años | Polio (Oral - IM) | 2º Refuerzo | | | | | | |
| | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2º Refuerzo | | | | | | |
| | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | Refuerzo | 17/02/2023 | Serum | 0130W122A | HFID | | Eduard 18 |
| Niñas 9 Años o más | VPH | 1ª | | | | | cita 6 Años | |
| | VPH | 2ª | | | | | | |
| | VPH | 3ª | | | | | | |
| Vacunas complementarias y otras dosis | | | SR 21/06/23 | Serum | 0181W122 | HFID | | Falya V. |

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.**

13
21V

**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 La Dorada - Putumayo FECHA: DÍA 16 MES 04 AÑO 2025 HORA: 9:00 AM

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:**

NOMBRES Madelin Alejandra APELLIDOS Bone Narvaez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1126 144002

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 15 MES: 03 AÑO: 2025 / EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE EMSSANAR

**INFORMACIÓN PREVIA.** La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

**DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA** (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas) miedo a la reacción

| | |
|---|---|
| **¿CÓMO SE APLICA?** | Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides). |
| **VACUNA Y DOSIS** | Nombre de la vacuna a aplicar covid - 19<br>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:** 4 que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: _____

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

Nombres _____ Apellidos _____

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

Firma: _____

**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 _____

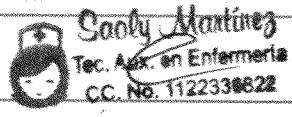
Firma del Rogado

_____ C.C. N°

_____ C.C. N°

Huella dactilar o plantar del Rogante

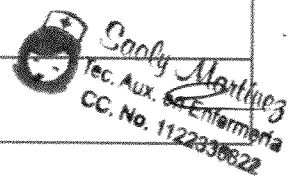
Nombres y apellidos del vacunador:




Firma




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

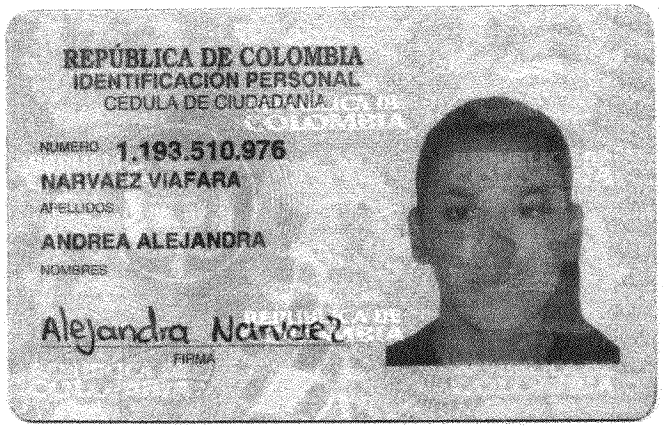



**DATOS DE LA INSTITUCIÓN**

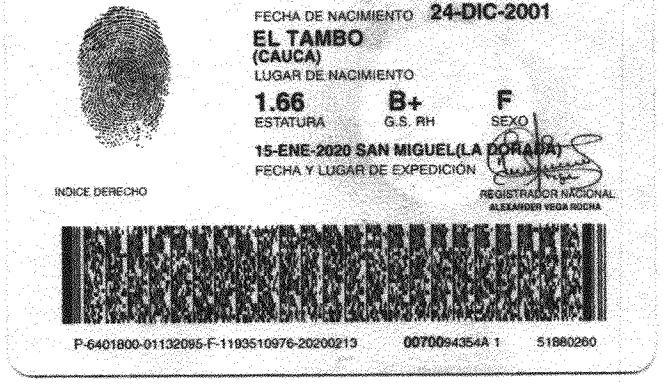
INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HPUD

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
CEDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.193.510.976
NARVAEZ VIAFARA
APELLIDOS
ANDREA ALEJANDRA
NOMBRES
Alejandra Narvaez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-2001
EL TAMBO
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO
15-ENE-2020 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
P-6401800-01132095-F-1193510976-20200213 0070094354A 1 51880260

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 34.318.599
VIAFARA MORALES
APELLIDOS
NURY ENIT
NOMBRES

Nuri Enit Viafara Morales
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-OCT-1979
EL TAMBO
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

24-NOV-2000 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-6401800-00253115-F-0034318599-20100830 0023573600A 1 30229301

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

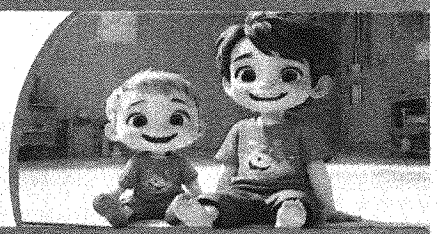
**Olga Lucia Cuasquer Posos**
**Gerente**

Dirección: B/ el Paraíso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

**CARNET RIAS** — **PRIMERA INFANCIA**

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

*Mi prioridad es tu salud...*



Nombres y Apellidos: Nadelin Alejandra Bone Narvaez

N°. de Identidad: 1126144002

EPS: Emssanar

Teléfono: 3228227096

Domicilio: VI Dias Peña

| | | 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 | | | | | | | | | | | | 26-3-2025 | |
| | | Atención en salud por Odontología | | | | | | | próximo control 15-marzo 2026 | | | | | | |
| | | Promoción y apoyo de la lactancia materna | | | | | | | | | | | | | |
| PROTECCIÓN ESPECIFICA | ODONTOLOGÍA | Aplicación de barniz de flúor | | | | | | | | | | | | 26-marzo 2025 | |
| | | Profilaxis y remoción de placa | | | | | | | | | | | | 29-9-2025 | |
| | | Aplicación de sellantes (Según Criterio) | | | | | | | | | | | | 29-03-2026 | |
| | > | Vacunación | | | | | | | | | | | | | |

Yuly Vanessa Correa Rodriguez
ENFERMERA PROFESIONAL
C.C. 1094929731

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
REG. 8600490-20421

Agudeza visual 20/20 normal 26-marzo 2025

Higiene oral 29 marzo 2026 próximo control

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Nury Enit Viafara Morales Identificado con C.C N° 34318599 en calidad de: padre o madre (Abuela), del niño o niña: Madelin Alejandra Bone o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mi mundo magico, 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 16 Días del mes de Abril del Año 2025.

NURY Viafara
**Madre o Acudiente**
**C.C** 34.318.599

| 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 Madelin Alejandra Bone Navarro, identificado (a) con documento de identidad número 1196149002 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, NURY ENIT VIAFARA MORALES, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 34.318.599, 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 E.T.C

**Suscriben:**

Firma: NURY Viafara
Nombre: Nury Enit Viafara Morales
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3115572440
Fecha: 16 – Abril – 2025
Municipio: San Miguel

## 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** Maddin Alejandra Bone Narvaez

**Fecha de nacimiento** Día 15 Mes 03 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 1126.144.002.

**Sexo** Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 16 Mes 04 Año 2025

**Primer Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Sandra Mera

**Fecha de registro cualitativo** Día 17 Mes 07 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**

Maddin le gusta realizar dibujos sobre el Papel, en ocaciones Propone a su grupo familiar actividades que le gustan algunas veces se le dificulta explicar las consecuencias que tiene Incumplir una norma.

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

**Segundo Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Sandra Mera.

**Fecha de registro cualitativo** Día 20 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**

Maddin es una niña que utiliza elementos como Pelotas, bastones, triciclo, controlando fuerza y direccion, en ocaciones explica de manera detallada el Porque realiza algo, aun se le dificulta acentar sugerencias de los demas en el juego

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

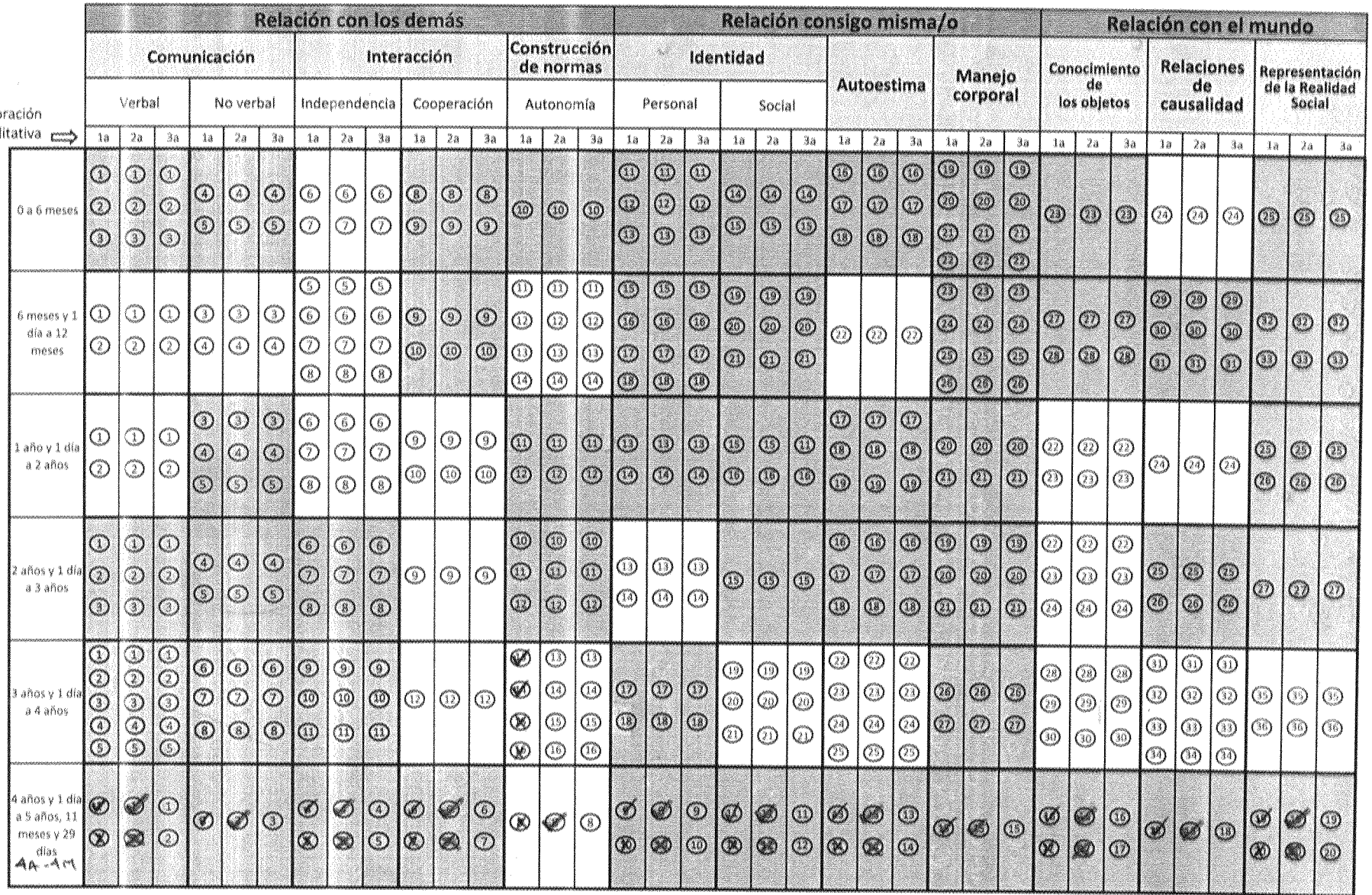
**Rango de edad** 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

**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)***

Madelin


Relación con los demás
Relación consigo misma/o
Relación con el mundo
Comunicación
Interacción
Construcción de normas
Identidad
Autoestima
Manejo corporal
Conocimiento de los objetos
Relaciones de causalidad
Representación de la Realidad Social
Verbal
No verbal
Independencia
Cooperación
Autonomía
Personal
Social
Valoración Cualitativa
1a 2a 3a
0 a 6 meses
6 meses y 1 día a 12 meses
1 año y 1 día a 2 años
2 años y 1 día a 3 años
3 años y 1 día a 4 años
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días
4A -4M
= Procesos y subprocesos fundamentales
= Procesos y subprocesos no fundamentales