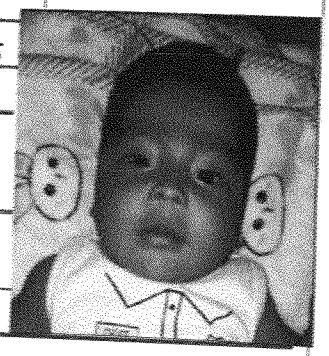
LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

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) ___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,

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:
Junior Enrique Nacequia Oosabia

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ **NUIP No.** 1139964347

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 21-01-2025 **EDAD:** 2 meses **MUNICIPIO:** San miguel

DEPARTAMENTO: Putomayo **PAIS:** Colombia **DIRECCION DE RESIDENCIA:** Vl Dios Peña **ESTRATO:** uno **¿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: Mallamas **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: ___ 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: Luis Enrique Nacequia Tunigama

No. IDENTIFICACION: 18147265 **DIRECCION RESIDENCIA:** Vl Dios Peña

CELULAR: 3223152183 **E.P.S:** Mallamas.

OCUPACION U OFICIO: agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A.

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Eliana Oosabia Nayasa

No. IDENTIFICACION: 1092410528 **DIRECCION RESIDENCIA:** Vl Dios Peña

CELULAR: 3223152183 **E.P.S:** Mallamas.

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa.

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Sandra Eliana Oosabia.

NUMERO IDENTIFICACION: 1092410528 **CELULAR:** 3223152183.

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

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE
Sandra Oosabia

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

38430858-8

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

63865433

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1139964347

Indicativo Serial 63865433

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador [x] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de [ ] Código D Q X

Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN MIGUEL (LA DORADA) SAN MIGUEL H.FONTERIZO LA DORADA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
NACEQUIA	DOSABIA

Nombre(s)

JUNIOR ENRIQUE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes ENE Día 21	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN MIGUEL (LA DORADA)

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	25014510024155

Datos de madre o padre (Para casos de parejas indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

DOSABIA NAYASA SANDRA ELIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1092910528	COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de parejas indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

NACEQUIA TANIGAMA LUIS ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 18147265	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

NACEQUIA TANIGAMA LUIS ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 18147265	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2025 Mes ENE Día 22	ROY EDISON CALLE QUIRAMA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	ROY EDISON CALLE QUIRAMA Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:TOMO 1; FOLIO 53;22/01/2025

NUMERO DE PREPARACIÓN 1181125?2

4

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 22/10/2025

Ficha: 86757674952700003034

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **JUNIOR ENRIQUE**

Apellidos: **NASEQUIA DOSABIA**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1139964347**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **25/11/2022**

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 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	1139964347
NOMBRES	JUNIOR ENRIQUE
APELLIDOS	NACEQUIA DOSABIA
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	21/01/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/22/2025 06:10:35	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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:
JUNIOR ENRRIQUE

Apellidos:
NACEQUIA DUSABIA

Fecha de nacimiento:
21 01 2025

Historia Clínica:
1139964347

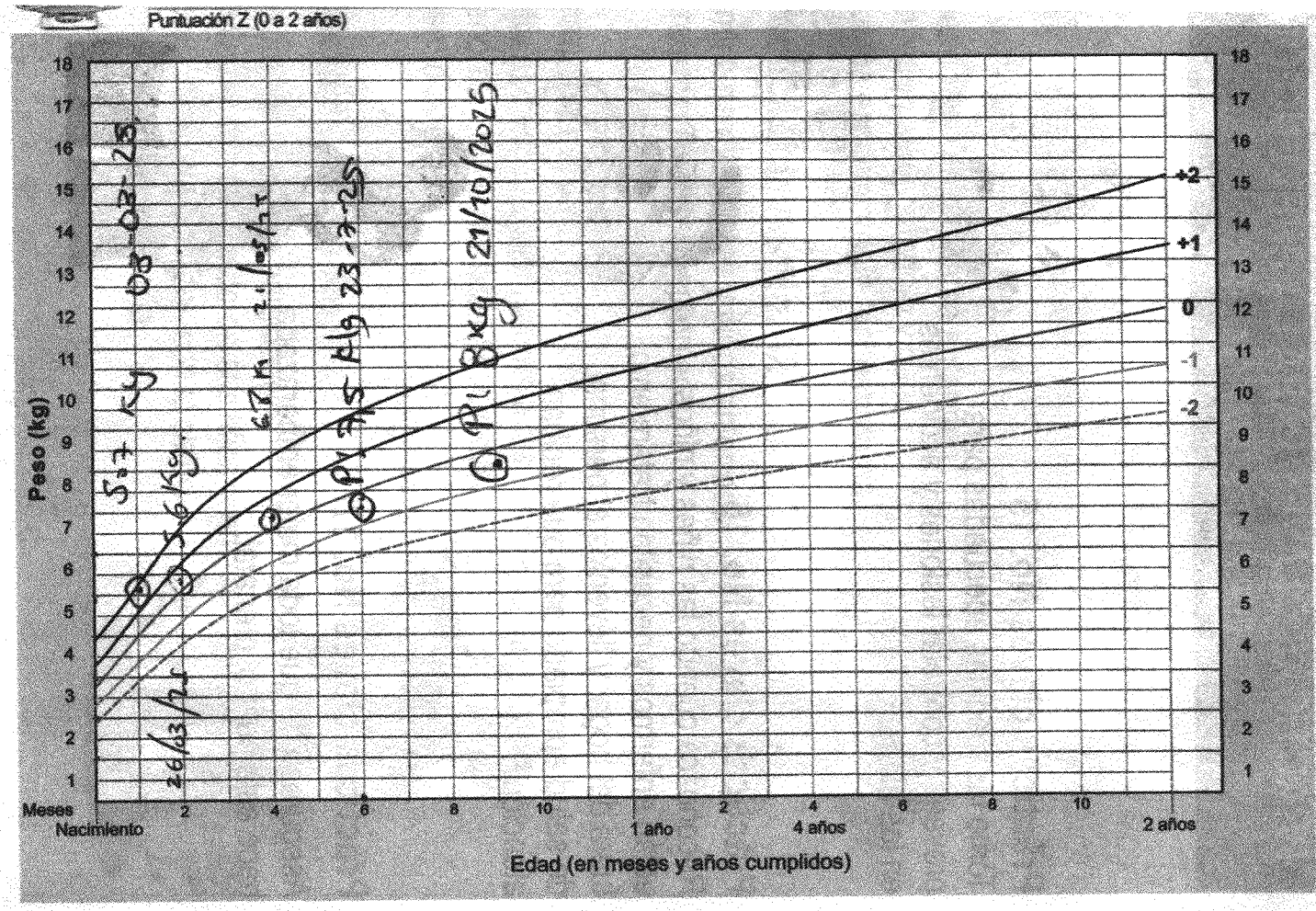
Barrio / Vereda:
V/ DIOS PEÑA

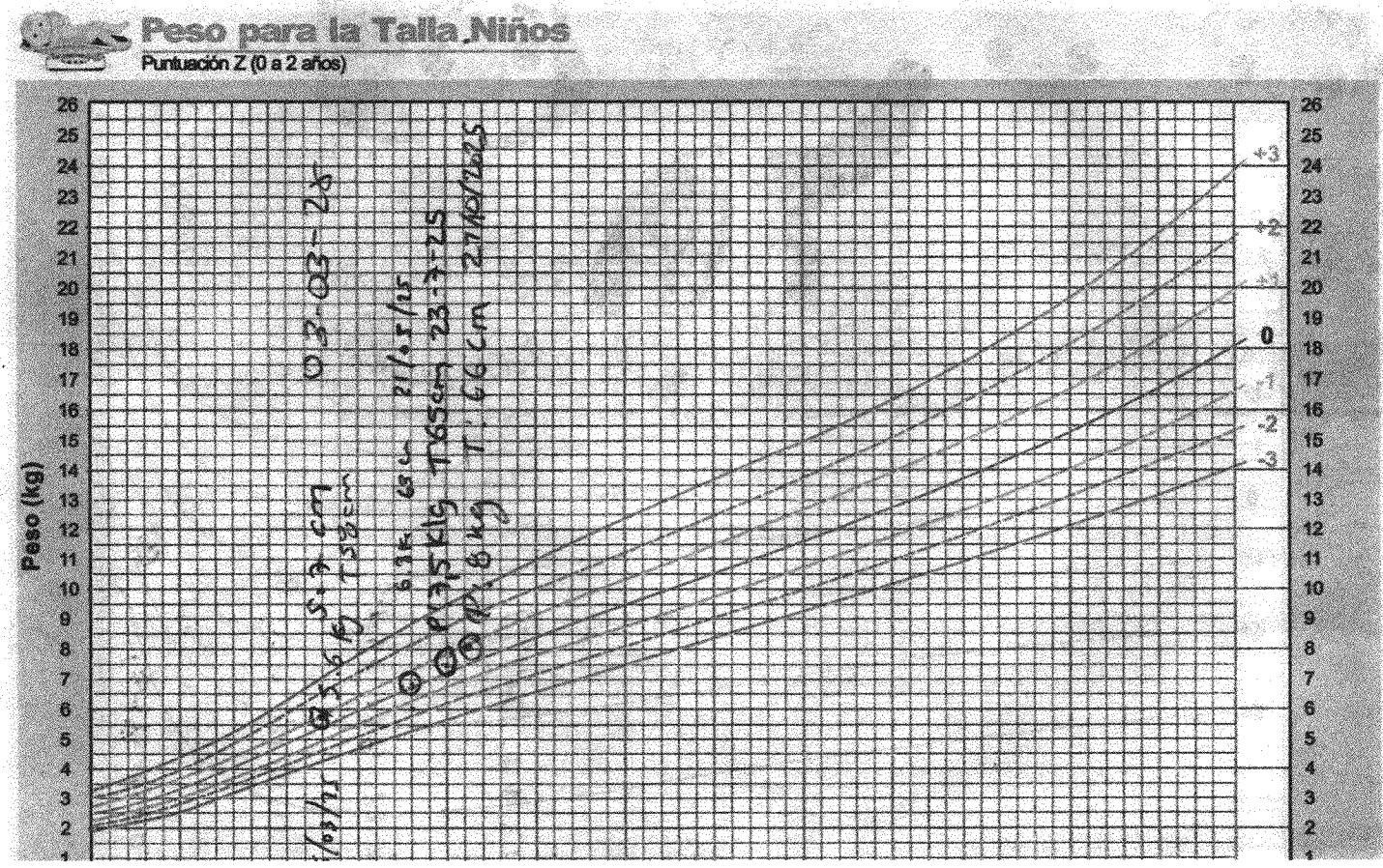
Responsable del niño (a):
SANDRA DUSABIA

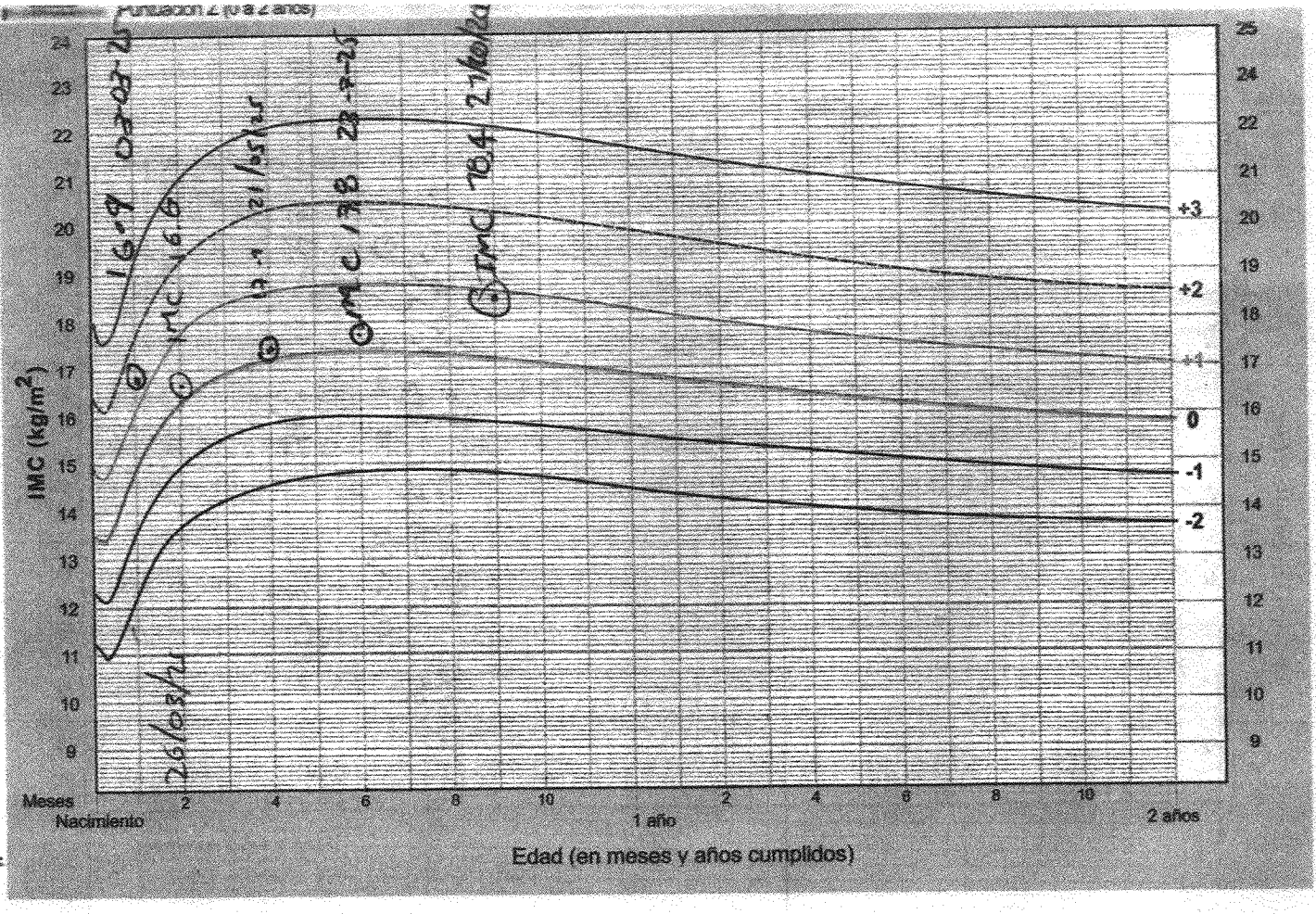
Teléfono:
3223152183

EPS:
MALLA. MS



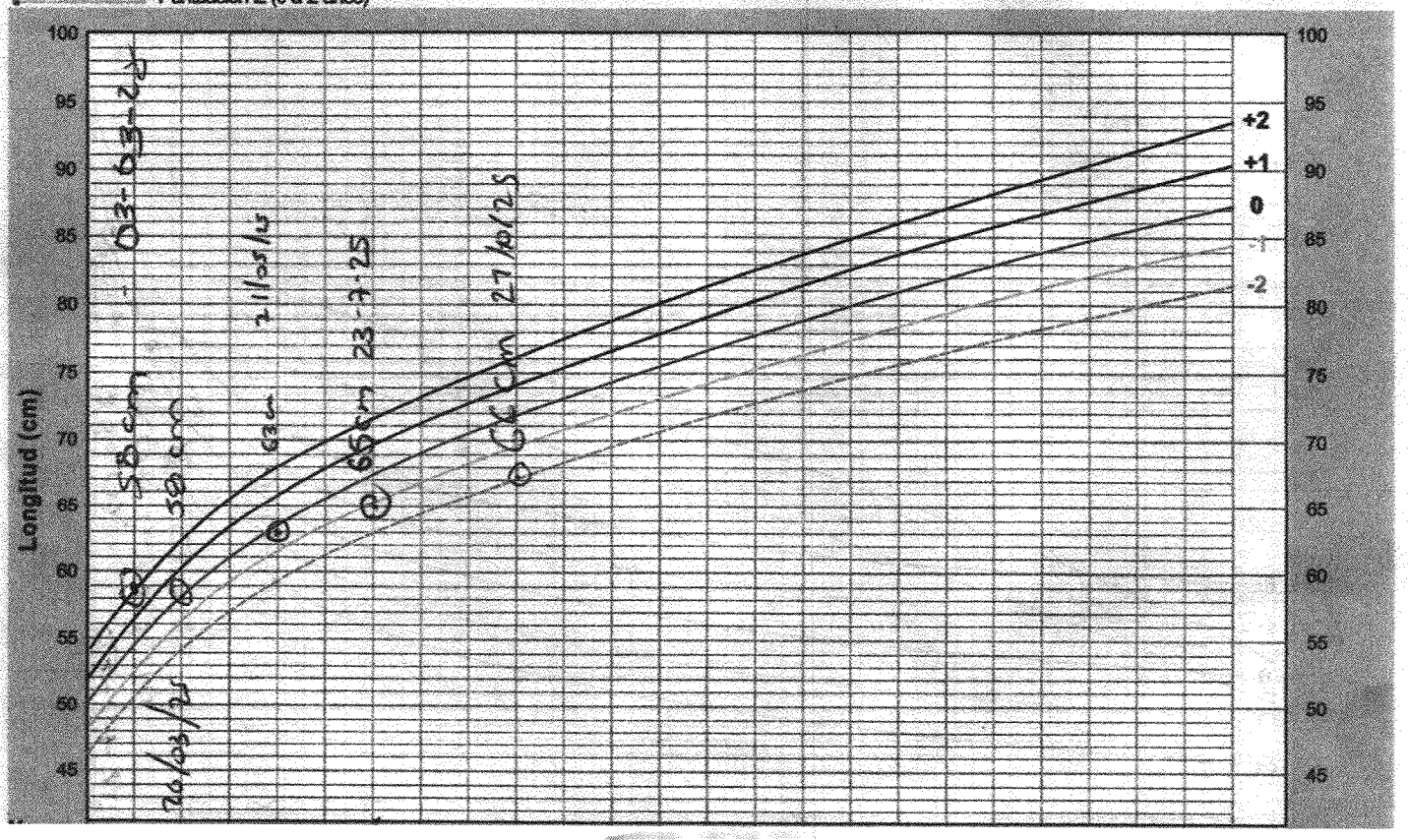

Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Meses
Nacimiento
1 año
4 años
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-1
-2


Peso para la Talla Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
+3
+2
+1
0
-1
-2
-3



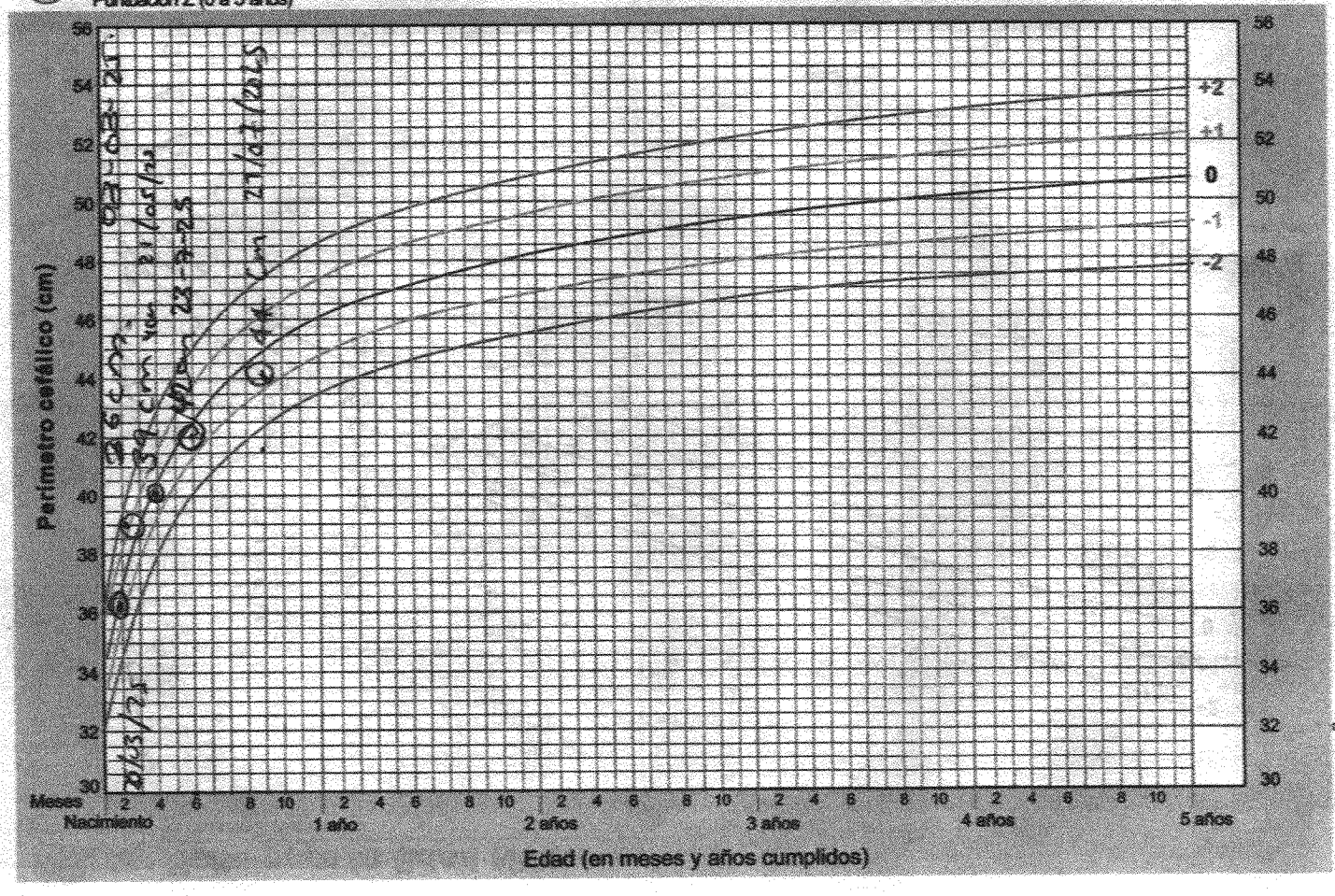
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Perímetro cefálico Niños

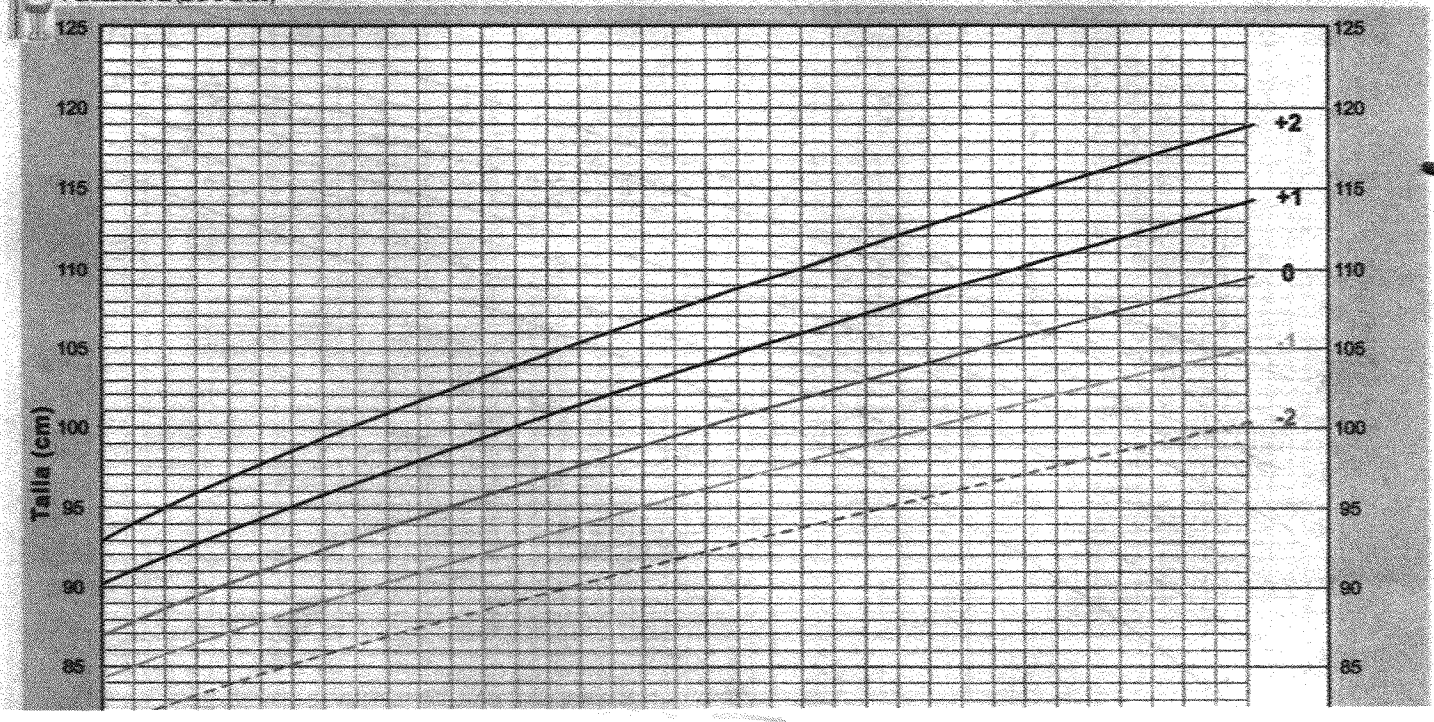
Puntuación Z (0 a 5 años)



(24)

Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



(25)

8
RIV

CITAS PROGRAMADAS

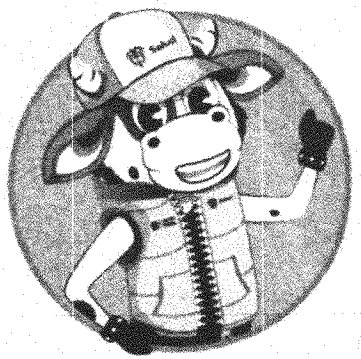
DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
03	03	2025	Med	✓	
26	03	2025	Enf	Si ✓	P. Adan
21	05	2025	Med	Si ✓	Melina
21	08	2025	Enf		
23	Julio	2025	Enfermería	Si	Milena C.
21	octubre	2025	Enfer.	~~Si~~	Dantzu Morales
27	Enero	2026	Medico		

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
03-03-25	5.7	58	36	16	16.9	21-03-25	
26/03/25	5.6	58	39	15	16.6	21/05/25	
21/05/25	6.9	63	40	14	17.1	21/08/25	
23-7-25	7,5	65	42	14	17.8	21-10-2025	
27-10-25	8	66	44	14	18.4	21-01-2026	

Vacunar oportunamente a los niños y niñas con todas las dosis, **disminuye el riesgo** de padecer enfermedades.

Protégelos contra:

Tuberculosis meningea (BCG). **H**epatitis B. **P**oliomielitis (VIP). **M**eningitis y otras enfermedades causadas por **H**aemophilus *Influenzae* tipo b. **D**ifteria. **T**osferina. **T**étanos (Pentavalente). diarrea por **R**otavirus; neumonía, otitis, meningitis bacteriemia causada por **N**eumococo. enfermedad respiratoria causada por el virus de la **I**nfluenza. **S**arampión. **R**ubéola. **P**arotiditis (Triple Viral). **V**aricela. **H**epatitis A. **F**iebre Amarilla. **C**áncer causado por **V**irus de **P**apiloma **H**umano (VPH) y **C**ovid-19.



Las vacunas son seguras y salvan vidas

¡Ponte al Día!

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

ATENCIONES DEFINIDAS MEDIANTE RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018 PARA LA PRIMERA INFANCIA

Seguimiento al Recién Nacido				D	M	A
TSH neonatal	Normal		Alterado			
Auditiva OEA/PEAA	Normal		Alterado			
Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado			
Visual	Normal		Alterado			
Atención en salud para la promoción y apoyo a la lactancia materna						
Seguimiento a la atención en salud para la promoción y apoyo a la lactancia materna						

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

Edad	Fecha	Valoración Nutricional				Valoración del Desarrollo												Profesional que atendió perfil
		Peso	Talla	PC	Punt. Z	Motor Grueso			Motor Fino			Audición y Lenguaje			Personal Social			
						A	R	SP	A	R	SP	A	R	SP	A	R	SP	
3 a 5 días																		
Al mes																		
2 a 3 m.																		
4 a 5 m.																		
6 a 8 m.																		
9 a 11 m.																		
12 a 17 m.																		
18 a 23 m.																		
24 a 29 m.																		
30 a 35 m.																		
3 años																		
4 años																		
5 años																		

A: Desarrollo adecuado para la edad. R: Riesgo de problema en el desarrollo. SP: Sospecha de problema en el desarrollo

Atención en Salud Bucal							
A partir de los 6 meses				Un año			
Dos años				Tres años			
Cuatro años				Cinco años			

Valoración de la Salud Visual - Agudeza Visual							
Tres años				Menor o igual a 20 normal			
Cuatro años				Menor o igual a 20 normal			
Cinco años				Menor o igual a 20 normal			

Suplementación con hierro (Menores de 6 meses con riesgo)			
1 mes			
2 a 3 meses			
4 a 6 meses			

Fortificación casera con micronutrientes en polvo 6 a 23 meses			
6 a 8 meses			
12 a 17 meses			
18 a 23 meses			

Suplementación con micronutrientes (Hierro y Vitamina A)							
2 años							
3 años							
4 años							
5 años							

Desparasitación				
1 año				
2 años				
3 años				
4 años				
5 años				

Tamizaje para Anemia - Hemoglobina (Según criterios de riesgo)					
			Resultado		

Educación para la Salud en la Primera Infancia			
Edad	Fecha	Tema	Observaciones

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

LAS VACUNAS SON SEGURAS Y SALVAN VIDAS ¡PONTE AL DÍA!

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Junior Enrique Macefura Dosabio

Tipo de Documento: CC TI OTRO — No. de Documento: 1139964347

Fecha de Nacimiento: 21 (Día) Enero (MES) 2025 (AÑO)

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: O + Rh:

Peso al nacer: 3210 kg. Talla: 47 cm

Dirección: Dios Peña

Teléfono 1: 3227153120

Teléfono 2: Sandra Liliana Dasabia CC 1092910528

Responsable:

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

Nombres y Apellidos: Senior Enrique Nacequia Dosabia Tipo de Indentificación: Registro Civil No. ID: 31139864 347

Edad	Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
						Lactancia materna exclusiva Si / No						
Recién Nacido	BCG	Única	27	Enero	2025	Serum	C37440A047	HFID				Jennifer
	Hepatitis B	Recién nacido	27	Enero	2025	Serum	0323Q014B	HFID				
						Lactancia materna exclusiva Si / No						
2 meses	Poliomielitis	1ª	26	Marzo	2025	Biologicals	2328006					Kelly Jimenez
	*Pentavalente	1ª	26	Marzo	2025	Serum	28 53 X020 C.					
	Rotavirus	1ª	26	Marzo	2025	Serum	AROLE02449					
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	26	Marzo	2025	Pfizer	HJ 5277.					
						Lactancia materna exclusiva Si / No						
4 meses	Poliomielitis	2ª	3	Junio	2025	Biologicals	2406007	PS Afiliador				(Firma) Nombre (Cargo) Inst. Enferm. C.C 52445513
	Pentavalente	2ª	3	Junio	2025	Serum	28 53 X020 C.	PS Afiliador				
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	3	Junio	2025	Pfizer.	HJ 5277.	PS Afiliador				
	Rotavirus	2ª	3	Junio	2025	ESK.	AROLE 52 77.	PS Afiliador				
			/	/	/	/	/					
						Lactancia materna exclusiva Si / No						
6 meses	Poliomielitis	3ª	28	Julio	2025	Biologicals	2406002.	PS Afiliador	Cita: 28 Agosto 2025			
	Pentavalente	3ª	28	Julio	2025	Serum	28 53 X021 C.	PS Afiliador				
	Influenza estacional	1ª	28	Julio	2025	Sinovac	P100792794	PS Afiliador.				(Firma) Nombre (Cargo) Inst. Enferm. C.C 52445513
			/	/	/	/	/	/				
7 meses	Influenza estacional	2ª	2	Sept	25	Sinovac	P100792794	PS Afiliador				
12 meses	Sarampión, Rubéola, Paperas	1ª										
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo										
	Varicela	1ª										
	Hepatitis A	Única										
	**Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis	1er Refuerzo										
	Pentavalente	1er Refuerzo										
	Sarampión, Rubéola, Paperas	Refuerzo										
	***Fiebre Amarilla	Única										
5 años	Poliomielitis	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
A partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH) Tetra ☐ Nona ☐											
Sin rango de edad	Covid-19											
Vacunas y otras dosis												

*Difteria-Tétanos-Tosferina-Hepatitis B-Haemophilus influenzae tipo b **De acuerdo al antecedente de primovacunación ***A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos

3

10

REPÚBLICA DE COLOMBIA



DOSABIA NAYASA

NUIP 1.092.910.528

SANDRA ELIANA

COL 1.43 F

13 MAR 2005 O+

MISTRATO (RISARALDA)

10 ABR 2023 SAN MIGUELILLA DORADA)

SANDRA

13 ABR 2033

019317722

IDCOLD19517722464018<<<<<<<<<<<
0503132F3304134COL1092910528<6
DOSABIA<NAYASA<<SANDRA<ELIANA<

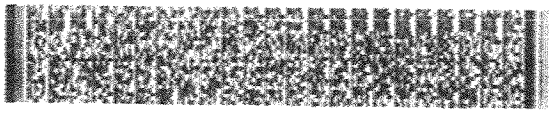
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 18.147.265
NACEQUIA TANIGAMA
APELLIDOS
LUIS ENRIQUE
NOMBRES
Enrique
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 07-MAY-1975
ORITO
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
07-NOV-2001 ORITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500100-00442744-M-0018118001-20010920 0044274402A 2 38453785

12
2 IV

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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

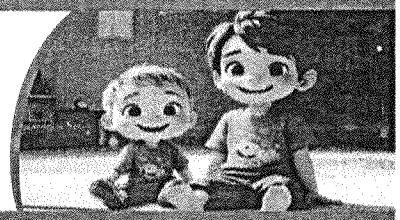
Dirección: B/ el Paraíso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Junior Enrique Nacequia D.

Doc. de Identidad: 1139964347

EPS: Mallamas

Teléfono: 3223152183

Domicilio: Cll Dios 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					23-07-25								
		Atención en salud por enfermería					23-07-25								
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor													
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

Yohana Daniela Perez
ODONTOLOGA
TP 032736

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Sandra Eliana Naranjo Identificado con C.C N° 1.092.910.528 en calidad de: padre o madre (Madre.), del niño o niña: Junior Enrique Naranjo 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 1, 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.

SANDRA

Madre o Acudiente
C.C 1092910598

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 Junior Enrique Naranjo Posabia, 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Sandra Eliana Posabia Nayusa., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.092.910.518, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por Fundacion Alma de vida., en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa E.I.C.

Suscriben:

Firma: SANDRA
Nombre: Sandra Eliana Posabia
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3223159183
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 Junior Enrrigue Nacequia Docabia

Fecha de nacimiento 21 01 2025 **Nº Documento de Identidad** 1.139.964.347

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Sandra Mera

Fecha de registro cualitativo Día 17 Mes 01 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
Junior Enrrigue mira con atencion cuando una persona le habla, emite sonidos para comunicarse, responde a los diferentes estimulos que se realizan, aun no agarra los diferentes objetos con ambas manos ni responde a los balbuceos, se refuerzan estas actividades en las planeaciones.

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
Junior asocia palabras con personas u objetos, juega al toma y dame. buscando la respuesta de otras personas ya relaciona ante la aproximacion de una persona desconocida aun se le dificulta decir palabras de dos silabas igualo ante un objeto o una persona y ayuda a sostener la taza para beber

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)***

Junior

Valoración Cualitativa ⇨	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																				
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses 5M																																							
6 meses y 1 día a 12 meses 8M																																							
1 año y 1 día a 2 años																																							
2 años y 1 día a 3 años																																							
3 años y 1 día a 4 años																																							
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días																																							

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales