Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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: N. Mundo Magico 1 **MUNICIPIO:** San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Hailyn Xolany Cunda Izurieta

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1.126.144.698

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 15-11-2023 **EDAD:** 1 AÑO **MUNICIPIO:** _____

DEPARTAMENTO: _____ **PAIS:** Ecuador **DIRECCION DE RESIDENCIA:** _____ **ESTRATO:** _____ **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: _____ NO: _____ **¿CUAL?:** _____ **MOTIVO DEL RETIRO:** _____

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: B1 **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: Andres Felipe Cunda Ponton

No. IDENTIFICACION: 1.059.065.706 **DIRECCION RESIDENCIA:** Vl Dios Peña

CELULAR: _____ **E.P.S:** A.I.C.

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jenny erlania Izurieta Garzon

No. IDENTIFICACION: 1.126.138.902 **DIRECCION RESIDENCIA:** Vl Dios Peña

CELULAR: 3217456125 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Estudiante

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Jenny Erlania Izurieta

NUMERO IDENTIFICACION: 1.126.138 902 **CELULAR:** 3217456125

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

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Yenni Izurieta

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1126144698

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **64355055**

64355055

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CUNDA	IZURIETA

Nombre(s)
HAILYN XOLANY

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes NOV Día 15	FEMENINO	O	+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
ECUADOR , SUCUMBIOS , LAGO AGRIO -NUEVA LOJA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	nui-2150801633

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

Apellidos y nombres completos
CUNDA PONTON ANDRES FELIPE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1059065206	COLOMBIANA

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

Apellidos y nombres completos
IZURIETA GARZON JENNY ERLANIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1126138902	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
IZURIETA GARZON JENNY ERLANIA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1126138902	

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 2024 Mes MAY Día 14	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
ANDRES FELIPE CUNDA PONTON andres cunda Firma	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Nombre y firma

9

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: **22/10/2025**

Ficha: **86757021477900000051**

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **HAILYN XOLANY**

Apellidos: **CUNDA IZURIETA**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1126144698**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **12/05/2018**

Última actualización ciudadano: **28/05/2024**

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**

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	1126144698
NOMBRES	HAILYN XOLANY
APELLIDOS	CUNDA IZURIETA
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	06/06/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/22/2025 06:37:33	**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.

6
eIV

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:

HAILYN XOCANY

Apellidos:

CUNDA IZURIETA

Fecha de nacimiento:

15 11 2023

Historia Clínica:

1126144698

Barrio / Vereda:

U / DIOS PEÑA

Responsable del niño (a):

YENNY IZURIETA

Teléfono:

3214756125

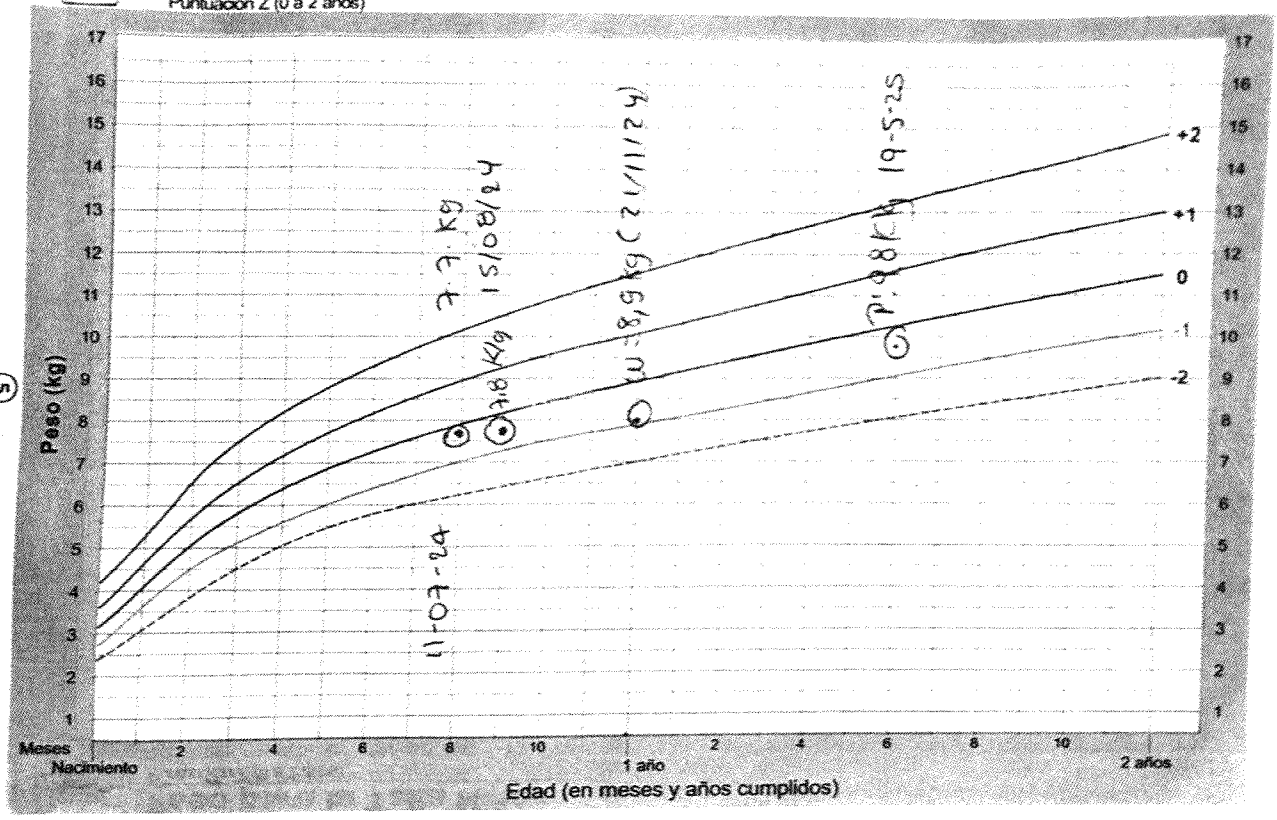
EPS:

EMSSANAR



Peso para la Edad Niñas

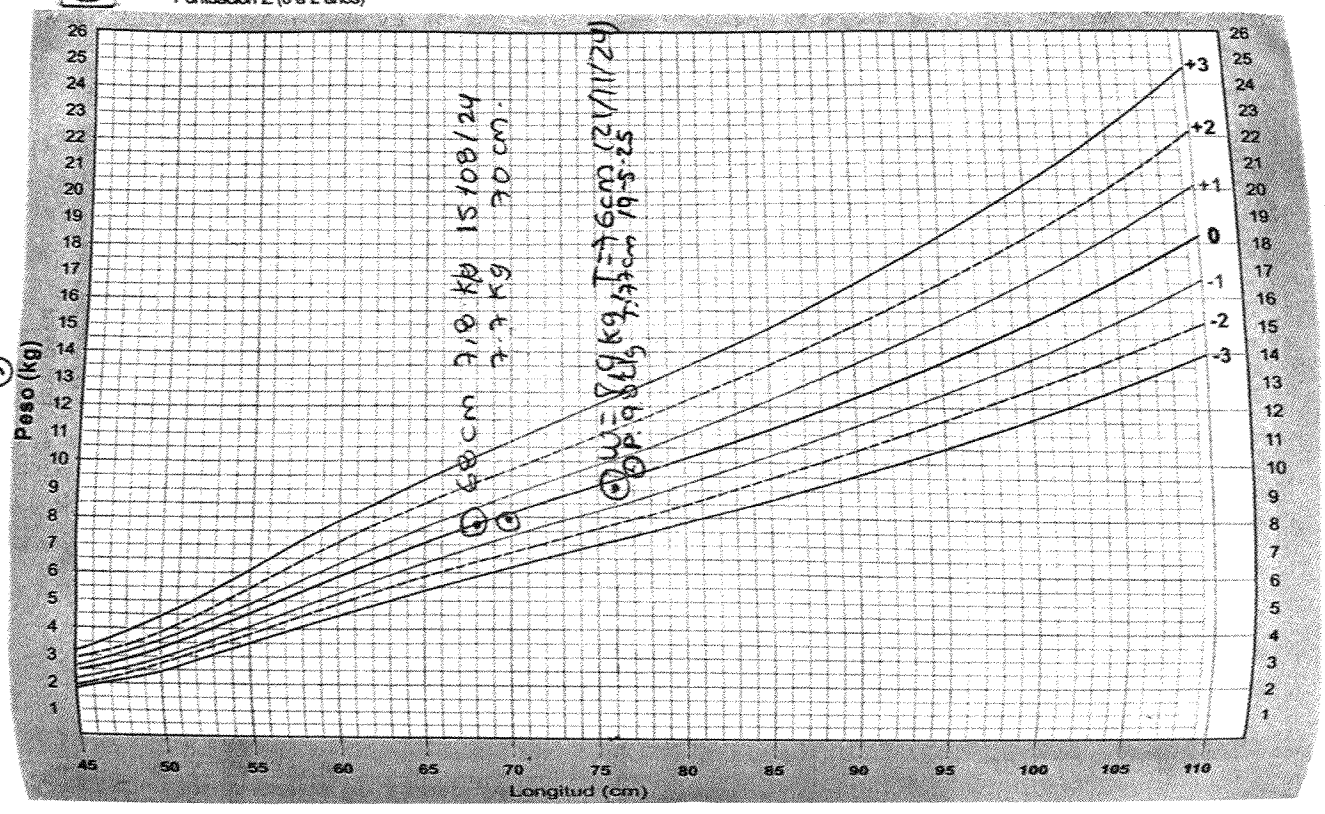
Puntuación Z (0 a 2 años)



⑤

Peso para la Talla Niñas

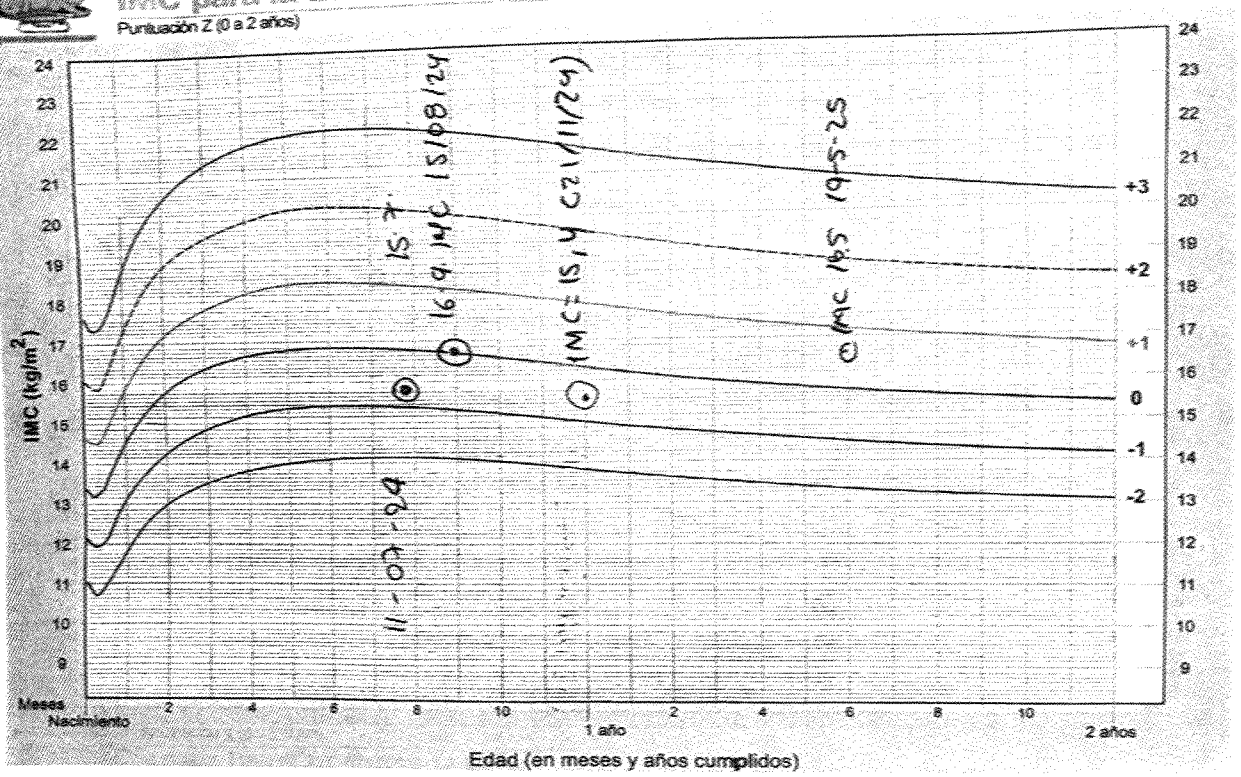
Puntuación Z (0 a 2 años)



⑥

IMC para la Edad Niñas

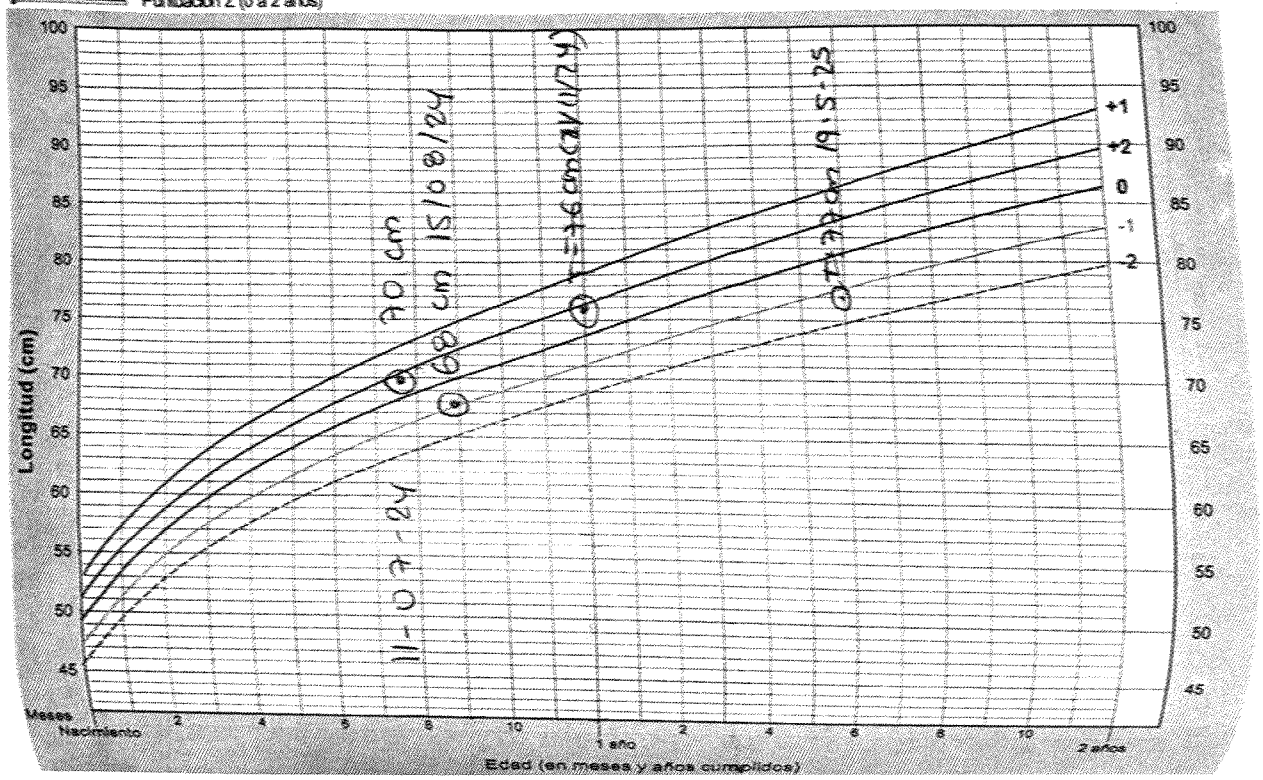
Puntuación Z (0 a 2 años)



⑦

Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



⑧

Perímetro cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)

⑥

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
21	11	2024	1Med	Orquídea Chilena C...	
15	05	2025	Enf.	SIV/Mi Enfermera	
-15	AGO	2025		0993374168	

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: HAIDY YOHANA

CUNDA 12001671A

Tipo de Documento: X — No. de Documento: 1126.144.648

Fecha de Nacimiento: 15 / 11 / 2013

Sexo: FEMENINO

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: Talla:

Dirección: U DIOS PECA

Teléfono 1:

Teléfono 2: U

Responsable: YENNY IZQUIETA

Municipio de residencia: SAMACA

Departamento: BOYACA

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha Día	Fecha Mes	Fecha /	Valoración Nutricional Peso	Valoración Nutricional Talla	Puntuación Z	Atención en salud por
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega
2.ª entrega
3.ª entrega

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años

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

Resultado Tamizaje Neonatal				
SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO				
TSH neonatal	Normal		Alterado	
Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado	
Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado	
Visual	Normal		Alterado	
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA				

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega
2.ª entrega
3.ª entrega
4.ª entrega
5.ª entrega

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años
4 años
5 años

*Menor o igual a 20 normal

Vacunar Oportunamente con todas las dosis a tus hijos, **Garantiza la Protección** frente a enfermedades como:

Tuberculosis meningea, **H**epatitis **B**, **P**oliomielitis, **M**eningitis y otras enfermedades causadas por *Haemophilus influenzae* tipo B, **D**ifteria, **T**osferina, **T**étanos, **D**iarrea por rotavirus, **N**eumonia, **O**titis, **M**eningitis bacteriemia causada por Neumococo, **E**nfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, **S**arampión, **R**ubéola, **P**arotiditis, Varicela, Hepatitis A, Fiebre Amarilla y Virus del Papiloma Humano.

Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

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

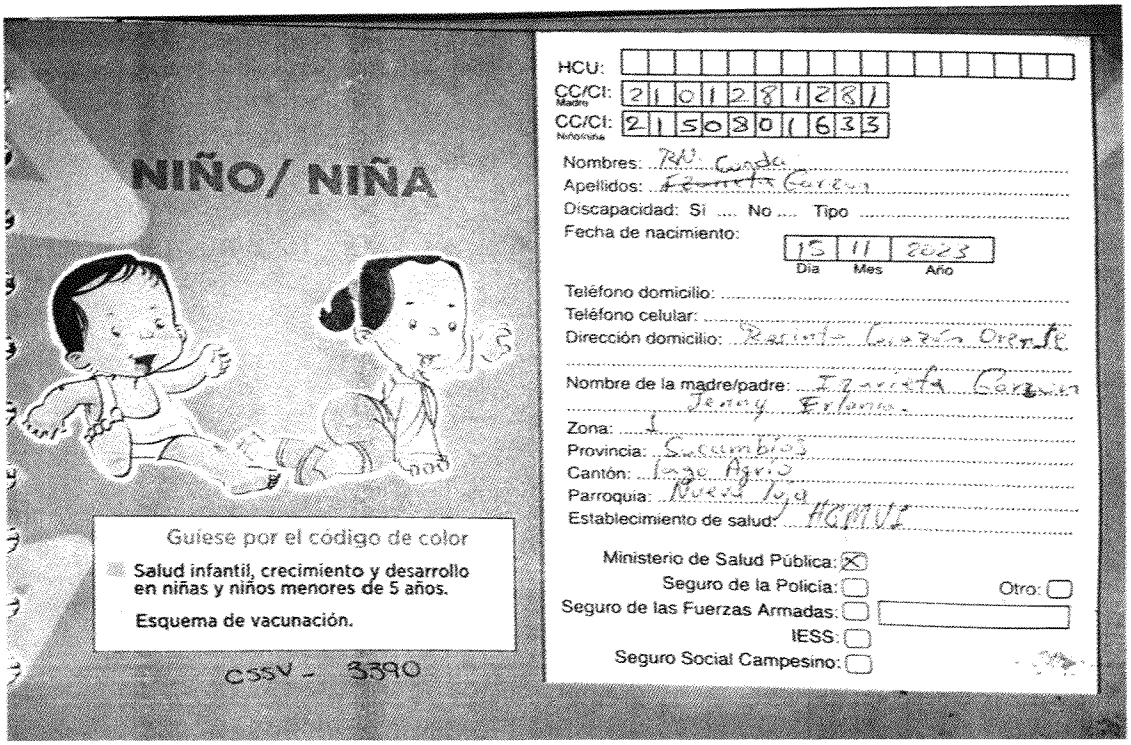
Nombres y Apellidos: _____ Tipo de Indentificación _____ No. ID: _____

Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadera	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién Nacido	Única Recién nacido				Lactancia materna exclusiva	SI NO					
2 meses	1ª	16	01	24	Biological	2 2 3 3 0 0 5 A					
	1ª	16	01	24	Serum	2 E 5 1 4 0 3 3 C					
	1ª	16	01	24	Serum	2 E 5 1 4 0 3 3 C					
	1ª	16	01	24	Serum	2 E 5 1 4 0 3 3 C					
	1ª	16	01	24	GSK	A 2 2 1 0 4 0 8 A	HFHD				Karen Jimenez
	1ª	16	01	24	Pfizer	F 4 A A 2 5					
4 meses	2ª	01	04	2024	Biological	Lactancia materna exclusiva SI NO 2 2 2 9 0 0 2					
	2ª	01	04	2024	Serum	2 2 0 1 0 3 8 2 3 B					
	2ª	01	04	2024	Serum	2 2 0 1 0 3 8 2 3 B					
	2ª	01	04	2024	Serum	2 2 0 1 0 3 8 2 3 B					
	2ª	01	04	2024	GSK	A 2 0 1 0 0 E 6 A	CSSV				Leda V.
	2ª	01	04	2024	Pfizer	A S P N B 3 5 6 AA					
6 meses	3ª	08	05	2024	Biological	Lactancia materna exclusiva SI NO 1 B 0 2 P 1 3 5					
	3ª	08	05	2024	Serum	2 2 0 1 0 5 3 2 2 B					
	3ª	08	05	2024	Serum	2 2 0 1 0 5 3 2 2 B					
	3ª	08	05	2024	Serum	2 2 0 1 0 5 3 2 2 B	CSSV				Leda V.
	1ª	10	Mayo	2025	Manufactur.	V 1 0 0 7 9 2 7 94					(Matrona Maria Camargo TEC. SUA. ENFERMERIA C.C 52045
7 meses	2ª	10	06	25	Jaquin	P 1 U U 1 9 2 1 1 4	H1N1				
12 meses	1ª	21	11	24	Serum	0 1 3 L N 0 1 A B 2 5	Pfizer				
	Refuerzo	21	11	24	Pfizer	6 X 1 9 1 2					
	1ª	21	11	24	Merck	X U 2 1 1 6	HFHD				
	1ª	21	11	24	MSD	2 C 2 2 0 30 4 0					
18 meses	Ref. Refuerzo	19	03	25	Biological	2 4 0 6 0 0 1	HFHD				Karen
	Ref. Refuerzo	19	03	25	Serum	2 8 5 3 X 0 2 0 C	HFHD				Karen
	1ª	21	11	24	Pfizer	2 3 1 V F C U 0 5	HFHD				Yuliza A.
	1ª	19	03	25	Serum	0 1 5 2 N 0 1 A R	HFHD				Karen
5 años	Ref. Refuerzo										
	Ref. Refuerzo										
	Refuerzo										
9 años	1ª										
	2ª										
	3ª										
	Ref. Refuerzo										
	Ref. Refuerzo										

Vacunas

*De acuerdo a priorizaciones de vacunación **A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

Cita 5 años



HCU:

CC/CI Madre: 2 1 0 1 2 8 1 2 8 1

CC/CI Niño/niña: 2 1 5 0 3 0 1 6 3 3

Nombres: RN Cuda

Apellidos: Ramirez Carrera

Discapacidad: Si .... No .... Tipo ....

Fecha de nacimiento: 15 (Día) 11 (Mes) 2023 (Año)

Teléfono domicilio: ....

Teléfono celular: ....

Dirección domicilio: Rancho Grande Oriente

Nombre de la madre/padre: Ramirez Carrera Jenny Estefania

Zona: 1

Provincia: Sucumbíos

Cantón: Lago Agrio

Parroquia: Nueva Loja

Establecimiento de salud: HGNUL

Ministerio de Salud Pública: X

Seguro de la Policía: ☐ Otro: ☐

Seguro de las Fuerzas Armadas: ☐

IESS: ☐

Seguro Social Campesino: ☐

Registro de vacunación

Niños y niñas menores de 1 año

Tipo de vacuna	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
*BCG (Meningitis)	Dosis única	Dentro de las 24 horas	16	11	23	15h	0372HHK70	Leda.	H.H.U.J
HB cero (Hepatitis B)	1ª dosis	Dentro de las 24 horas	16	11	23	15h	UFA2011	Sanchez	H.H.U.J
**Rotavirus (Diarrea)	1ª dosis	2 meses	16	01	24	2m	AROLD493AC	Jeniffer	HFLD
	2ª dosis	4 meses	1	04	24	4m	AROLD066A	Leda. VP	CSGF
***Pentavalente (Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis, Neumonia)	1ª dosis	2 meses	16	01	24	2m	28514033D	Jeniffer	HFLD
	2ª dosis	4 meses	1	04	24	4m	2201083923B	Leda. VP	C.S.G.F
	3ª dosis	6 meses	08	05	24	6m	2201053322B	Leda EV	CSJV
****IPV (Poliomielitis)	1ª dosis	2 meses	16	01	24	2m	9233005A	Jeniffer	HFLD
	2ª dosis	4 meses	01	04	24	4m	2224002	Leda. VP	C.S.G.F
bOPV (Poliomielitis)	3ª dosis	6 meses	08	05	24	6m	1802P135	Leda EV	CSJV
Neumococo conjugada (Neumonía, Meningitis, Otitis)	1ª dosis	2 meses	16	01	24	2m	F49925	Jeniffer	HFLD.
	2ª dosis	4 meses	01	04	24	4m	ASPNB356AA	Leda. VP	CS.G.F
	3ª dosis	6 meses	08	05	24	6m	ASPNB356AA	Leda EV	CSJV

10
QIV

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 Hailyn Xolany APELLIDOS Cunda Izurieta

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 7726144698

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 15 MES: 11 AÑO: 2023 EDAD: 1 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 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: Jenny Jacinto

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 _____

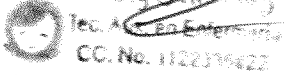
Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

_____
C.C. N°

_____
C.C. N°

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): IHFU

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

NÚMERO 1.126.138.902
IZURIETA GARZON
APELLIDOS
JENNY ERLANIA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-MAR-2000
SUCUMBIOS-NUEVA LOJA
ECUADOR
LUGAR DE NACIMIENTO

1.47 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

03-ABR-2018 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6401800-01003086-F-1126138902-20180507 0061059822A 1 49224994

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.059.065.206
CUNDA PONTON

APELLIDOS

ANDRES FELIPE

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 08-JUN-1993
MIRANDA
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

21-FEB-2012 MIRANDA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



I 1104900-0039947-M 1059065206-20120405 0028840259A 1 36500224

Powered by CamScanner

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

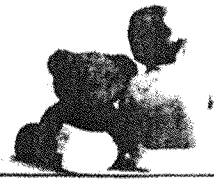
Gobernación PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Hailyn Xolainy Cunda

Doc. de identidad: 1126144698 EPS: Emssanar

Teléfono: 3214756125 Domicilio: 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	9-11 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				2-11-24			25.						
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud bucal por odontología							5						
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna							0						
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor							X 2-11-24						
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana							X 06-12-24						
		Aplicación de sellantes (según criterio)							10						
	V	Vacunación													

Yenny Cristina Ortiz Higienista Oral 1006

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Jenny Erlanica Izurieta Identificado con C.C N° 1.126.138.902. en calidad de: padre o madre (Madre), del niño o niña: Hailyn Xolany Cunda Izurieta 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.

Jenny Izurieta
Madre o Acudiente
C.C 1126138902

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 Hailyn Xolany Conda Izurieta, identificado (a) con documento de identidad número 1.116.194698, 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, Jenny Erlania Izurieta Garzon, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.116.138.402., 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: Jenny Izurieta
Nombre: Jenny Izurieta
Calidad - Titular: X Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3214756125
Fecha: 16-04-2025
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 Hallyn xolany Cundd Izurieta

Fecha de nacimiento 15 11 2023 **N° Documento de Identidad** 1.126.144.648.

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 11 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

Hallyn usa Palabras Para Comunicar como se siente, le gusta caminar Por si sola Por los diferentes lugares. en ocaciones se le dificulta compartir juegos y juguetes con otros niños.

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

hallyn le gusta escuchar cuentos y cantar canciones, se expresa de diversas maneras en el juego comienza a usar la cuchara Para comer Por si sola y le gusta estar con otros niños

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

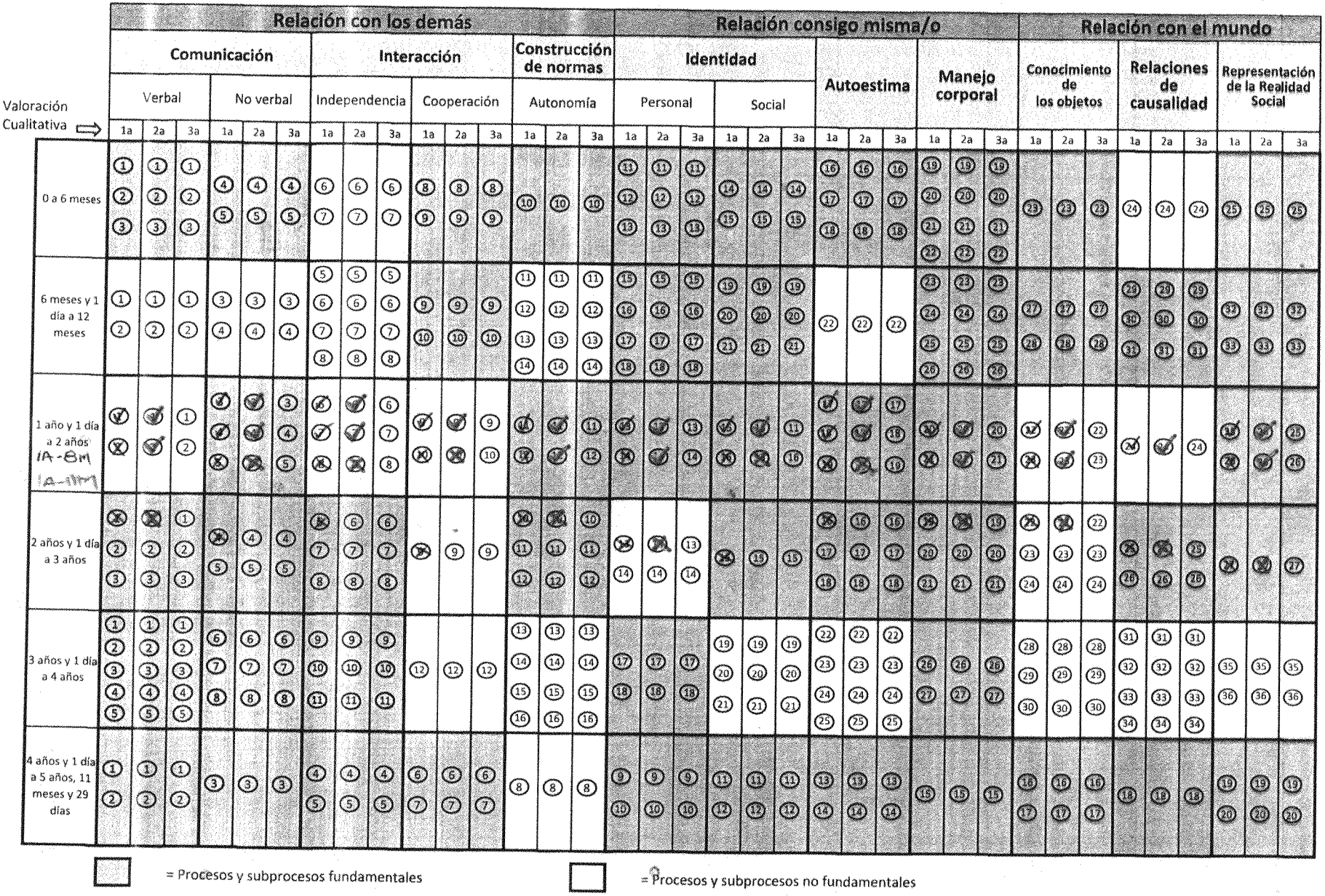
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

Color de registro valoración cualitativa ☐ **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

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



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL