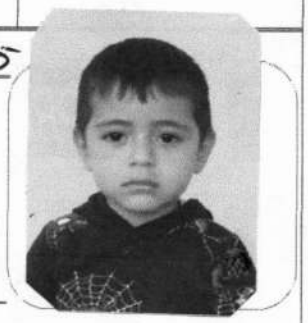
Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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,

PUBLICA

	FUNDACION ALMA DE VIDA	Código: FO-GG-012
	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 25/03 /2025



FECHA SOLICITUD CUPO: 03/07/2025 FECHA INGRESO: 03/07/2025
UDS: Mi Mundo Magico 1 MUNICIPIO: San miguel.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Dylan Fernando Rodriguez Penagos.
TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ NUIP No. 1122344104
¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A
FECHA NACIMIENTO: 30-04-2022 EDAD: 2AÑOS. MUNICIPIO: San Miguel.
DEPARTAMENTO: Putumayo 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: ____
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: ____
PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: ___ NO: X CUAL: N/A.
PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: ___ NO: X CUAL: N/A.
TIENE SISBEN: SI: X NO: ___ PUNTAJE: A2 DESPLAZADO: SI: X NO:
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: Yiminzon Rodriguez Muñoz.
No. IDENTIFICACION: 1.116.205.832 DIRECCION RESIDENCIA: Vl Dios Peña.
CELULAR: 3123068652 E.P.S: EMSSanar.
OCUPACION U OFICIO: Agricultor.
EMPRESA DONDE LABORA: N/A
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jenny Omaira Penagos moyano.
No. IDENTIFICACION: 1.006.999.073 DIRECCION RESIDENCIA: Vl Dios Peña
CELULAR: 3123068652 E.P.S: Emssanar.
OCUPACION U OFICIO: Ama de casa
EMPRESA DONDE LABORA: N/A
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: Ama de casa

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Omaira Penagos.
NUMERO IDENTIFICACION: 1.006.999.073 CELULAR: 3123068652
DIRECCION: Vl Dios Peña PARENTESCO: Madre.

Omaira Penagos.
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 2874747

NUIP 1.122.344.109

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
RODRIGUEZ PENAGOS DYLAN FERNANDO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	2	Mes	S	E	P	Día	3	0	MASCULINO	O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	2	Mes	O	C	T	Día	1	2	0063693362

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
PENAGOS MOSQUERA JENNY OMAIRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.999.073	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
RODRIGUEZ MUÑOZ YIMINZON

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.116.205.832	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
RODRIGUEZ MUÑOZ YIMINZON

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.116.205.832

Espacio para notas
VALIDO TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA PUTUMAYO -SAN MIGUEL(LA DORADA)

Código: X 6 Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)											
Año	2	0	2	2	Mes	O	C	T	Día	1	2

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
30948235-2

4

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 22/10/2025

Ficha: 867576741052800009810

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **DYLAN FERNANDO**

Apellidos: **RODRIGUEZ PENAGOS**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1122344109**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **23/09/2024**

Última actualización ciudadano: **23/09/2024**

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	1122344109
NOMBRES	DYLAN FERNANDO
APELLIDOS	RODRIGUEZ PENAGOS
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 06:40:45 **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



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

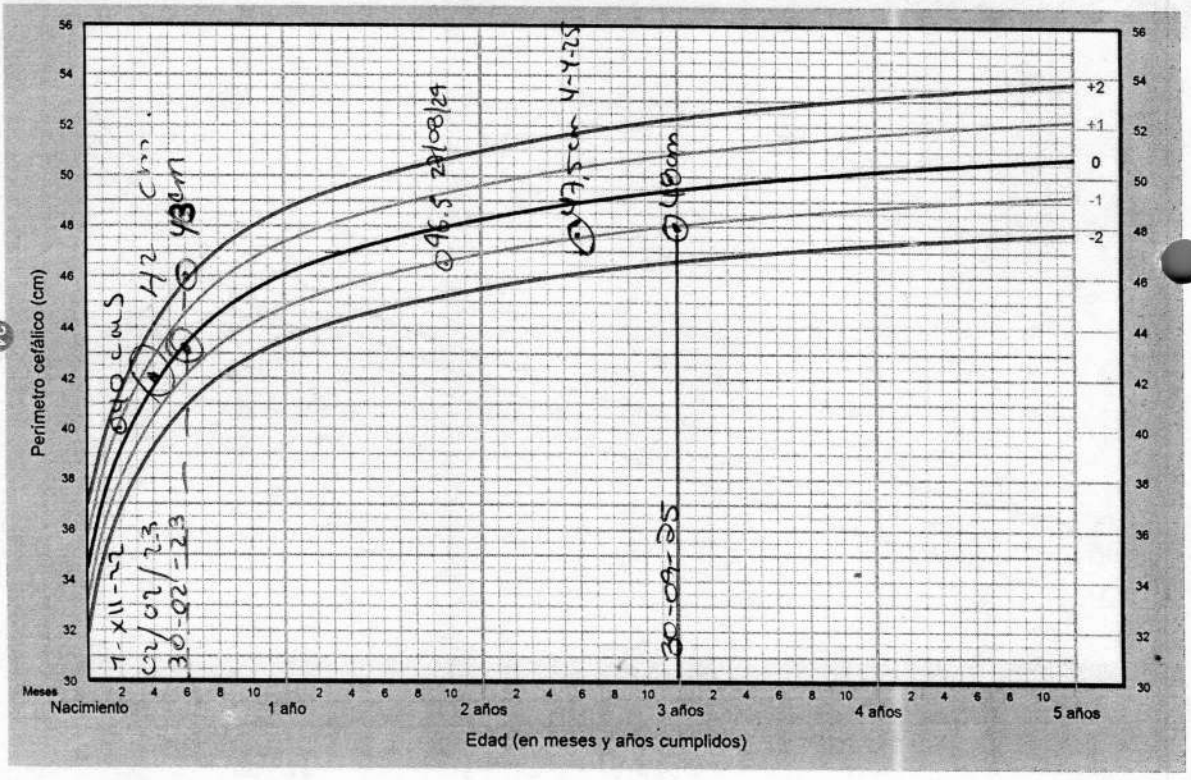
MIS DATOS

Nombres: Dylan Fernando	Apellidos: Rodriguez Penagos
Fecha de nacimiento: DIA 30 / MES 09 / AÑO 2022	Historia Clínica: 1122344109
Barrio/Vereda: v/ Dios Peña	Responsable del niño: Omaira Penagos
Teléfono: 3123068652	EPS: 118

PARA = SANDRA

Perímetro Cefálico Niños

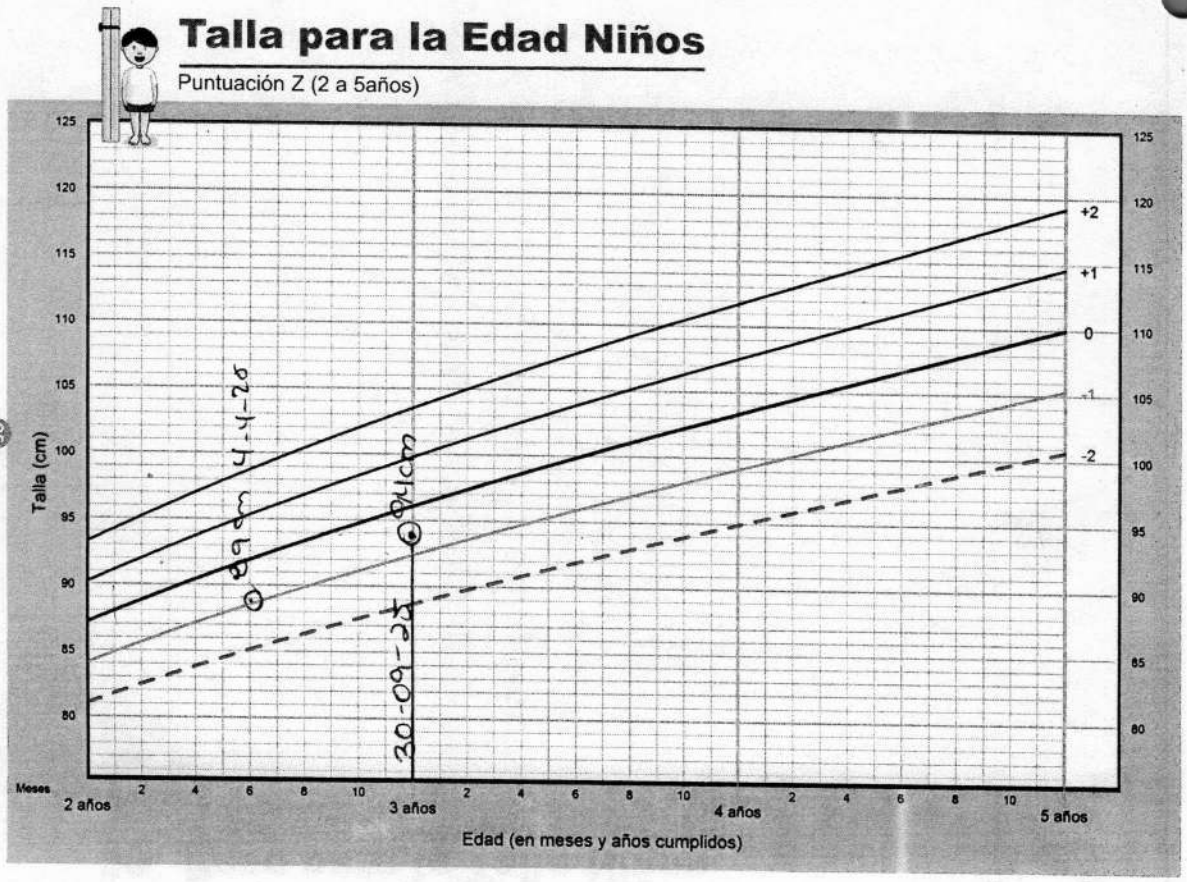
Puntuación Z (0 a 5 años)



24

Talla para la Edad Niños

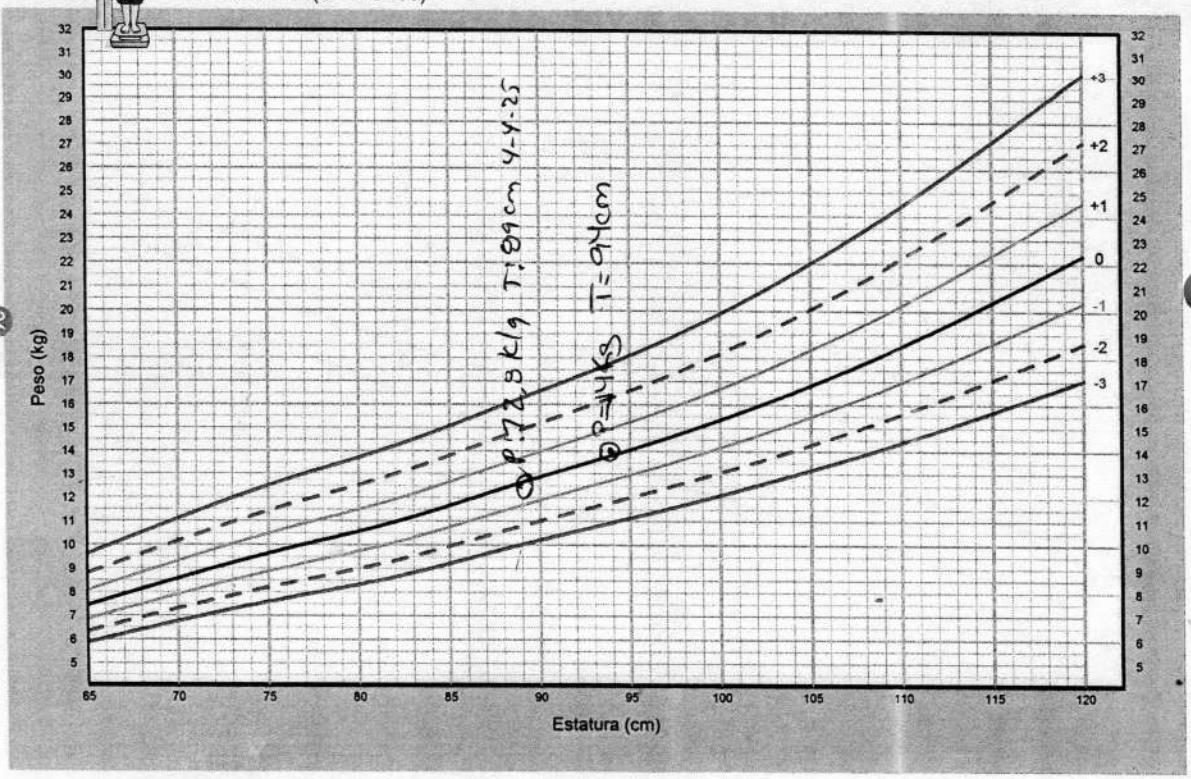
Puntuación Z (2 a 5años)



25

Peso para la Talla Niños

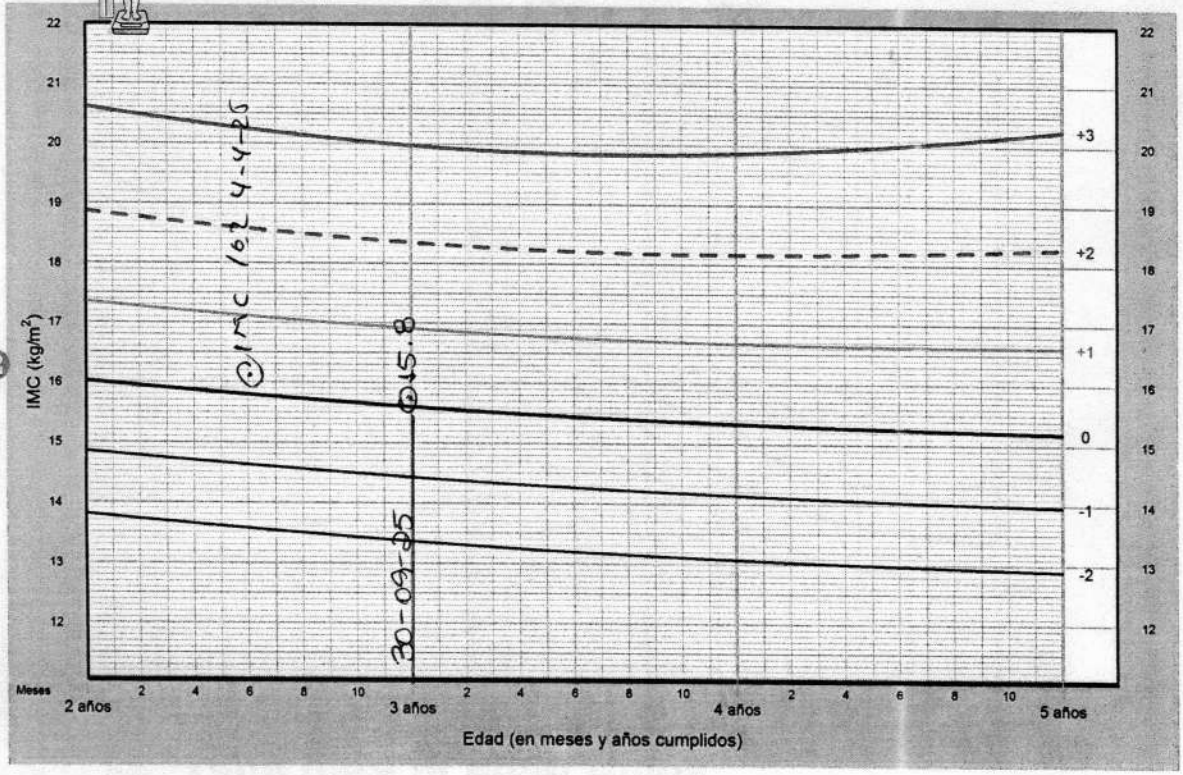
Puntuación Z (2 a 5 años)



26

IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



27

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
03	12	22	Médico	SI ✓	
01	Febia	2023	Medico	SI ✓	
30	Marzo	2023	Enf	Si Sandra Milena Castañeda Enfermera	
02	OCTUB.	2023	MEDICO		
27	agosto	2024	Enfermera	Si [illegible]	
30	Septie	2024	Medico		
02	octubre	2024	Medico	SI ✓	
30	Abril	2025	Medico		
04	04	2025	Enfermeria	si Milena C	
30	09	2025	Medico	Si ✓	
30	09	2026	Enf		

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
02/11/22	4.730	64	35	11.5	11.5	03/12/2022	Mona Angela Cpd
01-dic-22	5500	59	40	13.	15.8	01-feb-2023	[illegible]
02/02/23	7.7.	68	42	15	15	30/03/23	Dra. Magali Cabrera Medico General
30-03-23	8.2	78	46	13	16.7	2-10-23	
29-08-24	125	83	46.5	15.5	17.5	30-09-24	
02-10-24	12	86	47	16	16.2	30-09-25	
04-04-2025	12,6	89	47.5	15	16.2	30-09-2025	Milena C
30-09-2025	14	94	48	15	15.8	30-09-26	

10
RIV

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

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

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

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
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. entrega			
2. entrega			
3. entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.° entrega						
2.° entrega						
3.° entrega						
4.° entrega						
5.° entrega						

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

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 meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus inflenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, Fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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

0 meses
2 meses
4 meses
6 meses
7 meses
12 meses
18 meses
5 años



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)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: DYLAN FERNANDO Rodriguez
Fecha de nacimiento: 30-09-22
N° de certificado de nacido vivo: 2210407077964 5
Registro civil: T. 722.344.709
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O positivo
Peso al nacer: 3725 Talla: 52
Dirección: V/ Dios peña
Teléfono 1: 3123068652
Teléfono 2:
Responsable: Jenny Omaira Penagos
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo
CC.1006999073

#118.

Busca ya las vacunas
¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: **Tipo identificación:** **No. ID:**

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de Lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
	Tubercolosis meningea (BCG)	Única	30	09	22	Serum	037 1 MA 03 1	H.A.C.P	30	NOV	22	[illegible]
	Hepatitis B	Recien nacido	30	09	22	Serum	032 1 QO i 3D	H.A.C.P				
2 meses			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	1.°	02	12	22	Serum	B20V00	HFLD				Dennis N
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	1.°	02	12	22	Serum	20501Y02D	HFLD				Dennis N
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.°	02	12	22	Serum	20501Y02D	HFLD				Dennis N
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°	02	12	22	Serum	20501V02D	HFLD				Dennis N
	Diarrea por rotavirus	1.°	02	12	22	Serum	AR01LD04 5AC	HFLD				Dennis N
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	02	12	22	GSK	ASPNB20 50	HFLD				Dennis N
4 meses			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	2.°	03	02	23	Biologicol	211U10 14	HFLD	C+a			Dennis N
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	03	02	23	Serum	285 1X02 1D	HFLD	02-febrero			Dennis N
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.°	03	02	23	Serum	285 1X02 1D	HFLD	20			Dennis N
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°	03	02	23	Serum	285 1X02 1D	HFLD				Dennis N
	Diarrea por rotavirus	2.°	03	02	23	GSK	AR0LD07 7AA	HFLD				Dennis N
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	03	02	23	GSK	7RU897	HFLD				Dennis N
6 meses			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	3.°	03	04	23	Biologicol	22606012	HFLD				Dennis N
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	3.°	03	04	23	Serum	285 1X02 1D	HFLD	C+a			Dennis N
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.°	03	04	23	Serum	285 1X02 1D	HFLD	03-abril-23			Dennis N
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°	03	04	23	Serum	285 1X02 1D	HFLD				Dennis N
	Influenza estacional	1.°	29	05	23	Green	U5 05 C30 01	HFLD				Ricac
7 meses	Influenza estacional	2.°	06	07	23	Green	U5 02 C30 81	HFLD				Ricac
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	26	10	23	SERUM	01 32 NO 73	HLC				Yeimy Hoyos
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	26	10	23	PFIZER	GJ 8635	HLC				Yeimy Hoyos
	Varicela	2.°	26	10	23	Merck	NO 96 2336	HLC				Yeimy Hoyos
	Hepatitis A	Única	26	10	23	Seru	WO 2 7780	HLC				Yeimy Hoyos
	Influenza estacional	Anual	29	04	24	Butantan	240094900	Holec				1/2th vacc
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	1.° Refuerzo	29	04	24	Bitholen	223400 3	Holec				1/2th vacc
	Difteria, tosferina y tétano (DPT) Rota	1.° Refuerzo	29	04	24	Serom	285 2X01 4B	Holec				1/2th vacc
	Fiebre amarilla	Única	26	10	23	SANOFI	W3D30.	HLC				Yeimy Hoyos
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	2. °Refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2. °Refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	29	04	24	serom	01338N01U	Holec				1/2th vacc
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
Vacunas complementarias y otras dosis												

La leche materna es el mejor y único alimento que deben reci[illegible] niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y has[illegible] cumplan 2 años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.006.999.073
PENAGOS MOSQUERA
APELLIDOS
JENNY OMAIRA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-AGO-1993
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 O- F
ESTATURA G.S. RH SEXO

22-DIC-2011 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6401800-00363242-F-1006999073-20120302 0029345425A 1 25662746

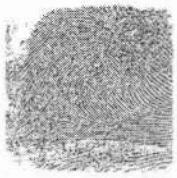
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.116.205.832
RODRIGUEZ MUÑOZ
APELLIDOS

YIMINZON
NOMBRES

Yiminzon Rodriguez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-MAY-1990
CURILLO
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

25-AGO-2008 CURILLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-4401200-00161365-M-1116205832-20090706 0013106902A 1 22608355

		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													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud bucal por odontología	Odgie J. Chaparro G Higienista Oral Res 330-2019-20/08/2019												
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor								04-04-24	04-04-2025		10-10-2025		
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana								04-03-25	04-10-2025		10-04-2026		
		Aplicación de sellantes (según criterio)													
	V	Vacunación													

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS PRIMERA INFANCIA



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor

Nombres y apellidos: Dylan Fernando Rodriguez Penagos

Doc. de identidad: 1122344104 EPS: Emssanar

Teléfono: 3123068652 Domicilio: V/ Dos Peña

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Jenny Omaira Penagos Identificado con C.C N° 1.006.944.073. en calidad de: padre o madre (Madre), del niño o niña: Dylan Fernando Rodriguez 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 24 Días del mes de Julio del Año 2015.

Omaira Penagos

Madre o Acudiente
C.C 1006944073

	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	11/07/2024
BIENESTAR FAMILIAR	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 Dylan Fernando Rodrigues Penagos., identificado (a) con documento de identidad número 1.122.349.169, 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 omaira. Penagos Moguera, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006949073, 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 F.I.C.

Suscriben:

Firma: Amanda Larrahondo O.
Nombre: Jenny Omaira Penagos.
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3123068652.
Fecha: 24-07-2025
Municipio: San Miguel.

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.