Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

# LISTA DE CHEQUEO
# DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

| No. | DOCUMENTOS |
|---|---|
| 1 | Ficha de Inscripcion y Matricula con fotografía del usuario. |
| 2 | Lista de chequeo documentos participantes |
| 3 | Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras). |
| 4 | Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar _X_ en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización)<br>___SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7)<br>___Pertenecientes a Res UNIDOS<br>___Pertenecientes a Familias en Acción<br>___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición<br>___Remitidos por SNBF<br>___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado)<br>___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.)<br>___Niños y niñas con discapacidad.<br>___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión.<br>___Población migrante en condición de vulnerabilidad.<br>___Activos en ruta de reincorporación. |
| 5 | Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente: (ADRESS) |
| 6 | Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo). |
| 6 | Copia del carnet de vacunación. |
| 7 | carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento |
| 8 | Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique). |
| 9 | Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable |
| 10 | Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes). |
| 11 | Fotocopia de un recibo de servicios públicos domiciliarios cuando sea necesario (aplica para zona urbana y en zona rural solo si se cuenta con servicios públicos) |
| 12 | Certificado de asistencia a consulta de salud bucal (Niños y niñas mayores de 6 meses) |
| 13 | Certificado del examen de agudeza visual (Niños y niñas mayores de 4 años) |
| 14 | Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años) |
| 15 | Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal. |
| 16 | Formato de veracidad de la información ficha de caracterización. |
| 17 | Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores. |
| | Consentimiento informado y Participación |
| 18 | Formato de autorización uso de imágenes. |
| 19 | Planilla seguimiento nutricional |
| 20 | Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique) |
| 21 | Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa, |

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

**FECHA SOLICITUD CUPO:** 27-03-2025 **FECHA INGRESO:** 1-4-25

**UDS:** Querubines **MUNICIPIO:** San Miguel



**NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:**
Anyely Yulieth zapata Astcaga

**TIENE REGISTRO CIVIL:** SI X NO __ **NUIP No.** 7722343499

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

**FECHA NACIMIENTO:** 12-09-2020 **EDAD:** 3A - 6M **MUNICIPIO:** Puerto ASIS

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

**DE RESIDENCIA:** Vl Mesas del Sabalito **ESTRATO:** 1 **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: ____ NO: X

**¿CUAL?:** ____ **MOTIVO DEL RETIRO:** ____

**PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF:** SI: __ NO: X CUAL: ____

**EPS DEL PARTICIPANTE:** Emssanar **SUBSIDIADO:** X **CONTRIBUTIVO:**

**PRESENTA DISCAPACIDAD:** SI: __ NO: X **DIAGNOSTICO:** ____

**ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD:** ____

**PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD:** SI: __ NO: X CUAL: ____

**PRESENTA ALGUNA ALERGIA:** SI: __ NO: X CUAL: ____

**TIENE SISBEN:** SI: __ NO: X PUNTAJE: ____ **DESPLAZADO:** SI: __ NO: X

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

**PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA:** SI: X NO: ____ CUAL: Sol de los Pastos

**DATOS DEL PADRE**

**NOMBRES Y APELLIDOS:** Jhonatan Ferney zapata Mejia

**No. IDENTIFICACION:** 7228342629 **DIRECCION RESIDENCIA:** Sabalito

**CELULAR:** 3187487546 **E.P.S:** Emssanar

**OCUPACION U OFICIO:** Agricultor

**EMPRESA DONDE LABORA:** N/A

**NIVEL DE ESCOLARIDAD:** Bachiller **PROFESIÓN:** Agricultor.

**DATOS DE LA MADRE**

**NOMBRES Y APELLIDOS:** Neidy yadira Astcaga Narvaez.

**No. IDENTIFICACION:** 1007728779 **DIRECCION RESIDENCIA:** Sabalito

**CELULAR:** 3138575506 **E.P.S:** Emssanar

**OCUPACION U OFICIO:** Ama de casa

**EMPRESA DONDE LABORA:** N/A

**NIVEL DE ESCOLARIDAD:** Bachiller **PROFESIÓN:** Ama de Casa

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE:** ____

**NUMERO IDENTIFICACION:** ____ **CELULAR:** ____

**DIRECCION:** ____ **PARENTESCO:** ____

Neidy Arteaga.
**FIRMA DEL PADRE/ACUDIENTE**

Nardi García.
**FIRMA AGENTE EDUCATIVO**

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

**CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**

Número: **N** 1220375

**NUIP** 1.122.343.499

*Tipo de certificado* | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X ☐

***Datos del Inscrito***

Apellidos y Nombres completos
ZAPATA ARTEAGA ANYELY YULIETH

| Fecha de Nacimiento (Mes en letras) | | | Sexo (en letras) | Tipo Sanguíneo |
|---|---|---|---|---|
| Año 2020 | Mes SEP | Día 12 | FEMENINO | |

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

| Fecha de Inscripción (Mes en letras) | | | Indicativo serial |
|---|---|---|---|
| Año 2020 | Mes OCT | Día 02 | 0059300712 |

***Datos de la Madre***

Apellidos y Nombres completos
ARTEAGA NARVAEZ NEIDY YADIRA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 1.007.728.119 | COLOMBIA |

***Datos del Padre***

Apellidos y Nombres completos
ZAPATA MEJIA JHONATAN FERNEY

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.342.629 | COLOMBIA |

***Datos del Solicitante***

Apellidos y Nombres completos
ZAPATA MEJIA JHONATAN FERNEY

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.342.629

***Espacio para notas***
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

***Datos de la oficina de registro que expide el certificado***

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) — Código X62

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2020 | Mes OCT | Día 02

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
26208572-0

**Nombre y firma del funcionario**

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
**Registrador del Estado Civil**

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

**Fecha de consulta:** 07/05/2025

**Ficha:** 86757674952700003130

# B3

GRUPO SISBEN IV

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

**Nombres:** ANYELY YULIETH

**Apellidos:** ZAPATA ARTEAGA

**Tipo de documento:** Registro civil

**Número de documento:** 1122343499

**Municipio:** San Miguel

**Departamento:** Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 07/12/2022

**Última actualización ciudadano:** 07/12/2022

**Última actualización via registros administrativos:**

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

| A1→A5 | B1→B7 | C1→C18 | D1→D21 |
|---|---|---|---|
| Pobreza extrema | Pobreza moderada | Vulnerabilidad | No pobre ni vulnerable |

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

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

**Teléfono:** 4210537 - 3213138790

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

ADRES

# ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | RC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1122343499 |
| NOMBRES | ANYELY YULIETH |
| APELLIDOS | ZAPATA ARTEAGA |
| 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 | 01/07/2025 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| **Fecha de Impresión:** | 08/12/2025 08:44:32 | **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.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Seguiremos CONTIGO

Emssanar EPS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EPS EMSSANAR EPS SAS
### Régimen Subsidiado

La EPS EMSSANAR EPS SAS, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

| | |
|---|---|
| Tipo y Número de identificación: | RC 1122343499 |
| Apellidos: | ZAPATA ARTEAGA |
| Nombres: | ANYELY YULIETH |
| Ficha Sisben: | 86757674952700003130 |
| Nivel Sisben: | Nivel I |
| Grupo Sisben | B03 |
| Tipo de discapacidad: | Ninguna |
| Plan de salud: | Régimen Subsidiado |
| Estado de servicio: | Vigente |
| Fecha de Afiliación: | 01/02/2022 |
| Departamento de Afiliación: | NARIÑO |
| Municipio de Afiliación: | POLICARPA |
| Departamento de Portabilidad: | PUTUMAYO |
| Zona: | Rural |
| Municipio de Portabilidad: | SAN MIGUEL |

**IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.**

**IPS de portabilidad de atención de primer nivel**

| IPS | Direccion | Servicio |
|---|---|---|
| ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - SAN MIGUEL ( PUTUMAYO ) | KR 7 # 1 - 36 | MEDICINA GENERAL |

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 11 de Junio de 2024 a solicitud del interesado.

**JEFE COMERCIAL**

NIT 900405566-8 Registro de Cámara de Comercio N 15473 Libro IX Octubre 24 de 2016

emssanareps.co

Nombres y Apellidos: Tipo identificación: No. ID:

| Edad | Me protege de | Dosis | Fecha de aplicación Día | Mes | Año | Laboratorio | Número de lote | IPS vacunación | Fecha próxima cita Día | Mes | Año | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Recién nacido | Tuberculosis meníngea (BCG) | Única | 12 | 10 | 21 | Serun | 03706 | | | | | Dia |
| | Hepatitis B | Recién nacido | 12 | 10 | 21 | Serun | 10820 | | | | | Tec |
| 2 meses | Poliomielitis (VIP) | 1.ª | 10 | 3 | 23 | Biolo | E20 8016 | | | | | |
| | PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 1.ª | 10 | 3 | 23 | | 285 1 X0210 | | | | | |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B | 1.ª | 10 | 3 | 23 | Serum | | | | | | |
| | PENTAVALENTE: Difteria , tosferina y tétano (DPT) | 1.ª | 10 | 3 | 23 | | | | | | | |
| | Diarrea por rotavirus | 1.ª | 10 | 3 | 23 | Pfizer | AB2D09 1AA | HFLD | | | | |
| | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo | 1.ª | 10 | 3 | 23 | Pfizer | FE4897 | | | | | |
| 4 meses | Poliomielitis (VIP) | 2.ª | 29 | 05 | 23 | Biological | 2208010 | | | | | |
| | PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 2.ª | 29 | 05 | 23 | | 285 1 X0405 | | | | | |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B | 2.ª | 29 | 05 | 23 | Serum | | | | | | |
| | PENTAVALENTE: Difteria , tosferina y tétano (DPT) | 2.ª | 29 | 05 | 23 | | | | | | | |
| | Diarrea por rotavirus | 2.ª | 29 | 05 | 23 | Pfizer | ABC200 93AA | HFLD | | | | |
| | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo | 2.ª | 29 | 05 | 23 | 65K | FE4895 | | | | | |
| 6 meses | Poliomielitis (VIP) | 3.ª | 08 | 08 | 23 | Biolo5 | 2208016 | | | | | |
| | PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 3.ª | 08 | 08 | 23 | Serum | 285 1 X0 AU C | | | | | |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B | 3.ª | 08 | 08 | 23 | Serum | 285 1 X0 AU C | HFIP | | | | |
| | PENTAVALENTE: Difteria , tosferina y tétano (DPT) | 3.ª | 08 | 08 | 23 | Serum | 285 1 X0 AU C | HFD | | | | |
| | Influenza estacional | 1.ª | 08 | 08 | 23 | Glen. | U3 5 2 08 07 1 | | | | | |
| 7 meses | Influenza estacional | 2.ª | 04 | 09 | 23 | Glen | U9 3 2 09 08 1 | | | | | |
| 12 meses | Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) | 1.ª | 11 | 01 | 24 | Serum | 285 1 X0 08 B | | | | | |
| | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo | Refuerzo | 11 | 01 | 24 | Pfizer | FE4925 | HFLD | Cita: | | | |
| | Varicela | 2.ª | 11 | 01 | 24 | Merck | X00 2 5 | | 10-enero | | | Jen |
| | Hepatitis A | Única | 11 | 01 | 24 | MSD | WC0 2 5 | HFD | 2024 | | | Jen |
| | Influenza estacional | Anual | 28 | 05 | 24 | Bu-kintan | L4 00 9 7 9 1 00 | | | | | |
| 18 meses | Poliomielitis (VIP / VOPb) | 1.º refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Difteria, tosferina y tétano (DPT) | 1.º refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Fiebre amarilla | Única | 11 | 01 | 24 | U35221U | Sanofi | HFLD. | Cita: | | | deni |
| 5 años | Poliomielitis (VIP / VOPb) | 2.º refuerzo | | | | | | | 08-Agosto | | | |
| | Difteria, tosferina y tétano (DPT) | 2.º refuerzo | | | | | | | 2024 | | | |
| | Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) | 2.ª | | | | | | | | | | |
| | Varicela | Refuerzo | | | | | | | | | | |
| Niñas a partir de los 9 años | Virus del papiloma humano (VPH) | 1.ª | | | | | | | | | | |
| | | 2.ª | | | | | | | | | | |
| | | 3.ª | | | | | | | | | | |
| Vacunas complementarias y otras dosis | | | | | | | | | | | | |

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 alim

# CARNET DE CONTROL

## Niño y Niña SANOS

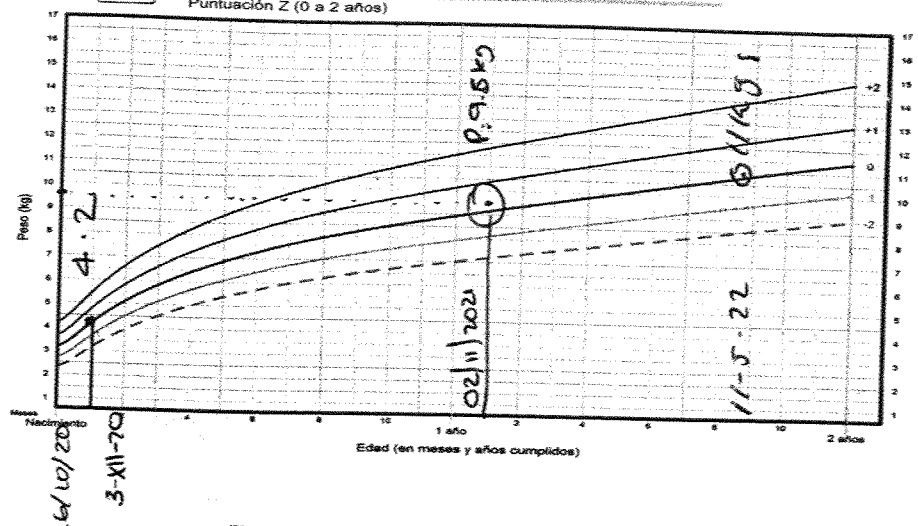


### Mis Datos

| | |
|---|---|
| Nombres: Angie Yuleth | Apellidos: Zapata Arteaga |
| Fecha de Nacimiento: DIA 12 / MES 07 / AÑO 2020 | Historia Clínica: 1122343499 |
| Barrio/Vereda: Mesa de Salaito | Responsable del Niño: |
| Teléfono: | EPS: Mallamas |

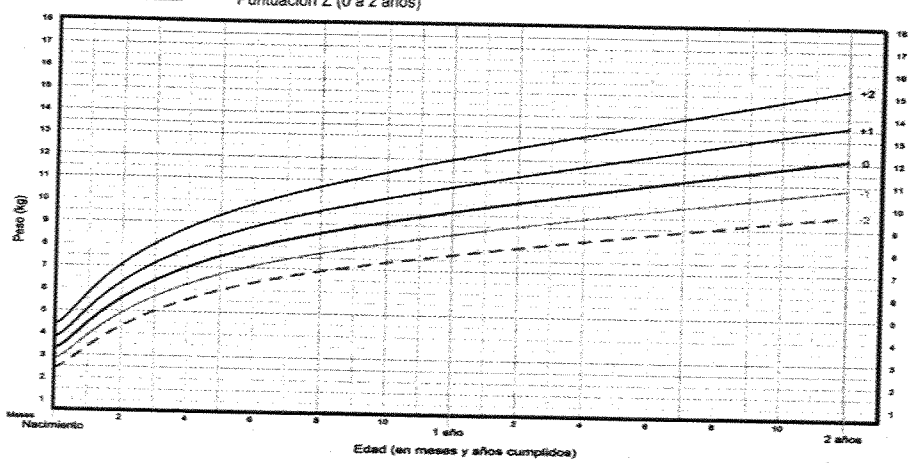
## Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

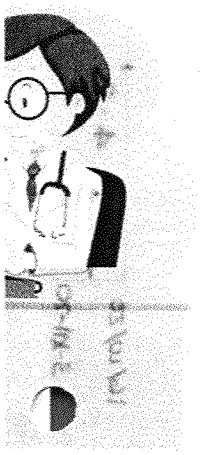



## Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



ÓN

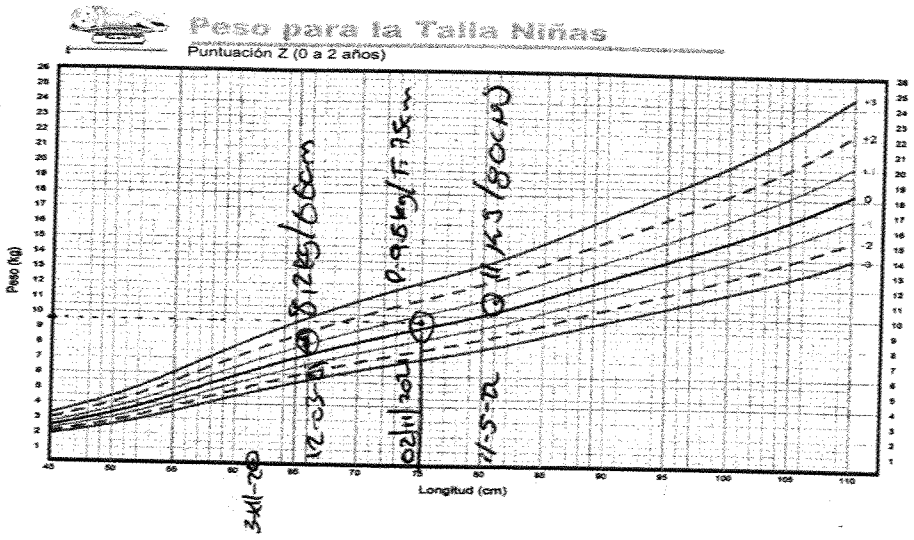


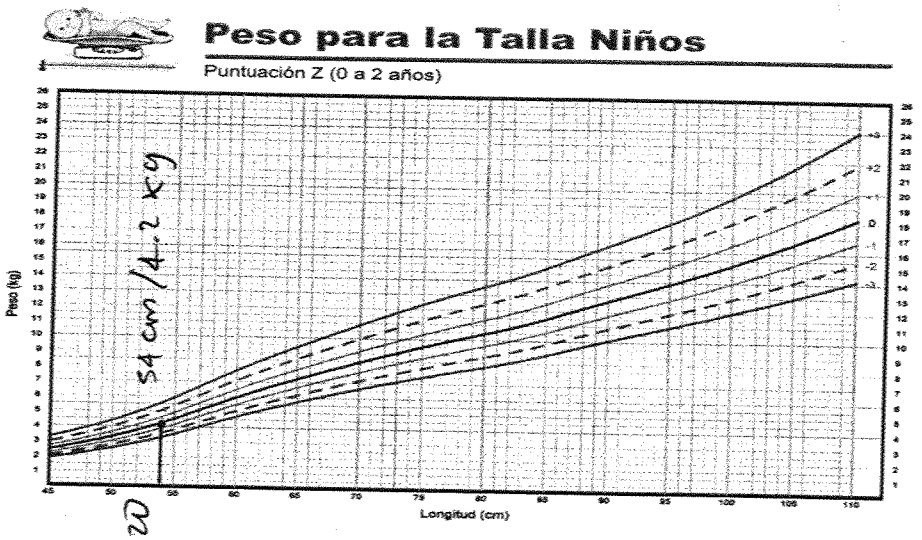
## ıves No. 9

cuada Higiene
una limpieza
encías y un

## ves No. 10

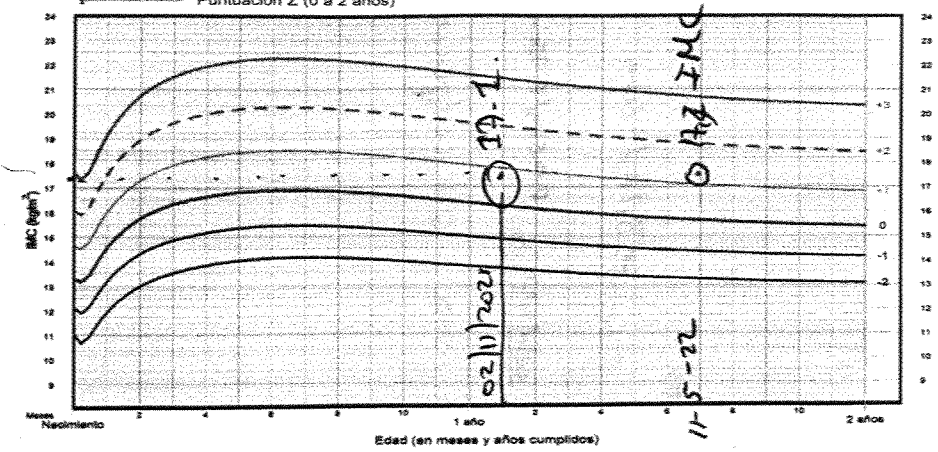
iñas que tienen
as enfermas de
en con ellos o
ıte.



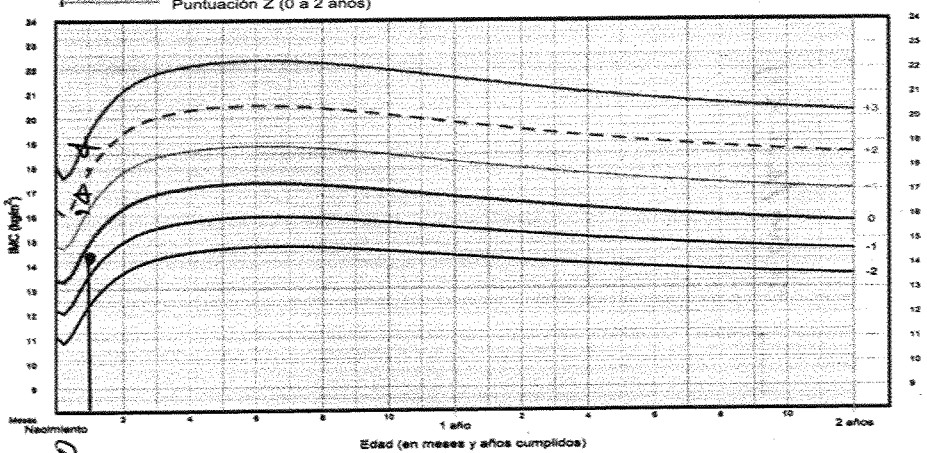
## IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)




## IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)




Edad 20

**IÓN**

edicinas en sitios

el asiento trasero
cinturón.

n moto.

os jueguen cerca
lancha.

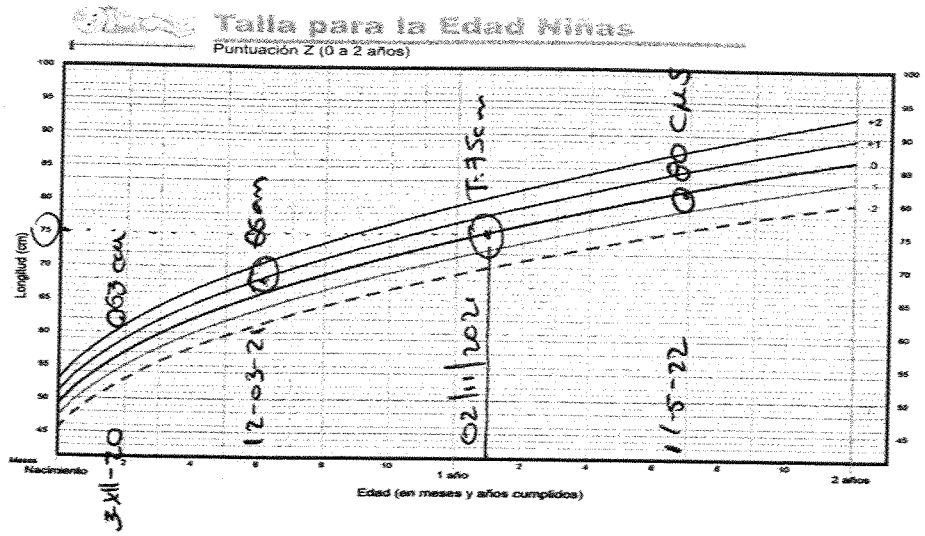
segura, retire las
eligrosas, objetos
de vidrio que
e.

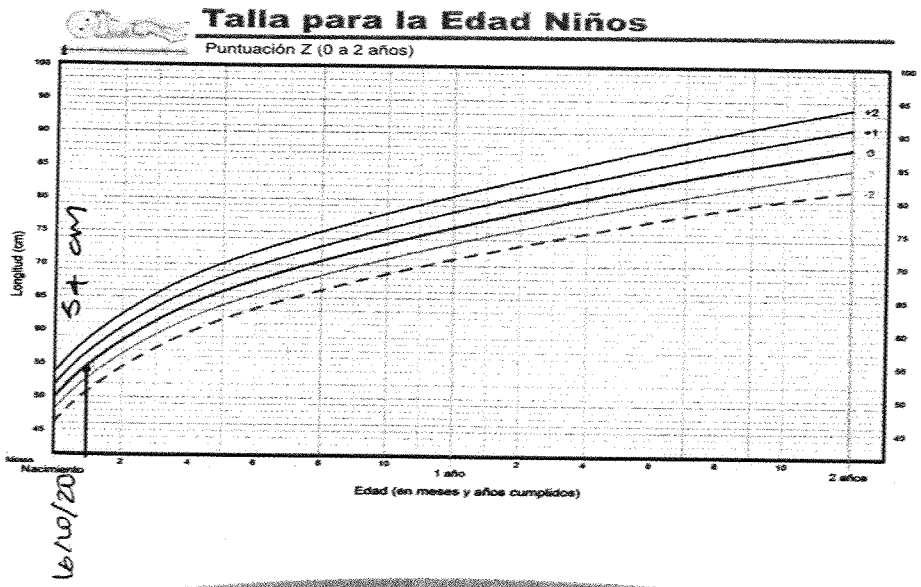
las llaves de las
es.

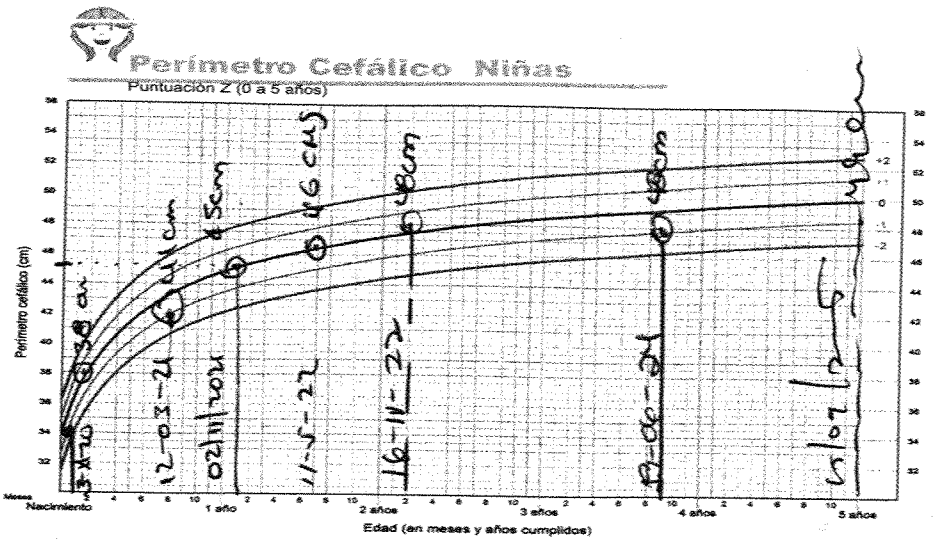
e las ventanas
n.

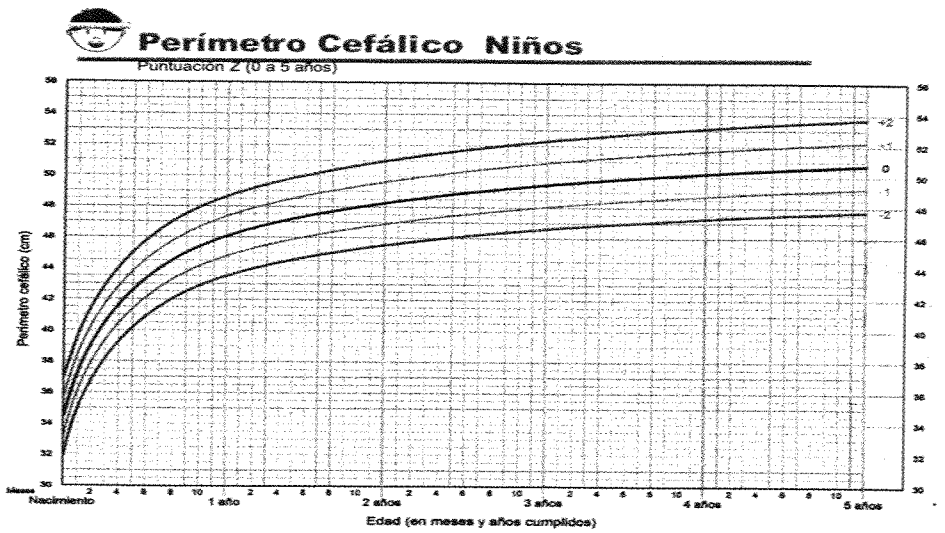
as cerca de las

**de caminador,**






**Prac**

Cuando contín líquidos

**Prac**

Admini: el tratar

**Prac**

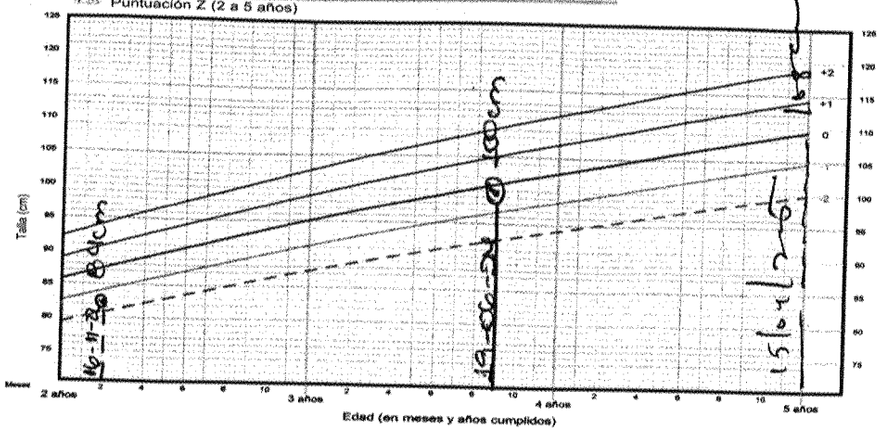
Evite e menore cuando

**Prac**

Los h activan los asu reprod

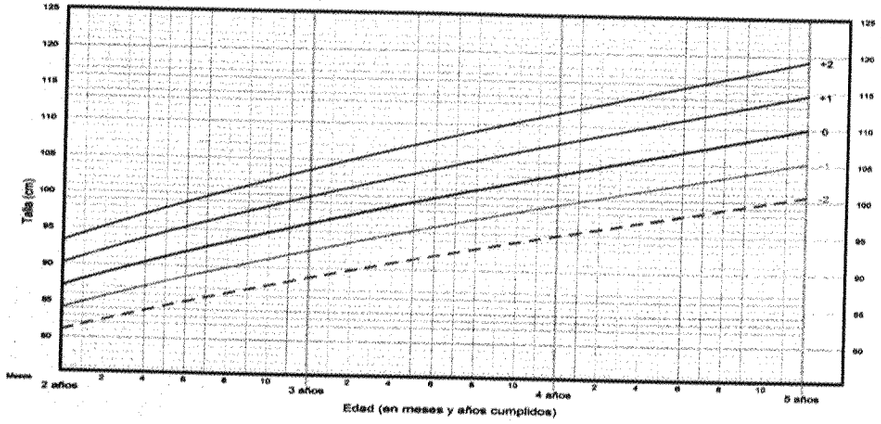
## Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)




## Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)

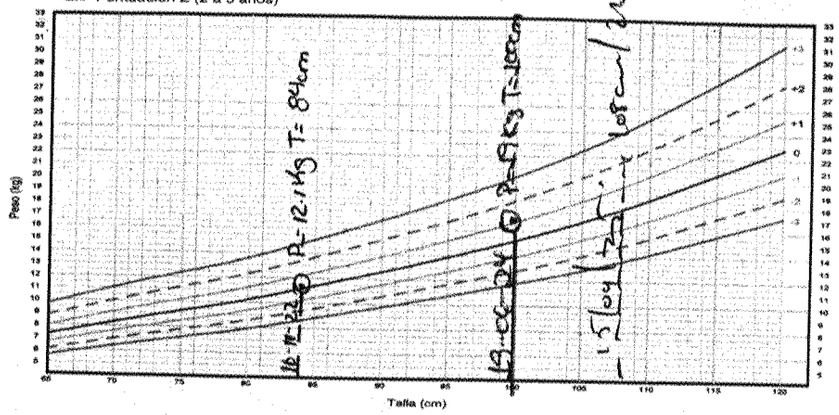





13

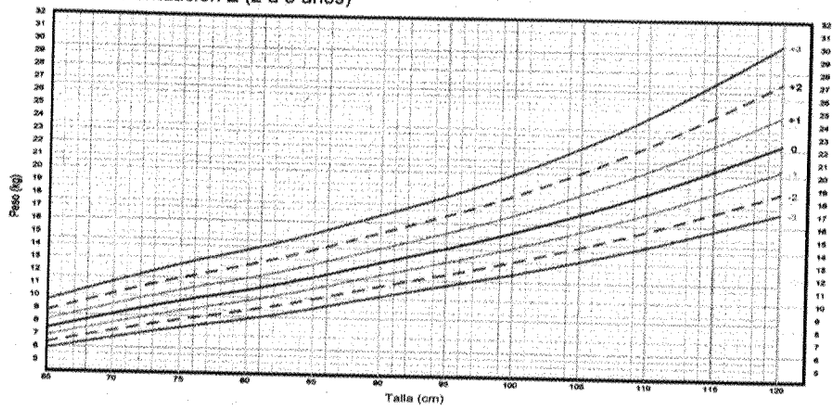
## Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)




## Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

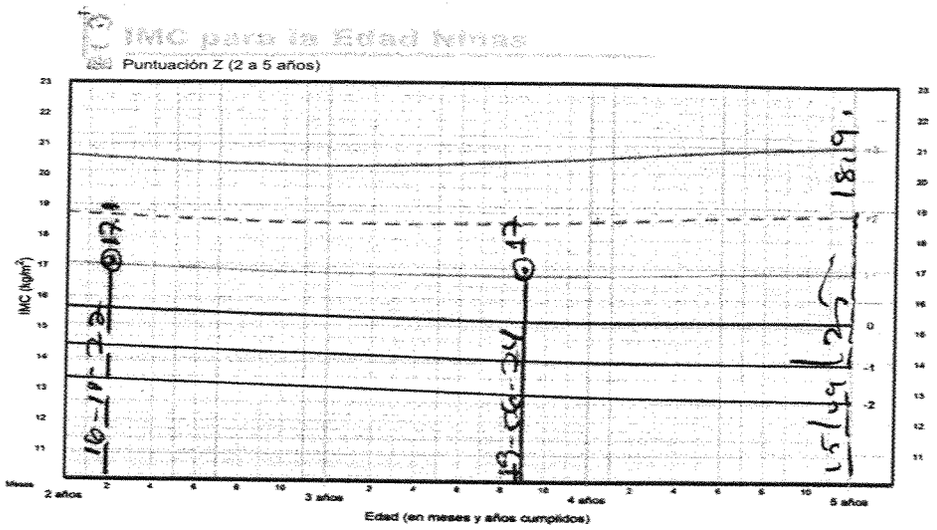


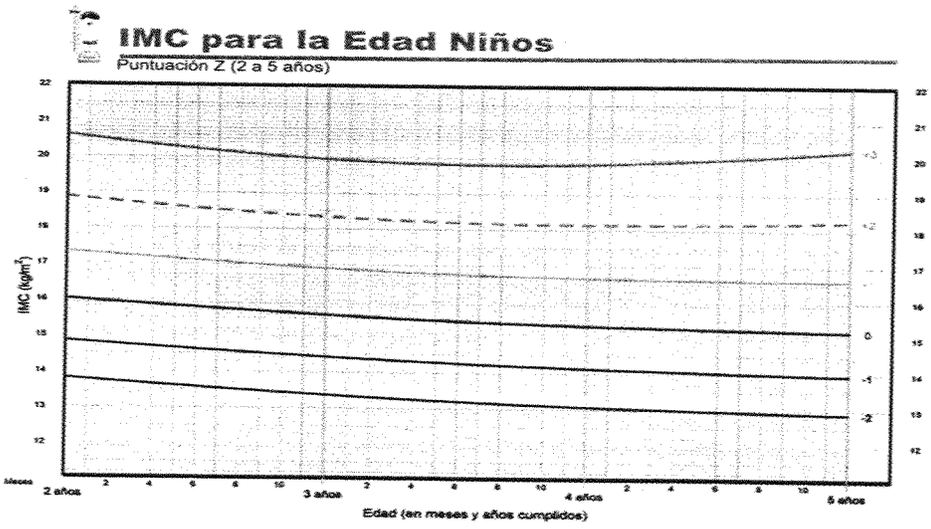
CIÓN








IMC para la Edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)
IMC (kg/m²)
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)


IMC para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
IMC (kg/m²)
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

# CITAS PROGRAMADAS

| DÍA | MES | AÑO | HORA | ASISTIO SI | ASISTIO NO |
|---|---|---|---|---|---|
| 16 | NOV | 2020 | Enf | SI ✓ | |
| 18 | ENERO | 2021 | X MD Rx cadera ✓ | | |
| 13 | MARZO | 2021 | Jefe. | SI ✓ | |
| 13 | JUNIO | 2021 | Jefe | SI ✓ | |
| 05 | MAYO | 2022 | X JEFE | SI ✓ | |
| 12 | Sep. | 2022 | MD. | ✓ | |
| 16 | Noviembre | 2023 | TC: 19-06-24 | ✓ | |
| 12 | Noviembre | 2024 | Enf. | NO | |
| 21. | OCT. | 2024 | Enf | S. | |
| 13 | Sept. | 2025 | Medi | . | X. |
| 15 | 09 | 25 | TCI | ✓ | |
| 14 | 09 | 26. | | | |

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer **Fecha:**

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida **Fecha:**

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

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

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

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

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

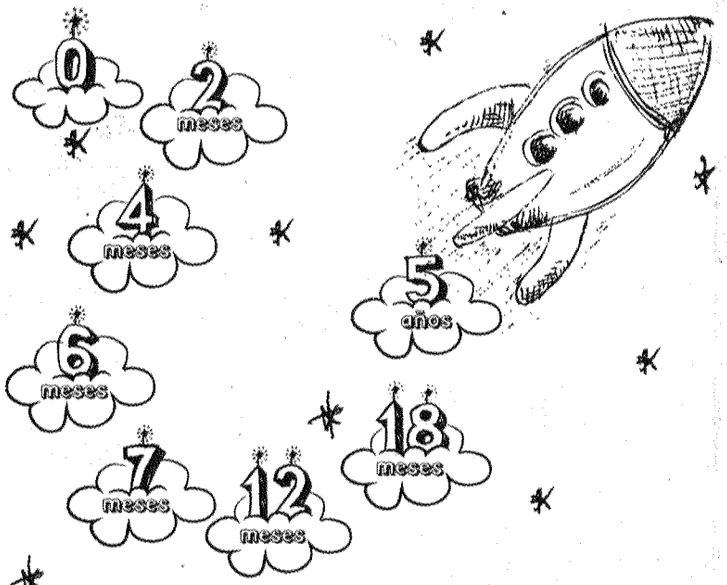
| | |
|---|---|
| Valor reportado TSH: | |
| Fecha verificación: | |
| Profesional que verificó: | |

**Exíjalo**

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

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

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




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


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

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


AIEPI
Porque mi vida hay que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

3104829230.
Arci.

16
e/v

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

# Vacunas al día, se la ponemos fácil

## CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Zapata Arteaga ANGIE Y.
Fecha de nacimiento: 12 Septiembre 20
Nº de certificado de nacido vivo: 1618881344
Registro civil: 1122343499.
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3905 Sem: 38.6
Dirección:
Teléfono:
Responsable: Neidy Yadira Arteaga N.
Municipio de residencia: Dovada - San Migo
Departamento: Putumayo

#115

## Recuerda:

**Estas vacunas son gratuitas**



**PROSPERIDAD PARA TODOS**

**Nombre:** Angeli Zapata **Regis Civil:**

| Edad | Me protege de | Dosis | Fecha de Aplicación (Día Mes Año) | Laboratorio | Número de lote | IPS vacunadora | Fecha próxima cita (Día Mes Año) | Nombre del Vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Recién Nacido | Lactancia materna exclusiva | Sí ☐ No ☐ | | | | | | |
| | Tuberculosis B.C.G. | Única | 12 Sep 20 | SERUM IFO | 3478902356E | Hospital L | | Marly Dussan |
| | Hepatitis B | Recién nacido | 12 Sep 20 | SERUM II | 0329005DE | Hospital L | | Marly Dussan |
| 2 Meses | Lactancia materna exclusiva | Sí ☐ No ☐ | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 1ª | 15-NOVIEMBRE-2021 | SANOFI | B36891 | HFD | | Karen A. |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1ª | 15-NOVIEMBRE-2021 | BIOLOGICAL | 28594038 | HFD | | Karen A. |
| | Rotavirus | 1ª | 15-NOVI-2021 | GSK | | HFD | | Karen A. |
| | Neumococo | 1ª | 15-NOVI-2021 | GSK | | HFD | | Karen A. |
| 4 Meses | Lactancia materna exclusiva | Sí ☐ No ☐ | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 2ª | 15-Enero-2021 | Sanofi | B36891 | HFD | CITA 15 MARZO | Karen A. |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2ª | 15-ENERO-2021 | Biolo | 56594033B | HFD | | Karen A |
| | Rotavirus | 2ª | 15-Enero 2021 | GSK | MRKC728A | HFD | | Karen A. |
| | Neumococo | 2ª | 15-Enero-2021 | GSK | ASPNB727AB | HFD | | Karen A. |
| 6 Meses | Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva. | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 3ª | 12-MARZ-2021 | Biological | (1800)201004 | HFD | | Saoly Martinez |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 3ª | 12-MARZ-2021 | Serum | 28504248 | HFD | | Saoly Martinez |
| | Influenza | 1ª ✓ | 14-09-21 | Seu | N3C131 | HFD | | Ana Legarda |
| 7 Meses | Influenza | 2ª ✓ | 15-09-21 | Sanofi | R3698 | HFD | CITA 12-SEP-20 | Saoly Martinez |
| | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | 1ª | 14-09-21 | Seu | ABN252 | HFD | | Ana Legarda |
| 12 Meses | Fiebre Amarilla | 1ª | 14-09-21 | Seu | | | | |
| | Neumococo | Refuerzo | 14-09-21 | Seu | ASPNB310 | HFD | | Ana Legarda |
| | Influenza | Anual | 20-05-2024 | Butantan | 2400979-00 | HFD | | Ana Legarda |
| | Hepatitis A | ÚNICA | 14-09-21 | SW | T026334 | HFD | | Saoly Martinez |
| 18 Meses | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1° Refuerzo | 11-05-22 | Serum | 28704U26A | | CITA 14-OCT 2021 | Saoly Martinez Tec. Aux. en Enfermería CC No. 1122336822 |
| | Polio (Oral - IM) | 1° Refuerzo | 11-05-22 | Serum | 1801PHY | | | |
| 5 Años | Polio (Oral - IM) | 2° Refuerzo | 15-09-25 | Biological | 221100524A | HFD | | Kerly Jiménez. |
| | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2° Refuerzo | 15-09-25 | Biological | 2423003 | HFD | | Kerly Jiménez |
| | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | Refuerzo | 21-03-23 | Serum | D1B1N108A | HFD | | |
| Niñas 9 Años o más | VPH | 1ª | | | | | | |
| | VPH | 2ª | | | | | | |
| | VPH | 3ª | | | | | | |
| Vacunas complementarias y otras dosis | Varicela | Unica | 14-09-21 | MSD | T023354 | HFD | | Ana Legarda |
| | SR | RCF | 11-05-22 | Serum | U129U219 | HFD | | Saoly Martinez Tec. Aux. en Enfermería CC No. 1122336822 |
| | Varicela | Unica | 15-09-25 | Merck | 20020279 | HFD | | |

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

Todas las vacunas son gratuitas

CITA: A LOS 9 AÑOS

CITA A LOS 5 AÑOS CUMPLIDOS

17

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

## ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-COV-2 / COVID-19

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos · Minsalud

CIUDAD San Miguel - La Dorada FECHA: DÍA 6 MES 05 AÑO 2025 HORA: 1:35 pm

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:**

NOMBRES Anyeli Yuleth APELLIDOS Zapata Arteaga

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122343499

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 12 MES: 09 AÑO: 2020 EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar

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

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

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

**DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA** (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas) no hacen vacunar por 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 ninguna dosis.<br>Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] ó dosis única [ ] |
| **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:** _____ que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Neydi Yadira Arteaga N.

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

Nombres Neidi Yadira Apellidos Arteaga Narvaez.

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1007728779

Firma: Neidi Arteaga

**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: Isabel Arias Erazo

Firma Isabel Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004693934

**DATOS DE LA INSTITUCIÓN**

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLB

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo

MUNICIPIO: San Miguel

Nota: Cuanto se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con unos de sus padres o su representante legal.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.728.119
ARTEAGA NARVAEZ
APELLIDOS
NEIDY YADIRA
NOMBRES

Neidy Yadira Arteaga
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

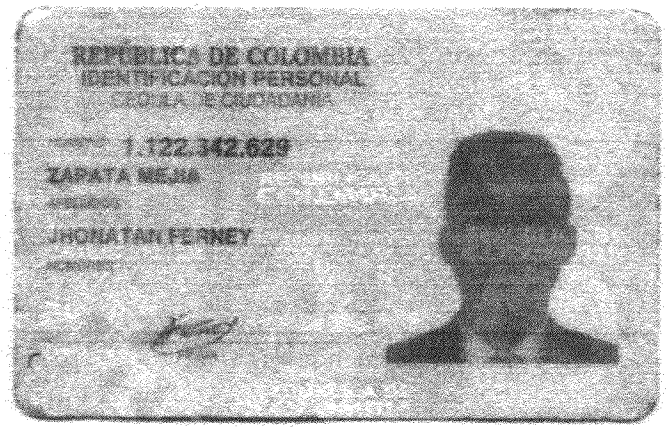
FECHA DE NACIMIENTO 26-FEB-2001
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-MAR-2019 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6401600-01076560-F-1007728119-20190524 0065529203A 1 51871355


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.122.342.629
ZAPATA MEJIA
APELLIDOS
JHONATAN FERNEY
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 22-NOV-1998
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
23-DIC-2015 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
# LA DORADA

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

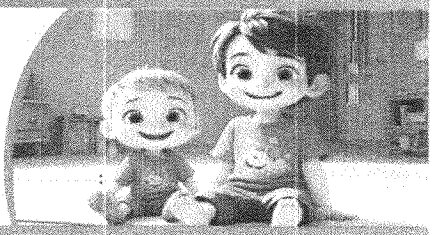
CARNET RIAS

# PRIMERA INFANCIA

20

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

*Mi prioridad es tu salud...*



Nombres y Apellidos: Angely Yulieth Zapata Arteaga

Doc. de Identidad: 1122343499 EPS: UFMssanar.

Teléfono: 3138675506 Domicilio: Visaballito.

| | | PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS | FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A) | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 5 DIAS | 1 M | 2-3 M | 4-5 M | 6-8 M | 9-11M | 12-17M | 18-23M | 24-29M | 30-35M | 3 A | 4 A | 5 A |
| VALORACIÓN INTEGRAL | ATENCIÓN | Control del recién nacido por médico | | | | | | | | | | | | | |
| | | Atención en salud por medicina general | | | | | | | | | | | | | |
| | | Atención en salud por enfermería | | | | | | | | | | | | 24-10-24 | |
| | | Atención en salud por Odontología | | | | | | | proximo control | | | | | | |
| | | Promoción y apoyo de la lactancia materna | | | | | | | | | | | | | |
| PROTECCIÓN ESPECIFICA | ODONTOLOGÍA | Aplicación de barniz de flúor | | | | | | | | | | | | 04-06-2023 | |
| | | Profilaxis y remoción de placa | | | | | | | | | | | | 04-12-2023 | |
| | | Aplicación de sellantes (Según Criterio) | | | | | | | | | | | | | |
| | V | Vacunación | | | | | | | | | | | | | |

Yuly Vanessa Correa Rodriguez
ENFERMERA PROFESIONAL
C.C. 1053929731

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600493 2014

Agudeza visual 20/20 Normal 24-10-2024

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Neidy Arteaga Narvaéz Identificado con C.C N° 1007728119 en calidad de: padre o madre (Madre), del niño o niña: Anyely Yalieth zapata ·a o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Recreativos, 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 4 Días del mes de Abril del Año 2025.

Neidy Arteaga
**Madre o Acudiente**
**C.C** 1007728119

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PARTICIPACIÓN | F10.MO6.PP | 21/05/2019 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 4 | Página 1 de 2 |

Yo, Neidy Yadira Arteaga, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1007778119, obrando en calidad de:

| Padre | | Madre | ✓ | Cuidador | |
|---|---|---|---|---|---|

De la niña, niño o adolescente, Anyely Yulieth Zapata Arteaga identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI____, CE____, número_____, manifiesto que:

| Sí | ✓ | No | |
|---|---|---|---|

**AUTORIZO** a la niña, niño o adolescente a participar en la oferta de la Dirección de Niñez y Adolescencia
Con la suscripción de este permiso manifiesto que me informaron que, durante la participación, en la oferta de la Dirección de Niñez y Adolescencia se:

1. Captarán, tomarán, almacenarán y editarán imágenes personales o fotografías de los participantes
2. Realizarán videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
3. Divulgarán y publicarán 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, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como 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, 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, 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.

**Suscriben:**

Firma: Neidy Arteaga
Nombre: Neidy Yadira Arteaga
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3138575586 - 3187487546
Fecha: 4-4 2023
Municipio: San Miguel

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>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 Anyely Yulefn Zapata Arteaga, identificado (a) con documento de identidad número 1122343609, 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 | ✓ | Audios | ✓ | Videos | | Otros datos personales | ✓ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Autorización - Uso imagen del titular:**

Yo, Neidy Yadira Arteaga Narvaez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1087228119, 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 | ✓ | Audios | ✓ | Videos | ✓ | Otros datos personales | ✓ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 dcuda, 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: Neidy Arteaga
Nombre: Neidy Yadira Arteaga Narvaez
Calidad - Titular: x Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3186988542
Fecha: 4-4-2025
Municipio: San Miguel

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
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.

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>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 Anyely Yuleth Zapata Arteaga, identificado (a) con documento de identidad número 1007728119, 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 | ✓ | Audios | ✓ | Videos | | Otros datos personales | ✓ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Autorización - Uso imagen del titular:**

Yo, Neidy Yadira Arteaga Narvaez, quien suscribe el presente documento, 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 | | Audios | | Videos | | Otros datos personales | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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_____, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa _____

**Suscriben:**

Firma: _____
Nombre: _____
Calidad - Titular: _____Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: _____
Municipio: _____

COPIA CONTROLADA

24 FLV

**Ciudad** Dorada San Miguel

**Nombre completo de la niña o niño** Anyely Yulieth Zapata Arteaga

**Fecha de nacimiento** 12 - 09 - 2020 **N° Documento de Identidad** 1122343499

**Sexo** Masculino ○ Femenino ⊗ **Fecha de 1er día de atención en el año** 4 - 4 - 2025

Primer Registro Cualitativo

**Nombre del observador** Nardi García

**Fecha de registro cualitativo** 7 07 2025

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

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

**Observaciones generales**

La niña se encuentra, dentro del perfil esperado, teniendo en cuenta que comple con los items de las dimensiones fundamentales, que se encuentran dentro de su rango de edad.

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

Segundo Registro Cualitativo

**Nombre del observador** Nardi García

**Fecha de registro cualitativo** 8 10 2025

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

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

**Observaciones generales**

La niña juega y trabaja de manera activa, y coopera con sus compañeros, juegos, juguetes. desplazandose con buen manejo corporal y lateralidad.

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

Tercer Registro Cualitativo

**Nombre del observador**

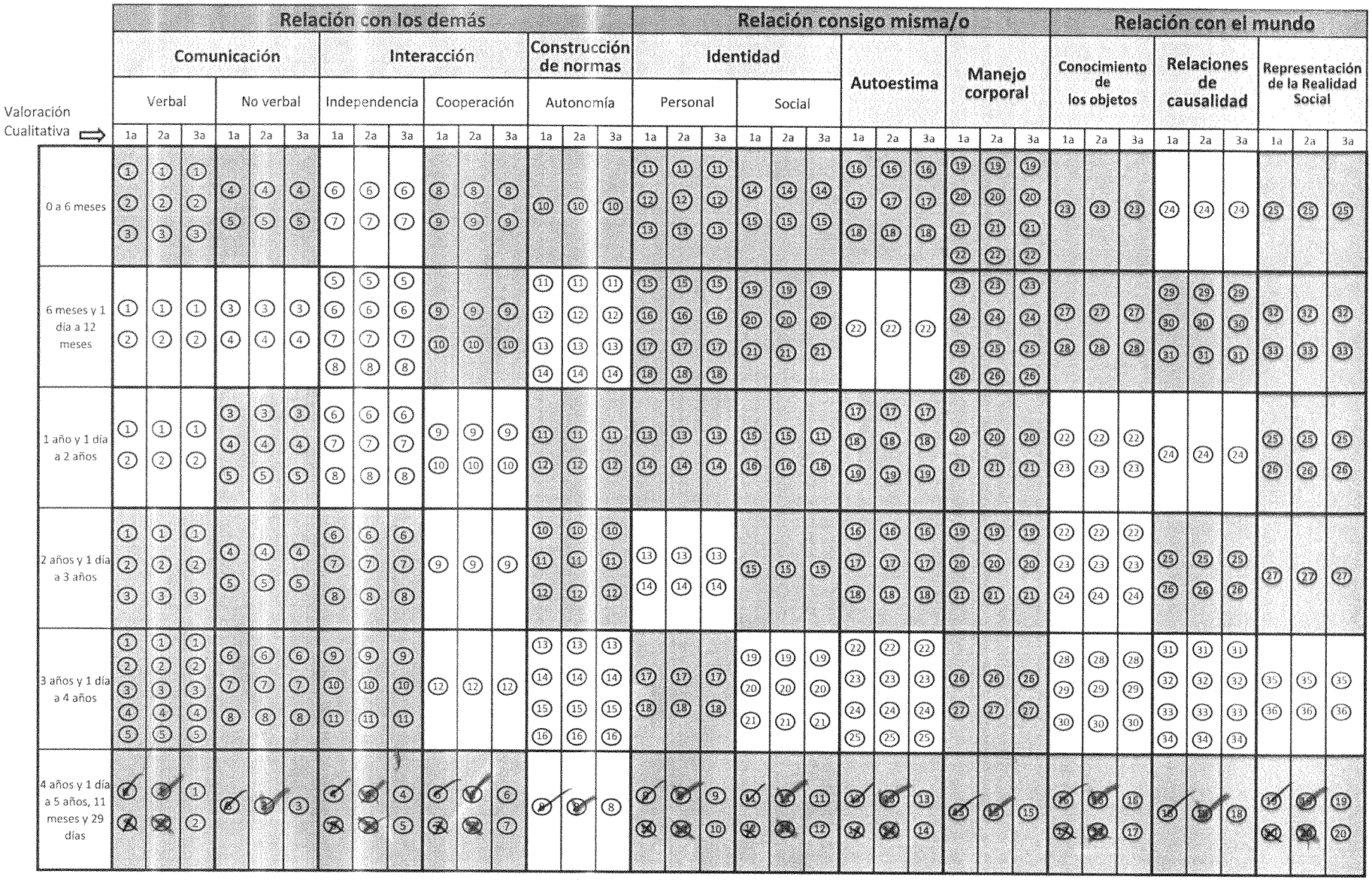
**Fecha de resgistro cualitativo** Día Mes Año

**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)*


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

# REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

25

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Nordi Correa Castillo NOMBRE UCA: Querubines 7

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Anyely Yulieth Zapata Arteaga IDENTIFICACIO: 1122343499 FECHA DE NACIMIENTO: 12-09-2020

| FECHA DEL REPORTE | SE PRESENTO NOVEDAD | | HORA | | TIPO DE NOVEDAD | FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | ACCIONES EMPRENDIDAS | ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES | COMPROMISOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | AM | PM | DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

# REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

NOMBRE DE LA MAESTRA (O):_____ NOMBRE UCA: _____

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: _____ IDENTIFICACIO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

| FECHA DEL REPORTE | SE PRESENTO NOVEDAD | | HORA | | TIPO DE NOVEDAD | FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | ACCIONES EMPRENDIDAS | ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES | COMPROMISOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | AM | PM | DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |