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) ___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

321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

	FUNDACION SEPRAES	Código: FO-GG-012
	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 265 0/2024



FECHA SOLICITUD CUPO: 28-03-2025 **FECHA INGRESO:** 1-04-2025
UDS: Soñadores **MUNICIPIO:** San Miguel
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE: Dilan Alexis Ruiz Chazatar
TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ **NUIP No.** 1126461651
¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A.
FECHA NACIMIENTO: 22-Feb-2022 **EDAD:** 3Años/1M **MUNICIPIO:** Lago Agrio
DEPARTAMENTO: Sucumbios **PAIS:** Colombia **DIRECCION DE RESIDENCIA:** V1 Los olivos **ESTRATO:** uno **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: ____ NO: X
¿CUAL?: N/A **MOTIVO DEL RETIRO:** N/A.
PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: N/A.
EPS DEL PARTICIPANTE: 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: X NO: __ PUNTAJE: A2 **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: Jhon Alexis Ruiz Bravo
No. IDENTIFICACION: 1006850665 **DIRECCION RESIDENCIA:** v/los olivos
CELULAR: 3115280868 **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: Marlin Fernanda Chazatar Cueltan
No. IDENTIFICACION: 1006788602 **DIRECCION RESIDENCIA:** v/los olivos
CELULAR: 3115280868 **E.P.S:** Emssanar
OCUPACION U OFICIO: Oficios Varios
EMPRESA DONDE LABORA: N/A.
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Técnico **PROFESIÓN:** N/A.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Marlin Fernanda Chazatar Cueltan
NUMERO IDENTIFICACION: 1006788602 **CELULAR:** 3115280868
DIRECCION: v/los olivos **PARENTESCO:** Madre.

x Marlin Cueltan.
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.126.461.651

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63695660

63695660

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

BURBANO, TOBAR KEYDER MENALDRO
Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Y 7 A

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

REGISTRADURIA DE VALLE DEL GUAMUEZ - COLOMBIA - PUTUMAYO - VALLE DE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RUIZ	CHAZATAR

Nombre(s)

DILAN ALEXIS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes FEB Día 22	MASCULINO	O	POSITIVO

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

ECUADOR SUCUMBIOS-LAGO AGRIO-NUEVA LOJA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	NO.2150723407

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	
CHAZATAR CUELTAN MARLYN FERNANDA	
Documento de identificación (Clase y número)	**Nacionalidad**
CC 1.006.788.602	COLOMBIA

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 segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos	
RUIZ BRAVO JHON ALEXIS	
Documento de identificación (Clase y número)	**Nacionalidad**
CC 1.006.850.665	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
CHAZATAR CUELTAN MARLYN FERNANDA	
Documento de identificación (Clase y número)	**Firma**
CC 1.006.788.602	Marlyn Chazatar

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	**Firma**

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	**Firma**

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes JUL Día 06	CARMEN [illegible]CIA CASANOVA YANDI
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

ENTREGADO 06 JUL 2023

ESTA REPRODUCCION FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

Adhesivo Copia Registro Civil
33439457-6

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

4

Registro válido

A2

Fecha de consulta: **24/11/2025**

Ficha: **86865049976700029592**

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **DILAN ALEXIS**

Apellidos: **RUIZ CHAZATAR**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1126461651**

Municipio: **Valle del Guamuéz**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **12/09/2025**

Última actualización ciudadano: **12/09/2025**

Última actualización via registros administrativos: **12/09/2025**

***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: **BELSY MILDRED GOMEZ ERA**

Dirección: **Calle 7 No 5 -**

Teléfono: **4282059 - 31343079**

Correo Electrónico: **sisben@valledelguamuez-putumayo.gov**

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

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	1126461651
NOMBRES	DILAN ALEXIS
APELLIDOS	RUIZ CHAZATAR
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	VALLE DEL GUAMUEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	07/05/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/24/2025 02:47:12	**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

6
RV

E.S.E.
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús

CARNET DE crecimiento y desarrollo



Nombres:	Dilan Alexis.
Apellidos:	Ruiz Chazatar
Fecha de nacimiento:	22-02-2022.
Lugar de nacimiento:	Lago Agrio.
Identificación:	V. Olivos
Barrio/Vereda:	1126461651
Responsable del niño:	Marly Chazatar
N° de teléfono:	3115280868.
E.P.S:	118.
Grupo sanguineo:	O+

¡Mamita Segura!
Lo mejor de nosotros para tí

IAMI
INSTITUCIÓN AMIGA DE LA MUJER Y LA INFANCIA

AIEPI
Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia
Porque mi vida hay que protegerla hoy

E.S.E.
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús

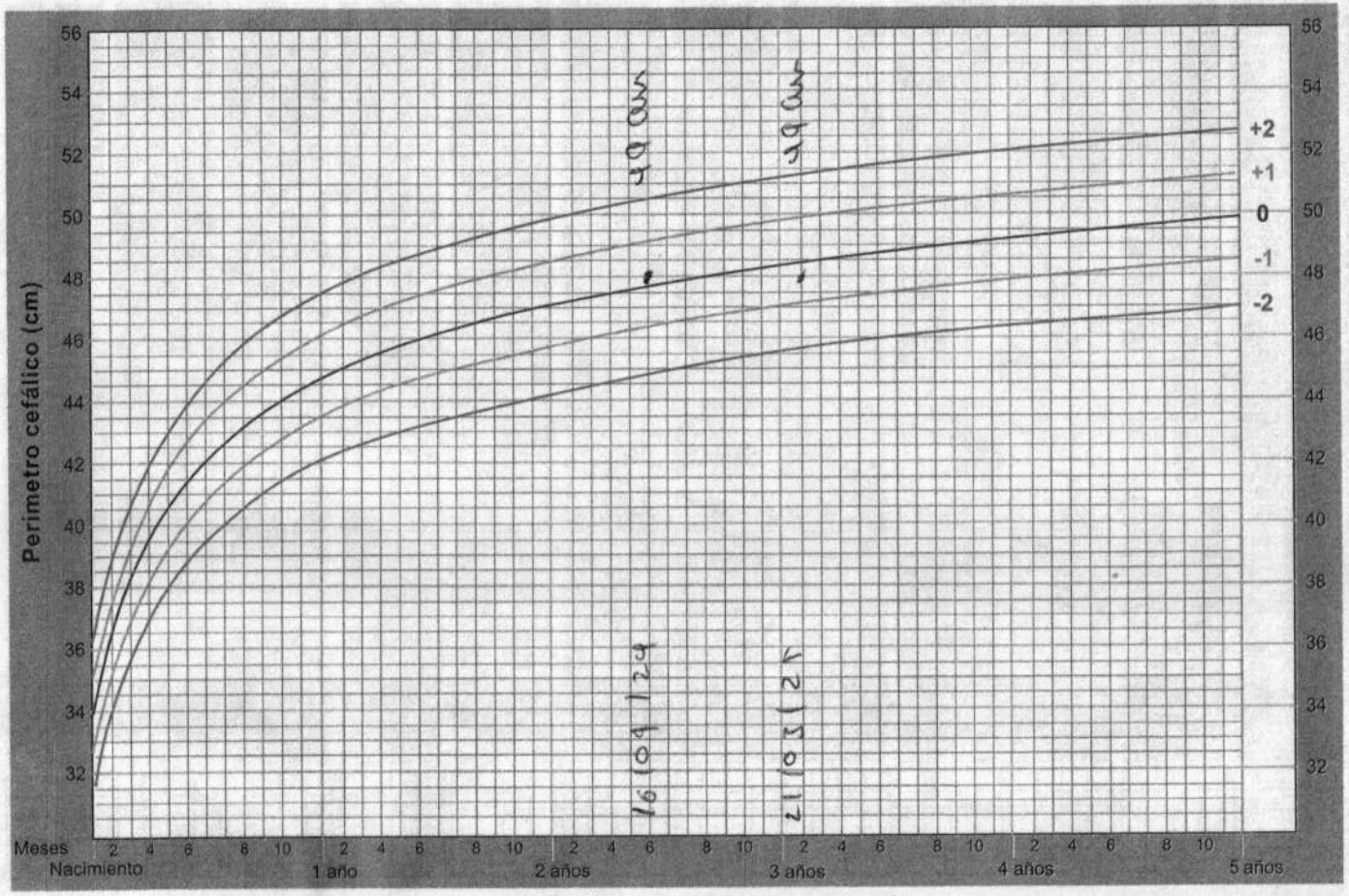
NOMBRE DEL MENOR: ______________________________

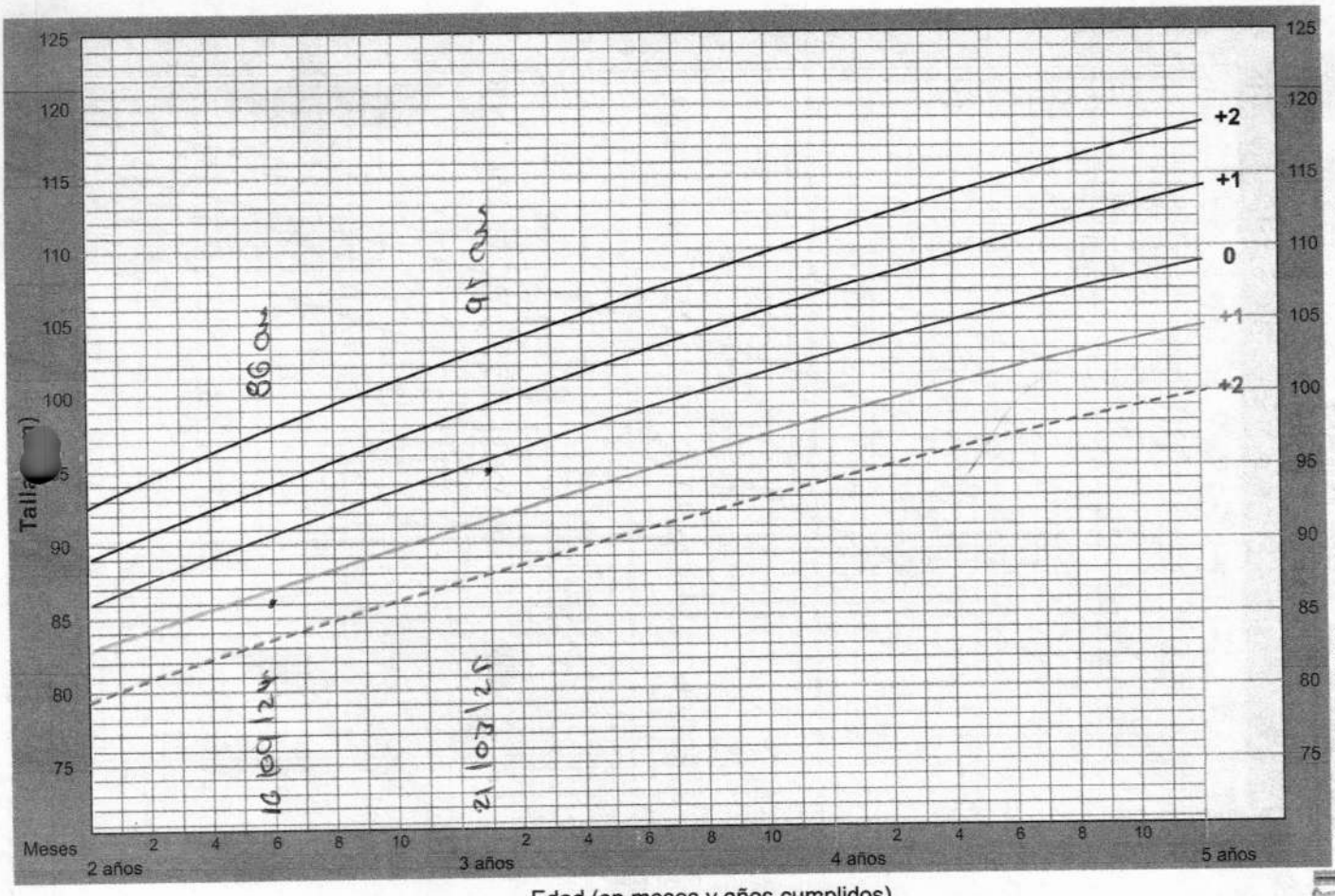
IDENTIFICACIÓN DEL MENOR: ______________________________

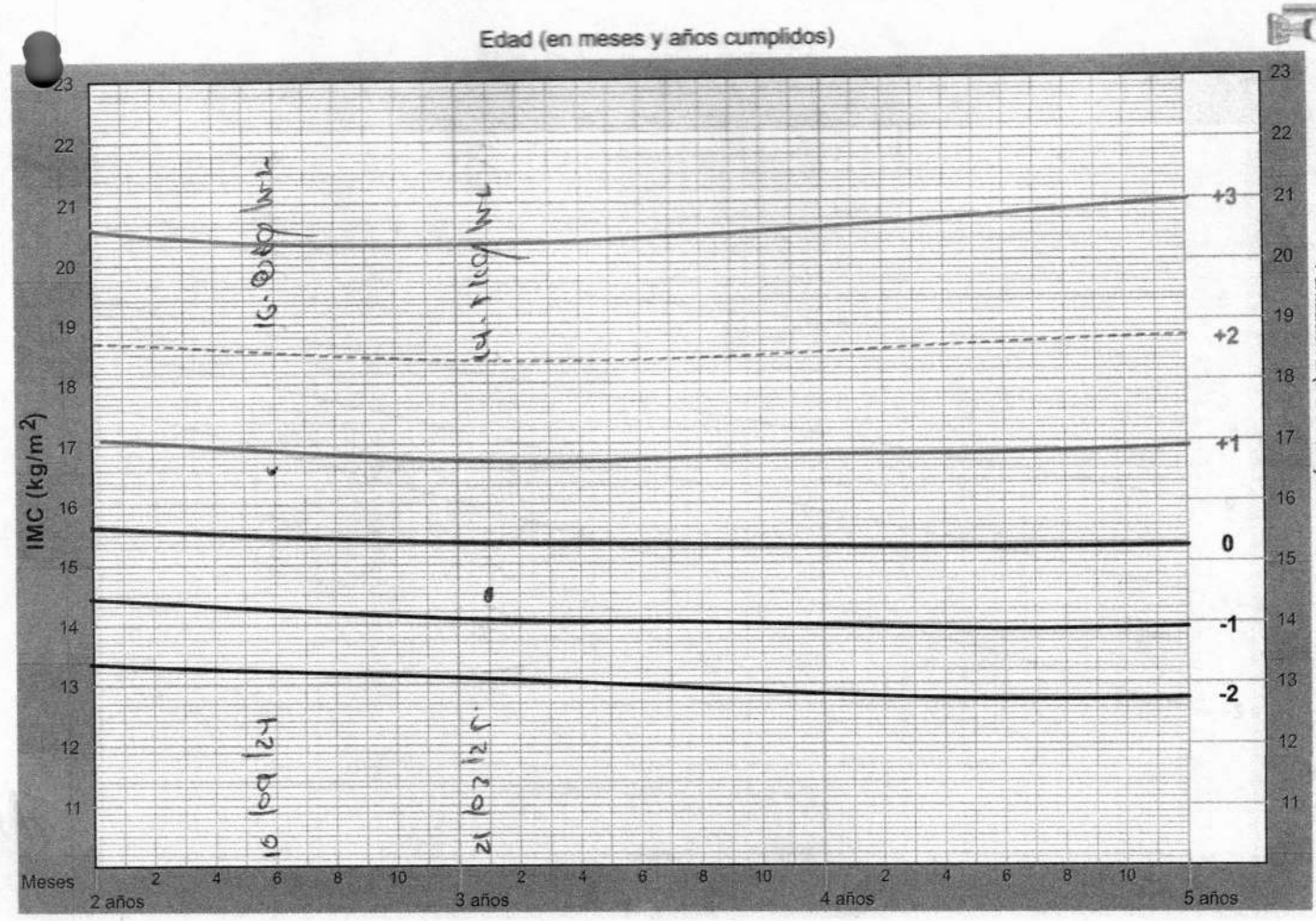
FECHA	PESO	TALLA	DX	FIRMA PROFESIONAL
16/09/24	12-4 kg	86 cm	P-Adecuado R-zona baja	Garcia D.
21/03/25	13.4 kg	95 cm	Adecuado	Díaz

Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)


Perímetro cefálico Niños
Puntuación Z (0 a 5 años)
Perímetro cefálico (cm)
56
54
52
50
48
46
44
42
40
38
36
34
32
+2
+1
0
-1
-2
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
2 4 6 8 10 2 4 6 8 10 2 4 6 8 10 2 4 6 8 10 2 4 6 8 10
Edad (en meses y años cumplidos)


Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Talla (cm)
125
120
115
110
105
100
95
90
85
80
75
+2
+1
0
-1
-2
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)
Edad (en meses y años cumplidos)
IMC (kg/m²)
23
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
+3
+2
+1
0
-1
-2
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años

Peso para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Peso (kg)
Meses
2 Años
3 Años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-1
-2

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
16	09	2024	9.00 Am	X	EFM.
21	03	2025	10:00 Am	X	MD.
23	02	2026		X	EFM.

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Dilon Alexis

Apellidos: Ruiz Chazatar.

Documento de identidad: RC X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1126461651

Fecha de nacimiento: Día 22 Mes 02 Año 2022

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
[illegible]mpión - Rubéola	Única	11-Abril 2024.	serum 0122w109	HSJ. Diana Tafur
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Cita cuando cumpla 8 años.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

12

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 651b365e-25e6-4aef-b8ad-815a68cee241

Nombres y apellidos / Full name: **DILAN ALEXIS RUIZ CHAZATAR**

Tipo de identificación / ID Type: **REGISTRO CIVIL**

Número de identificación / ID Number: **1126461651**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **22/02/2022**

País nacimiento / Country of birth: **ECUADOR**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3115280868**

Correo electrónico / e-mail: **notengo@gmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
Sarampión Rubéola	Adicional	11	4	2024	Fabricante	0122W109	ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	DIANA FERNANDA TAQUEZ TULCAN
Fiebre Amarilla Particular	Única	14	4	2024			ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	lic . pozo

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Widé **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

13

CERTIFICADO NACIONAL - HISTORIAL DE INMUNIZACIONES

NATIONAL CERTIFICATE - IMMUNIZATION HISTORY

República del Ecuador

Name/Nombre: DILAN ALEXIS RUIZ CHAZATAR
Date of birth/ Fecha de nacimiento: 2022/02/22

Vaccination details / Datos de Vacunación

Identifier/Identificación: 2150723407
Certificate issuer / Emisor del certificado
Ministry of Public Health of Ecuador / Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Disease targeted / Enfermedad que se previene Meningitis Tuberculosa - Tuberculosis Pulmonar Diseminada

Vaccine medical product / VacunaAdministrada	Number of dosis / Número de dosis
BCG Vacuna BCG / Previene Meningitis Tuberculosa	Dosis: 1 Lot: xxxx Date / Fecha: 2022/02/23

Disease targeted / Enfermedad que se previene Hepatitis B

Vaccine medical product / VacunaAdministrada	Number of dosis / Número de dosis
HB Cero Vacuna antihepatitis B Pediátrica Cero	Dosis: 1 Lot: xxxxx Date / Fecha: 2022/02/23

Disease targeted / Enfermedad que se previene Neumonías, meningitis, otitis por streptococo neumoniae

Vaccine medical product / VacunaAdministrada	Number of dosis / Número de dosis
Neumococo Vacuna antineumococo (polisacarido y conjugado) / Previene Infecciones por Neumococo (Neumonía, Meningitis, Otitis)	Dosis: 1 Lot: ASPNB338KA Date / Fecha: 2022/04/26
Neumococo Vacuna antineumococo (polisacarido y conjugado) / Previene Infecciones por Neumococo (Neumonía, Meningitis, Otitis)	Dosis: 2 Lot: ASPNB338KA Date / Fecha: 2022/07/15
Neumococo Vacuna antineumococo (polisacarido y conjugado) / Previene Infecciones por Neumococo (Neumonía, Meningitis, Otitis)	Dosis: 3 Lot: ASPNB338KA Date / Fecha: 2022/07/16

R/V

14

CERTIFICADO NACIONAL - HISTORIAL DE INMUNIZACIONES

NATIONAL CERTIFICATE - IMMUNIZATION HISTORY

República del Ecuador

Disease targeted / Enfermedad que se previene — **Enfermedad diarréica aguda por rotavirus**

Vaccine medical product / VacunaAdministrada	Number of dosis / Número de dosis
Rotavirus Vacuna antirotavirus / Previene Diarrea por Rotavirus	Dosis: 1 Lot: AROLC844BD Date / Fecha: 2022/04/26
Rotavirus Vacuna antirotavirus / Previene Diarrea por Rotavirus	Dosis: 2 Lot: AROLC844BD Date / Fecha: 2022/06/02

Disease targeted / Enfermedad que se previene — **Difteria, tosferina, tétanos, hepatitis B, neumonias y meningitis por haemophilus influenzae tipo b**

Vaccine medical product / VacunaAdministrada	Number of dosis / Número de dosis
Pentavalente Vacuna pentavalente viral (Difteria - haemophilus influenzae B - pertussis - tetanos - hepatitis B) / Previene Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis y Neumonía por Haemophilus Influenzae tipo b	Dosis: 1 Lot: 220100521C Date / Fecha: 2022/04/26
Pentavalente Vacuna pentavalente viral (Difteria - haemophilus influenzae B - pertussis - tetanos - hepatitis B) / Previene Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis y Neumonía por Haemophilus Influenzae tipo b	Dosis: 2 Lot: 220100521C Date / Fecha: 2022/07/15
Pentavalente Vacuna pentavalente viral (Difteria - haemophilus influenzae B - pertussis - tetanos - hepatitis B) / Previene Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis y Neumonía por Haemophilus Influenzae tipo b	Dosis: 3 Lot: 220100521C Date / Fecha: 2022/08/15

Disease targeted / Enfermedad que se previene — **Poliomielitis (Parálisis flácida aguda)**

Vaccine medical product / VacunaAdministrada	Number of dosis / Número de dosis
fIPV VACUNA ANTIPOLIOMIÉLITICA FRACCIONADA INTRADÉRMICA	Dosis: 1 Lot: 2143006 Date / Fecha: 2022/04/26
fIPV VACUNA ANTIPOLIOMIÉLITICA FRACCIONADA INTRADÉRMICA	Dosis: 2 Lot: 2143006 Date / Fecha: 2022/09/26
bOPV VACUNA ANTIPOLIOMIÉLITICA ORAL/ PREVIENE POLIOMIELITIS (PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA)	Dosis: 3 Lot: 1801P044 Date / Fecha: 2022/10/26
bOPV VACUNA ANTIPOLIOMIÉLITICA ORAL/ PREVIENE POLIOMIELITIS (PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA)	Dosis: 4 Lot: 1802P135 Date / Fecha: 2023/09/26

R/V

15

CERTIFICADO NACIONAL - HISTORIAL DE INMUNIZACIONES

NATIONAL CERTIFICATE - IMMUNIZATION HISTORY

República del Ecuador

Disease targeted / Enfermedad que se previene — **Sarampión, Rubeola y Parotiditis (Paperas)**

Vaccine medical product / VacunaAdministrada	Number of dosis / Número de dosis
SRP Vacuna triple viral (ParotiditisSarampionRubeola) / Sarampión, Rubeola y Paratiditis (paperas)	Dosis: 1 Lot: XXXXXX Date / Fecha: 2023/03/11
SRP Vacuna triple viral (ParotiditisSarampionRubeola) / Sarampión, Rubeola y Paratiditis (paperas)	Dosis: 2 Lot: XXXXXX Date / Fecha: 2023/04/14

Disease targeted / Enfermedad que se previene — **Fiebre amarilla**

Vaccine medical product / VacunaAdministrada	Number of dosis / Número de dosis
Fiebre Amarilla Completo Vacuna antiamarilica / Previene Fiebre Amarilla	Dosis: 1 Lot: XXXXXX Date / Fecha: 2023/03/11

Disease targeted / Enfermedad que se previene — **Varicela**

Vaccine medical product / VacunaAdministrada	Number of dosis / Número de dosis
Varicela Zoster, virus vivo atenuado (Vacuna varicela) / Previene Varicela	Dosis: 1 Lot: XXXXXX Date / Fecha: 2023/06/21

Disease targeted / Enfermedad que se previene — **Difteria, Tosferina, Tétanos**

Vaccine medical product / VacunaAdministrada	Number of dosis / Número de dosis
DPT Toxoide difte- rico tetanico + Vacuna pertussis (Vacuna triple DPT) / Previene Difteria, Tosferina, Tétanos	Dosis: 4 Lot: 221100322A Date / Fecha: 2023/09/26

Description / Descripción

This document is a compilation of immunizations registered with the Ministry of Public Health.

If you require a certificate for a specific disease, you must generate the certificate individually.

Este documento es una recopilación de las inmunizaciones registradas en el Ministerio de Salud Pública.

En caso de requerir el certificado de una enfermedad específica, debe generar el certificado de forma individual.

EL NUEVO ECUADOR

R/V

CERTIFICADO NACIONAL - HISTORIAL DE INMUNIZACIONES

NATIONAL CERTIFICATE - IMMUNIZATION HISTORY

República del Ecuador

date of issue / fecha de emisión: 2025-10-20 14:44:14

17
RIV

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

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 San Miguel FECHA: DÍA MES AÑO HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Dilan Alexis APELLIDOS Ruiz chazatar

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 1126461651

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 22 MES: 02 AÑO: 2022 / EDAD: 3 años 3 Meses

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. 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)

¿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. Primera dosis ☐ Segunda dosis ☐ 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.

INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES

La vacuna tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 días postparto, siempre que los posibles beneficios superen los posibles riesgos con base en la evaluación clínica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante, lo cual deberá presentar al momento de la vacunación certificación que acredite tal evaluación.

La vacuna que se le está administrando es eficaz para evitar complicaciones severas y muerte en la gestante y el feto por SARS CoV-2 COVID-19

A la fecha no hay pruebas que la vacuna cause efectos adversos importantes para la mujer embarazada, el feto o la placenta, además de los ya observados para la población general

A nivel poblacional son muchos mayores los beneficios de administrar el biológico, sobre los riesgos de llegar a padecer COVID-19 durante la gestación, por el impacto que sobre la salud materna y perinatal produce la infección por SARS-Co-2 y ante el alto riesgo de complicaciones severas, ingreso a UCI, y morbilidad y mortabilidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.

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.

Soy mujer con más de 12 semanas de gestación o durante los 40 días postparto: SI☐ NO☐ y en caso afirmativo aporto certificación del médico tratante que acredita evaluación clínica para que obre adjunto a este consentimiento, requisito indispensable para recibir la vacuna.

En consecuencia, decido **ACEPTAR:**☐ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:**☒ que se me aplique la vacuna

Firma de la persona: _____

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

Nombres Marlyn Fernanda Apellidos Chazatar Cevallos

Tipo de Identificación: 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

_____ identificado(a) con C.C☐ C.E.☐ OTRO☐ número _____

de _____

Huella dactilar o
plantar del Rogante

_____
Firma del Rogado
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Kerly Jiménez Zárate

Firma Kerly Jzm Tipo de Identificación: CC☐ CE☐ OTRO☐ Número 1075682134

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel

Nota 1: Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar junto con uno de sus padres o su representante legal
Nota 2: Para los menores de 12 años deben firmar sus padres o su representante legal

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.006.788.602**

CHAZATAR CUELTAN

APELLIDOS

MARLYN FERNANDA

NOMBRES

Marlin Chazatar

FIRMA





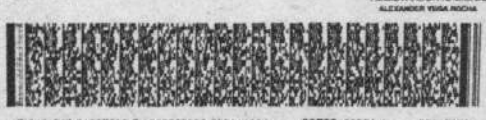
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-ENE-2003**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-JUL-2021 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-6401800-01267686-F-1006788602-20211120 **0076**616927A 1 56516298

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.006.850.665
RUIZ BRAVO
APELLIDOS
JHON ALEXIS
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-OCT-1996
ORITO
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
27-OCT-2014 ORITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-6402300-00667054-M-1006850665-20150213 0042907800A 2 42887852

CONTROL DE CITAS

Este carné es un documento de identificación como usuario de los servicios del Hospital; tratelo con cuidado y no lo pierda pues su duplicado tiene un valor de $2.000

Debe ser puntual en el cumplimiento de su cita de Higiene Oral. Si no se presenta en la hora fijada perderá su turno y tendrá que sacar una nueva cita.

De la asistencia a su cita depende del éxito del tratamiento.

Si por atender a un usuario de cuidado urgente, usted sufre alguna demora en ser atendido, rogamos nos excuse.

Calidad y oportunidad en los servicios

E.S.E.
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús



CARNÉ DE ODONTOLOGÍA

NOMBRES Y APELLIDOS
DILAYN ALEXIS QUIZ CHAZATAN

DOC. DE IDENTIDAD
1126061651

EPS / ARS
EMSSANAR.

DOMICILIO
LOS OLIVOS.

¡Una buena higiene oral para una salud total!

PRÓXIMA CITA	PRÓXIMA CITA
17 - 2024	17 - 11 -
18 - 11 - 2024	18 - mayo - 2025
03 - 06 - 2025	03 - Diciembre - 2025

Sofia Giron M.
ODONTOLOGA
#086

DRA. CANDY ALVAREZ RODRIGUEZ
ODONTOLOGA GF
U. DE CARTAC
CC 1143398148

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Marlin Fernanda chazatar Identificado con C.C N° 1006788602 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Dilan Alexis Ruiz chazatar o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Soñadores, 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 01 Días del mes de Abril del Año 2025.

Marlin chazatar
Madre o Acudiente
C.C 1006788602

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 Dilan Alexis Ruiz Chazatar, identificado (a) con documento de identidad número 1126461651, 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, Marlyn Fernanda Chazatar evallan, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006788.602, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	x	Audios	x	Videos	x	Otros datos personales	x

La autorización comprende:

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

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

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

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

Suscriben:

Firma: Marlin Chazatar
Nombre: Marlin Fernanda Chazatar
Calidad - Titular: x Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3115280868
Fecha: 01-04-2025
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.

23
RIV

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Angel Madroñero NOMBRE UCA: Mundo de colores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Dilan Alexis Ruiz charatar IDENTIFICACIO: 1126461657 FECHA DE NACIMIENTO: 22-02-2022

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					
22-07-2025	+			12:45 PM	Hasta la fecha el usuario no presenta actualizado el de control crecimiento y desarrollo -La madre manifiesta que para el proximo encuentro lo lleva actualizado.	Marlin Cuellar.		Se concientiza a la madre sobre la importancia de tener este documento al dia.		La Señora se compromete a llevar este documento actualizado para el dia 19-08-2025. Para el proximo encuentro.
22-07-2025	+				A la fecha la madre no presento el carnet de vacunas. - La señora manifiesta que lo tiene desactualizado pero ella lo entrega cuando vaya al encuentro del otro mes.	Marlin Cuellar		Se habla con la madre sobre la importancia de este documento.		La madre hace el compromiso de llevar el carnet de vacunas para el proximo encuentro. 19-08-2025.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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					
3-10-2025	x			3:40 PM.	Por medio de llamada telefónica se le informa a la madre que no tiene carnet de vacunas y en el control de desarrollo falta la proxima cita al control -La madre manifiesto que no ha podido salir porque no estaba en la casa.	Marlin chacaton		Se dialoga con ella y se hace conciencia sobre la importancia de realizar estas actualizaciones	La madre presenta la historia de vacunas del niño	La madre se compromete a realizar esta diligencia hasta el 21-10-2025 La novedad se cierra 18-11 2025.