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 ALMA DE VIDA	Código: FO-GG-012
	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 265 0/2024



FECHA SOLICITUD CUPO: 26-03-2025 FECHA INGRESO: 01-04-2025

UDS: Dueños del Sol 1 MUNICIPIO: San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Karen Anyelin Muñoz Narvaez

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1122344 494

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? NA

FECHA NACIMIENTO: 23-09-2024 EDAD: 6 Meses MUNICIPIO: Puerto Asis

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: V/ Puerto el Sol ESTRATO: 1 ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: X NO: __

¿CUAL?: DIMF MOTIVO DEL RETIRO: Finalizacion del Programa

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

EPS DEL PARTICIPANTE: Emssanar SUBSIDIADO: X CONTRIBUTIVO:

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X DIAGNOSTICO: NA

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: NA

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: NA

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: NA

TIENE SISBEN: SI: X NO: __ PUNTAJE: B3 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: __

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alexander Luis Muñoz Pantoja

No. IDENTIFICACION: 77 22 744 DIRECCION RESIDENCIA: V/Pto Sol

CELULAR: 321 313 8984 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: NA

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: NA

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Isaura Narvaez Martinez

No. IDENTIFICACION: 1130 884 202 DIRECCION RESIDENCIA: V/ Pto Sol

CELULAR: 321 313 8984 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de Casa

EMPRESA DONDE LABORA: NA

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: NA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Maria Isaura Narvaez M

NUMERO IDENTIFICACION: 1130 884 202 CELULAR: 3213138984

DIRECCION: V/ Puerto el Sol PARENTESCO: Madre

Isaura Narvaez
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

3

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.122.344.494

Indicativo Serial 63700511

63700511

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 6 Z

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MUÑOZ	NARVAEZ

Nombre(s): KAREN ANYELIN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes SEP Día 23	FEMENINO	O	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	240929111137964

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: NARVAEZ MARTINEZ MARIA ISAURA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.130.884.202	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: MUÑOZ PANTOJA ALEXANDER LUIS

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 7.722.794	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: NARVAEZ MARTINEZ MARIA ISAURA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.130.884.202	

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 2024 Mes OCT Día 08	ROY [illegible] CALLE [illegible] - REGIST
	Nombre y firma

dispapeles 60395

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B3

Fecha de consulta: 25/04/2025

Ficha: 86757674952700005818

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: KAREN ANYELIN

Apellidos: MUÑOZ NARVAEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344494

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 24/08/2023

Última actualización ciudadano: 08/10/2024

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTE

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libert

Teléfono: 4210537 - 32131387

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov

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	1122344494
NOMBRES	KAREN ANYELIN
APELLIDOS	MUÑOZ NARVAEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	23/09/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/09/2025 05:33:02	**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

6-
RN

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

..SANOS

MIS DATOS:

Nombres:

KAREN ANYEIN

Apellidos:

MUÑOZ NARVAEZ

Fecha de nacimiento:

23 09 2024

Historia Clínica:

1122314494

Barrio / Vereda:

V/ PUERTO EL SOL

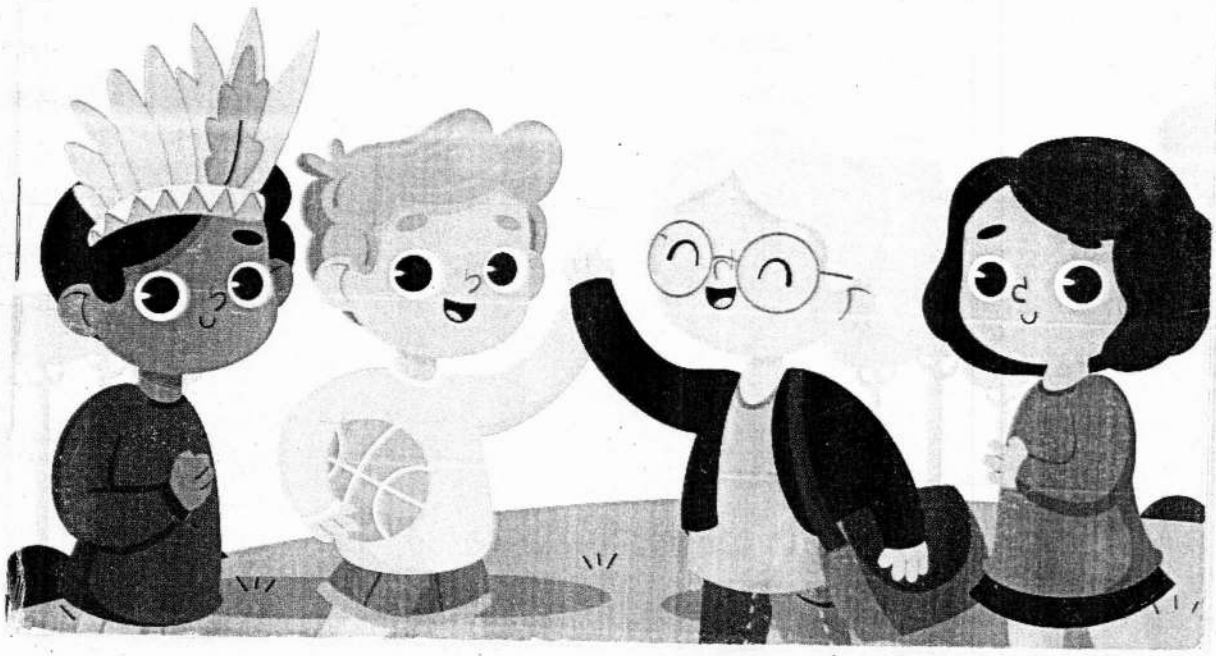
Responsable del niño (a):

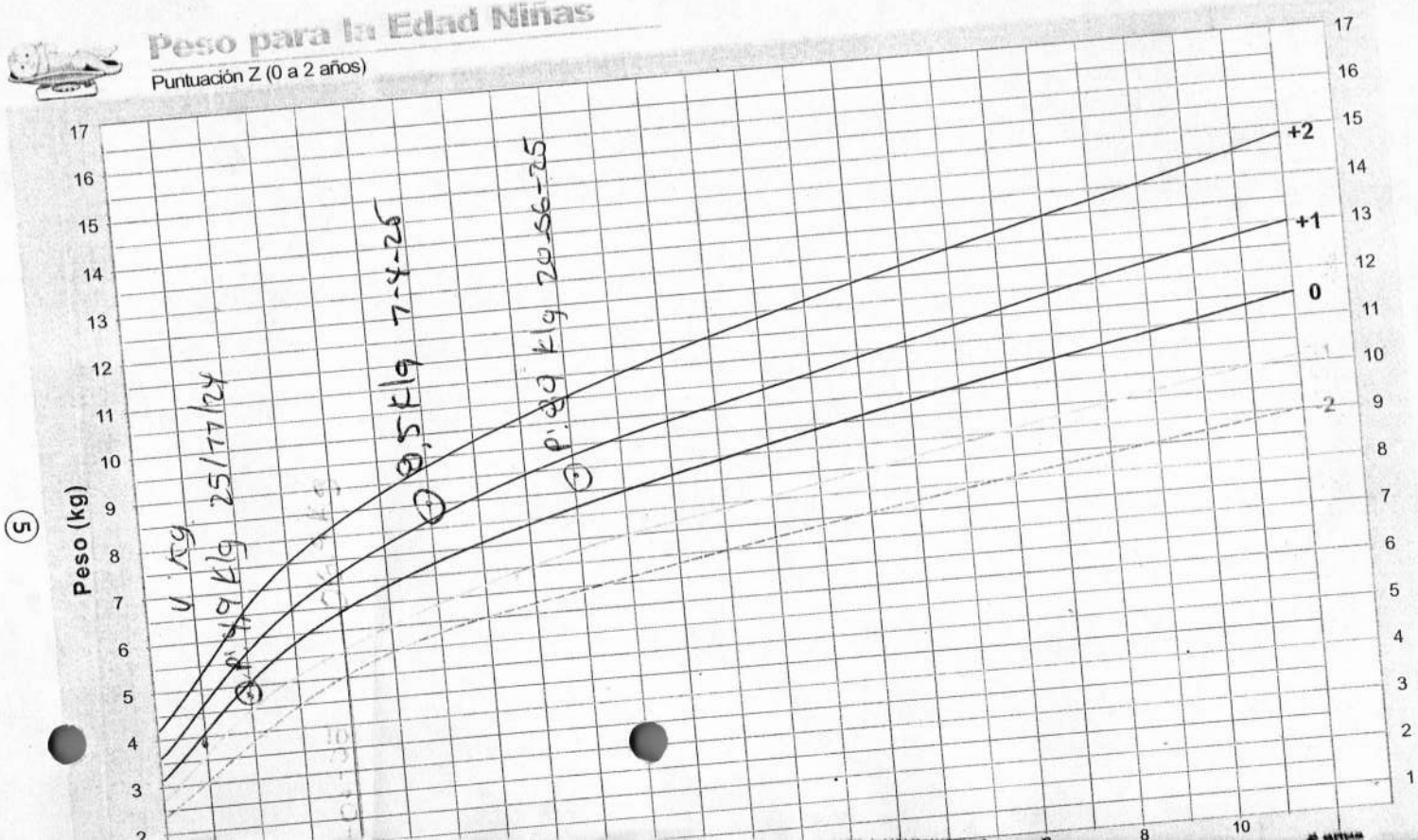
MARIA NARVAEZ

Teléfono:

EPS:

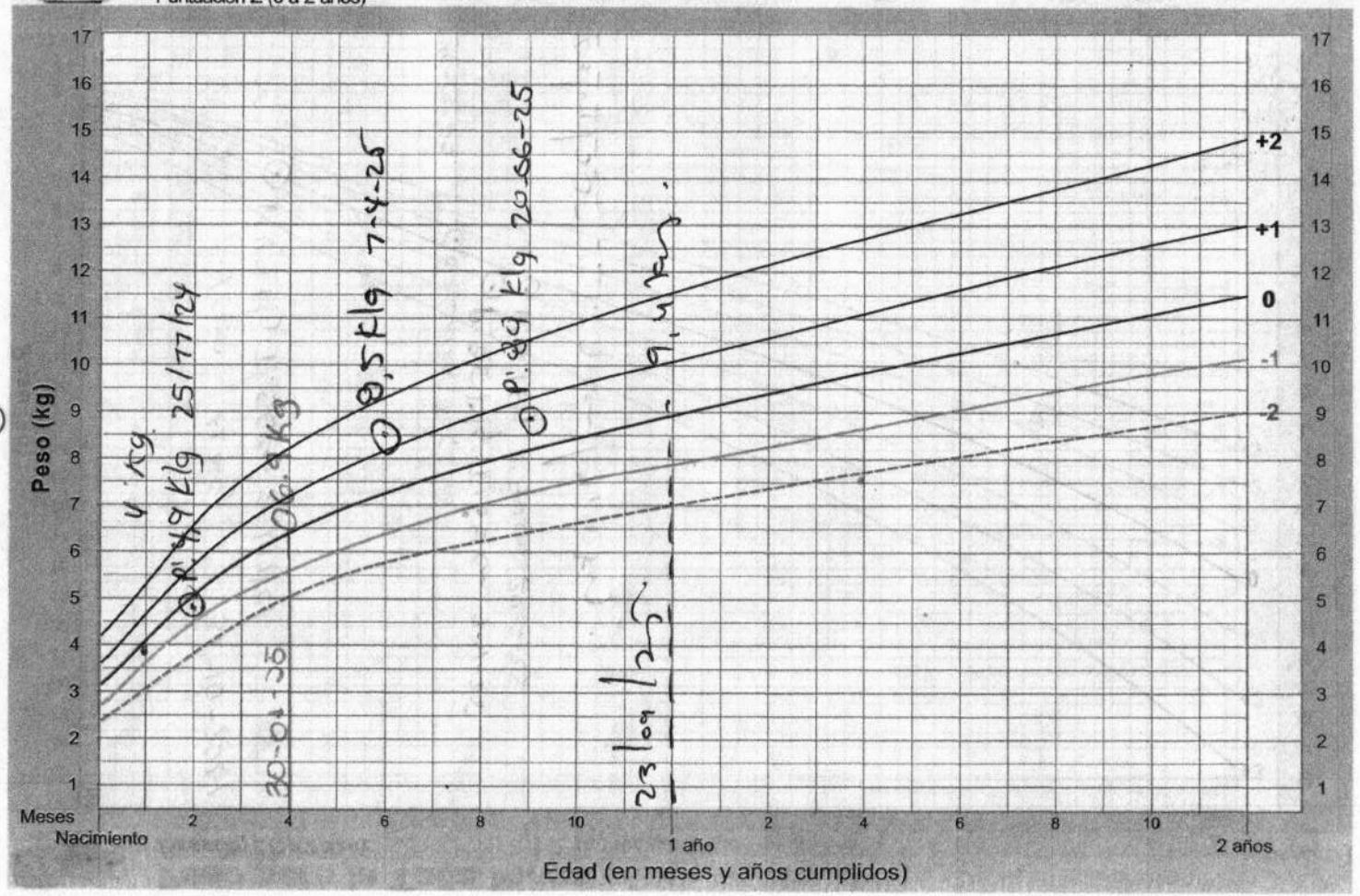
118.



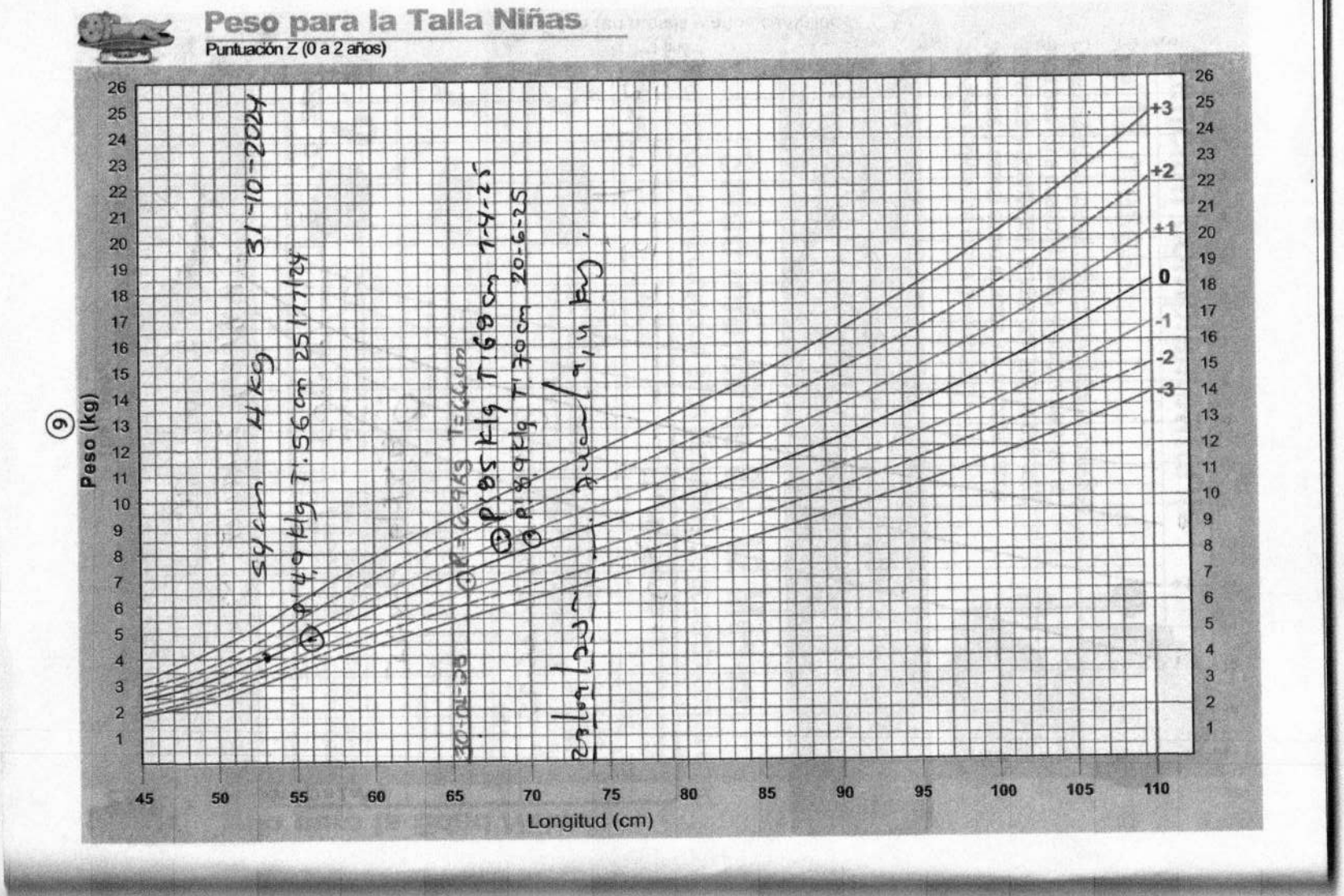

Peso para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
+2
+1
0
-2
4 kg 25/7/24
8,5 kg 7-4-25
9,2 kg 2026-25

Peso para la Edad Niñas

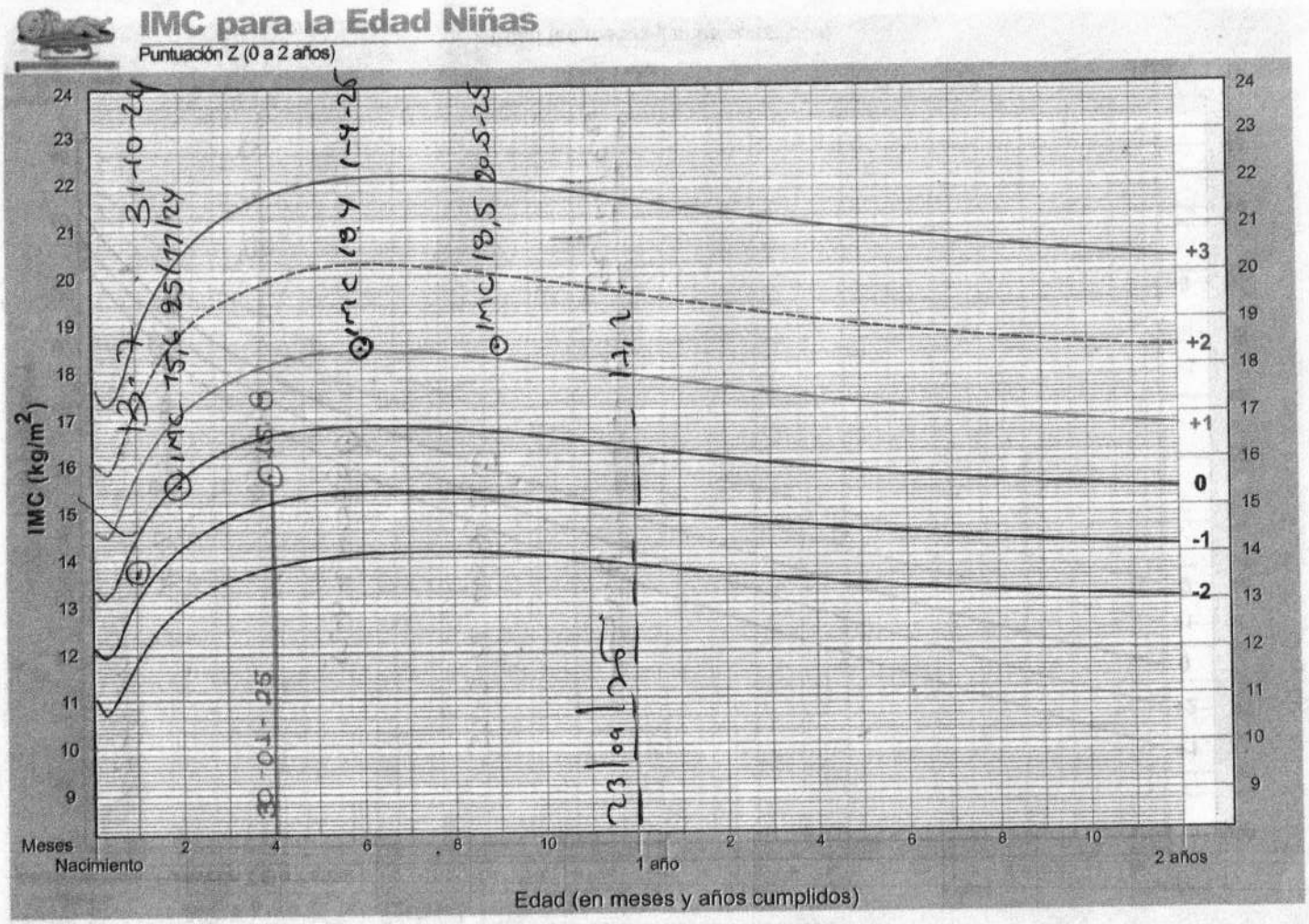
Puntuación Z (0 a 2 años)

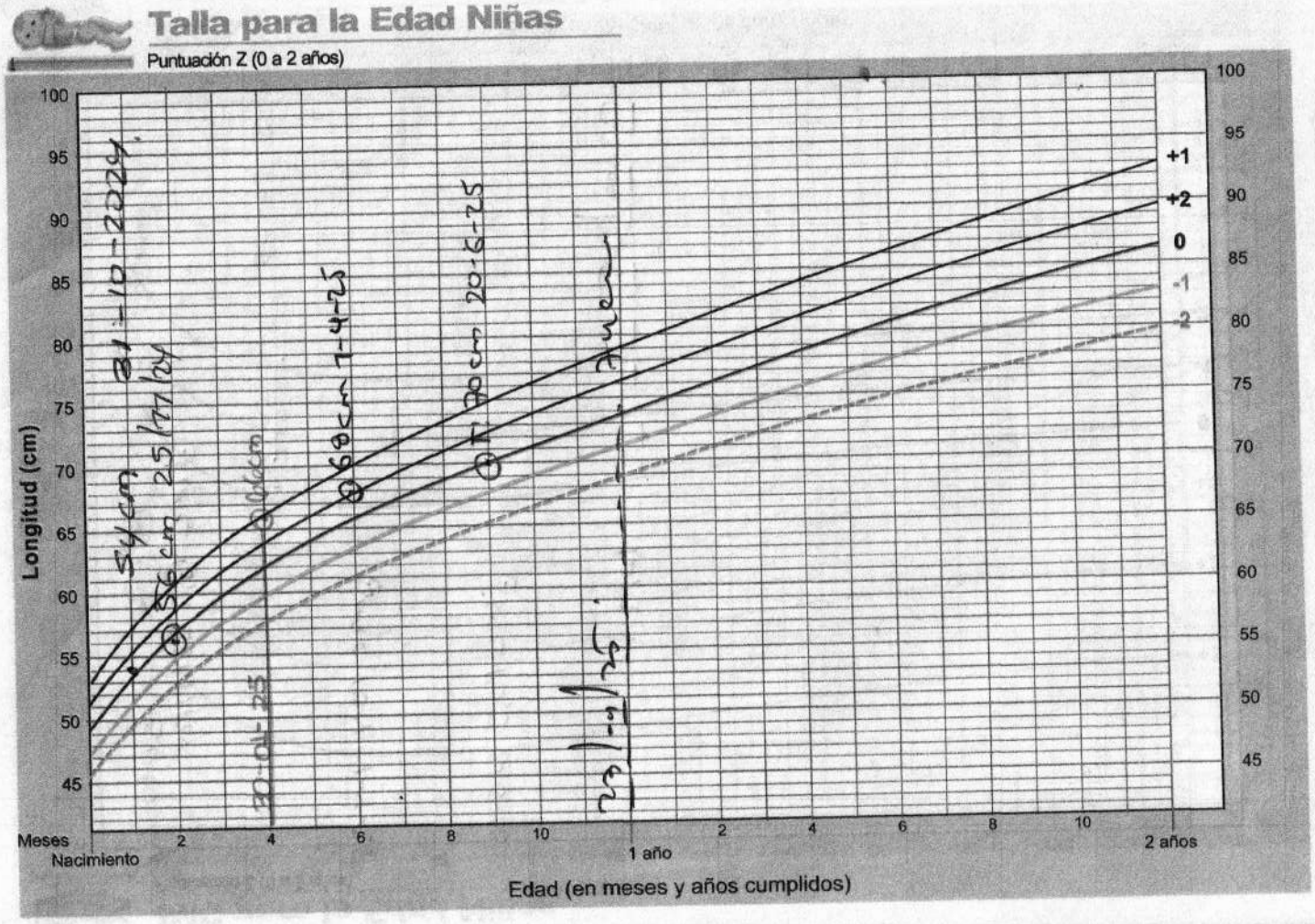


⑤

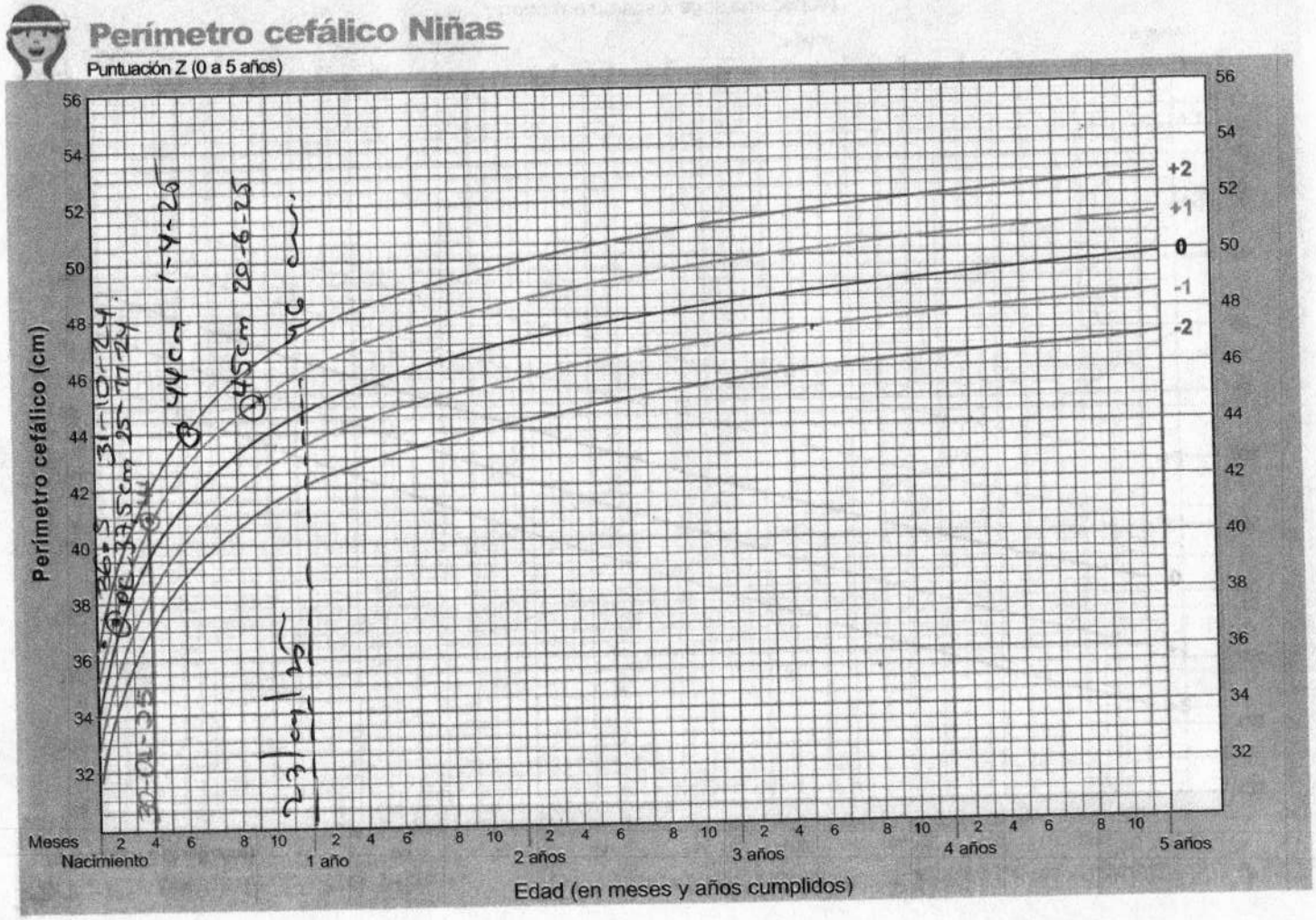

Peso para la Talla Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Longitud (cm)
+3
+2
+1
0
-1
-2
-3
31-10-2024
5 y/m 4 kg
4,4 kg T: 56 cm 25/11/24
7-4-25
T 68 cm
20-6-25
T 70 cm
2 a/m / 9,4 kg
TEKAM

⑨


IMC para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
IMC (kg/m²)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+3
+2
+1
0
-1
-2
31-10-24
25/11/24
1-4-25
20-5-25
23/09/25


Talla para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
Longitud (cm)
100
95
90
85
80
75
70
65
60
55
50
45
+1
+2
0
-1
-2
Meses
Nacimiento
2
4
6
8
10
1 año
2
4
6
8
10
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
54cm 31-10-2024
56 cm 25/11/24
69cm 7-4-25
Edad
20-01-25
Edad
Tocm 20-6-25
Edad
22-9-25

8


Perímetro cefálico Niñas
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
2 4 6 8 10
1 año
2 4 6 8 10
2 años
2 4 6 8 10
3 años
2 4 6 8 10
4 años
2 4 6 8 10
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
31-10-24
25-11-24
1-4-25
29-6-25
20-01-25

⑥

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
31-10-24	4 kg	54	36.5	11	137	23-11-24	[illegible]
25-11-24	4,9	56	37,5	12	15,6	23-01-2025	Milena C.
30-01-25	6.9	66	41	13	15.8	24-03-25	[illegible]
1-4-25	8.5	68	44	14	18.4	23-06-2025	Milena C.
24-06-2025	8.9	70.5	45	15	18.5	23-09-2025	Milena C.
23/09/25	9.4	74	46	14	17,2	23/03/26	[illegible]

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
31	10	24	✓	—	
25	NOV	2024	Enfermera	SI ✓	Milena C.
23	Enero	2025	Medico	Si ✓	
24	Marzo	2025	Enf.		
01	Abril	2025	Enfer.	SI ✓	Milena C
23	Julio	2025	Enfermera	SI ✓	Milena C.
23	Septi	2025	Medico	~~cita~~	
23	03	2026			

2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	27	11	24			2	3	2	4	0	3	4							
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	27	11	24			2	2	0	1	0	3	8	2	38					
	Pentavalente: Hepatitis B	1ª	27	11	24			2	2	0	1	0	3	8	2	38					
	Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	27	11	24			2	2	0	1	0	3	8	2	38					
	Diarrea por rotavirus	1ª	27	11	24			A	R	C	L	D	O	2	4	AA					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☒ PCV 13 ☐	1ª	27	11	24			A	S	P	N	B	3	S	6	AA					
4 meses						Lactancia materna exclusiva	Si ☐			No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2ª	23	01	25			2	3	2	4	C	U	4							
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	23	01	25			2	2	0	1	0	3	1	2	4B					
	Pentavalente: Hepatitis B	2ª	23	01	25			2	2	0	1	0	3	1	2	4B					
	Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	23	01	25			2	2	0	1	0	3	1	2	4B					
	Diarrea por rotavirus	2ª	23	01	25			A	R	C	L	E	O	A	C	AB					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	23	01	25			A	S	P	N	B	3	S	6	AC					
6 meses						Lactancia materna exclusiva	Si ☐			No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3ª	3	4	25			2	3	2	A	C	O	A							
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	3	4	25			2	2	C	1	C	3	1	2	AB					
	Pentavalente: Hepatitis B	3ª	3	4	25			2	2	C	1	C	3	1	2	AB					
	Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	3	4	25			2	2	C	1	C	3	1	2	AB					
	Influenza estacional	1ª	14	05	25	Seqirus		P	1	C	C	7	9	2	7	94					
7 meses	Influenza estacional	2ª	20	06	25	Seqirus		P	1	C	C	7	9	2	7	94					
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	30	Sept	25	Serum		C	1	3	3	N	1	1	9	B					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	3	4	25			H	J	S	2	7	9								
	Varicela	1ª	30	Sept	25	Merck.		Z	C	C	2	9	3	7							
	Hepatitis A	Única	30	Sept	25	MSD.		4	C	C	5	2	8	5							
	*Influenza estacional	Anual																			
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo																			
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo																			
	**Fiebre Amarilla	Única	30	Sept	25	Sanofi		4	3	D	3	3									
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª																			
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo																			
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo																			
	Varicela	Refuerzo																			
Niñas a partir de los **9 años**	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª																			
		2ª																			
		3ª																			
Sin rango de edad	Covid-19	1ª																			
		2ª																			
		1er Refuerzo																			
		2do Refuerzo																			
Vacunas complementarias y otras dosis																					

14
R/N (2
ECUADOR
ECUADO
Ecuador
HFID
HFID
HFID
Ecuador
HFID
HFID
2
2
2

***De acuerdo al antecedente de primovacunación** ****A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente**

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

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCION SOCIAL

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos KAREN AMELIA
MEJIA NARVAEZ

R.C. TI OTRO — 1.122.344.404
Tipo de Documento — No. de Documento

Fecha de Nacimiento 23 09 24

Sexo: FEMENINO

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3.100 Talla: 49

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Maria Isaura Narvaez

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL			
A partir de 6m			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES			
1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

75
R/V

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
Servimos con amor

NIT. 846.002.309-9

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos | Minsalud

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 29 MES 05 AÑO 2025 HORA: 10:43 AM.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Karen Anyelin APELLIDOS Muñoz Narvaez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.344.494

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 23 MES: 09 AÑO: 2024 EDAD: 8m años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 8213139984.

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

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

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

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas) Miedo por las noticias que se han estado reproduciendo en diferentes sitios web.

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Ninguna. 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:** X que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: _____

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

Nombres María. Isaura. Apellidos Narváez Martínez

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.130.334.202.

Firma: _____

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar _____, identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma el(la) señor(a)

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

de _____

Firma del Rogado

C.C. N°

C.C. N°

Huella dactilar o
plantar del Rogante

Nombres y apellidos del vacunador:

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFVD

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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.130.884.202**

NARVAEZ MARTINEZ
APELLIDOS

MARIA ISAURA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-JUL-1987**
TAMINANGO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

23-OCT-2005 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-6401800-70143887-F-1130884202-20051219 **03752** 05353O 02 194500423

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7722794

MUÑOZ PANTOJA
APELLIDOS

ALEXANDER LUIS
NOMBRES

alexander l. muños pantoja
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-FEB-1983
PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

09-FEB-2001 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1900100-50093662-M-0007722794-20010720 02016 01199B 01 115373101

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

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

Mi prioridad es tu salud...



Nombres y Apellidos: Karen Anyelin Muñoz Narvaez.

Doc. de Identidad: 1.122.344.494. EPS: Emssanar.

Teléfono: 3213138918 Domicilio: V/ Puerto el Sol

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico					02-05-25								
		Atención en salud por medicina general					02-05-26								
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor							23-09-2025						
		Profilaxis y remoción de placa							23-Mar-2026						
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Yohana Daniela Perez
ODONTÓLOGA
TP 032736

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8000493-2021

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo María Isaura Narváez Identificado con C.C N° 1.130.884.202 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Karen Anyeli Muñoz N. o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Dueños del sol 1, me comprometo a cumplir con los siguientes lineamientos:

1. Llevar personalmente o enviar con un adulto responsable debidamente autorizado, al niño o niña al encuentro en el horario establecido.
2. En caso de inasistencia, se debe diligenciar una excusa por una justa causa, dirigida a la maestra responsable de la unidad con anticipación.
3. En caso de que el usuario tenga cita o control médico, informar con anticipación a la maestra responsable para su registro.
4. Cuando el usuario vaya a llegar tarde al encuentro por una justa causa informar oportunamente a la maestra.
5. Participar y colaborar en todas las actividades programadas por la unidad comunitaria de atención, y el servicio ofrecido por el ICBF y la Fundación Alma de vida, pues estas son con el objetivo de mejorar la atención del niño o niña y sus familias.
6. Cuando tenga alguna queja, reclamo o sugerencia, seguir el CONDUCTO REGULAR: Maestra, Psicosocial o Auxiliar de enfermería, coordinador, Fundación e ICBF, teniendo en cuenta:
   - ✓ Hacerlo en el momento en el que ocurra el motivo o causa de la queja, reclamo o sugerencia.
   - ✓ Hacerlo con respeto, buenos modales y fines constructivos, que contribuyan al mejoramiento del servicio que ofrece a unidad de atención.
   - ✓ Tratarlo sólo en unidad, con la persona que corresponda de acuerdo al Conducto Regular y nunca hacer comentarios dañinos en la calle.
   - ✓ También se puede hacer a través del Buzón de Sugerencias.
7. Revisar los complementos nutricionales en el momento de entrega por parte de la maestra y reportar inmediatamente si se presenta novedades.

Se firma en San Miguel, a los 03 Días del mes de 04 del Año 2025.

Isaura Narváez
Madre o Acudiente
C.C 1.130.884.202

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 Karen Anyelin Muñoz Narvaez, identificado (a) con documento de identidad número 1.192.384.494, 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, Maria Isaura Narvaez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.130884.202, 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 Fondacion 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 - Educacion inicial campesina

Suscriben:

Firma: Isaura Narvaez.
Nombre: Maria Isaura Narvaez
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 321 313 8484
Fecha: 03 - 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.

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Karen Anyelin Muñoz Narvaez

Fecha de nacimiento 23 09 2024 **N° Documento de Identidad** 1122344494

Sexo Masculino ○ Femenino ⊗ **Fecha de 1er día de atención en el año** 03 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Angie Revelo Hernandez

Fecha de registro cualitativo 04 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 juega al toma y dame buscando la respuesta de otras personas de esta manera se observa que la niña practica la cooperacion favoreciendo la interaccion con los demas.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Angie Revelo Hernandez

Fecha de registro cualitativo 06 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

Teniendo en cuenta las dimensiones que favorecen del desarrollo de aprendizaje de la niña se observa que usa las palabras "si o no apropiadamente como respuesta a las preguntas.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

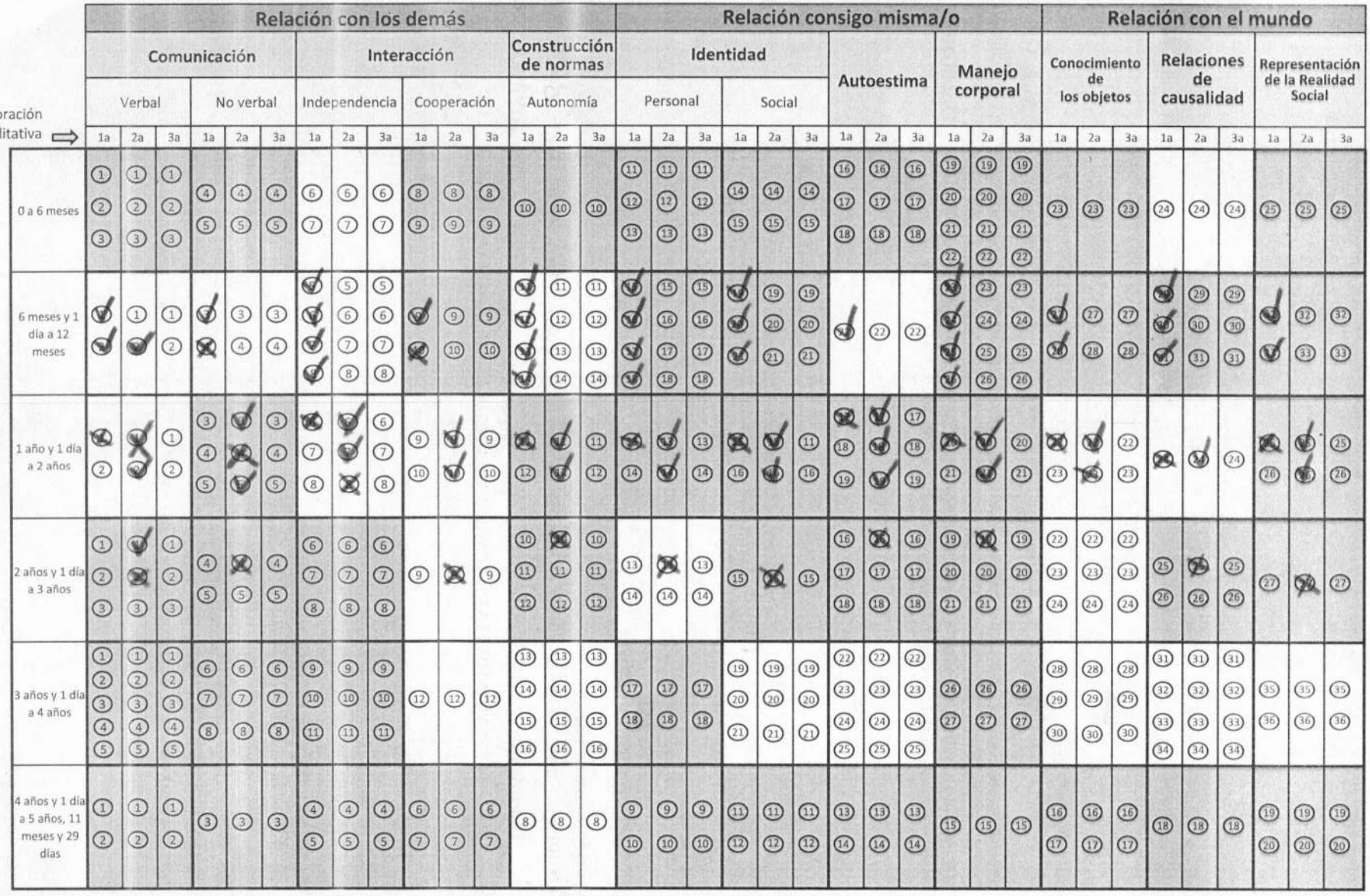
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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)***



= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

22
RIV

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Angie N. Revelo H NOMBRE UCA: Dueños del Sol 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Karen Anyelin Muñoz IDENTIFICACIO: 1122344494 FECHA DE NACIMIENTO: 23-09-2024

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					
07-05-2025	✓		✓		El dia miercoles 07 de mayo-2025 la agente Educativo Informa en el encuentro Pedagogico que el biologico de influenza ya esta disponible en el HFLO Para que se acerquen al hospital a hacerlos vacunar	Isaura N.		El dia lunes 12-05 25 la agente educativa se comunica con la madre Para indagar del estado de salud de Anyelin al igual q" indagar Por la aplicacion del biologico de influenza la madre refiere q" ella llevo a la niña el dia viernes 09-05 hacerle aplicar Pero la vacunadora mendono q" toca esperar hasta que a la niña se le quite bien la gripa sin embargo refiere la madre q" la niña actualmente ya se encuentra mejor -El dia lunes 19-05 la agente educativa realiza el encuentro en el hogar y la madre realiza la entrega de la copia del carnet de vacunas se cierra novedad.		El dia miercoles 7-05-25 la madre refiere q" si la va hacer vacunar la niña Pero que en este momento le golere dar gripa se compromete a llevarla apenas la niña este mejor - El dia lunes 12-05 la madre se compromete a llamar a la vacunadora Para el dia miercoles 14-05 Para que vacune al a niña. -se compromete a sacalle copia al carnet y realizar la entrega en el encuentro en el hogar

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Angie Rovelo NOMBRE UCA: Dueños del sol 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Karen Anyelin Muñoz IDENTIFICACIO: 1122 344 494 FECHA DE NACIMIENTO: 23-09-2024

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					
23-06-2025	✓		✓		El dia Lunes 23-06-25 la agente educativa se comunica con la madre Para recordarle que debe vacunar a la niña de fiebre amarilla. la madre refiere que el dia jueves va salir. y la hace vacunar			El dia Viernes. 27-06-2025 la agente habla con la madre se comunica con llamada Para indagar si le aplico la vacuna la madre refiere que ella si fue. hacerle aplicar a la Punta-Ecuador Pero le dijeron q" esa vacuna se aplica al año. la agente educativa le sugiere acercarse al HTIO. la madre refiere que va llamar a la vacunadora para que vaya en la Proxima semana. - El dia viernes 04 de julio la agente educativa se comunica con la madre Para indagar a la madre si vacunaron la niña la madre refiere que no la vacunaron. Porque la niña estaba agripada. la madre refiere q" le hara aplicar la vacuna cuando cumpla 1 año.		- la madre se compromete a llamar a la vacunadora del HTIO Para que vaya el 02 de Julio a vacunarla

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Angie Revelo NOMBRE UCA: Dueños del Sol I

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Karen Anyelin Muñoz IDENTIFICACIO: 1122344494 FECHA DE NACIMIENTO: 23-04-2024.

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					
23-09-2025	✓			✓	El dia martes 23 de 09-25 la agente educativa indaga a la madre si le realizo los controles a la niña donde la madre refiere que si llevo a la niña al control de crecimiento y desarrollo y tambien paso por higiene oral. No la hizo vacunar por motivo que el dia domingo le va organizar una comida por el cumpleaños y las vacunadoras le dijeron q" las biologicos le pueden dar reaccion, entonces le recomendaron vacunarla despues del cumpleaños	Isaura Narvaez		El dia Martes 30-9-25 la agente educativa indaga a la madre via whatsap. si ya vacuno a la niña la madre refiere que si la hizo vacunar. El dia miercoles-1-10-25 la agente educativa se acerca a la casa de la usuaria para retirar la copia del carnet de vacunas, la madre realiza entrega de la copia actualizada. Se cierra la novedad.		La madre se compromete llevar a vacunar a la niña el martes 30 de 09-25.