Fundación Alma de Vida

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

	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:
Keysha Isabella Martinez Montenegro

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1.122.344.287

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? NA

FECHA NACIMIENTO: 18-06-2023 EDAD: 1 año-9 Meses MUNICIPIO: San Miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: V/ Baja Floresta 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: A.5 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: Yohanny Martinez Castillo

No. IDENTIFICACION: 18.182.433 DIRECCION RESIDENCIA: V/ Baja Floresta

CELULAR: 316 497 5395 E.P.S: Nueva EPS.

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: NA

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tercero PROFESIÓN: NA

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ismelda Montenegro Egas

No. IDENTIFICACION: 41.145.425 DIRECCION RESIDENCIA: V/ Baja Floresta

CELULAR: 3154657114 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: Ismelda Montenegro Egas

NUMERO IDENTIFICACION: 41.145.425 CELULAR: 3154657114

DIRECCION: V/ Baja Floresta PARENTESCO: Madre

Ismelda Montenegro
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.122.344.281

Indicativo Serial 61322655

61322655

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 6 2

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MARTINEZ	MONTENEGRO

Nombre(s): KEYSHA ISABELLA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes JUN Día 18	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	230692305260 48

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: MONTENEGRO EGAS ISMELDA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 41.145.425	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: MARTINEZ CASTILLO YOBANNY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 18.182.433	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MONTENEGRO EGAS ISMELDA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 41.145.425	Ismelda Montenegro

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 18	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

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

18 JUL 2023 - LIBRO DE VAR

ESPACIO PARA NOTAS

dispapeles 75113

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Adhesivo Copia Registro Civil
36308552-9

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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

San Miguel (La Dorada) - Putumayo, 16 de mayo de 2024
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES.

ORGANIZACIÓN ELECTORAL

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador Municipal del Estado Civil

4

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	1122344281
NOMBRES	KEYSHA ISABELLA
APELLIDOS	MARTINEZ MONTENEGRO
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	23/06/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/09/2025 05:40:50	**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

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A5

Fecha de consulta: 29/03/2025

Ficha: 86757005479900000146

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: KEYSHA ISABELLA

Apellidos: MARTINEZ MONTEANEGRO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344281

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/11/2017

Última actualización ciudadano: 18/07/2023

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.

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

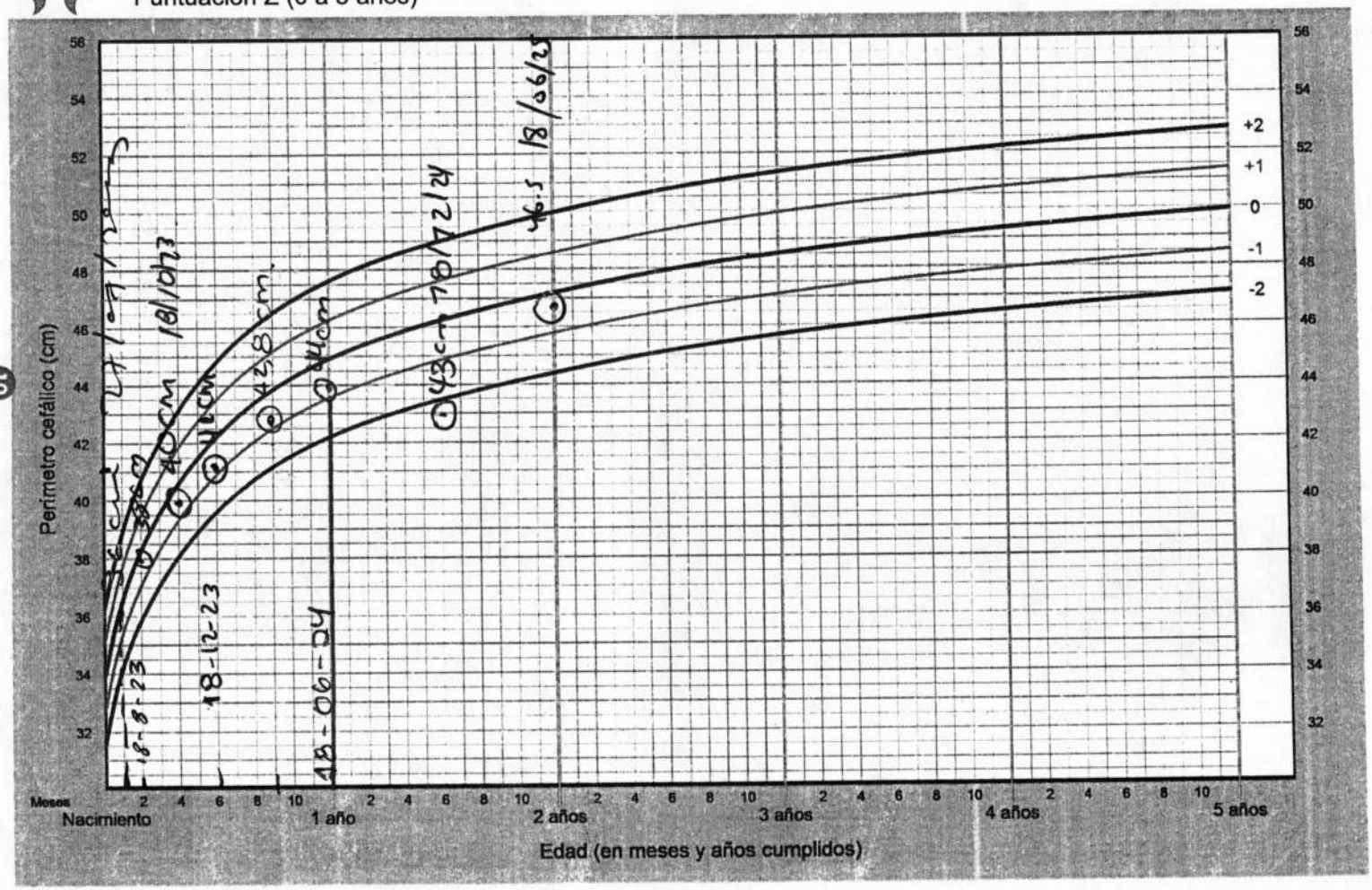
MIS DATOS

Nombres: Isabella	Apellidos: Martinez Montenegro
Fecha de nacimiento: 18 | 06 | 2023	Historia Clínica:
Barrio/Vereda: vl la Floresta	Responsable del niño: Ismelda Montenegro
Teléfono: 3154657114	EPS:

Powered by CamScanner

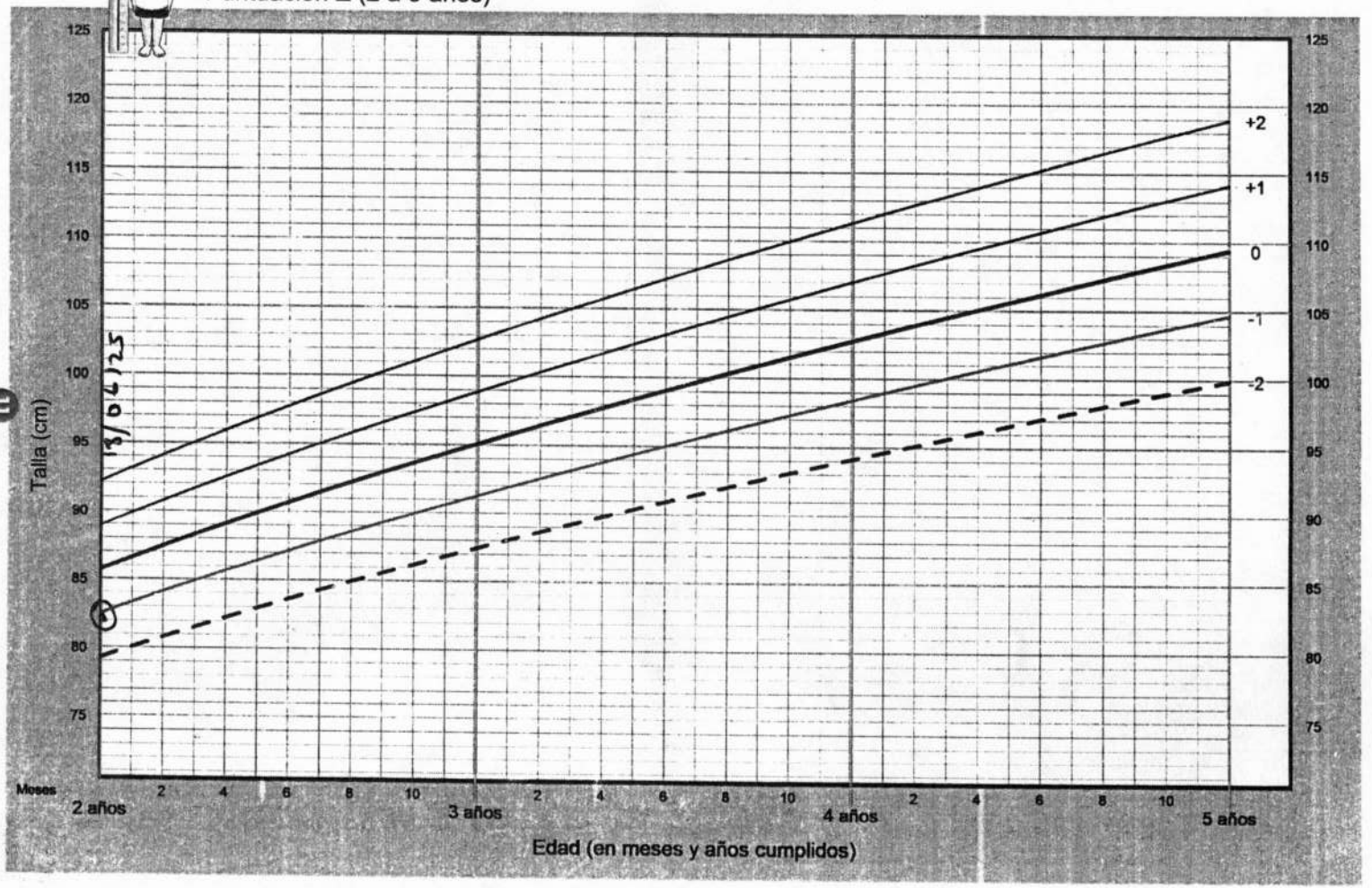
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



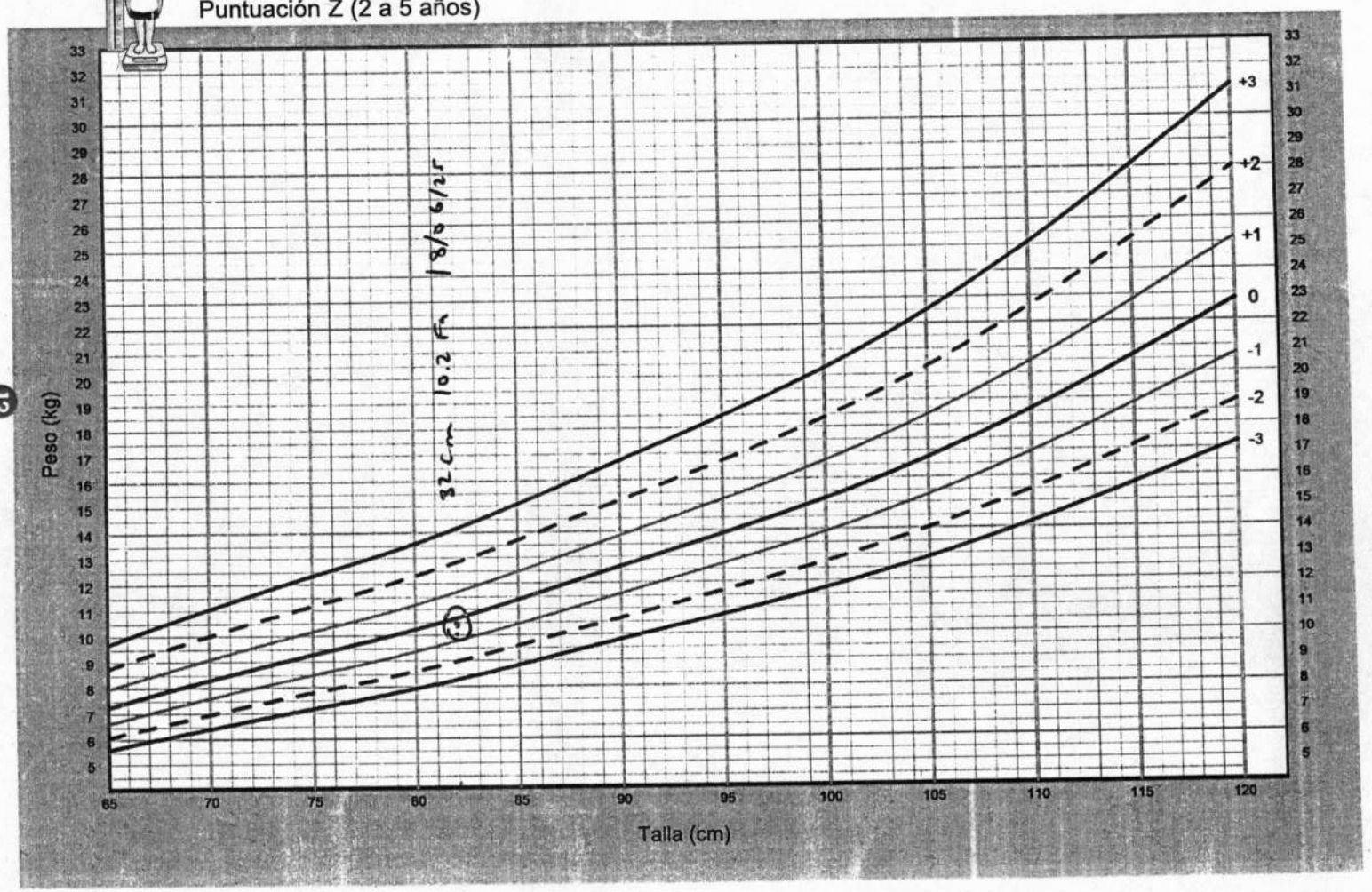
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niñas

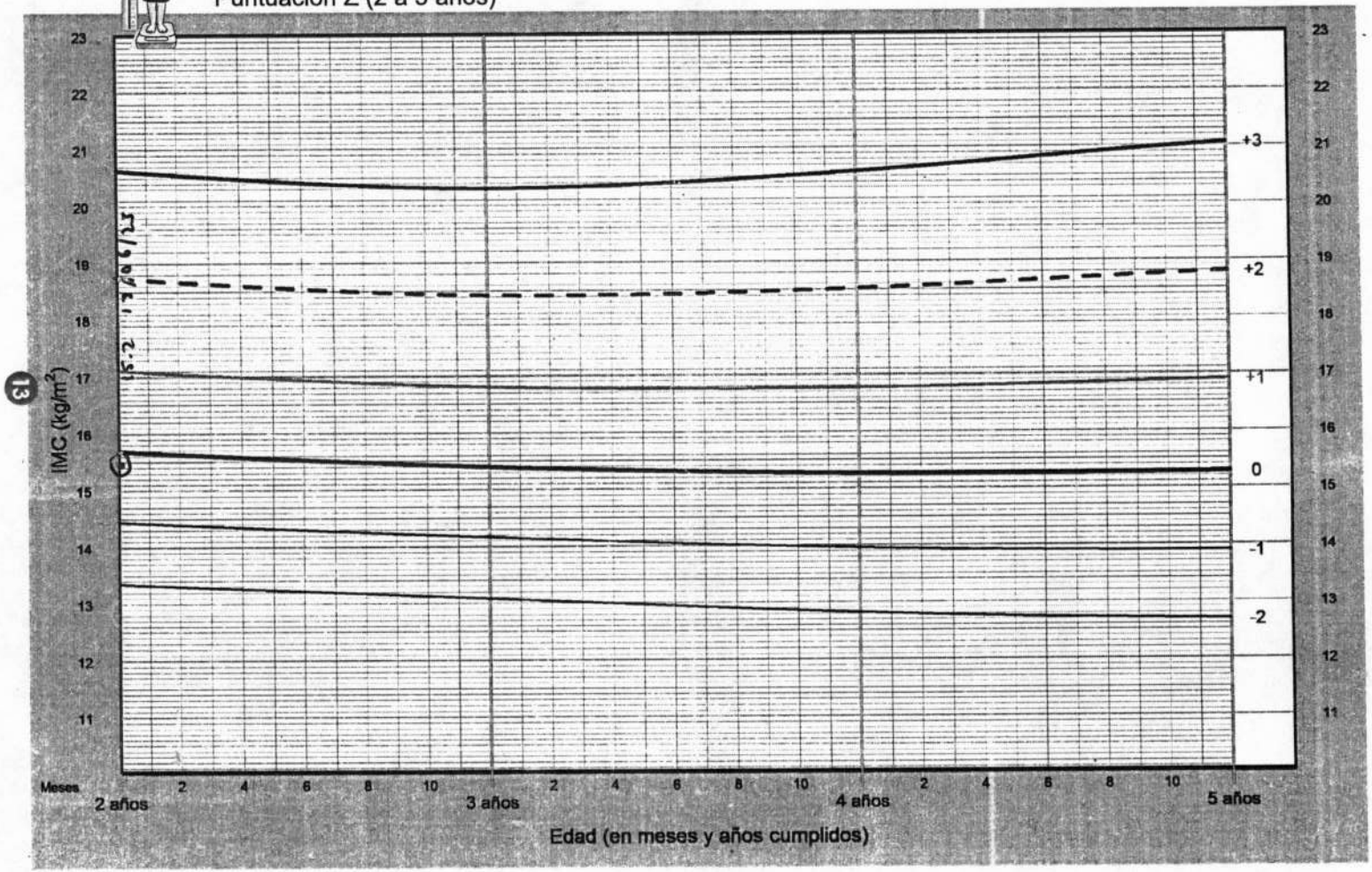
Puntuación Z (2 a 5 años)





IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
27	07	2023		✓	
18	05	2023.	Enf	Si.	
18	~~Noviembre~~ Octubre	2023	MEDICO	✓Si	
18	Dic.	2023	Enf.	Si ✓	
18	Marzo	2024	Enf	Si ✓	
18	Junio	2024	Méd	si ✓	
18	Dic.	2024	Enf.	Si ✓	
18	Junio	2025	Medico	Si ✓	

Melisa Guevara
Médico General
1006995742

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
23/08/2023	4,2	55	36	13	13,9	18/08/2023	
18/08/2023	5.1	57	38	14.5	15.7	18/12/2023	
18-12-2023	6.9	67	41	14	15.4	18-03-23	
18-03-24	7,6	69	42.8	15	16	18-06-24	
18-06-24	8-2	73	44	14	15.4	18-12-24	
18-12-2024	9.4	78	43	14	15,5	18-06-2025	Milena C.
18/06/25	10.2	82	46.5	14.5	15.2	18/12/25.	Meza G.

35

13
RN

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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	D	M	A	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A	D	M	A
4.ª entrega	D	M	A	D	M	A
5.ª entrega	D	M	A	D	M	A

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años	D	M	A	OI	OD
4 años	D	M	A	OI	OD
5 años	D	M	A	OI	OD

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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



Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Keysha Isabella Martinez Montenegro
Fecha de nacimiento: 18-Junio-2023
Nº de certificado de nacido vivo: 1122344281
Registro civil:
Sexo: Femenino.
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: Talla:
Dirección:
Teléfono 1:
Teléfono 2:
Responsable: Ismelda Montenegro.
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo
CC 1114542B

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

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

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido						Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	20	06	23	Serum	037 1M A09 3	HFLD				Karen A
	Hepatitis B	Recién nacido	20	06	23	Serum	032 1Q0 13 B	HFLD				Karen A
2 meses						Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	18	08	23	Biologicals	122 0801 6					
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	18	08	23	Serum	988 514 033 C					
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	1.ª	18	08	23	Serum	288 514 033 C					
	PENTAVALENTE: Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	18	08	23	Serum	288 514 033 C	HFLD				Karen A.
	Diarrea por rotavirus	1.ª	18	08	23	Biologicals	ARO LD0 93 AA		Cita: 18 de agosto 23			
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	18	08	23	Pfizer	FR4 895					
4 meses						Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	18	10	23	Biologicals	223 401		Cita:			
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	18	10	23	Serum	288 514 033 C		18-Octubre-2023			
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	2.ª	18	10	23	Serum	288 514 033 C	HFLD				Jeniffer C.
	PENTAVALENTE: Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	18	10	23	Serum	288 514 033 C					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	18	10	23	GSK	ARO LD7 668 AB					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	18	10	23	Pfizer	F49 925					
6 meses						Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐			Cita:			
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	18	12	23	Biolog	223 401		18-Diciembre			
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	18	12	23	Serum	288 514 033 C		2023			
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	3.ª	18	12	23	Serum	288 514 033 C	HFLD				Saoly M.
	PENTAVALENTE: Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	18	12	23	Serum	288 514 033 C					
	Influenza estacional	1.ª	14	05	24	Butantan	240 091 800	HFLD				Saoly M.
7 meses	Influenza estacional	2.ª	18	06	24	Butantan	240 091 300	HFLD	CITA:			
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	18	06	24	Serum	013 2N0 480 B		18-JUNIO			Jeniffer C.
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	18	06	24	Pfizer	64 B63 36	HFLD	2024			Isabel Caballeros
	Varicela	2.ª	18	06	24	Merck	X01 917 7					
	Hepatitis A	Única	18	06	24	MSD	W02 773 6					Isabel Eduard B
	Influenza estacional	Anual	30	05	25	Seqirus	P16 074 274	HFLD				
18 meses	Poliomielitis (VIP ☒ VOPb ☐)	1.er refuerzo	18	12	24	Biologicals	233 403 201	HFLD				Eduard B
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	18	12	24			HFLD	CITA:			Jeniffer C.
	Fiebre amarilla	Única	18	06	24	FIOCRZ	L31 0EC 0037	HFLD	18-DIC-24			
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	18	12	24	Serum	013 2NO 74B	HFLD	Cita			Eduard B
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª							15 años!			
		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 alimentos nutritivos.

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 30 MES 05 AÑO 2025 HORA: 9.00 a.m

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Isabella APELLIDOS Martinez Montenegro.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.344.281

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 18 MES: 06 AÑO: 2023 / EDAD: 1 años 11 m.

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Telé 3222894497

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

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

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

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

miedo a la reacción.

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar 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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **41.145.425**

MONTENEGRO EGAS

APELLIDOS

ISMELDA

NOMBRES

Ismelda Montenegro

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-FEB-1985**

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

04-MAR-2003 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-6401800-00948551-F-0041145425-20171024 **00582**12980A 1 9901882693

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **18.182.433**
MARTINEZ CASTILLO

APELLIDOS
YOBANNY

NOMBRES
YOBANNY MARTINEZ

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **14-MAR-1984**
TAMINANGO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

25-ABR-2002 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-6401800-01318811-M-0018182433-20220914 **00852**86088A 1 56936269

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

Servimos con amor

CARNET RIAS PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Isabella Martinez Montenegro

Doc. de identidad: 1122344281 EPS: Emssanar.

Teléfono: 315 465 7115. Domicilio: V/La Floresta.

PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS			FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud bucal por odontología									C.28 agost. 2025 P.C: 28 agosto 2026.				
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor						18-03-24	20-08-24	20-02-25	25-02-2025				
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana						18-09-24			25-08-2025				
		Aplicación de sellantes (según criterio)									28-02-2026				
	V	Vacunación													

TP 032736
ODONTOLOGA

Tania Villacorte
ODONTOLOGA
Res.: 81 - 801

Carolina Vasquez
Odontóloga
Reg. Nº 1229 U.A.N.
Universidad Antonio Nariño

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Ismelda Montenegro Identificado con C.C N° 41145425 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Keisha Isabella Martinez 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.

Ismelda Montenegro

Madre o Acudiente
C.C 41145425

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 Keisha Isabella Martinez Montenegro, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.344.281, 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, Ismelda Montenegro, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 41145 425, 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 CIC

Suscriben:

Firma: Ismelda Montenegro
Nombre: Ismelda Montenegro
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3154657174
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.

de cero a Siempre

20
R/V

Ciudad San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Keysha Isabella Martinez Montenegro

Fecha de nacimiento 18 06 2023 **N° Documento de Identidad** 1122344281

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 disfruta la compañia de otros niños y hacer con ellos juegos elementales, cada vez con menor Presencia del adulto fomentando la interaccion con los demas y la independencia

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

La niña realiza experiencias Pedagogicas desarrollando sus habilidades y diestrezas por medio del acompañamiento de gestos corporales y faciales en las canciones y rondas.

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)***

Valoración Cualitativa ⇨	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																	
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10	11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21 22	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	11 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18 19	16 17 18 19	16 17 18 19	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24	22 23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16	17 18	17 18	17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2	1 2	1 2	3	3	3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8	8	8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17	16 17	16 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales