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

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



FECHA SOLICITUD CUPO: 20-08-2025 **FECHA INGRESO:** 22-08-2025

UDS: Dueños del sol 1 **MUNICIPIO:** San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:

Thiago Ismael Ojeda Cordoba

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1122344667

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A.

FECHA NACIMIENTO: 22-08-2025 **EDAD:** 0 **MUNICIPIO:** Puerto Asis

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

DE RESIDENCIA: Vl Alta Floresta **ESTRATO:** 1 **¿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: B1 **DESPLAZADO:** SI: _ NO: _ **VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:** SI: ____ NO: X **RED UNIDOS:** SI: ____ NO: X

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: ____ NO: X CUAL: N/A

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yeison Andres Ojeda Muñoz **No. IDENTIFICACION:** 1085 684 837 **DIRECCION RESIDENCIA:** Vl Alta floresta **CELULAR:** 3202906533 **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: Luisa Maria Cordoba Valdez **No. IDENTIFICACION:** 1089568508 **DIRECCION RESIDENCIA:** Vl Alta floresta **CELULAR:** 3202906533 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa **EMPRESA DONDE LABORA:** N/A **NIVEL DE ESCOLARIDAD:** Primaria **PROFESIÓN:** N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Luisa Maria Cordoba V.

NUMERO IDENTIFICACION: 1089568508 **CELULAR:** 3202906533

DIRECCION: Vl Alta floresta **PARENTESCO:** Madre

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.667

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61698077

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 o/o Inspección de Policía

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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
OJEDA	CORDOBA

Nombre(s): THIAGO ISMAEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes AGO Día 22	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/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	25083610279276

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas indígenas con fines matrimoniales, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: CORDOBA VALDEZ LUISA MARIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.089.568.508	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas indígenas con fines matrimoniales, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: OJEDA MUÑOZ YEISON ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.085.689.837	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ~~CORDOBA VALDEZ LUISA MARIA~~

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.089.568.508	luisa Cordoba

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 2025 Mes AGO Día 29	ROY EDISON CASTELLANOS RAMA - REGIST Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Copia

COPIA AL BARRA A PERSONA DE REGISTRO

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	1122344667
NOMBRES	THIAGO ISMAEL
APELLIDOS	OJEDA CORDOBA
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	23/08/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/19/2025 06:43:01	**Estación de origen:**	192.168.70.220

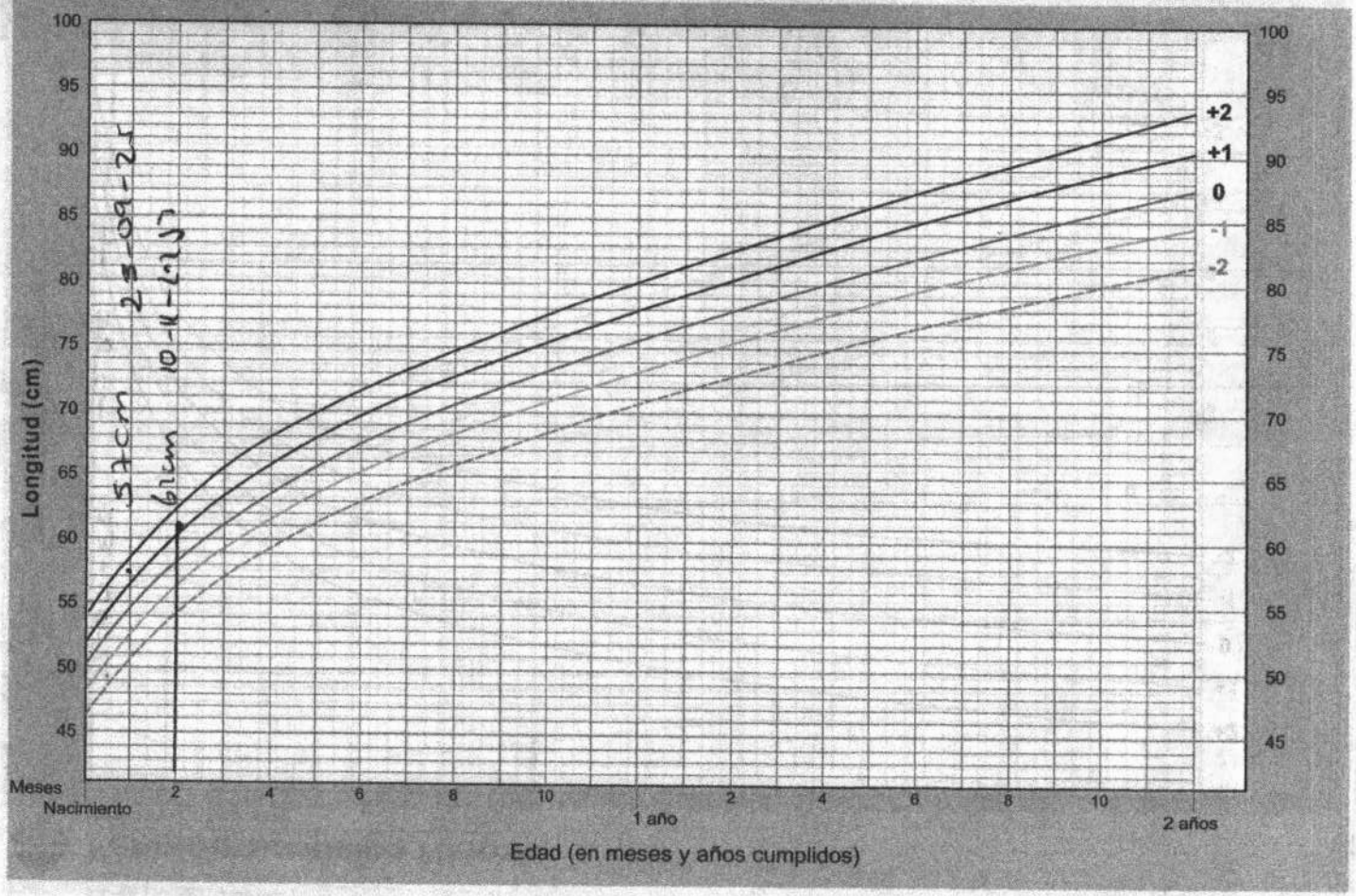
La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la 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

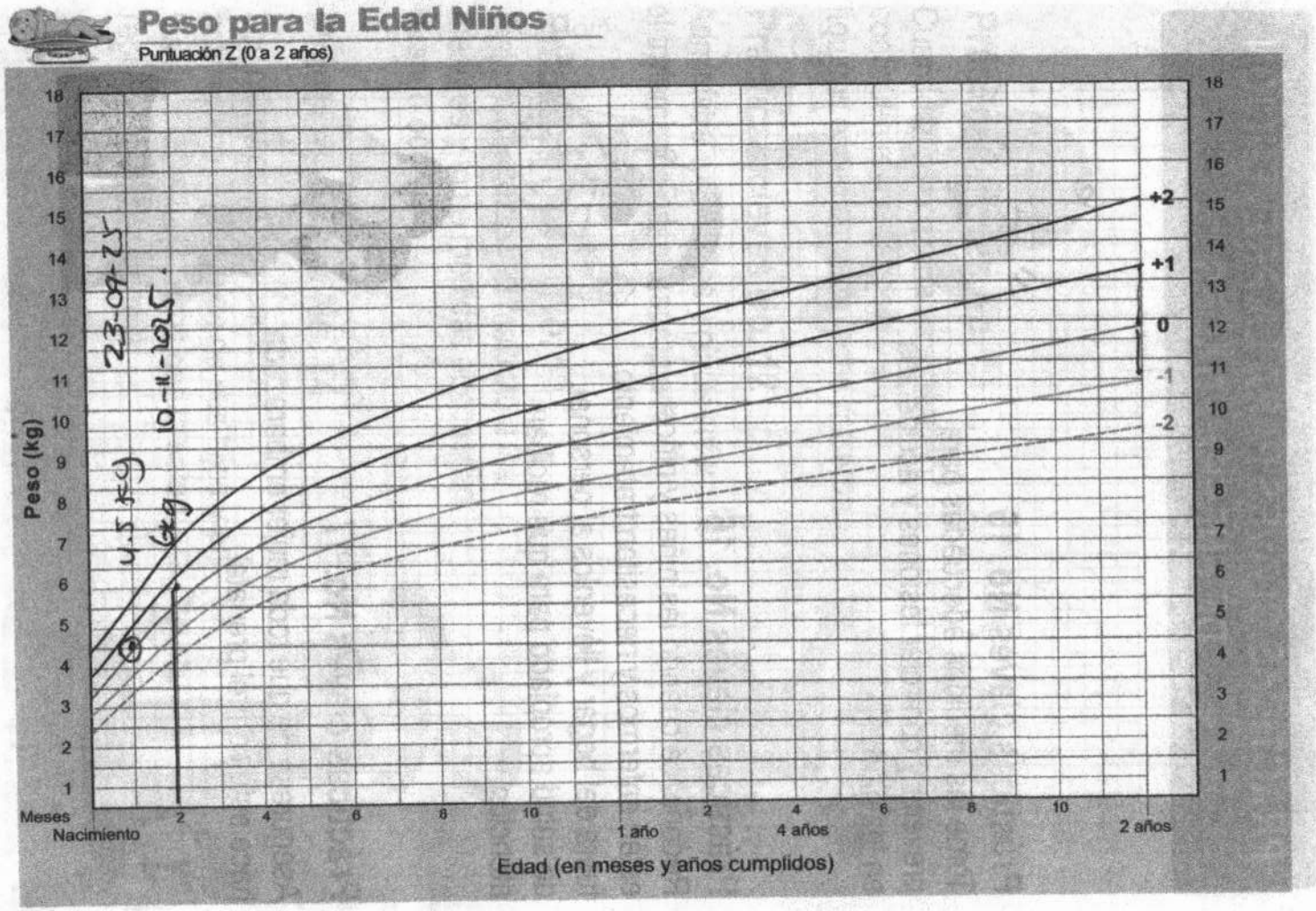
7
R/V

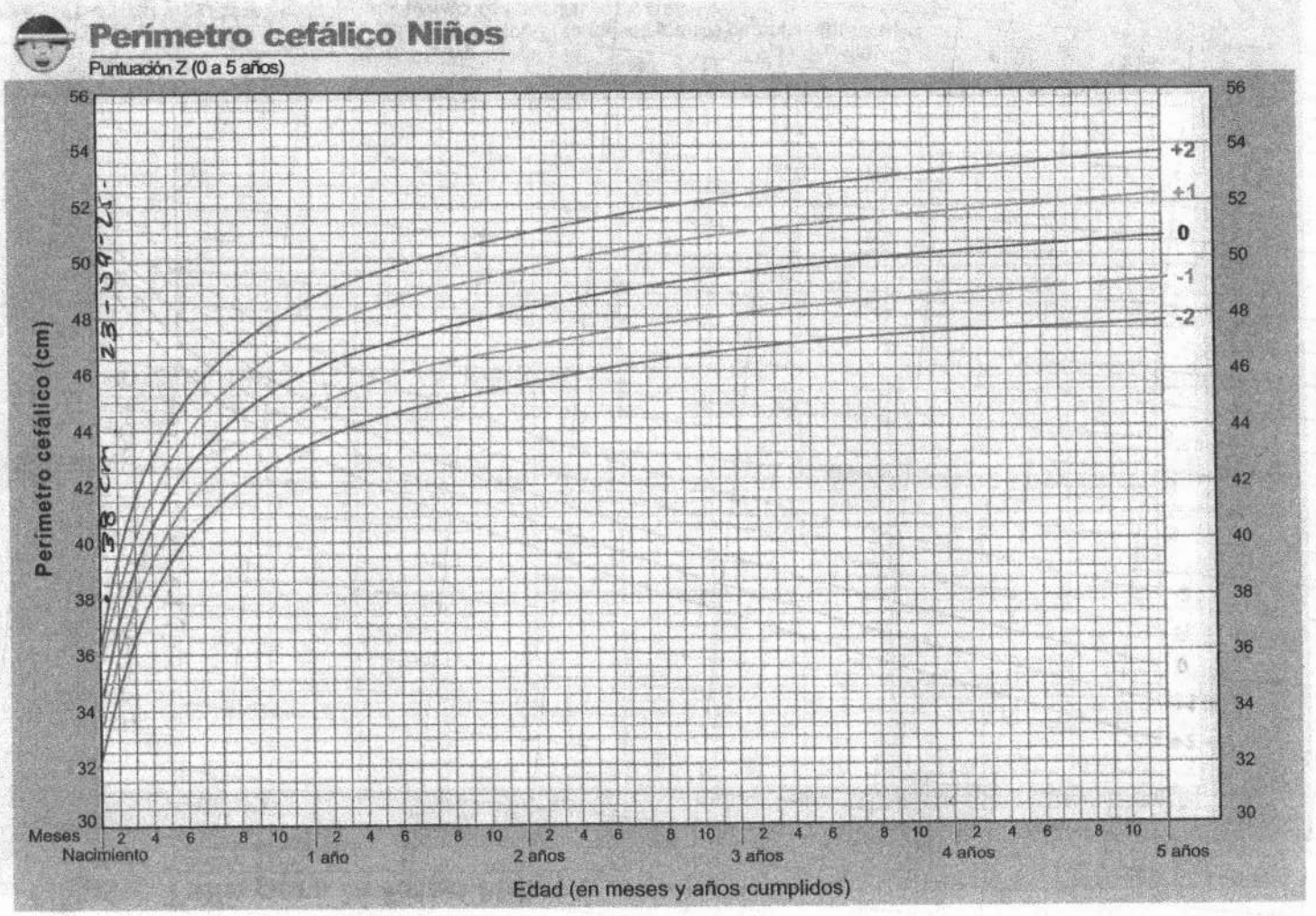
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



(23)


Peso para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Meses
Nacimiento
1 año
4 años
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-1
-2
23-09-25
10-11-2025
4.5 kg
6 kg


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
30
+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)

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
23-09-25	45	57	38	14	13.9	22-10-25	

40

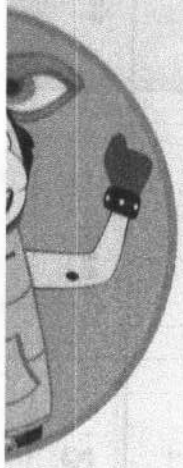
CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
23	09	25	3:00	✓	
10	11	25	11+30	✓	

77
R/V

niñas con todas las dosis,
medades.

titis B, Poliomielitis (VIP),
usadas por Haemophilus
, Tétanos (Pentavalente),
tis, meningitis bacteriemia
respiratoria causada por el
ola, Parotiditis (Triple Viral),
Cáncer causado por Virus de



son seguras
vidas

Día!

ción Social
evención

ATENCIONES DEFINIDAS MEDIANTE RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018 PARA LA PRIMERA INFANCIA

Seguimiento al Recién Nacido						D	M	A
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado				
	Visual	Normal		Alterado				
Atención en salud para la promoción y apoyo a la lactancia materna						D	M	A
Seguimiento a la atención en salud para la promoción y apoyo a la lactancia materna						D	M	A

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

Edad	Fecha (D M A)	Valoración Nutricional				Valoración del Desarrollo												Profesional que atendió perfil
		Peso	Talla	PC	Punt. Z	Motor Grueso A	R	SP	Motor Fino A	R	SP	Audición y Lenguaje A	R	SP	Personal Social A	R	SP	
3 a 5 días																		
Al mes																		
2 a 3 m.																		
4 a 5 m.																		
6 a 8 m.																		
9 a 11 m.																		
12 a 17 m.																		
18 a 23 m.																		
24 a 29 m.																		
30 a 35 m.																		
3 años																		
4 años																		
5 años																		

A Desarrollo adecuado para la edad R Riesgo de problema en el desarrollo SP Sospecha de problema en el desarrollo

Atención en Salud Bucal								
A partir de los 6 meses	D	M	A	Un año	D	M	A
Dos años	D	M	A	Tres años	D	M	A
Cuatro años	D	M	A	Cinco años	D	M	A

Valoración de la Salud Visual - Agudeza Visual							
Tres años	D	M	A	Menor o igual a 20 normal	SI		NO
Cuatro años	D	M	A	Menor o igual a 20 normal	SI		NO
Cinco años	D	M	A	Menor o igual a 20 normal	SI		NO

Suplementación con hierro (Menores de 6 meses con riesgo)			
1 mes	D	M	A
2 a 3 meses	D	M	A
4 a 6 meses	D	M	A

Fortificación casera con micronutrientes en polvo 6 a 23 meses			
6 a 8 meses	D	M	A
12 a 17 meses	D	M	A
18 a 23 meses	D	M	A

Suplementación con micronutrientes (Hierro y Vitamina A)							
2 años	D	M	A	D	M	A
3 años	D	M	A	D	M	A
4 años	D	M	A	D	M	A
5 años	D	M	A	D	M	A

Desparasitación			
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

Tamizaje para Anemia - Hemoglobina (Según criterios de riesgo)				
D	M	A	Resultado	

Educación para la Salud en la Primera Infancia			
Edad	Fecha	Tema	Observaciones

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

LAS VACUNAS SON SEGURAS Y SALVAN VIDAS ¡PONTE AL DÍA!

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Thiago Ismael Ojeda Cordoba

R.C: + | TI: | OTRO:

Tipo de Documento: 1122344667 — No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 22 DIA | 08 MES | 2025 AÑO

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: Rh:

Peso al nacer: 3275 Talla: 48

Dirección: vl Alra floreoro

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Nombres y **Apellidos:** _____ **Tipo de Indentificación** _____ **No.**

Edad	Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora
						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐		
Recién Nacido	BCG	Única	23	08	25	Serum	0373MA117	HACP
	Hepatitis B	Recién nacido	23	08	25	Serum	0323Q024d	HACP
						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐		
2 meses	Poliomielitis	1ª	22	OCT	2025	Biological	2429006	
	*Pentavalente	1ª	22	OCT	2025	SERUM	28S4X013E	
	Rotavirus	1ª	22	OCT	2025	BOK	AB01E74AE	
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☒	1ª	22	OCT	2025	PFIZER	LES475	HFID
						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐		
4 meses	Poliomielitis	2ª						
	Pentavalente	2ª						
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª						
	Rotavirus	2ª						
						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐		
6 meses	Poliomielitis	3ª						
	Pentavalente	3ª						
	Influenza estacional	1ª						
7 meses	Influenza estacional	2ª						
12 meses	Sarampión, Rubéola , Paperas	1ª						
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo						
	Varicela	1ª						
	Hepatitis A	Única						
	**Influenza estacional	Anual						
18 meses	Poliomielitis	1er Refuerzo						
	Pentavalente	1er Refuerzo						
	Sarampión, Rubéola , Paperas	Refuerzo						
	***Fiebre Amarilla	Única						
5 años	Poliomielitis	2do Refuerzo						
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo						
	Varicela	Refuerzo						
A partir de los 9 años	**Virus del papiloma humano (VPH)** Tetra ☐ Nona ☐							

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP **1.089.568.508**



Apellidos
CORDOBA VALDEZ

Nombres
LUISA MARIA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.57	F

Fecha de nacimiento
20 SEPT 2005

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
TAMINANGO (NARIÑO)

Fecha y lugar de expedición
28 NOV 2023, TAMINANGO

Firma
Luisa cordoba

Fecha de expiración
30 NOV 2033

.CO

036255889

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL036255889823133<<<<<<<<<<
0509204F3311307COL1089568508<0
CORDOBA<VALDEZ<<LUISA<MARIA<<<

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
CORDOBA VALDEZ

NUIP 1.089.568.508

Nombres
LUISA MARIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.57

Sexo
F

Fecha de nacimiento
20 SEPT 2005

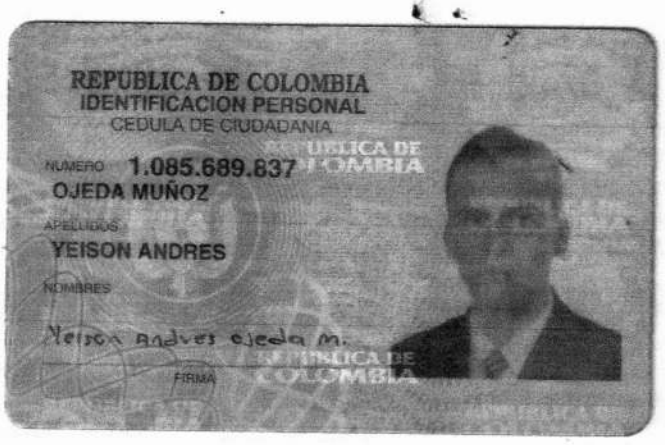
G.S.
B+

Lugar de nacimiento
TAMINANGO (NARIÑO)

Fecha y lugar de expedición
28 NOV 2023, TAMINANGO

Firma
Luisa cordoba

Fecha de expiración
30 NOV 2033



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.085.689.837
OJEDA MUÑOZ

APELLIDOS

YEISON ANDRES

NOMBRES

Yeison Andres Ojeda M.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-ABR-1995
TAMINANGO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

26-ABR-2013 TAMINANGO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2313300-00465002-M-1085689837-20130906 0034751626A 1 40412013

16
R/U

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 3

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Thiago Ismael Ojeda IDENTIFICACIO: 1122344667 FECHA DE NACIMIENTO: 22-08-2025

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					
22-08-2025	✓		✓		El dia viernes 22 de agosto nace el niño Thiago Ojeda el cual yo venia dentro del Programa Por Parte de su madre q" estaba en gestación por medio de la Información que el Padre da a la agente educativo menciona q" se el niño y la madre se encuentran Den de salud que estan esperando que le den de alta Para Poder irse a la casa. Menciona que los doctores le dijeron q" el niño esta sano y tiene buen Peso.			El dia viernes 29 de agosto se le realiza llamada telefonica Para indagar por el estado de salud de bebé la madre refiere q" el niño se encuentra bien, tambien menciona que ya lo hicieron registrar y Procede a enviar el registro fotografico se les recomienda realizar los debidos tramites Para Vincular al niño a la EPS y al sisben. La madre refiere q" ya fue a la EPS q" le dijeron q" ya solo tenia q" esperar el certificado y en el sisben mencionaron q" debe estar pendiente para el censo.	La madre se compromete a informar de estado de salud del niño.
								el dia - El dia miercoles 10 de septiembre la agente educativo se comunica Por via whatsapp con la madre Para indagar por el estado de salud de bebé y ella la señora menciona que los dos se encuentran		

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Angie Reyes NOMBRE UCA: Doñeos del sol 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Thiago Ismael Ojeda IDENTIFICACIO: 1122344667 FECHA DE NACIMIENTO: 22-08-2025

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					
								bien de salud mencionan q" el esposo fue aberiguar a la EPS y el niño ya esta vinculado a emssanar y ya aparece en el Adress y tambien ya esta en el sisben. se le recomienda a la madre solicitar cita para crecimiento y desarrollo para cuando el niño este cerca a cumplir el mes. El dia martes 23-09-25 la agente educativa		x la madre se compromete a solicitar la cita y llevar al niño al control. Para el 22-09-25.
								se comunica con la madre via whatsapp en horas de la tarde Para indagar si ya le realizaron el control al niño la madre refiere que si le hicieron y q" el dx mencionan q" el niño estaba bien. El dia miercoles 8-10-25 la madre asiste al encuentro Pedagogico con su hijo diferente mente en buenas condiciones de salud. se cierra novedad.		