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:
Eily Salome Moran Narvaez

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ NUIP No. 1122343870

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? NA

FECHA NACIMIENTO: 11-12-2021 EDAD: 3 años-3 Mes MUNICIPIO: San Miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: V/ la Ye ESTRATO: 1 ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: X NO:

¿CUAL?: DIMF MOTIVO DEL RETIRO: Finalización 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: B2 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: NA

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Obed Alfredo Moran Vargas

No. IDENTIFICACION: 1.122.340.802 DIRECCION RESIDENCIA: V/ La Ye.

CELULAR: 311 800 4071 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: NA

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Sexto PROFESIÓN: NA

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yeimy Paola Narvaez Yela

No. IDENTIFICACION: 1.122.342.643 DIRECCION RESIDENCIA: V/ la Ye.

CELULAR: 322 756 6434 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: Yeimy Paola Narvaez Yela

NUMERO IDENTIFICACION: 1.122.342 643 CELULAR: 3227566434

DIRECCION: V/ la Ye. PARENTESCO: Madre

Yeimy Narvaez
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 1573509

NUIP 1.122.343.870

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
MORAN NARVAEZ EILYN SALOME

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)		Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2021 Mes DIC Día 11		FEMENINO	O +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)	Indicativo serial
Año 2021 Mes DIC Día 13	0061322386

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
NARVAEZ YELA YEIMY PAOLA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.342.845	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
MORAN VARGAS OBED ALFREDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.340.802	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
MORAN VARGAS OBED ALFREDO

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.340.802

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) | Código: X 6 Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2021 Mes DIC Día 13

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
29831137-4

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA

Registrador del Estado Civil

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B2

Fecha de consulta: 07/05/2025

Ficha: 86757024477900000593

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: EILYN SALOME

Apellidos: MORAN NARVAEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343870

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/12/2024

Última actualización ciudadano: 05/12/2024

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

***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

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario

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	1122343870
NOMBRES	EILYN SALOME
APELLIDOS	MORAN 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	19/01/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/09/2025 05:43:04	**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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

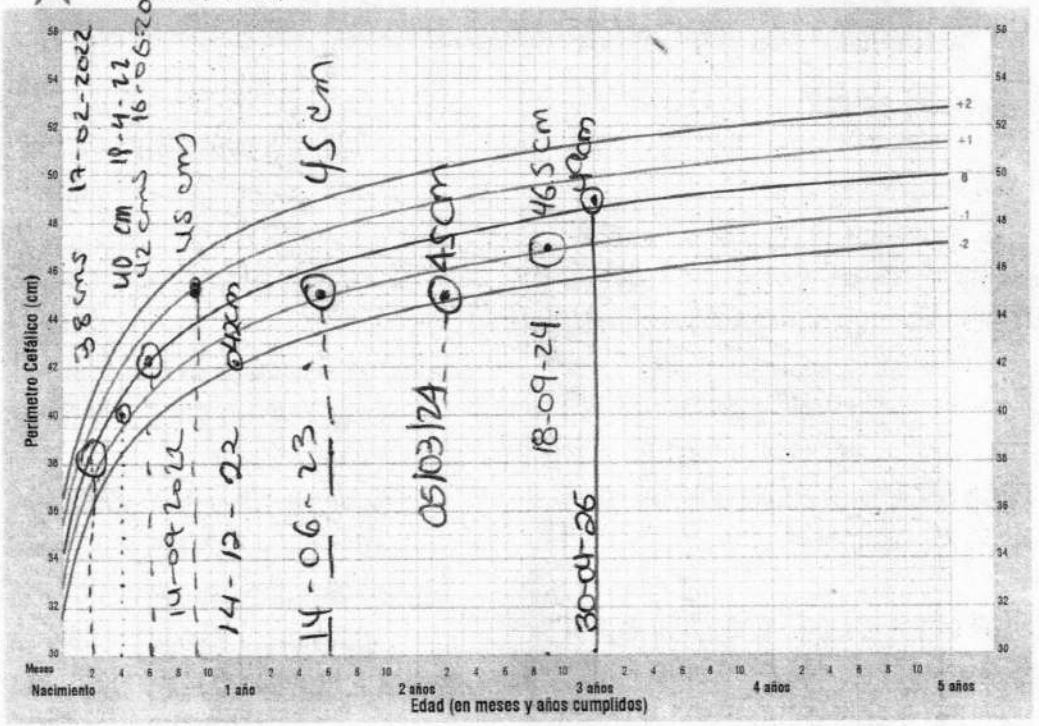
Nombres: Lisyn Salome	Apellidos: Moran Narvaez
Fecha de nacimiento: DÍA 12 MES 2023 AÑO	Historia Clínica: 1122343870
Barrio/Vereda: La Ye de la Floresta	Responsable del niño: Yeimy Narvaez
Teléfono:	EPS: Emssanar

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
11	02	22	Enf	Si ✓	
11	Abril	2022	Medico	Si ✓	
18	Junio	2022	Enferm.	Si ✓	
11	Septiembre	2022	Enferm	Si ✓	
11	Diciembre	2022	Medico	✓	
14	Junio	2023	ENF	Si	
05	Marzo	2024	Medico.	Si Milena Castañeda	
18	Septi	2024	Enfer	Si Enfermera C 0959314168	
11	Diciembre	2024	Medico	FC: 30-04-25	
11	Diciembre	2025	Enf		

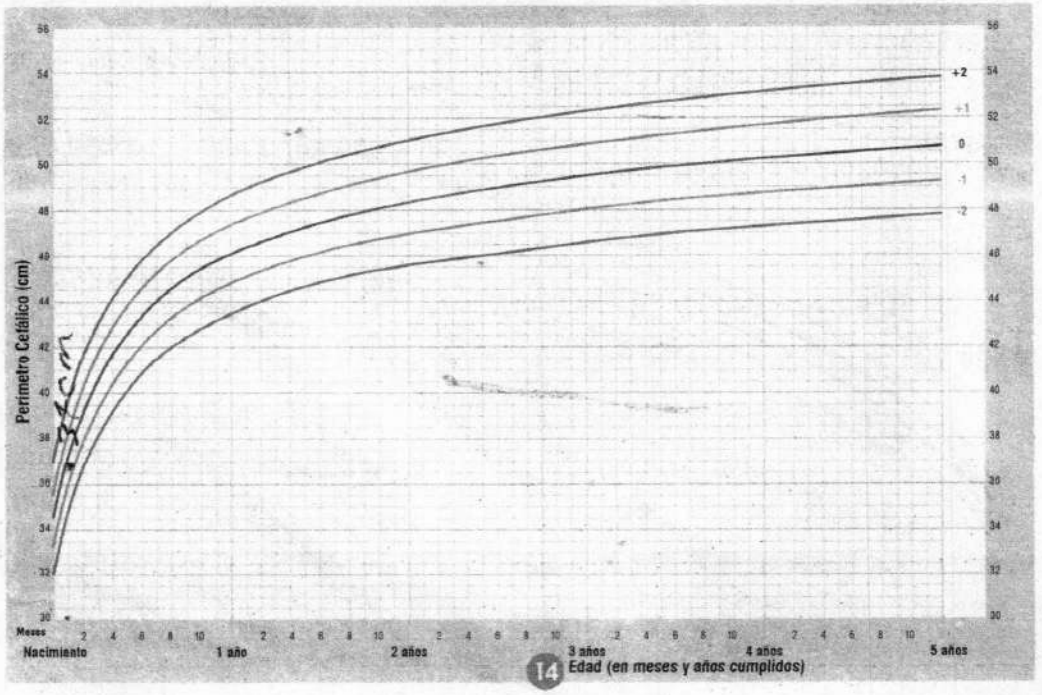
Perímetro Cefálico Niñas

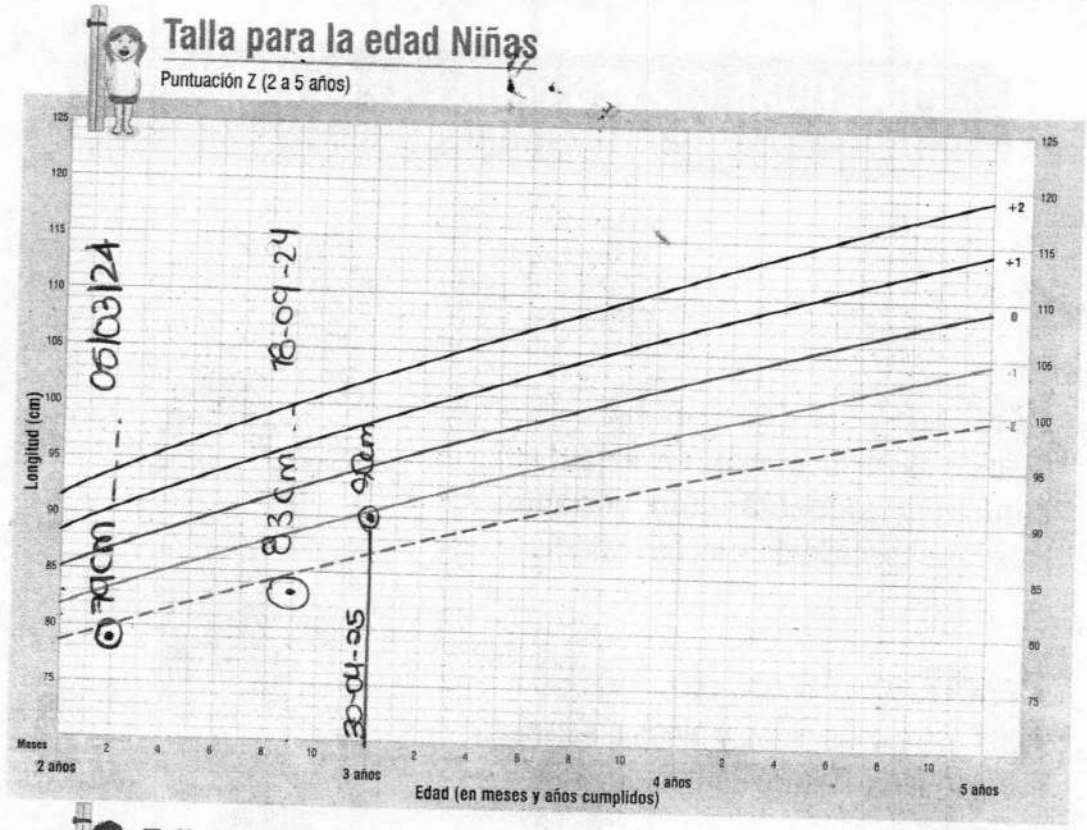
Puntuación Z (0 a 5 años)

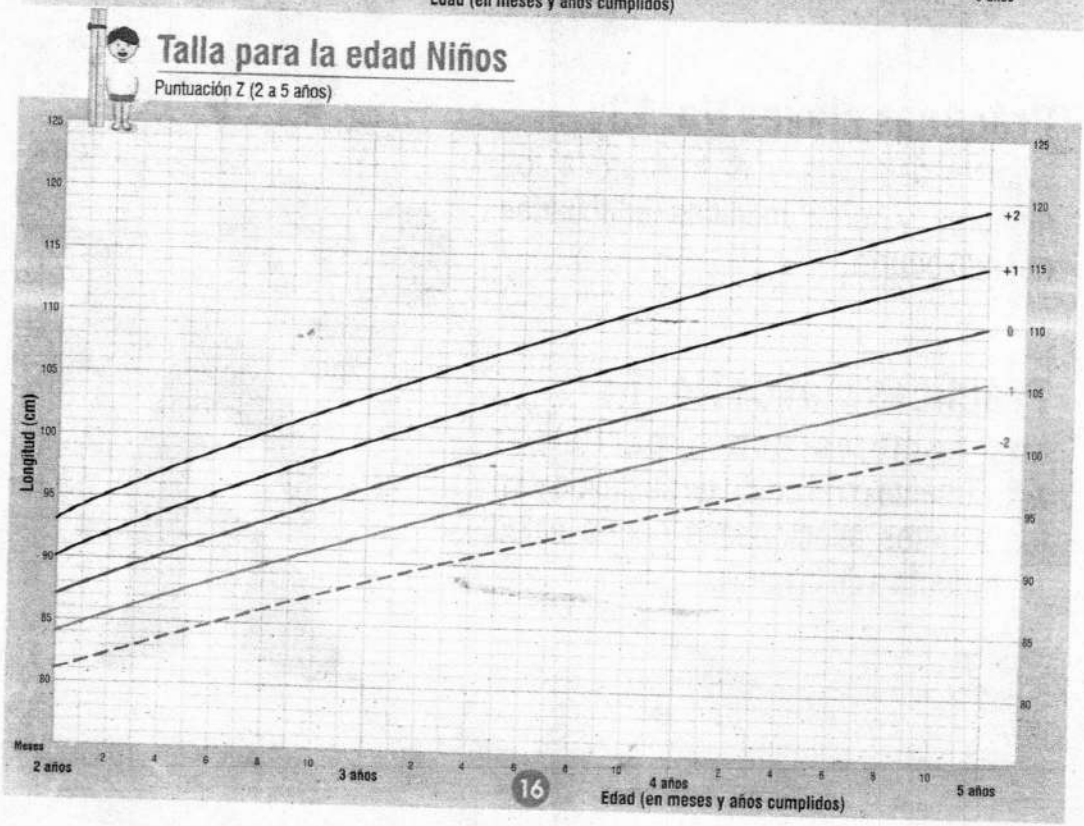


Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)

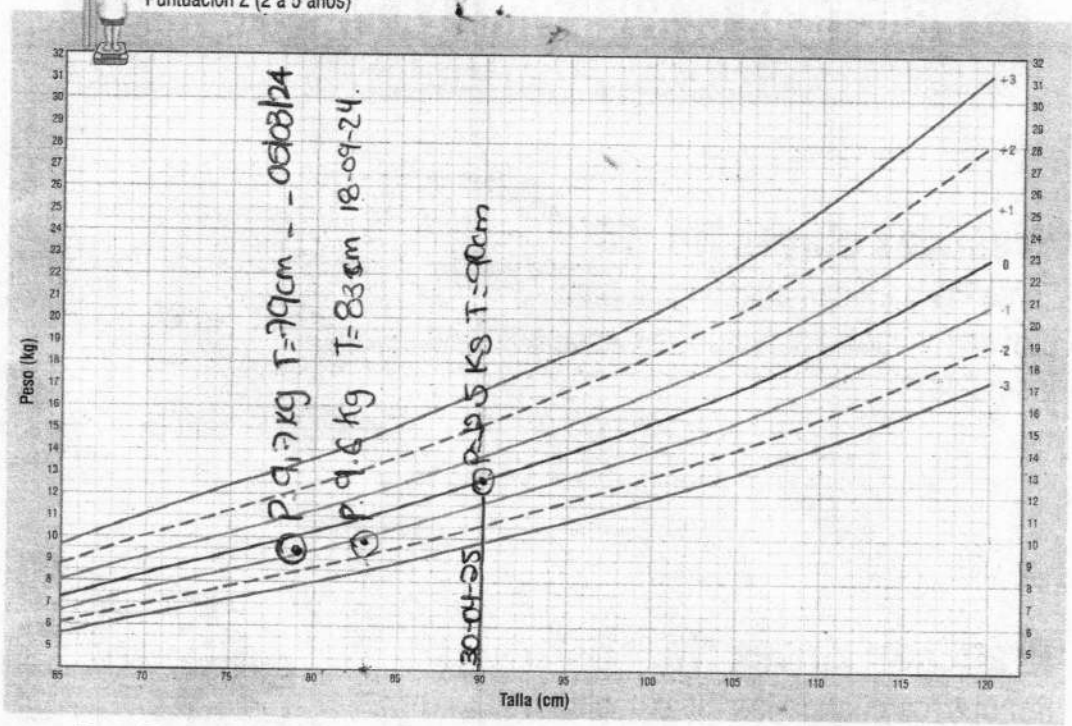



Talla para la edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)
Longitud (cm)
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-1
-2
05/03/24
79cm
18-09-24
83cm
30-04-25
90cm


Talla para la edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Longitud (cm)
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-1
-2

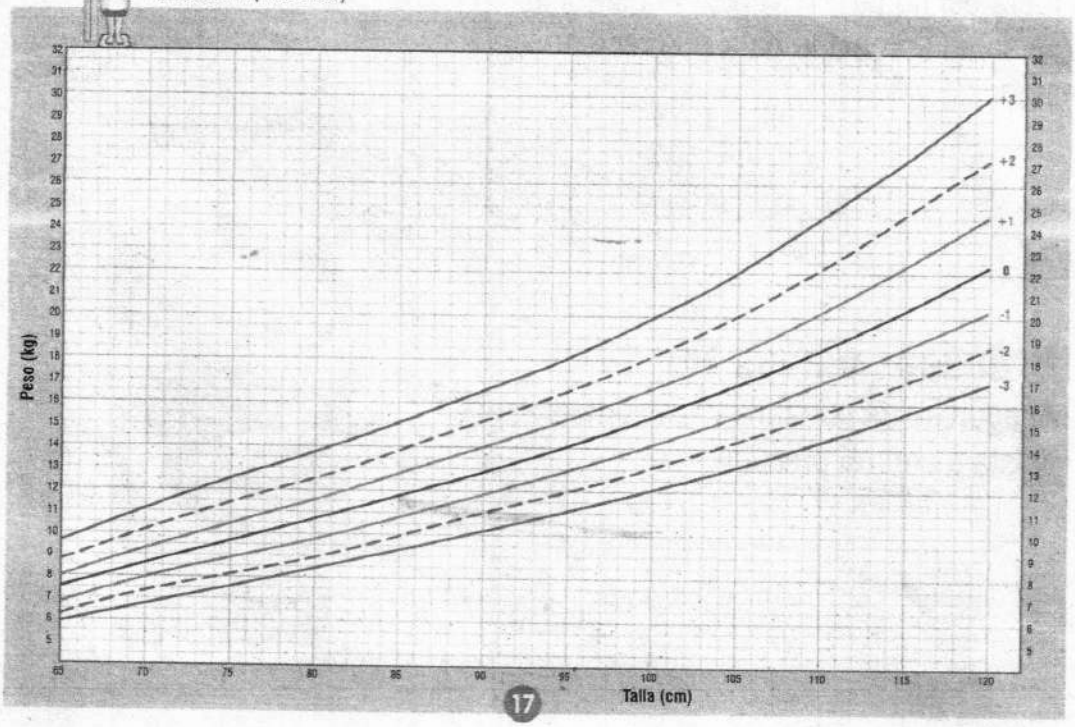
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



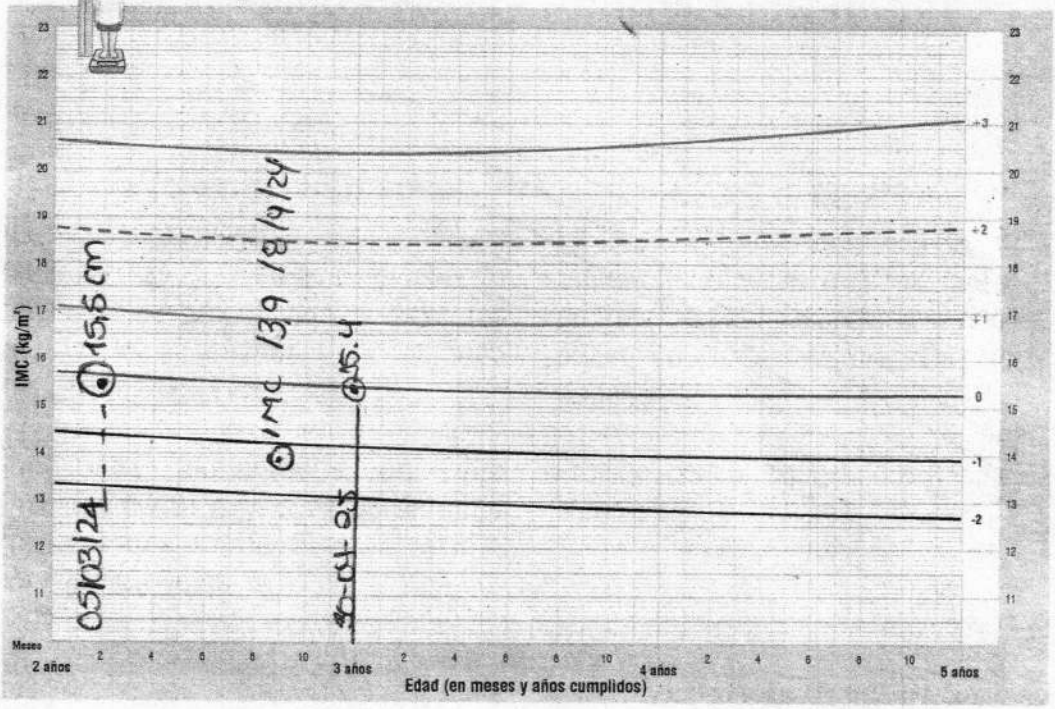
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



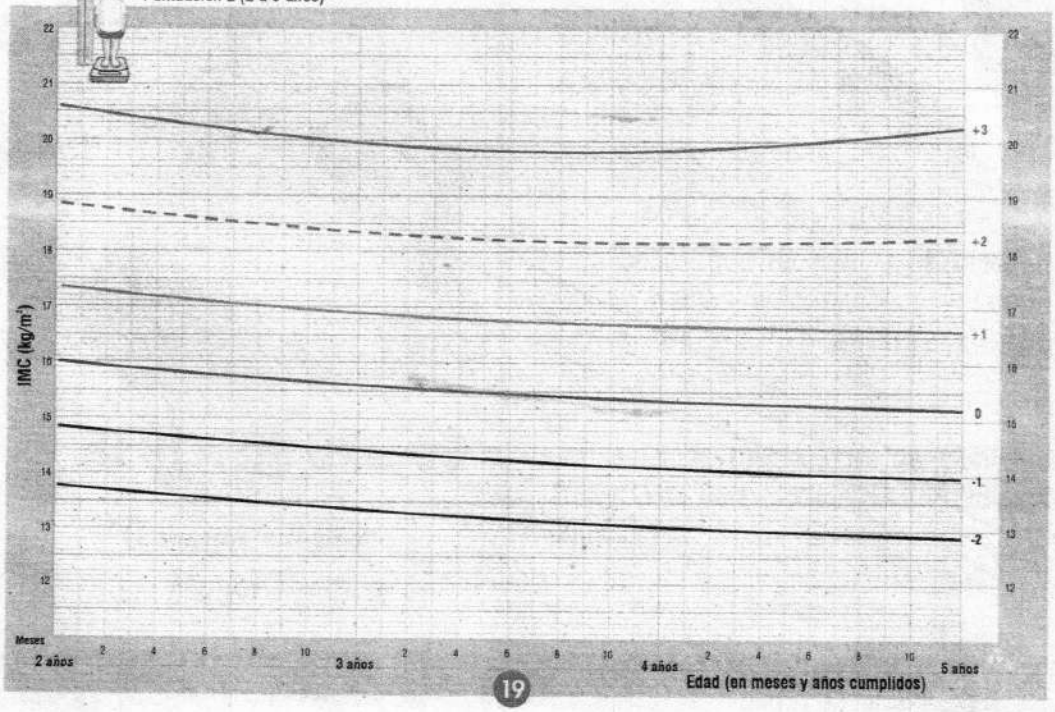
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



MIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
N E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Fecha:

R CONTROL MÉDICO

vida Fecha:

NTO POR ENFERMERÍA

e cita mada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió

cibir suplementos con Hierro y Vitamina
s 6 meses hasta los 5 años de edad, de
estrategia **AIEPI**.

a	Edad	Fecha
	42 meses	
	48 meses	
	54 meses	
	60 meses	
	66 meses	

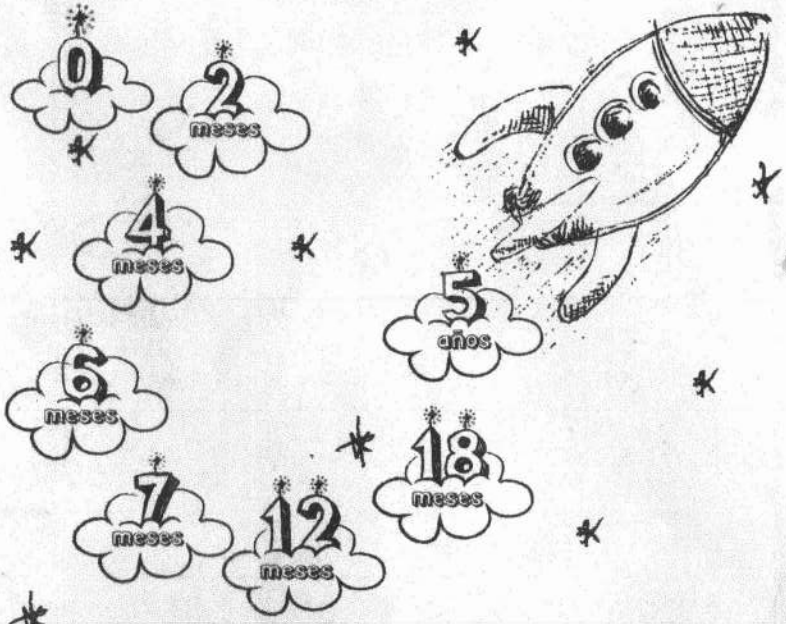
lebe realizar toma de TSH al momento
hipotiroidismo.

Exíjalo

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

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

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



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

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

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

AIEPI
Porque mi vida hoy qde protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

72 R/V

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Eilyn Salome Meran Naizare
Fecha de nacimiento: 11-12-2021
Nº de certificado de nacido vivo: ----------
Registro civil: 1122343870
Sexo: FEMENINO
Grupo sanguíneo: O Positivo
Peso al nacer: 2.800
Dirección: Pto ccacm
Teléfono: 3114706051 - 3118004071
Responsable: Yeimi Naizare
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo
cc: 1.122.342.643

#118

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: Eilyn Salomé Moran Narvaez **Registro Civil:** 1122343870

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nomb
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única	12-12-2021	Serum	037611D	HFID		Ana
	Hepatitis B	Recién nacido	12-12-2021	SCW	032X033	HFID	CITA: 12-Feb-2022	Ana
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª	15-2-22	BIOCI	210XCC1	HFID		
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	15-2-22	Serum	2E0C705B	HFID		
	Rotavirus	1ª	15-2-22	GSK	ARCICPEAC	HFID		
	Neumococo	1ª	15-2-22	GSK	ASPNB315BA	HFID		
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	02-5-2022	BIOIO6	2115006	HFID	CITA! 15-ABRIL 2022	
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	02-5-2022	Serum	2E5040880	HFID		
	Rotavirus	2ª	02-5-2022	GSK	ARUC892AC	HFID		
	Neumococo	2ª	02-5-2022	GSK	ASPNB338BA	HFID		
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.						CITA: 02-Julio 2022	
	Polio (Oral - IM)	3ª	07-07-22	BIOIO6	2115006	HFID		
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	07-07-22	Serum	2E01X009A	HFID		
	Influenza	1ª	07-07-22	Green	U5022100B	HFID		
7 Meses	Influenza	2ª	16-8-22	Green	U5022200B	HFID		
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	11-01-23	Serum	U3ON33A	HFID	CITA: 11-Diciembre 2022	
	Fiebre Amarilla	1ª	11-01-23	Serum	U3E37	HFID		
	Neumococo	Refuerzo	11-01-23	GSK	ASPNB342AA	HFID		
	Influenza	Anual	11-07-23	GC	U5052300I	HFLD		Kar
	Hepatitis A	ÚNICA	11-01-23	MSD	U01C226	HFID		
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1' Refuerzo	11-07-23	Serum	2851X040C	HFID		Kar
	Polio (Oral - IM)	1' Refuerzo	11-07-23	Biológica	2208016	HFLD		Ka
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo					CITA: 07-Julio 2023.	
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	11-07-23	Serum	0131N071A	HFLD		Kare
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª					Cita: cuando cumpla 5 años	
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	UD	08-03-23	MERCK	W025089	HFID		Kare
	SR	UD	05/03/2024	Serum	0122W108	HFID		Ka

Estas vacunas son gratu

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

13
RIV

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos — Minsalud

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 22 MES 04 AÑO 2025 HORA: 11:00 AM.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES EILYN SALOME APELLIDOS MORAN NARVAEZ

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122343870

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 11 MES: 12 AÑO: 2021 / EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar

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

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

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

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas) Las reacciones a las vacunas son muy fuertes.

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

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

Nombres YELMY PAOLA Apellidos NARVAEZ YELA

Tipo de Identificación: RC [X] -TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] Número 1122342643

Firma: Yuli Narvaez.

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

_____ identificado(a) con C.C [ ] C.E. [ ] OTRO [ ] número _____

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N°

C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Jennifer Yulieth Cabezas Meneses

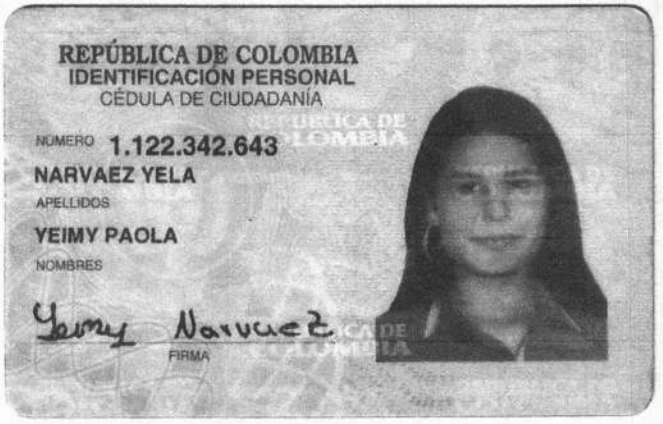
Firma Jenffer Cabezas Tipo de Identificación: RC [7] TI [ ] CC [X] CE [ ] OTRO [ ] Número 1186446069.

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HfLD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel.

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.122.342.643

NARVAEZ YELA
APELLIDOS

YEIMY PAOLA
NOMBRES

Yeimy Narvaez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-DIC-1998
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

11-ENE-2017 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-6401800-00880773-F-1122342643-20170203 0053464234A 1 47070791



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.340.802
MORAN VARGAS
APELLIDOS
OBED ALFREDO
NOMBRES

Obed Alfredo Moran
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-JUL-1994
PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
01-AGO-2012 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-6401800-00404493-M-1122340802-20121011 0031367980A 1 37511143

- Prótesis total, parcial y flexible
- Blanqueamiento Dental
- Cirugía de cordales
- Restauraciones
- Higiene oral
- Endodoncia
- Ortodoncia

Monica Cañas
LABORATORIO DENTAL

FECHA: 04 / 11 / 2025

PACIENTE: Eilyn Salome Moran N EDAD: _____

R/: Se realiza valoración y constancia que la niña Eilyn Salome Moran asistió a consulta en la cuál se le diagnostica caries recumente en dientes 51-52 84-85, y

PRÓXIMA CITA: 04/05/2026.

+57 320 4613422 B/ La Amistad Frente al Colegio

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Yami Paola Narvaez Identificado con C.C N° 1122342643 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Eilyn Salome Moran 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.

Yami Narvaez
Madre o Acudiente
C.C 1122342643

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 Di-Eilyn Salome Moran Narvaez, identificado (a) con documento de identidad número 1122343870, 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, Yeimi Paola Narvaez Yela, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122342643, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

La autorización comprende:

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

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

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

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

Suscriben:

Firma: Yeimi Narvaez
Nombre: Yemi Narvaez Yela
Calidad - Titular: x Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3227566434
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

19
R/V

Ciudad San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Eilyn Salome Moran Narvaez

Fecha de nacimiento 11 12 2021 **N° Documento de Identidad** 1122343870

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

Teniendo en cuenta las habilidades y destrezas de la niña se observa que le gusta aprender nuevos juegos o actividades motoras desarrollando un buen manejo corporal.

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

El niño se interesa por las diferencias corporales de los niños y las niñas, ayudando a fortalecer su identidad en el entorno personal y de genero.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

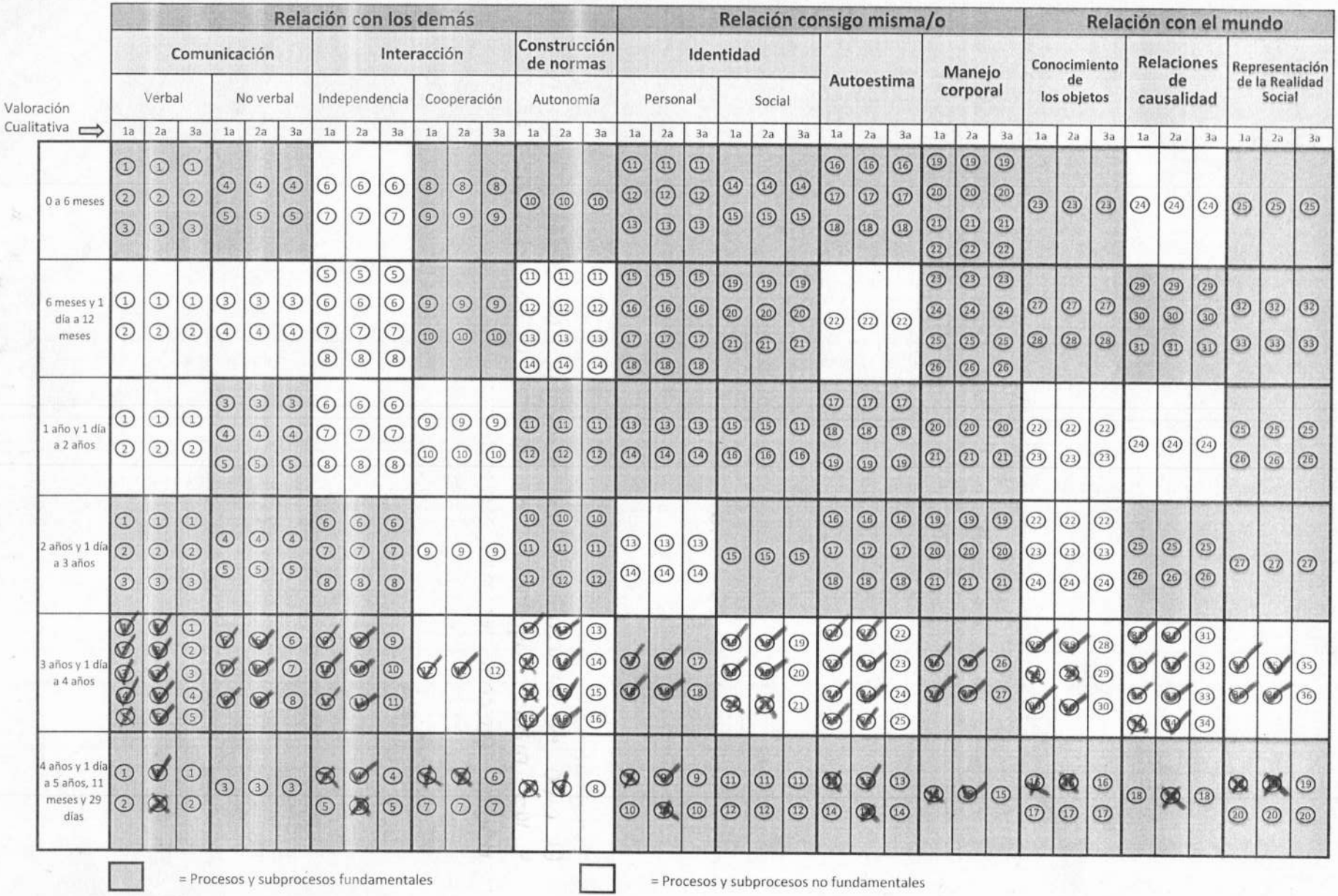
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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


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

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Angie Revelo NOMBRE UCA: Ovenos del sol 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Eilyn Salome Moran IDENTIFICACIO: 1122343870 FECHA DE NACIMIENTO: 11-12-2021

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					
31-10-2025	✓			✓	La agente educativa se comunica con la madre el dia Viernes 31-10-25 para indagar a la madre si ya paso la niña por higiene oral la madre refiere q" se olvido de sacartar la cita, El mismo dia la agente educativa se comunica con el Puesto de salud de Puerto colon donde refieren q" se comunique el lunes para asignarle la cita.			El dia lunes 03-11-2025 la agente educativa se comunica con el Puesto de salud para sacartar la cita, la cita se la agendan para el dia Martes 04-11-25 la agente educativa el mismo dia le informa a la madre via whatsap. - El dia martes 04-11-25 la madre se comunica por llamada con la agente educativa para decirle que la niña no se dejo hacer el control de higiene y q" en el hospital no tienen Paciencia para hacerle la limpieza con cariño por ese motivo el mismo dia deciden pagarle la atencion por particular y si le hicieron y entregaron el certificado se cierra novedad.		- La madre se compromete asistir a la cita. 04-11-25 7:40 am.