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: 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:
Adhara Victoria Quintero Cruz

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1122344396

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? NA

FECHA NACIMIENTO: 11-12-2023 EDAD: 1 año-3 Meses MUNICIPIO: Puerto Asis

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION DE RESIDENCIA: Puerto Colon ESTRATO: 1 ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: X NO: __

¿CUAL?: DIMF MOTIVO DEL RETIRO: Finalizó el programa

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

EPS DEL PARTICIPANTE: Mallamas 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: __ NO: __ PUNTAJE: En tramite 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: Yelson Jose Quintero Pamplona

No. IDENTIFICACION: 611 8512 DIRECCION RESIDENCIA: Puerto Colon

CELULAR: 3138574255 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: Dana Alejandra Cruz Jimenez

No. IDENTIFICACION: 1120098262 DIRECCION RESIDENCIA: Puerto colon

CELULAR: 3138574255 E.P.S: Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Ama de Casa

EMPRESA DONDE LABORA: NA

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: NA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Dana Alejandra Cruz J

NUMERO IDENTIFICACION: 1120098262 CELULAR: 3138574255

DIRECCION: Puerto Colon PARENTESCO: Madre

Dana Alejandra Cruz
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.396

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63700398

63700398

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] 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 M

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
QUINTERO	CRUZ

Nombre(s): ADHARA VICTORIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes DIC Día 11	FEMENINO	A	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	231248107765 23

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: CRUZ JIMENEZ DANA ALEJANDRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.120.098.262	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: QUINTERO PAMPLONA YEISON JOSE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE 27883822	VENEZUELA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CRUZ JIMENEZ DANA ALEJANDRA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.120.098.262	

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 FEB Día 26	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Copia Registro Civil 36308314-9

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ESTA REPRODUCCION

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	27/06/2025
Ficha:	867576741052800013033

A5

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres:	ADHARA VICTORIA
Apellidos:	QUINTERO CRUZ
Tipo de documento:	Registro civil
Número de documento:	1122344396
Municipio:	San Miguel
Departamento:	Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	18/06/202
Última actualización ciudadano:	18/06/202
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

A1→A5	B1→B7	C1→C18	D1→D21
Pobreza extrema	Pobreza moderada	Vulnerabilidad	Ni pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:	MARIA ZORAYDA LINARES MONTE
Dirección:	Carrera 4 Calle 7 Esquina La Liber
Teléfono:	4210537 - 3213138
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	1122344396
NOMBRES	ADHARA VICTORIA
APELLIDOS	QUINTERO CRUZ
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	11/12/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/09/2025 05:35:06	**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**,

CARNET DE CONTROL

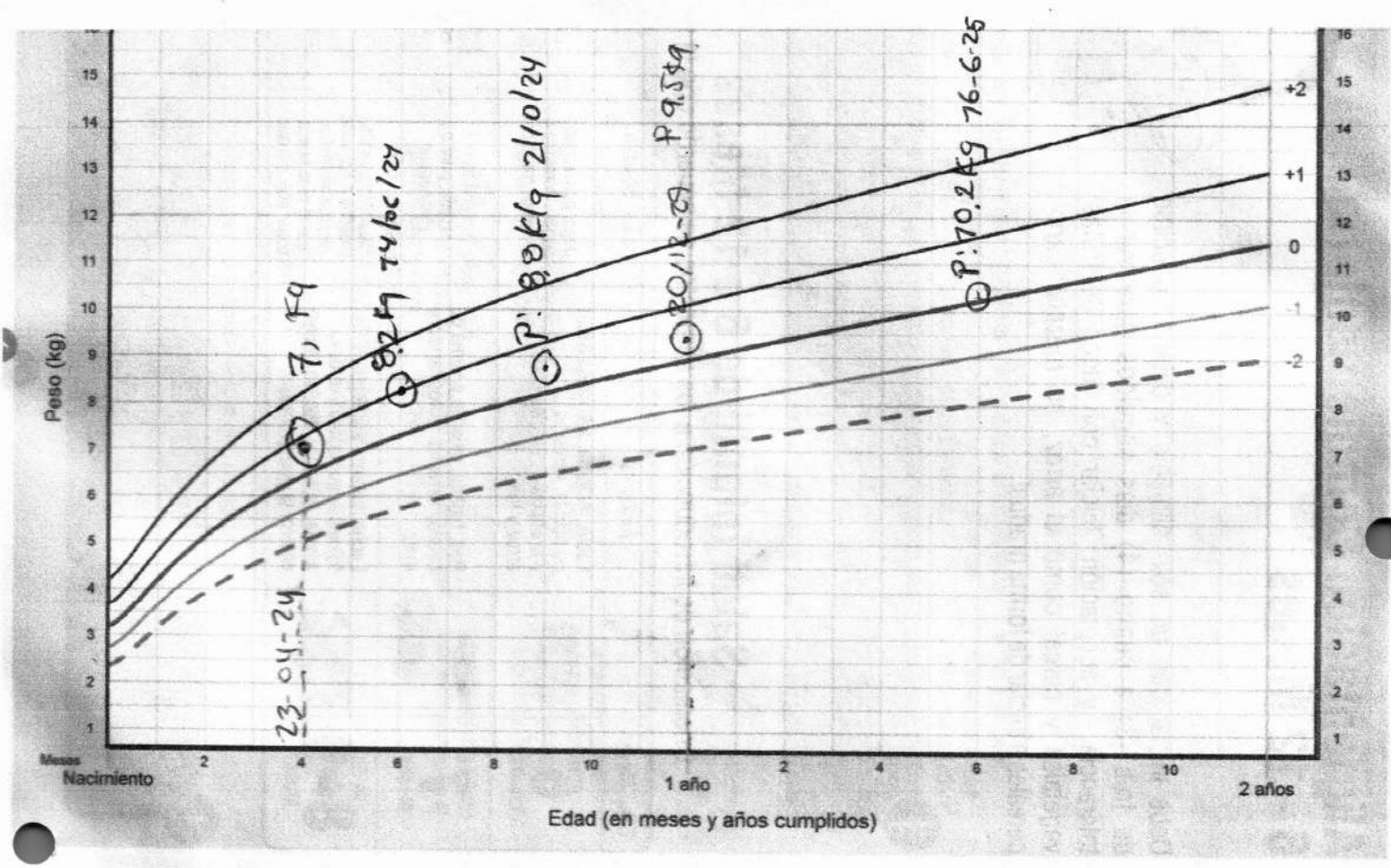
NIÑO Y NIÑA ...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

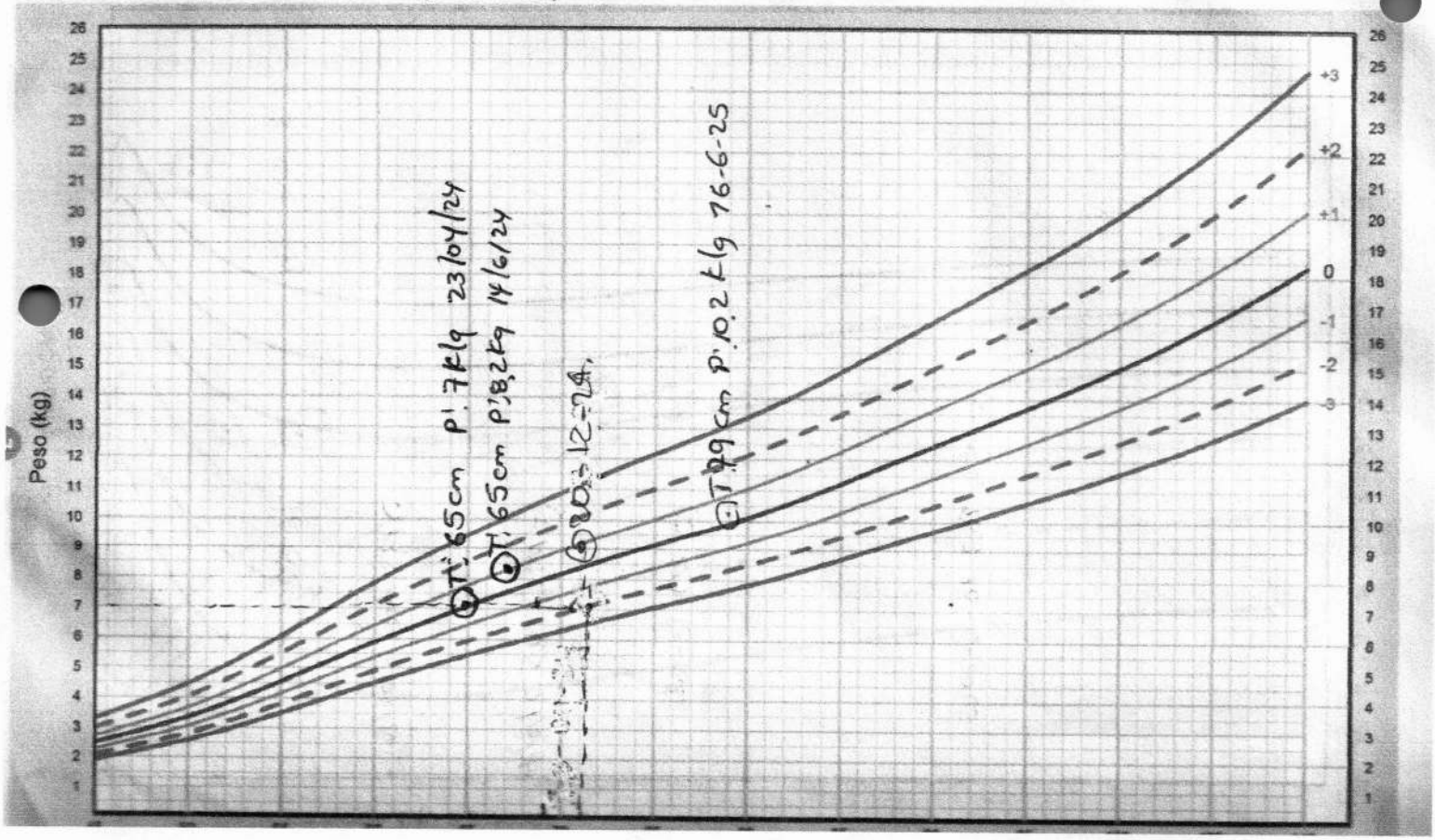
Nombres: AOHANA VICTORIA	Apellidos: QUINTERO CRUZ
Fecha de nacimiento: 11 (DÍA) | 12 (MES) | 2023 (AÑO)	Historia Clínica: 1122344396
Barrio/Vereda: Pto CDION	Responsable del niño: DANA CRUZ
Teléfono:	EPS: 115

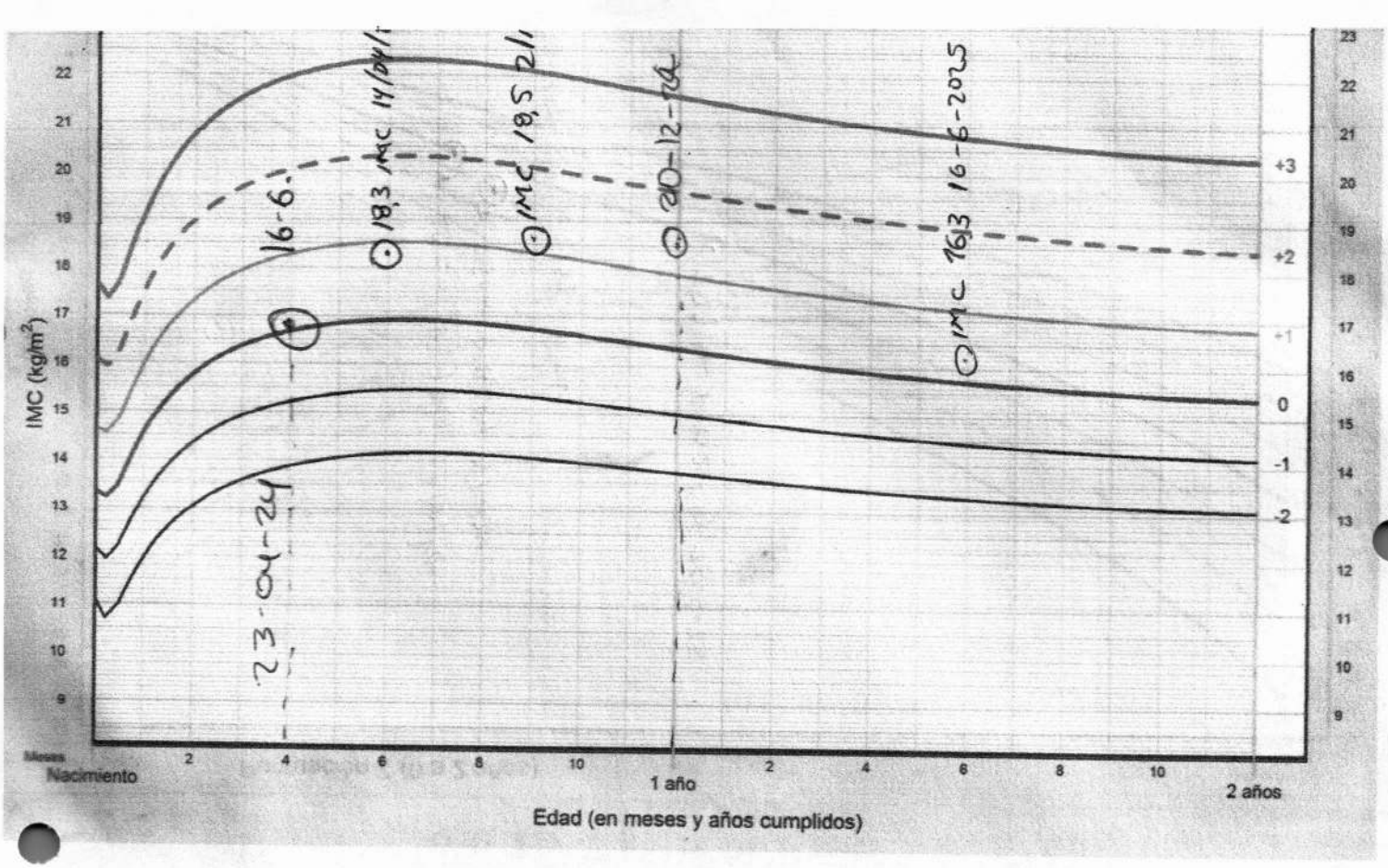




Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

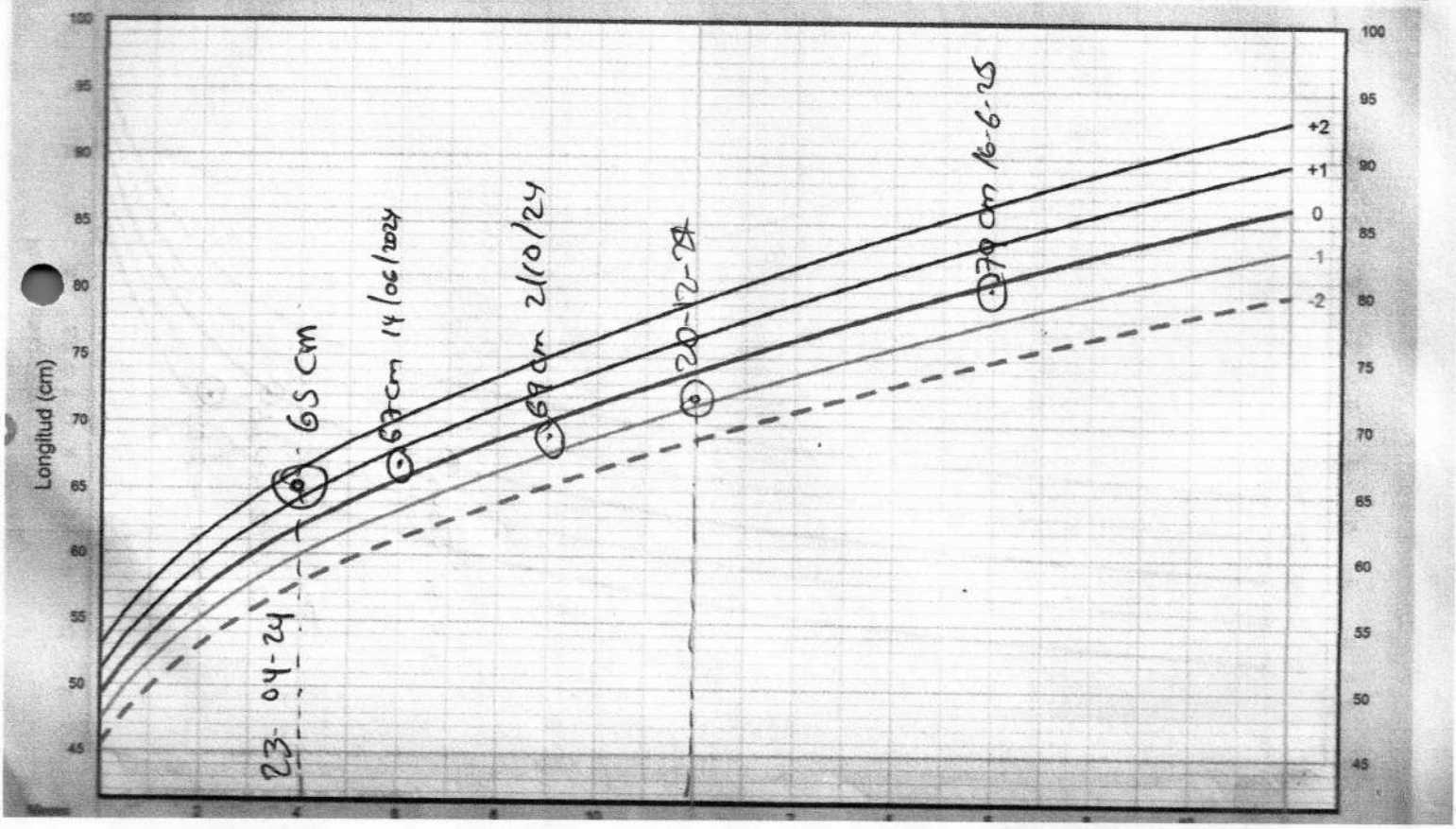






Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

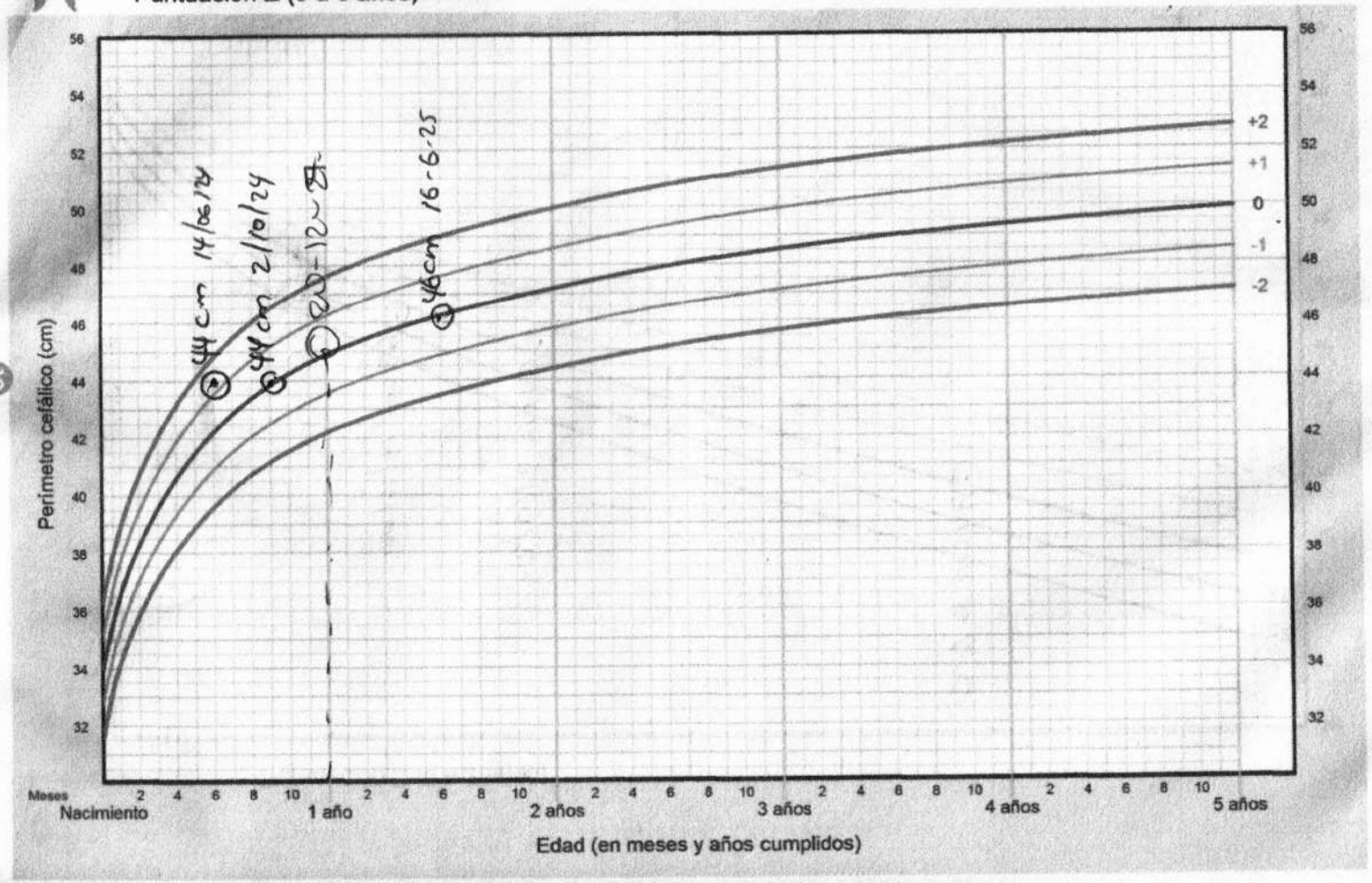


IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



70
R/V

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
23	Abril	2024	Medico	Sandra Milena Castañeda	
11	Junio	2024	Jefe	S Enfermeria	
14	Sep	2024	Jefe	09 S.931/4188	
02	octubre	2024	Enferm	SI/ Milena C	
20	Diciembre	2024	Medico	SÍ Nathalia Ortega	
16	Junio	2025	Enfermería	SI/ Milena C.	
17	Diciem	2025	Medico	Cita	

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
23-Nov.]-24	7 F.	65	--	—	16-6	11-junio-24	[illegible]
4/06/2024	8.2	67	44	15	18.3	14/sep/2024	Milena [illegible]
02/10/2024	8.8	69	44	16	18.5	11/12/2024	[illegible]
20-12-2024	9.5	71	45	15	18.8	11/06/2025	Nathalia Ortega
16-06-2025	10.2	79	46	14.5	16.3	11/12/2025	Milena C.

11
RV

13

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCION SOCIAL

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos ADHARA VICTORIA

QUINTERO CRUZ

[x] TI [ ] OTRO — 1.122-344-396

Tipo de Documento — No. de Documento

Fecha de Nacimiento 11 | 12 | 2023

Sexo: femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3025 Talla: 50

Dirección: BL CEDROS

Teléfono 1: 3223092173

Teléfono 2:

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			

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

	Fecha			Valoración Nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
s							
s							
s							
s							
as							
as							
as							
s							
s							
s							

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

	SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO						
atal	Normal		Alterado				
EA/PEAA	Normal		Alterado				
a Completa	Normal		Alterado				
	Normal		Alterado				
ÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA							

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			
4.ª entrega			
5.ª entrega			

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

			Día	Mes	Año	Laboratorio		Numero de lote	Fecha Día
Recién Nacido	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	11-	12-	2023	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐			
	Hepatitis B	Recién nacido	11-	12-	2023				
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	26	02	24	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐			
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	26	02	24				
	Pentavalente: Hepatitis B	1ª	26	02	24				
	Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	26	02	24				
	Diarrea por rotavirus	1ª	26	02	24				
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	26	02	24				
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª	30	04	24	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐			
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	30	04	24				
	Pentavalente: Hepatitis B	2ª	30	04	24				
	Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	30	04	24				
	Diarrea por rotavirus	2ª	30	04	24				
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	30	04	24				
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª	05	07	24	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐			
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	05	07	24				
	Pentavalente: Hepatitis B	3ª	05	07	24				
	Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	05	07	24				
	Influenza estacional	1ª	05	07	24				
7 meses	Influenza estacional	2ª	13	08	24				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	17	12	24				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	17	12	24				
	Varicela	1ª	17	12	24				
	Hepatitis A	Única	17	12	24				
	*Influenza estacional	Anual	22	09	25				
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	11	07	25				
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo	11	07	25				
	**Fiebre Amarilla	Única	17	12	24				
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2da	11	07	25				
	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							
		1ª							
		2ª							

No. ID:

Fecha de recepción

Telefono 2

12
R/V

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 12 MES 05 AÑO 25 HORA: 2:00PM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Adhara Victoria APELLIDOS Cruz Quintero

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1128344 396

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 11 MES: 9 AÑO: 2023 / EDAD: 1 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE

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)

¿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: Dana Cruz

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

Nombres Dana Alejandra Apellidos Cruz

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1120098262

Firma: Dana Cruz

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: Isabel Arias

Firma Isabel. Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004693938

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.



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Apellidos
CRUZ JIMENEZ

NUIP 1.120.098.262

Nombres
DANA ALEJANDRA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.69

Sexo
F

Fecha de nacimiento
14 ENE 2005

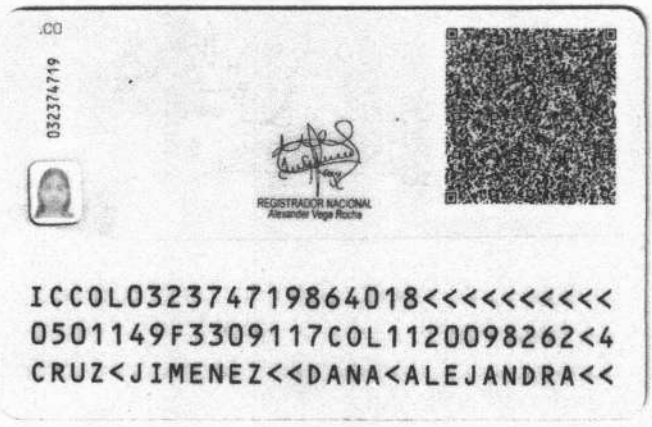
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
PUERTO ASIS (PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición
11 SEPT 2023, SAN MIGUEL(LA DORADA)

Firma

Fecha de expiración
11 SEPT 2033



.CO

032374719

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL032374719864018<<<<<<<<<<
0501149F3309117COL1120098262<4
CRUZ<JIMENEZ<<DANA<ALEJANDRA<<



REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 6118512

COL

QUINTERO PAMPLONA
APELLIDOS

YEISON JOSE
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

27883822
Dni Nro.

04-09-2000
FECHA DE NACIMIENTO

22-10-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES

FIRMA



E1916537

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN

www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6118512<<2<<<<<<<<<<<<<<<
0009047M3105308VENE1916537<<<8
QUINTERO<PAMPLONA<<YEISON<JOSE

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

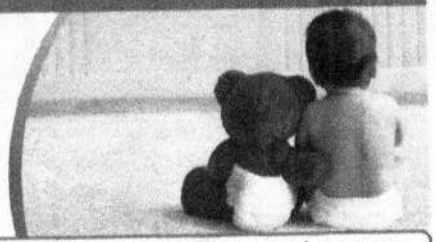
JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

Servimos con amor

CARNET RIAS PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Adhara Victoria Quintero.

Doc. de identidad: 1122344396. EPS: Mallamas.

Teléfono: 3232309275. Domicilio: Puerto Colon

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
ontrol del recién nacido por médico													
ención en salud por medicina general					10-01-24 10-01-25								
ención en salud por enfermería													
tención en salud bucal por odontología							13-07-2025 13-JULIO-2025	24-07-2025 24-JULIO-2025					
romoción y apoyo de la lactancia manterna													
plicación de barniz de fluor													
rofilaxis y remoción de placa bacteriana													
plicación de sellantes (según criterio)													
/acunación													

Stephanny Ortega
ODONTOLOGA
Reg. Je - 570

Liliana Maribel Cortes
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 2017

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Dana Alejandra Cruz Identificado con C.C N° 1.120098262 en calidad de: padre o madre ( ), del niño o niña: Adhara Victoria Quintero C. o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Sueños 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.

Dana Alejandra Cruz Jimenez
Madre o Acudiente
C.C 1120098262

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 Adhara victoria Quintero Cruz, identificado (a) con documento de identidad número 1122344396, 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, Dana Alejandra Cruz Jimenez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.120.898.262, 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 CIC

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: Dana Alejandra Cruz Jimenez
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 323 230 92 75
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

18
RM

Ciudad San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Adhara Victoria Quintero Cruz

Fecha de nacimiento 11 12 2023 **N° Documento de Identidad** 1122344396

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 se destaca por ser una niña autonoma donde pone en Practica la construccion de normas ya que se observa que ella empieza a comer y a beber sola aunque derrame.

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 se interesa por Participar y seguir las rondas infantiles, representando los personajes y las acciones teniendo un buen manejo corporal

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

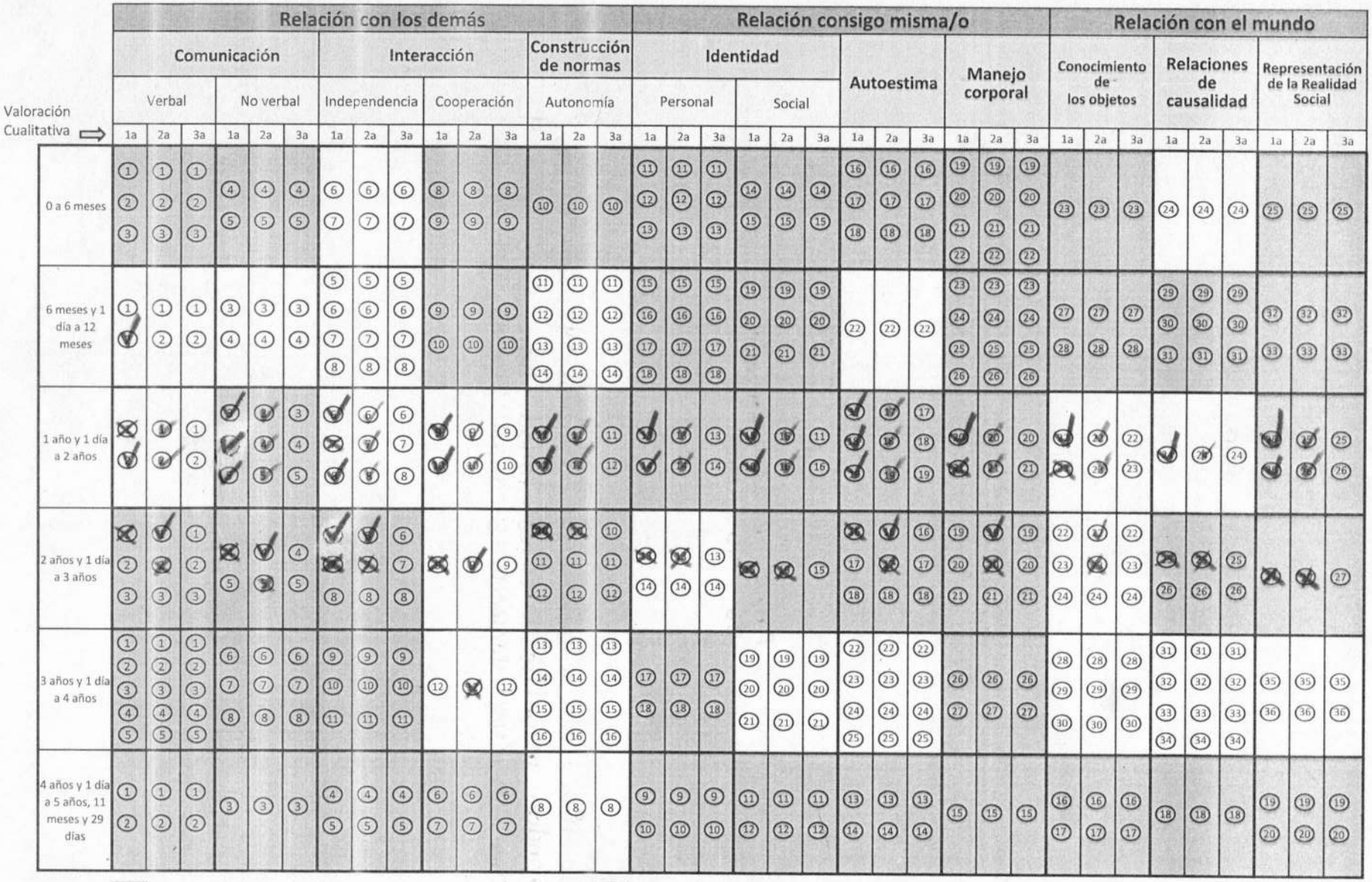
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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)***



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

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 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Adhara Victoria Cruz IDENTIFICACIO: 1122344396 FECHA DE NACIMIENTO: 11-12-2023

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					
04-07-2025	✓		✓		El dia viernes 04-07-2025 Por llamada telefonica se le recuerda a la madre hacerle aplicar las vacunas de los 18 meses a la niña ya q" en el Carnet tiene Cita para el 5 de julio -La madre refiere q" en el momento no se encuentra en el Municipio se encuentra en Puerto asis por un asunto familiar refiere q" apenas llegue de alla le hace aplicar las vacunas	Dana Cruz		la agente educativa se comunica el mismo dia 04-07 con la vacunadora encargada de la zona. Ella refiere que se Pondra en contacto con la madre para acordar la fecha y hora -El dia 8 de julio la vacunadora informa que las vacunas de la niña se las van aplicar el dia miercoles 9 de julio en horas de la tarde Por motivo que la madre y la vacuna aun no llegan al municipio. la madre refiere que llega el martes 8-07 en horas de la tarde (El mismo) El dia Jueves 10-07 la agente educativa se acerca a la casa de la usuaria Para solicitar las copias del carnet de vacunas la madre el mismo dia realiza la entrega. se cierra la novedad.		-La madre se compromete hacerle aplicar las vacunas apenas lleguen del puerto. Asis -La madre se compromete hacer vacuna a la niña el dia miercos 9-07-2025.
						Dana Cruz				

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Adhara Victoria Cruz IDENTIFICACIO: 1122344396 FECHA DE NACIMIENTO: 11-12-2023

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 la agente educativa informa en el encuentro pedagogico que la vacuna de la influenza ya esta disponible para que se acerquen al hospital a hacerle aplicar el biologico - Se le informa a la madre que la niña aun no aparece en el sistema del sisben, la madre	Dana Cruz		El dia martes 13-05 la agente educativa se comunica via whatsap para recordarle la copia a la madre Ella refiere que no le hizo aplicar la vacuna por motivo que no ha salido. El mismo dia - La Agente educativa se comunica con la vacunadora para q" le realice la visita y la vacunen a la usuaria en la casa		x la madre de familia se compromete llevar a la niña a hacerle aplicar la vacuna y llevar la copia actualizada el dia del encuentro @ 14-05-25 - La madre se compromete a ir nuevamente
					refiere q" ella ya solicito el censo en la oficina de la alcaldia pero aun no le han hecho la visita			la vacunadora refiere q" tiene disponibilidad para final de mes Se le informa a la madre lo mencionado por la vacunadora el dia miercoles 14-05-2025 - El dia miercoles 28-05-2025 la vacunadora informa a la agente educativa q" la niña ya fue vacunada. El dia Jueves- 29-05 la madre realiza entrega de la copia se cierra novedad		a la oficina a preguntar sobre lo solicitado - la madre el dia 14-05-2025 se compromete a esperar a la vacunadora en la casa para aplicarle la vacuna a la niña.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): _____ NOMBRE UCA: _____

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: _____ IDENTIFICACIO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
18-06-2025	✓		✓		El día miercoles 18 de junio la usuaria no asiste al encuentro por motivo que ese día la van a ir a visitar los del censo ya q" su madre Dana se separo del nucleo familiar y esta realizando los debidos tramites para aparecer en la base del sisben, de parte de la oficina del censo mencionaron que van a ir el dia miercoles - 18-06 a las 10:00 AM.			El mismo dia miercoles 18-06 la agente educativo inolaga. por como le fue con la visita de los del censo la madre refiere que si fueron y censaria que debe esperar 8 dias para que ya aparezca en la pagina del sisben.		
								El dia viernes 27-06 la madre realiza entrega de la ficha del sisben. Se cierra la novedad.		