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

3
R/V

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP **1126144701**

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **64355058**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
			X			Y 4 Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ROMO	NARVAEZ

Nombre(s)
ANGELA YOSSUANI

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes FEB Día 24	FEMENINO	O	+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
ECUADOR , SUCUMBIOS , LAGO AGRIO, NUEVA LOJA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	NUI-2150815716

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
ROMO GUEVARA NESTOR ANCIZAR

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 18162672	COLOMBIANA

Datos del padre o madre (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
NARVAEZ MARTINEZ BLANCA ZENAYDA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 41145181	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
NARVAEZ MARTINEZ BLANCA ZENAYDA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 41145181	

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2024 Mes MAY Día 20	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
NESTOR ANCIZAR ROMO GUEVARA Firma	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

64355058

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

C1

Fecha de consulta: 02/04/2025

Ficha: 86757002479000000030

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: ANGELA YOSSUANI

Apellidos: ROMO NARVAEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1126144701

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 27/06/2023

Última actualización ciudadano: 24/05/2024

Última actualización via registros administrativos: 07/09/2024

***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
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema

5

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	1126144701
NOMBRES	ANGELA YOSSUANI
APELLIDOS	ROMO 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	28/05/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/09/2025 05:39:44	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

6 RN

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

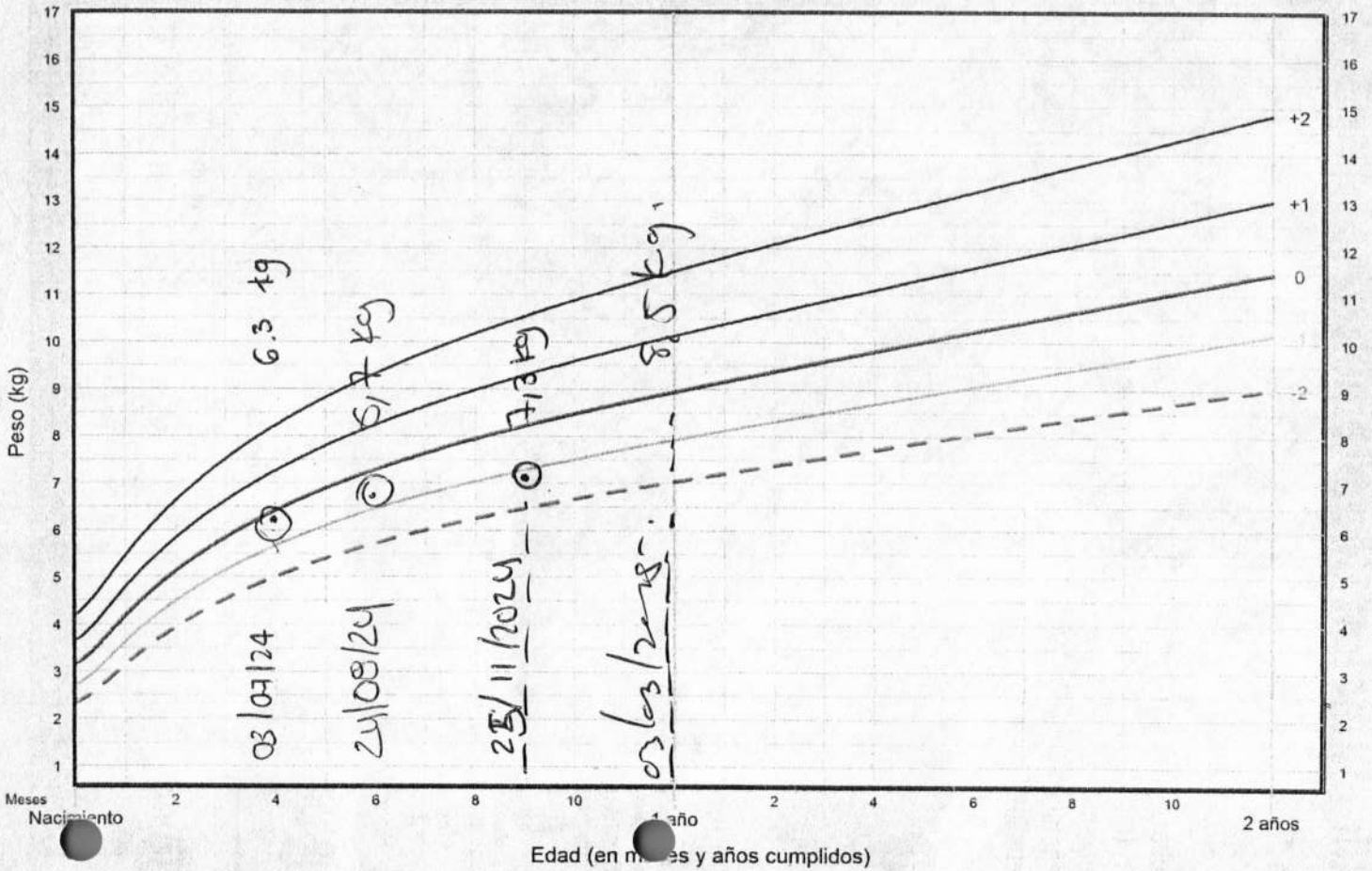
MIS DATOS

Nombres: ANGELA YOSSUANI	Apellidos: ROMO NARVAEZ
Fecha de nacimiento: 24 DÍA | 02 MES | 2024 AÑO	Historia Clínica: 1126147401
Barrio/Vereda: VIA Y DE LA FLORESTA	Responsable del niño: BIANCA NARVAEZ
Teléfono:	EPS: 118



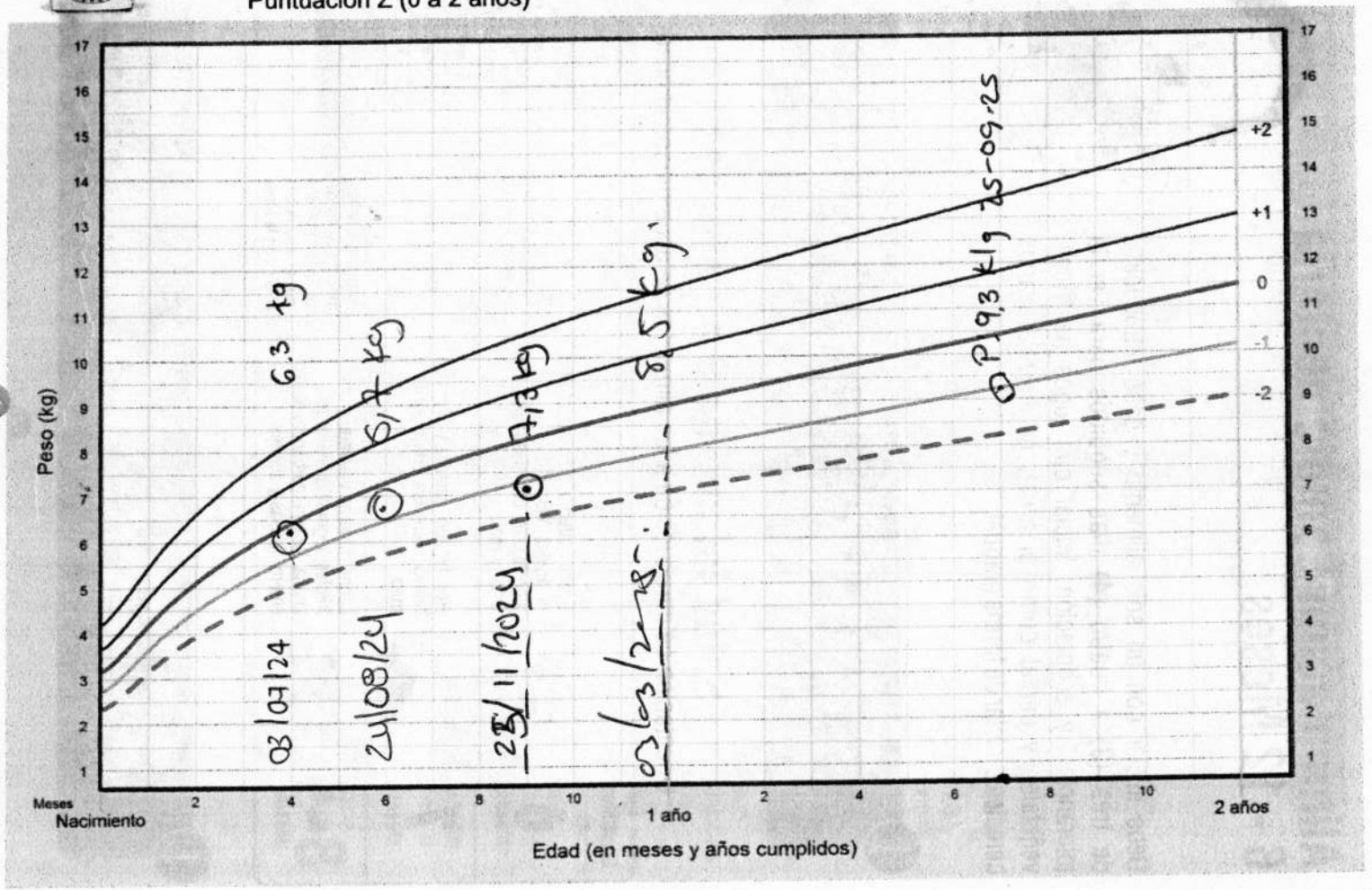
Peso para la Edad Niñas

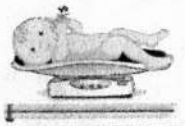
Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso para la Edad Niñas

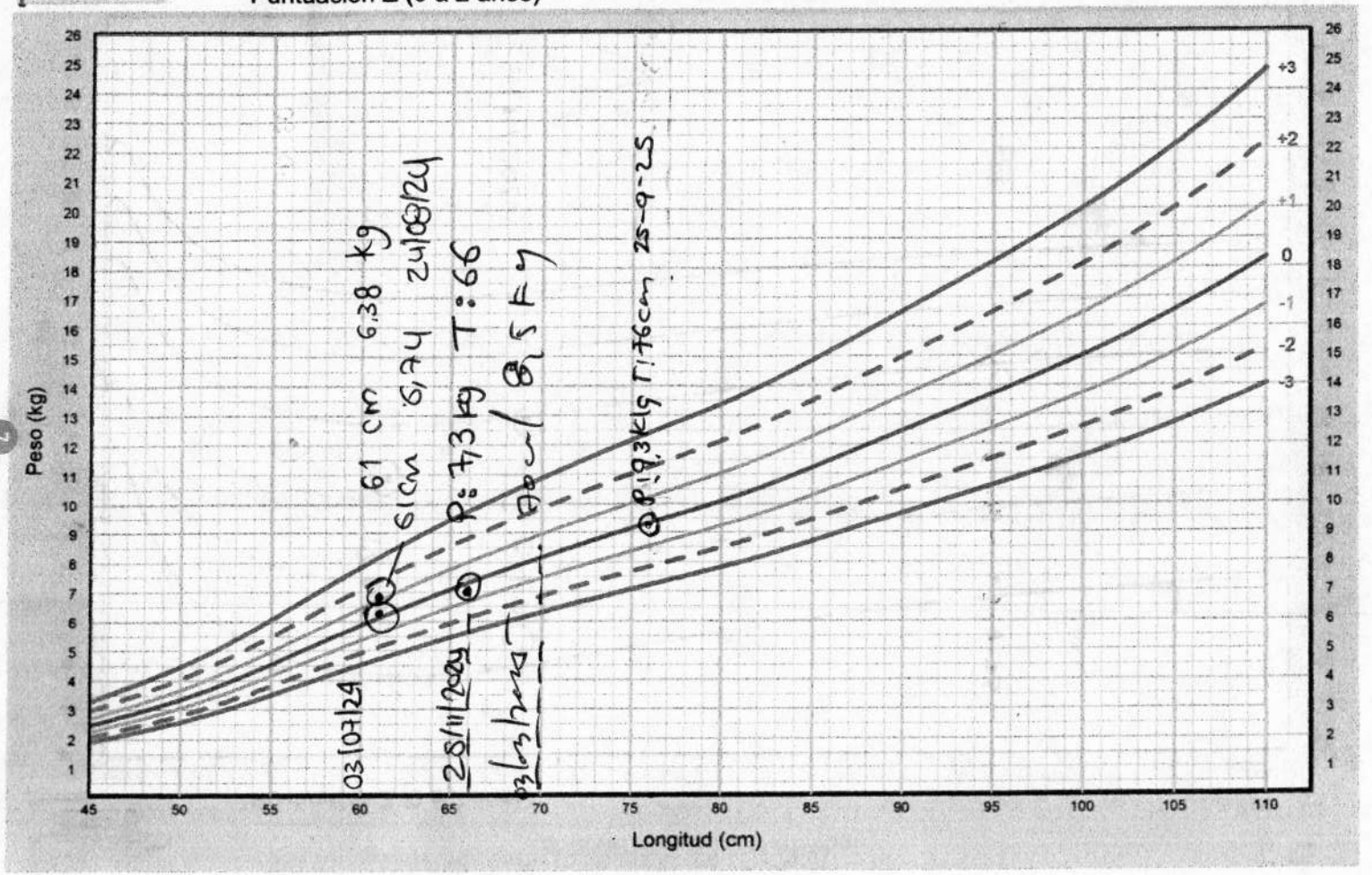
Puntuación Z (0 a 2 años)





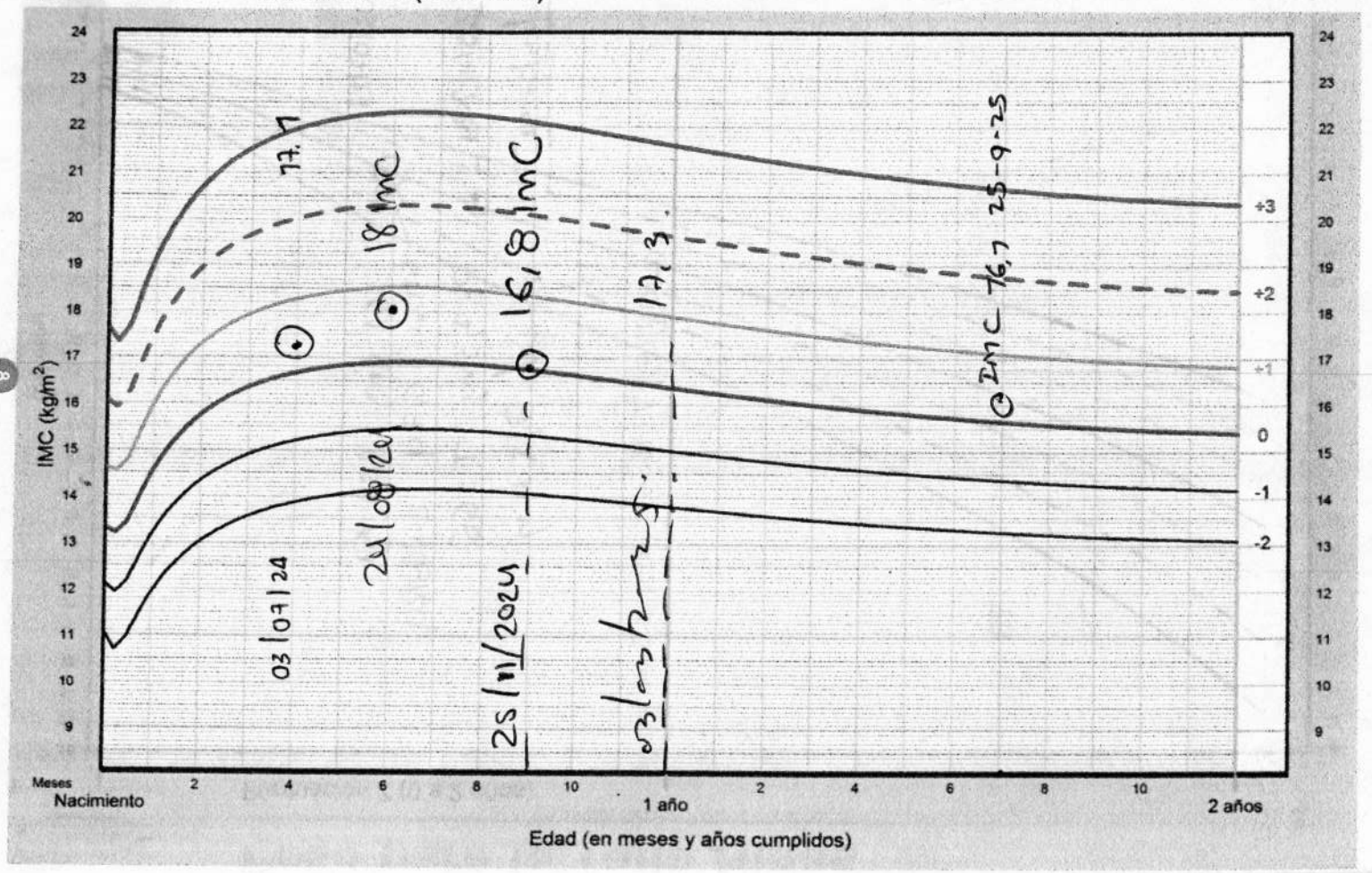
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



IMC para la Edad Niñas

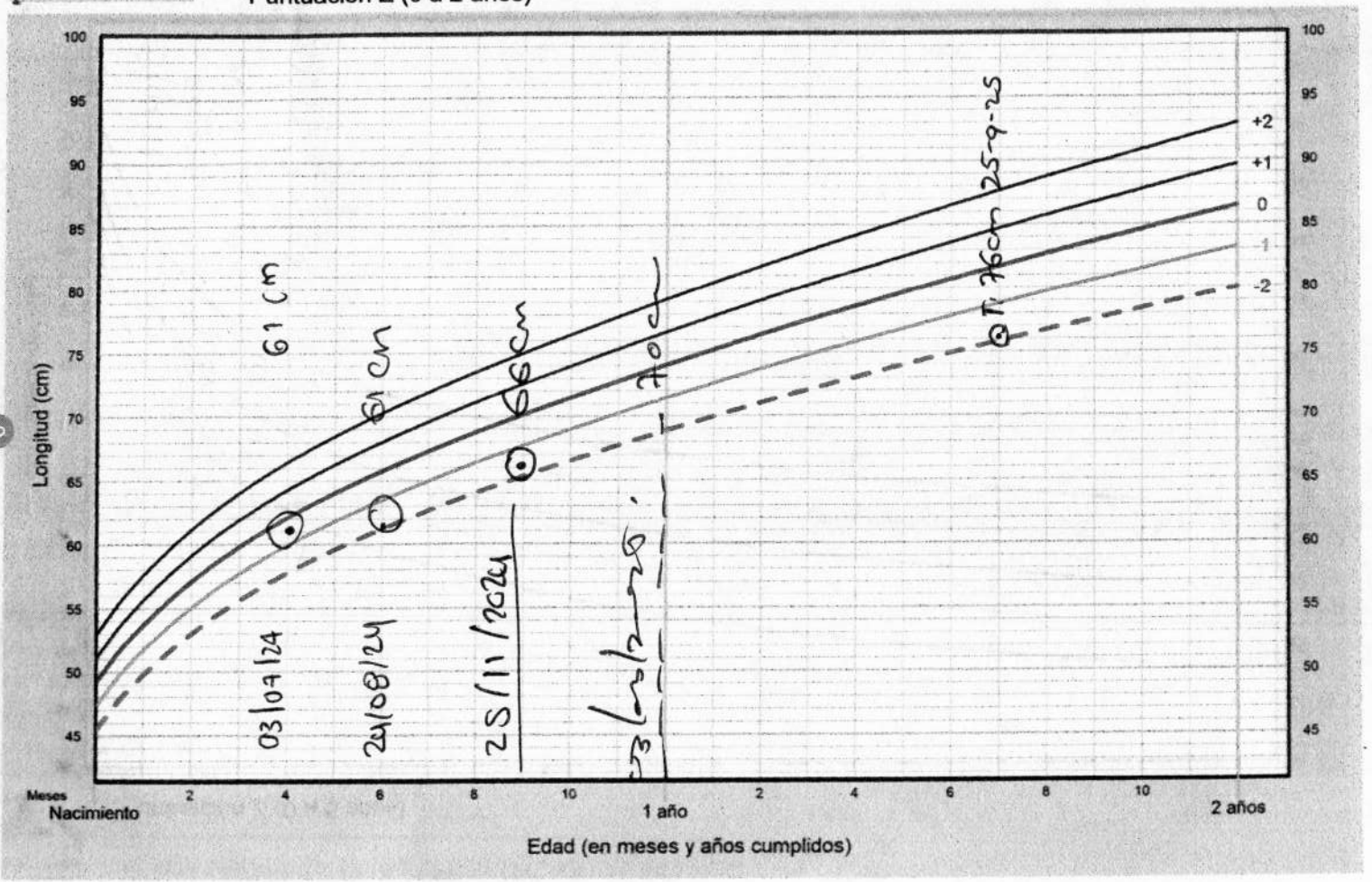
Puntuación Z (0 a 2 años)





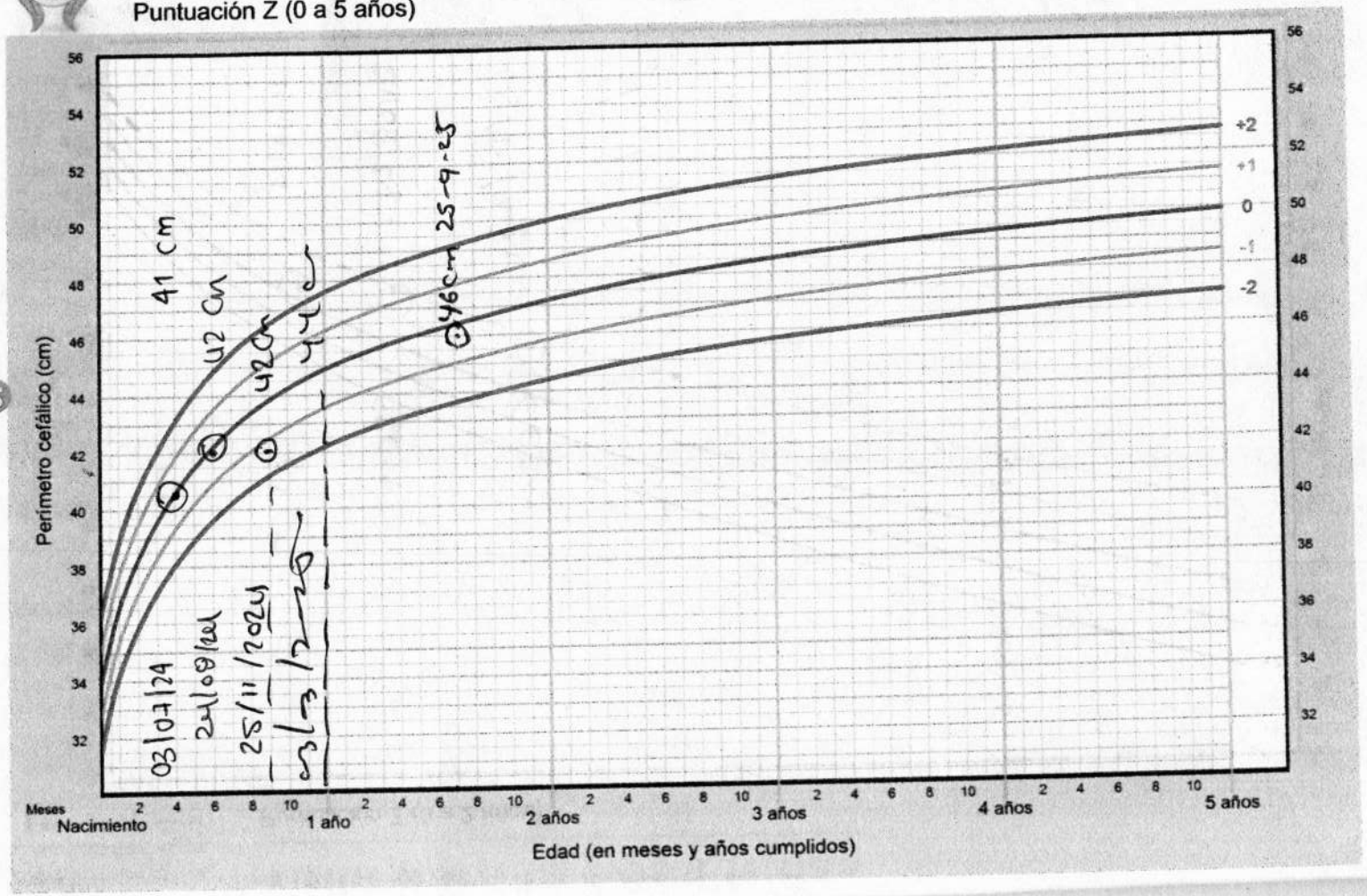
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
03	Julio	2024	Med	✓	
24	Agosto	2024	Enf	✓	
24	Nov	2024	Enf	✓	
24	Feb	2025	Med		✗
03	03	2025	Med	✓	
24	09	2025			
25	09	2025	Enferme	Si ✓ Milena C	
24	02	2026	Medico	cita	

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
03/07/24	6,38	61	41	13	17,1	24/08/24	Julissa A Vargas
24/08/24	6.74	61	42	13	18	24/11/24	[illegible]
25/11/2024	7,4	66	42	13,5	16,8	24/02/2025	[illegible]
03-3/25	8,5	70	44	14	17,3.	24/09/25	
25-09-2025	9.3	76	46	74	16,7	24-02-2026	Milena C.

SC. GENERAL FARFAN

CEDULA : 215081 5716

PACIENTE: Angela Nome

REGISTRO DE CITAS

FECHA : 23/12/2024	HORA: 8:20
FECHA : 24/02/2025	HORA: 10:00
FECHA : 24/05/2025	HORA: —
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:



Guíese por el código de color

- Salud infantil, crecimiento y desarrollo en niñas y niños menores de 5 años.
- Esquema de vacunación.

HCU:

CC/CI: Madre

CC/CI: Niño/niña 2 1 5 0 8 1 5 7 1 6

Nombres: Angela Yossiani

Apellidos: Romo Narvaez

Discapacidad: Sí .... No X Tipo .....

Fecha de nacimiento: 24 (Día) 02 (Mes) 2024 (Año)

Teléfono domicilio: .....

Teléfono celular: .....

Dirección domicilio: .....

.....

Nombre de la madre/padre: Narvaez Martinez Blanca

Zona: # 1

Provincia: Sucumbios

Cantón: Lago Agrio

Parroquia: Nueva Loja

Establecimiento de salud: H. G. Marco Vinicio Iza

Ministerio de Salud Pública: X

Seguro de la Policía: ☐ Otro: ☐

Seguro de las Fuerzas Armadas: ☐

IESS: ☐

Seguro Social Campesino: ☐

NIÑO / NIÑA

CUIDADO INFANTIL

Registro de vacunación

Niños y niñas menores de 1 año

Tipo de vacuna	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
*BCG (Meningitis)	Dosis única	Dentro de las 24 horas	25	02	24	2 d	0373mA023		
HB cero (Hepatitis B)	1.ª dosis	Dentro de las 24 horas	25	02	24	2 d	0EA2U011		
**Rotavirus (Diarrea)	1.ª dosis	2 meses	25	04	24	2m	AROL00660A	Lic. UP	C.S.G.F
	2.ª dosis	4 meses	27	06	24	4m	AROL00660AA	Lic. JT	C.S.G.F
***Pentavalente (Difteria, Tosferina, Tétanos Hepatitis B, Meningitis, Neumonía)	1.ª dosis	2 meses	26	04	24	2m	2201039233	Lic. UP.	C.S.G.F.
	2.ª dosis	4 meses	27	06	24	4m	2201039233	Lic. JT	C.S.G.F
	3.ª dosis	6 meses	27	08	24	6m	2201039233	Lic. CM	C.S.G.F
****fIPV (Poliomielitis)	1.ª dosis	2 meses	26	04	24	2m	2224002	Lic. UP	C.S.G.F
	2.ª dosis	4 meses	27	06	24	4m	2224002	Lic. JT	C.S.G.F
bOPV (Poliomielitis)	3.ª dosis	6 meses	27	8	24	6m	68D2302JA	Lic. CM	C.S.G.F
Neumococo conjugada (Neumonía, Meningitis, Otitis)	1.ª dosis	2 meses	26	04	24	2m	ASPNB356AA	Lic. UP	C.S.G.F
	2.ª dosis	4 meses	27	06	24	4m	ASPNB356AA	Lic. JT	C.S.G.F
	3.ª dosis	6 meses	27	8	24	6m	ASPNB356AA	Lic. CM	C.S.G.F

*BCG dosis única: se administrará hasta los 11 meses 29 días.

**Rotavirus. La primera dosis es hasta los 3 meses 29 días. La segunda dosis podrá administrarse hasta los 7 meses de edad (7 meses 29 días).

***En caso de reacción anafiláctica o alergia a la vacuna pentavalente, colocar vacuna HB pediátrica en el mismo esquema que pentavalente.

****El intervalo entre fIPV (1) y fIPV (2) debe ser de 8 semanas

Registro de vacunación

Niños y niñas de 12 a 23 meses

Tipo de vacuna	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
SRP (Sarampión, Rubeola, Parotiditis)	1.ª dosis	12 meses	11	03	25	12M	0132N074A	Kerly J	HFLO
	2.ª dosis	18 meses	10	09	25	18M	0133N119B	Isabel	HFLO
Fiebre amarilla	1.ª dosis	12 meses	11	03	25	12M	231MF00057	Kerly J	HFLO
Varicela	1.ª dosis	15 meses	11	03	25	12M	405137	Kerly J	HFLO
DPT (Difteria, Tosferina, Tétanos)	1.º refuerzo (4.ª dosis) (componente DPT)	18 meses	10	09	25	18M	2854NOBE	Isabel	HFLO
bOPV (Poliomielitis)	1.º refuerzo (4.ª dosis)	18 meses	10	09	25	18M	24266G3	Isabel	HFLO
HA DU			11	03	25	12M	202207045	Kerly J.	HFLO

Esquema de vacunación

Influenza estacional

Edad óptima de vacunación	Vacunas	Dosis	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
6 a 11 meses	Influenza estacional	1 dosis	23	12	24	9m 29días	U5052400	Lic. HH	C.S.G.Z
		2 dosis (al mes de la primera)	10	09	25	18 M	P10079219	Isabel	HHLD.
12 a 23 meses (1 a 2 años)		Una dosis	18	11	25	18 M	P10079219	Isabel	HHLD.
24 a 35 meses (2 a 3 años)		Una dosis							
36 a 47 meses (3 a 4 años)		Una dosis							
48 a 59 meses (4 a 5 años)		Una dosis							



17
R/V

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos | Minsalud

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

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 12 MES 05 AÑO 25 HORA: 10:10 am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Angela Yossuani APELLIDOS Romo Narvaez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1126144701

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 24 MES: 02 AÑO: 2024 / EDAD: 1 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. 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 Primera dosis [ ] Segunda dosis [ ] 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.

INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES

La vacuna tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 días postparto, siempre que los posibles beneficios superen los posibles riesgos con base en la evaluación clínica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante, lo cual deberá presentar al momento de la vacunación certificación que acredite tal evaluación.

La vacuna que se le está administrando es eficaz para evitar complicaciones severas y muerte en la gestante y el feto por SARS CoV-2 COVID-19

A la fecha no hay pruebas que la vacuna cause efectos adversos importantes para la mujer embarazada, el feto o la placenta, además de los ya observados para la población general

A nivel poblacional son muchos mayores los beneficios de administrar el biológico, sobre los riesgos de llegar a padecer COVID-19 durante la gestación, por el impacto que sobre la salud materna y perinatal produce la infección por SARS-Co-2 y ante el alto riesgo de complicaciones severas, ingreso a UCI, y morbilidad y mortabilidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.

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.

Soy mujer con más de 12 semanas de gestación o durante los 40 días postparto: SI ☐ NO ☐ y en caso afirmativo aporto certificación del médico tratante que acredita evaluación clínica para que obre adjunto a este consentimiento, requisito indispensable para recibir la vacuna.

En consecuencia, decido **ACEPTAR:** ☐ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** ☒ que se me aplique la vacuna

Firma de la persona: Zenayda Narvaez M.

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

Nombres Zenayda Narvaez M. Apellidos _____

Tipo de Identificación: CC ☒ · CE ☐ OTRO ☐ Número 41145181

Firma: Zenayda Narvaez M.

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

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

_____

Firma del Rogado
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Isabel Arias

Firma Isabel Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1006193938

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel

Nota 1: Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar junto con uno de sus padres o su representante legal
Nota 2: Para los menores de 12 años deben firmar sus padres o su representante legal

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.145.181**
NARVAEZ MARTINEZ

APELLIDOS
BLANCA ZENAYDA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-JUL-1983**
TAMINANGO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

22-OCT-2001 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-6401800-00818297-F-0041145181-20160425 0049467564A 1 46164332



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 18.162.672

ROMO QUEVARA

APELLIDOS

NESTOR ANCIZAR

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-JUN-1980

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

07-DIC-1998 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-6401800-00000536-M-0018162672-20160328 0060615146A 2 40637170

		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					9-08-24								
		Atención en salud bucal por odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor							03-03-2025	9-9-2025					
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana							03-09-2025	4-03-2026					
		Aplicación de sellantes (según criterio)													
	V	Vacunación													

Carolina Vasquez Odontóloga Reg. N° 1129 U.A.N. Universidad Antonio Nariño

LILIANA MARISEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600493-2011

Ho al Cumplir 1 año

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: Angela Yosduani Romo

Doc. de identidad: 1126144701 EPS: 118

Teléfono: 3165383303 Domicilio: la ye

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Blanca Zenayda Narvaez Identificado con C.C N° 41 145 181 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Angela Yosseni Romo 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 Abril del Año 2025.

Zenayda Narvaez Martinez
Madre o Acudiente
C.C 41 145 181

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 Angela Yossuani Romo Narvaez, identificado (a) con documento de identidad número 1126447071, 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Blanca Zenayda Narvaez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 41145181, 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 - Educacion inicial Campesina

Suscriben:

Firma: Zenayda Narvaez Martinez
Nombre: Zenayda Narvaez Martinez
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 316 538 3303
Fecha: 03 - 04 - 2025
Municipio: San Miguel

CLARIFICADA

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Angela Yossuani Romo Narvaez

Fecha de nacimiento 24 02 2024 **N° Documento de Identidad** 1126144707

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 capacidades de la niña se observa que le gusta interactuar con las personas que la rodean ya que disfruta la compañía de otros niños y hacer con ellos juegos elementales

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

la

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 (as) disfrutar la compañía de otros niños y hacer con ellos juegos elementales, cada vez con menor Presencia del adulto.

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	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1	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	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			3 4 5		6 7 8	6 7 8			9 10			11 12			13 14			11 16	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	10 11 12	10 11 12	10 11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	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	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

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Angie Nayeli Revelo H NOMBRE UCA: Dueños del sol 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Angela Yossuani Romo IDENTIFICACIO: 1196144707 FECHA DE NACIMIENTO: 24-02-2024

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
10-10-2025	✓			✓	El dia viernes 10-10 2025 se le recuerda a la madre llevar a la niña hacer aplicar la vacuna Pendiente. La madre refiere que como la niña ha estado agripada y no la ha podido llevar hacer vacunar			El dia jueves 16-10-25 se indaga a la madre si ya le aplico la vacuna a la niña la madre menciona que todavia no que la niña se encuentra con gripa y que asi no la quiere llevar para no exponerla al viento y" apenas se recupere ella la lleva		la madre se compromete llevar a la niña apenas se recupere