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: 16-04-2025

UDS: Dueños del sol 1 MUNICIPIO: San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Zeynef Julieth Castillo Erazo

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1.126.144 167

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? NA

FECHA NACIMIENTO: 28-01-2022 EDAD: 3 años-1 Mes MUNICIPIO: Lago Agrio Nueva Loja

DEPARTAMENTO: Sucumbíos. PAIS: Ecuador DIRECCION

DE RESIDENCIA: V/ Alta Floresta ESTRATO: 1 ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: X NO: ____

¿CUAL?: DIMF MOTIVO DEL RETIRO: ____

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: B3 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: Jose Luis Castillo Angulo

No. IDENTIFICACION: 1.126.138.091 DIRECCION RESIDENCIA: V/ Alta Floresta

CELULAR: 317 8220 383 E.P.S: Emssanar.

OCUPACION U OFICIO: Agricultor.

EMPRESA DONDE LABORA: NA

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Cuarto PROFESIÓN: NA

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Digna Erazo Cordoba

No. IDENTIFICACION: 1.124.853.005 DIRECCION RESIDENCIA: V/Alta Floresta

CELULAR: 3178220383 E.P.S: Emssar.

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: NA

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Octavo PROFESIÓN: NA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Maria Digna Erazo Cordoba

NUMERO IDENTIFICACION: 1.124.853.005 CELULAR: 3178220383

DIRECCION: V/ Alta Floresta PARENTESCO: Madre

x Maria Digna Erazo
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Arantxa Rubio
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP	1126144161

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57310739

3 RN

* 57310739 *

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
CASTILLO	ERAZO

Nombre(s): ZEYNEF JULIETH

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes ENE Día 28	FEMENINO	O	+

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

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	2150721195

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: CASTILLO ANGULO JOSE LUIS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1126138091	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: ERAZO CORDOBA MARIA DIGNA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1124853005	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CASTILLO ANGULO JOSE LUIS

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1126138091	Jose Luis Castillo

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 2022 Mes MAR Día 17	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
JOSE LUIS CASTILLO ANGULO Jose Luis Castillo Firma	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Otro (comentario).: Nota no se imprime huellas. circular 082 del 28 de agosto de 2020 emitida por el registrador nacional del estado civil. - MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES el 2022-03-17

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

OBSERVACIONES: Las huellas plantares, se tomarán únicamente a los inscritos menores de un año, las huellas digitales, deben tomarse a todos los inscritos, exceptuando los menores de un mes que presentan dificultades técnicas para dicha toma (Decreto 1873 de 1971, artículo 2o.)

HUELLAS PLANTARES	
PIE IZQUIERDO	PIE DERECHO

HUELLAS DIGITALES	
INDICE DERECHO	
INDICE IZQUIERDO	

NOTA: QUE ESTA FOTOCOPIA ES TOMADA DE LOS LIBROS DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO QUE SE LLEVAN EN ESTE CONSULADO DE COLOMBIA EN NUEVA LOJA, ECUADOR.

LAGO AGRIO-NUEVA LOJA-ECUADOR 17-MARZO-2022.

ATENTAMENTE,

MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES
CÓNSUL DE COLOMBIA
EN NUEVA LOJA, ECUADOR.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
CANCILLERÍA
CONSULADO DE COLOMBIA EN NUEVA LOJA
CONSULADO DE COLOMBIA
NUEVA LOJA - ECUADOR

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: **06/04/2025**

Ficha: **86757033478400000063**

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **ZEYNEF JULIETH**

Apellidos: **CASTILLO ERAZO**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1126144161**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **17/11/2017**

Última actualización ciudadano: **18/03/2022**

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 MONTERO**

Dirección: **Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad**

Teléfono: **4210537 - 3213138790**

Correo Electrónico: **sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co**

¡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 - 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	1126144161
NOMBRES	ZEYNEF JULIETH
APELLIDOS	CASTILLO ERAZO
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	24/03/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/09/2025 05:35:39	**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



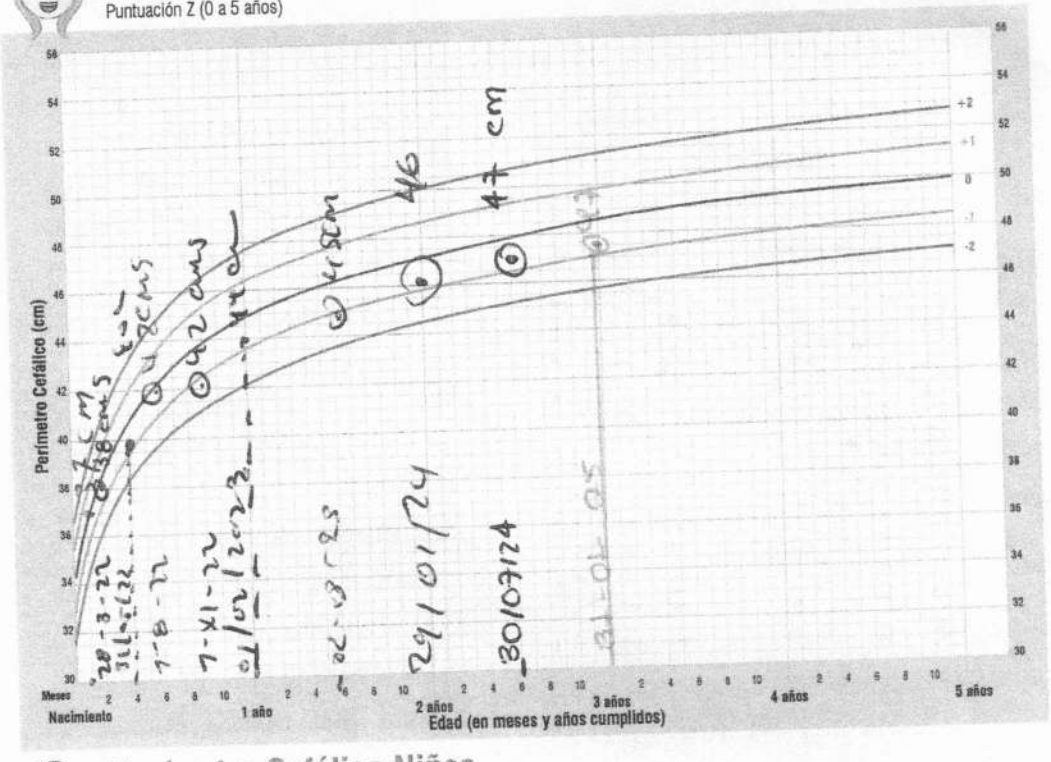
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: ZEYNEF JULIETH	Apellidos: CASTILLO CHAZO
Fecha de nacimiento: 10 (DÍA) / 01 (MES) / 2022 (AÑO)	Historia Clínica: 1126144161
Barrio/Vereda:	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS:

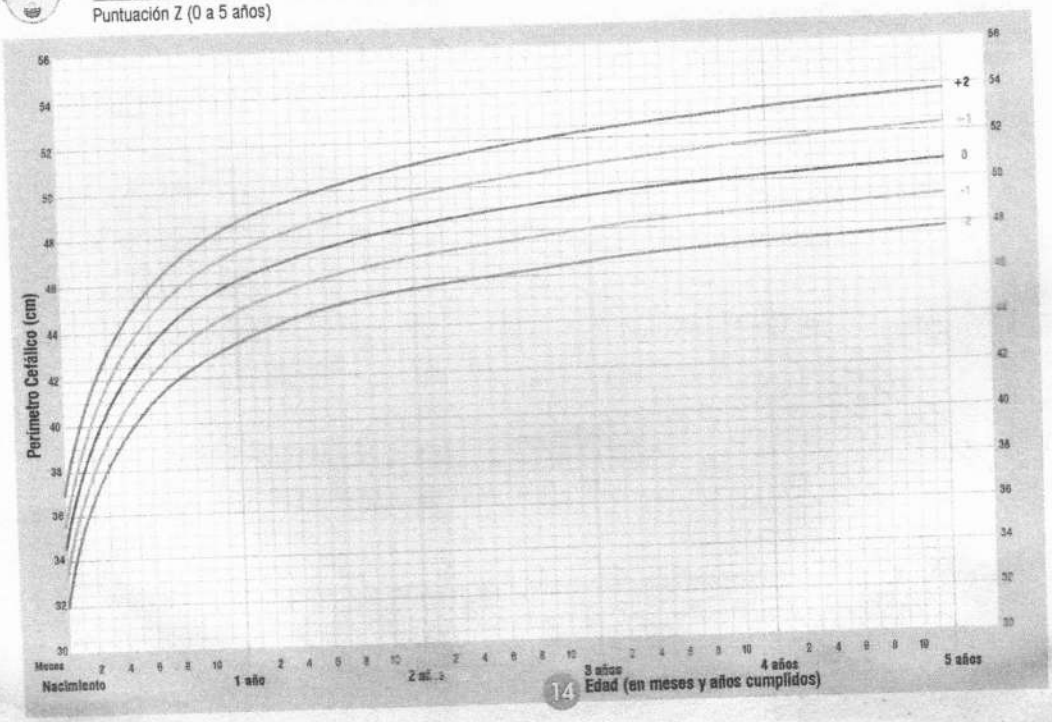
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



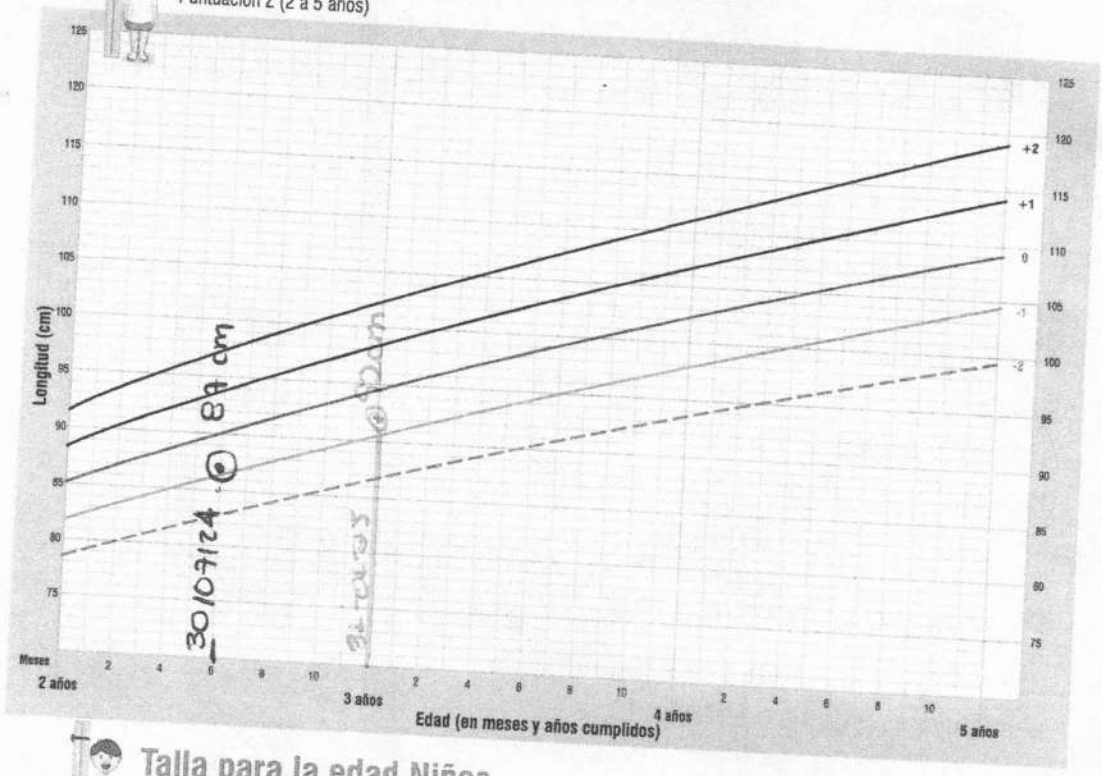
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



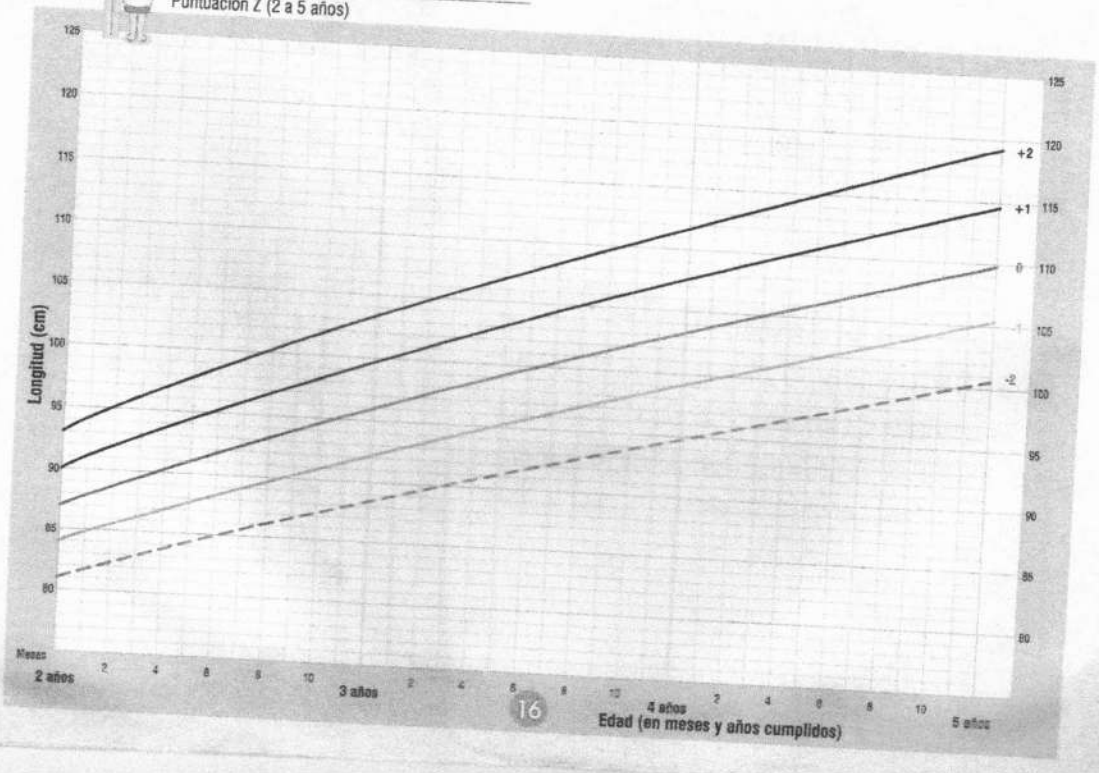
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



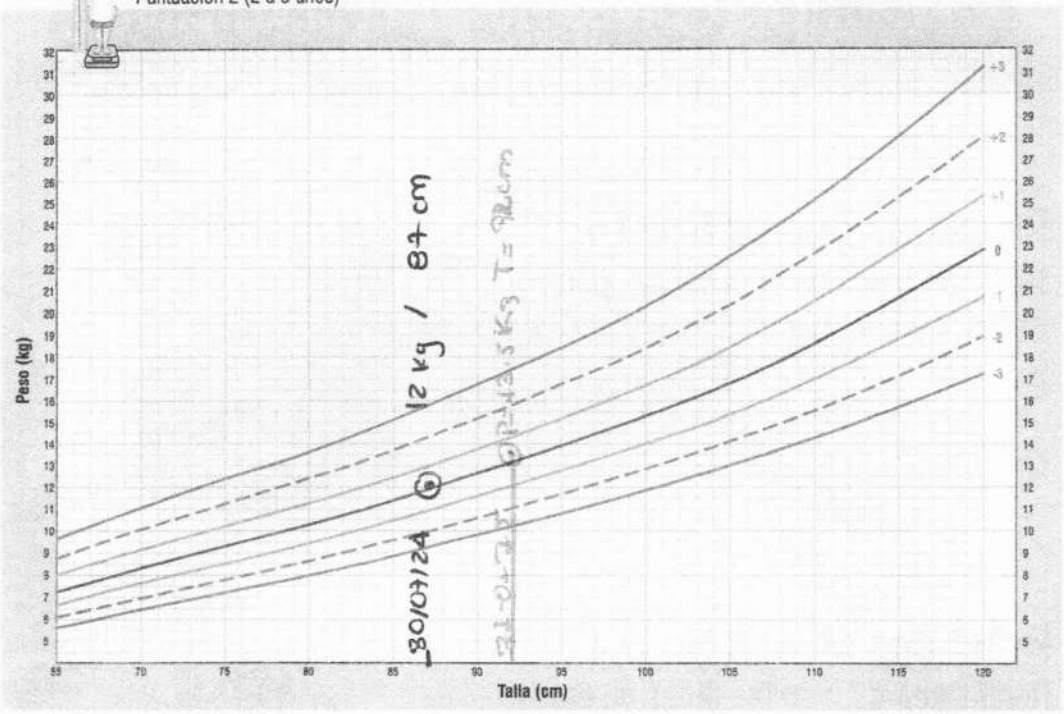
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



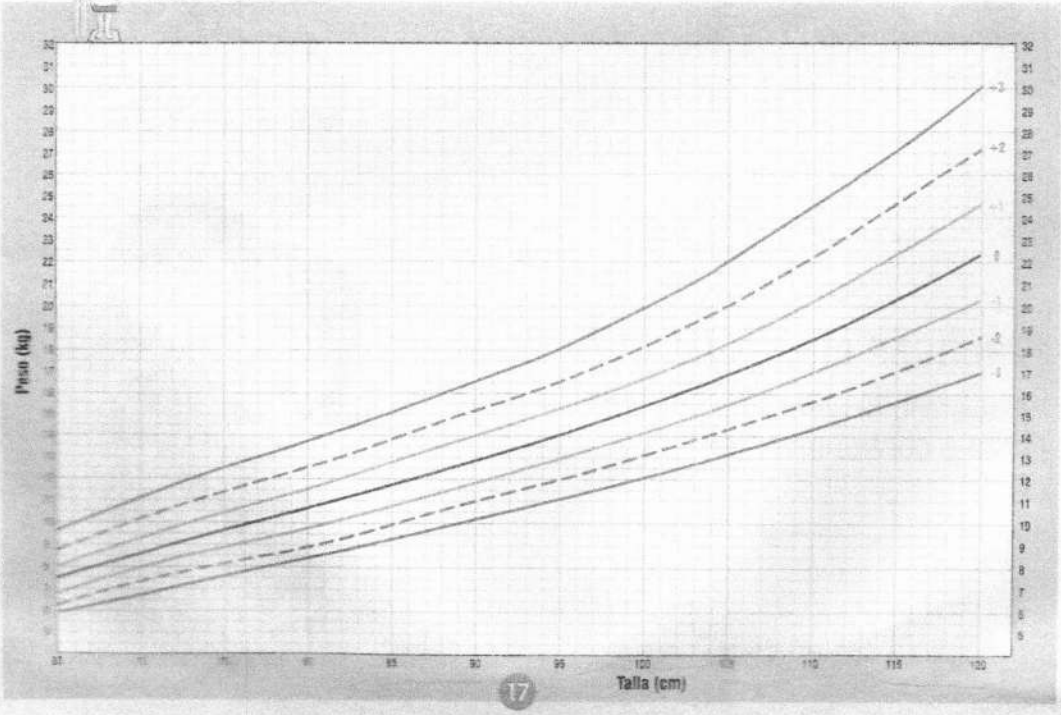
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



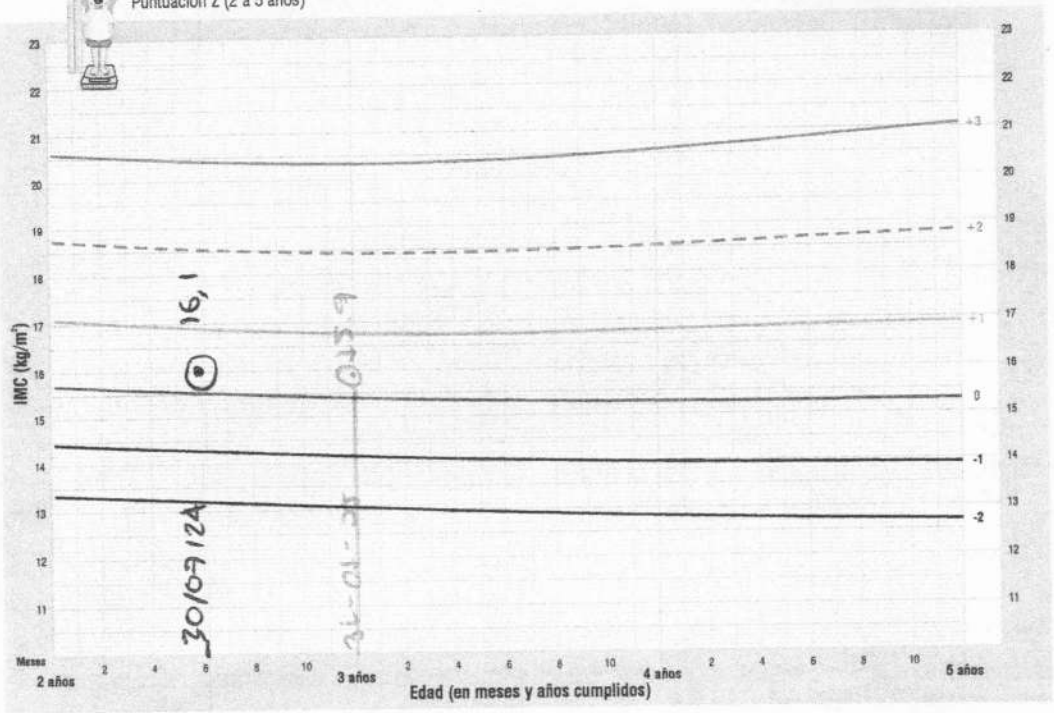
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



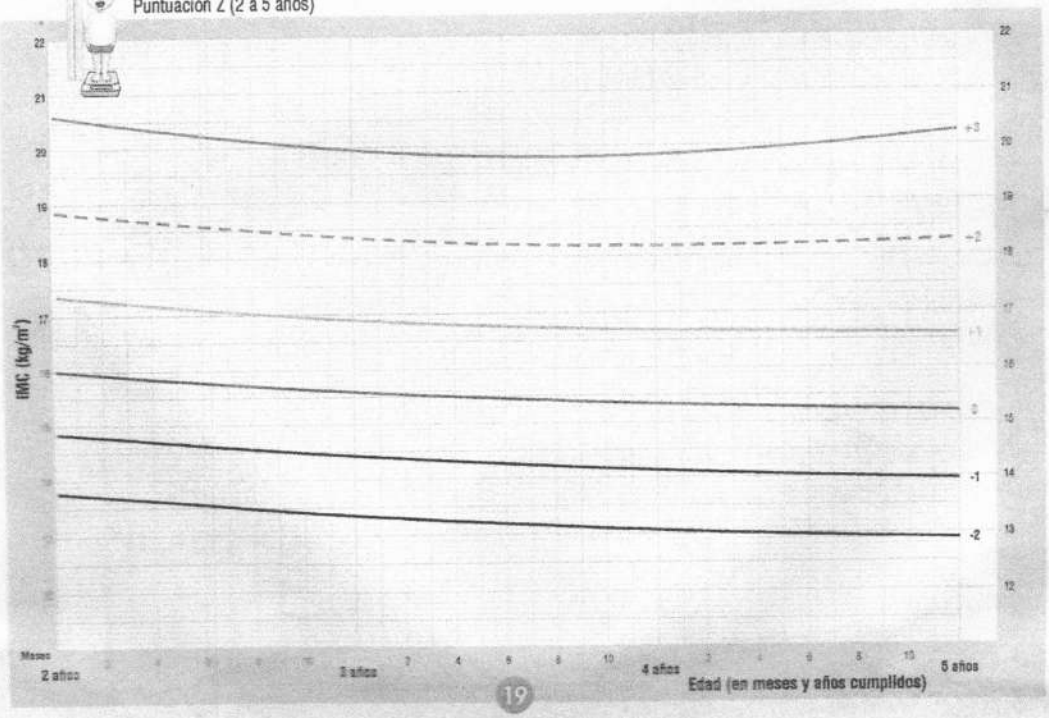
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
28	03	22	Enf		
28	05	22	x MD.		
25	Julio.	2022.	x enf.		
1	Noviam	2022	Medico		
30	Enero	2023	Medico.		
25	Julio	2023.			x
02	Agosto	2023	Enf	Si	
29	Enero	2024	Medico	Si ✓	
29	Julio	2024	Enf	Si ✓	
28	Enero	2025	Med.	Si ✓	
28	Enero	2026	Jefe		

Dra. Magaly Cabrera
Médico General
M.M. 87027189-Univalle

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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

	D	M	A		
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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



Ministerio de Salud y Protección Social

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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Zeynef Juleth Cast
Fecha de nacimiento: 28/1/2022.
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1126144161.
Sexo: Femenino.
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: Talla:
Dirección: V/ Alta Floresta.
Teléfono 1:
Teléfono 2:
Responsable: Maria Digna Eraso
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo
1.124.853.005. 118.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 90 MES 01 AÑO 2022 UNDA 0122

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

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

La salud es de todos | Minsalud

12

13
R/V

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: Maria Digna Erazo

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

Nombres Maria Digna Apellidos Erazo Cordoba

Tipo de Identificación: CC ☒ CE☐ OTRO☐ Número 1124 853 005

Firma: Maria Digna Erazo

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: Jeniffer Yulleth Cabezas Meneses

Firma Tipo de Identificación: CC ☒ CE☐ OTRO☐ Número 1126446069

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

1.124.853.005
NUMERO

ERAZO CORDOBA
APELLIDOS

MARIA DIGNA
NOMBRES



Maria Digna Erazo
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-MAY-1989
MOCOA
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

03-JUL-2007 MOCOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-6400100-43163803-F-1124853005-20071010 00887 07283M 02 228632246

15

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.126.138.091**
CASTILLO ANGULO

APELLIDOS
JOSE LUIS

NOMBRES

Jose Luis Castillo

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-ABR-1987**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

24-OCT-2005 CON NUEVA LOJA ECU
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-6401800-01267517-M-1126138091-20211120 **00766**00905A 1 56520279

16
R/V

RECOMENDACIONES

- Cepillate los dientes después de cada comida
- mantenga una dieta balanceada baja en azucares y carbohidratos
- Cambia tu cepillo de dientes cada 2 meses si tiene gripa o tos, cambialo inmediatamente

Tu sonrisa refleja lo que tu eres

I.A.M.I. INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y DE LA INFANCIA

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

MI CARNET DE HIGIENE ORAL

E.P.S. Emssanar
Nombres: Zeyner Julieth
Apellidos: Castillo Erazo

Sexo: M [X] Fecha de Nacimiento: 28 01 2022
Identificación: Rc 1126144161
Dirección: N.H.C.

Servimos con amor

FECHA	PROCEDIMIENTO				PRÓXIMA CITA
	CP	S	F	D	
01-02-23	X		X		01-Agosto-23
02-08-23	X		X		02 Febrero-2024
06-02-24	X				06-08-2024
21-08-24	X		X		21-02-25
03-03-25	X	X	X		03-Sep-2025
09-09-25	X		X		09-Marzo-26

Liliana Maribel Córdoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 2011

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo María Digna Erazo Identificado con C.C N° 1124 853 005 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Zeynef Yolieth Castillo Erazo 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.

María Digna Erazo Cordoba
Madre o Acudiente
C.C 1124853005

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 Zeynet Julieth Castillo Erazo, identificado (a) con documento de identidad número 1126144161, 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, Maria Digna Erazo Cordoba, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1124853005, 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 EIC

Suscriben:

Firma: Maria Digna Erazo Cordoba
Nombre: Maria Digna Erazo Cordoba
Calidad - Titular: X Representante legal: ✓
Teléfono de contacto: 3178220383
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.

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Zeynef Julieth Castillo Erazo

Fecha de nacimiento 28 01 2022 **N° Documento de Identidad** 1126144161

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

Por medio de las experiencias pedagogicas la niña sabe el nombre de algunos de sus compañeros o el de la Persona que lo cuida favoreciendo el entorno social en el que se relaciona

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 sigue secuencias de movimientos alternando brazos piernas, cabeza etc. Crea un juego usando objetos y situaciones imaginarias, 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

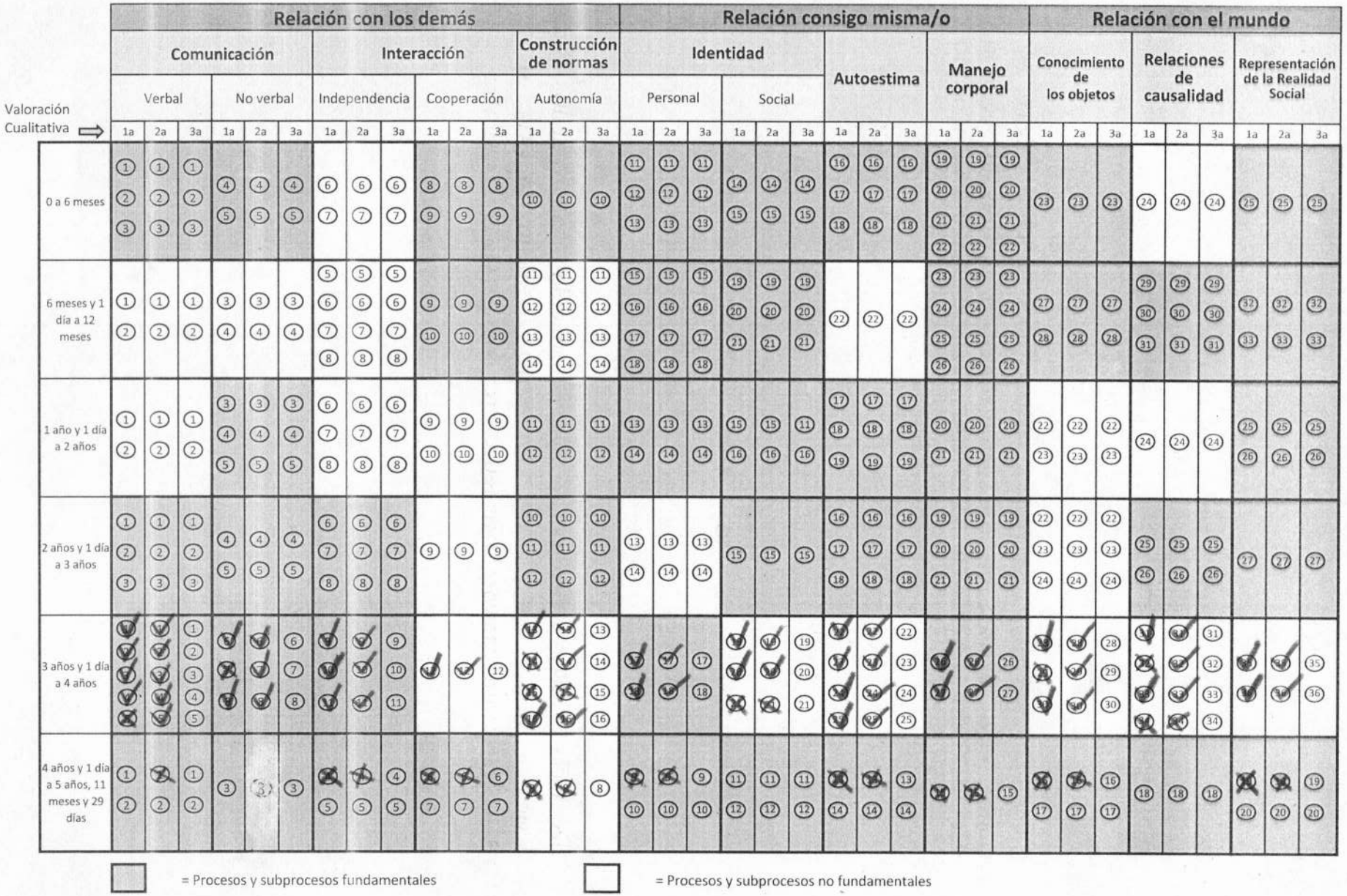
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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)***


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: Dueños del sol 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Zeynef Yolleth Castillo IDENTIFICACIO: 1126144161 FECHA DE NACIMIENTO: 28-01-2022

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					
03-04-2025	✓		✓		La niña ingresa al Programa de la modalidad EIC sin la vacuna de influenza, la vacunadora refiere que por la edad ya la perdio ya que el lineamiento del 2025 solo permite aplicar el biologico de 6 meses hasta 1 mes 1 año 11 meses 29d. -se le recomienda a la madre q' cuando haya disponibilidad de biologico para todas las edades le haga aplicar.	Maria Digna E				-la madre se compromete a estar pendiente de cuando haya biologico de influenza Para toda la poblacion haceile aplicar la vacuna a la niña.