Fundación
Alma de Vida

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,

3214893186
3217748798
amadevida@outlook.com

FUNDACION ALMA DE VIDA	Código: FO-GG-012
GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 28/03 /2025



FECHA SOLICITUD CUPO: 29-06-2025 FECHA INGRESO: 01-06-2025

UDS: 25 -05 -2025 MUNICIPIO: 01-06-2025

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Gael Alejandro Chalacan Gonzalez

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1122344573

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 31-07-2025 EDAD: 4 meses MUNICIPIO: San Miguel

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

¿CUAL?: N/A MOTIVO DEL RETIRO: N/A

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

EPS DEL PARTICIPANTE: Emssanar SUBSIDIADO: X CONTRIBUTIVO: ____

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X DIAGNOSTICO: N/A

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: N/A

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: N/A

TIENE SISBEN: SI: X NO: __ PUNTAJE: 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: N/A

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose David Chalacan Ortega

No. IDENTIFICACION: 18.156.540 DIRECCION RESIDENCIA: Puerto Colon

CELULAR: 3123734302 E.P.S: ____

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: Campo

NIVEL DE ESCOLARIDAD: ____ PROFESIÓN: Agricultor

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Cenelda Naile Gonzalez Rodriguez

No. IDENTIFICACION: 1006789 073 DIRECCION RESIDENCIA: Puerto Colon

CELULAR: 312 37343 02 E.P.S: ____

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: ____ PROFESIÓN: Ama de casa

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Cenelda Gonzalez Rodriguez

NUMERO IDENTIFICACION: 1006789 073 CELULAR: 312373 43 02

DIRECCION: Puerto Colon. PARENTESCO: Madre

Cenelda Gonzalez
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

11
3

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.573

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61697956

61697956

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
CHALACAN	GONZALEZ

Nombre(s): GAEL ALEJANDRO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes ENE Día 31	MASCULINO	O	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	250372301046 72

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: GONZALEZ RODRIGUEZ CENEIDA NAILE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.006.789.073	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: CHALACAN ORTEGA JOSE DAVID

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 18.156.540	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GONZALEZ RODRIGUEZ CENEIDA NAILE

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.006.789.073	Ceneida Gonzalez

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2025 Mes ABR Día 01	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

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

01.ABR.2025 - LIBRO DE VARIOS - 184

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
38430886-2

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	24/04/2025
Ficha:	86757012478200000030

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: GAEL ALEJANDRO

Apellidos: CHALACAN GONZALEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344573

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	09/11/2017
Última actualización ciudadano:	21/04/2025
Última actualización vía registros administrativos:	

*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

GRN

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



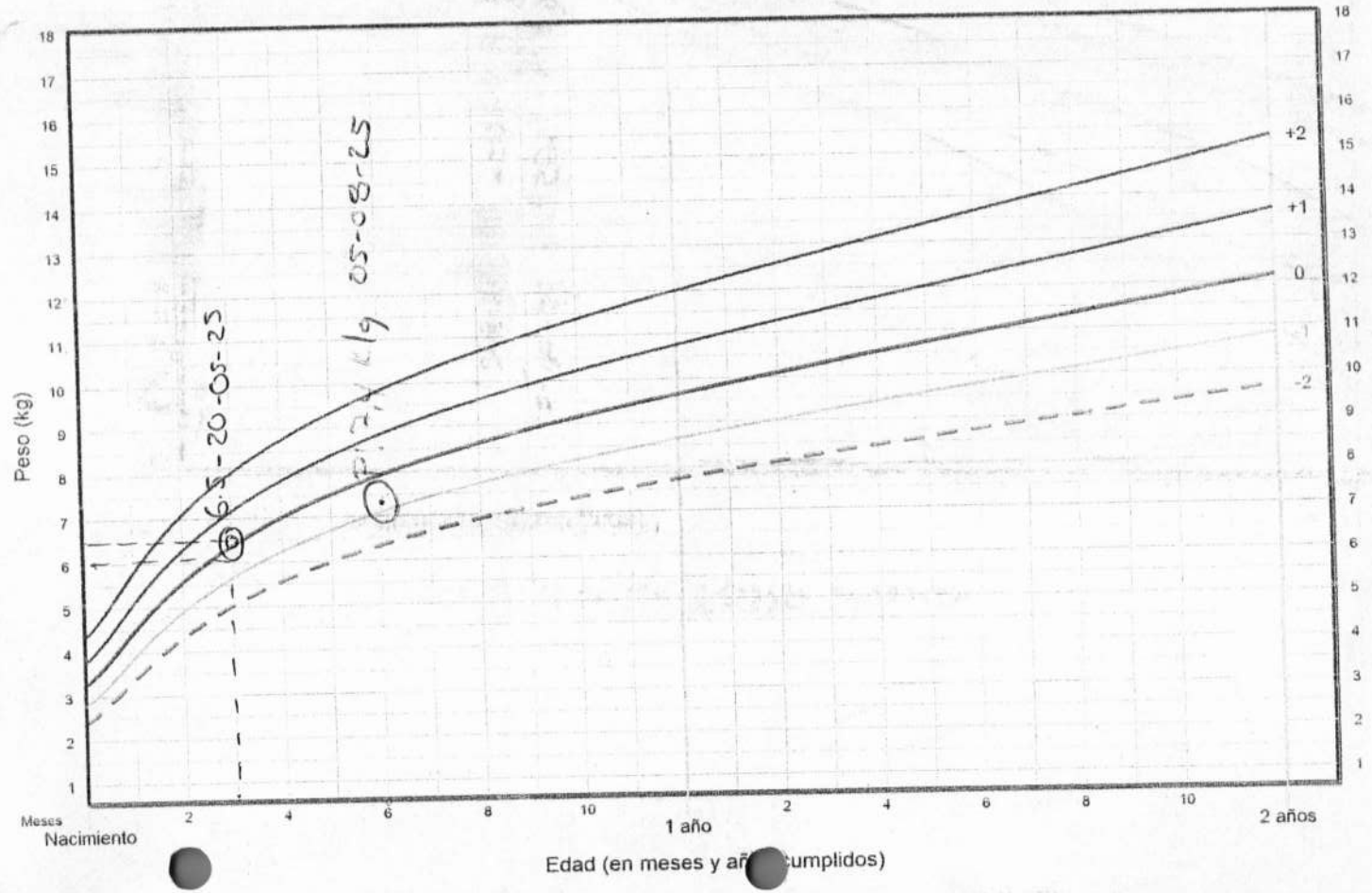
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Gael Alejandro	Apellidos: Chalacan Gonzalez
Fecha de nacimiento: DIA 31 | MES 01 | AÑO 2025	Historia Clínica: 1122344573
Barrio/Vereda: Bl Cristales	Responsable del niño: Cenelda Gonzalez
Teléfono: 3123234302	EPS: Emssanar

Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



del chalacan

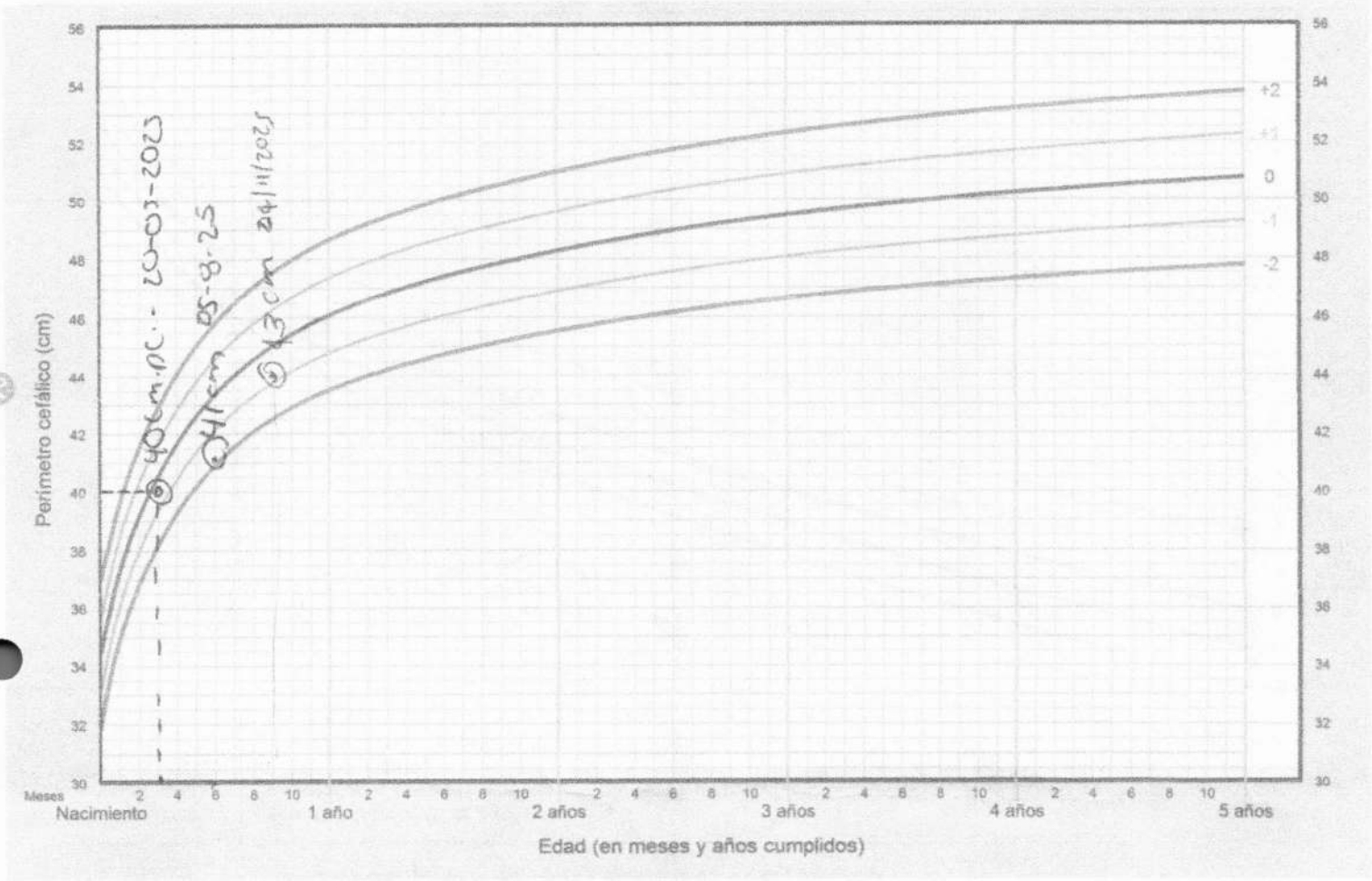
CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO SI	ASISTIO NO
31	07	2025			
05	08	2025	Enfer	SI ✓ milena C	
31	Octu	2025	Enfer.	SI ✓	Edvard.
02	02	2026	Medico		

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
20/05/2025	6.5 kg	64 in	40 cm	13 in	15.8	31/07/2025	DAVID ALEJANDRO ROSERO CA MÉDICO SSO 1085342140
05-09-2025	7,4	65	41	13,5	17,5	31-10.2025	milena C
04/11/2025	8 kg	68 cm	43 cm	15 cm	16.9	02-02-2026	Edvard ocmad

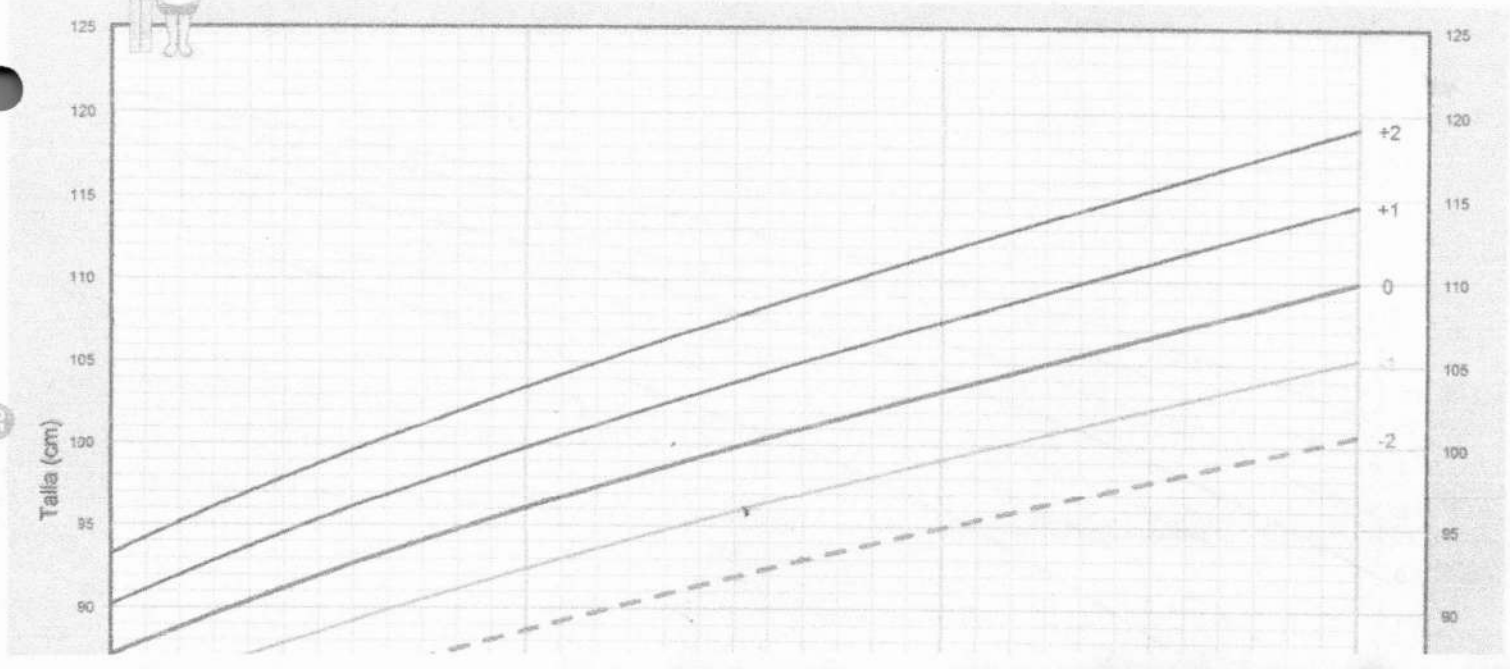
Perímetro Cefálico Niños

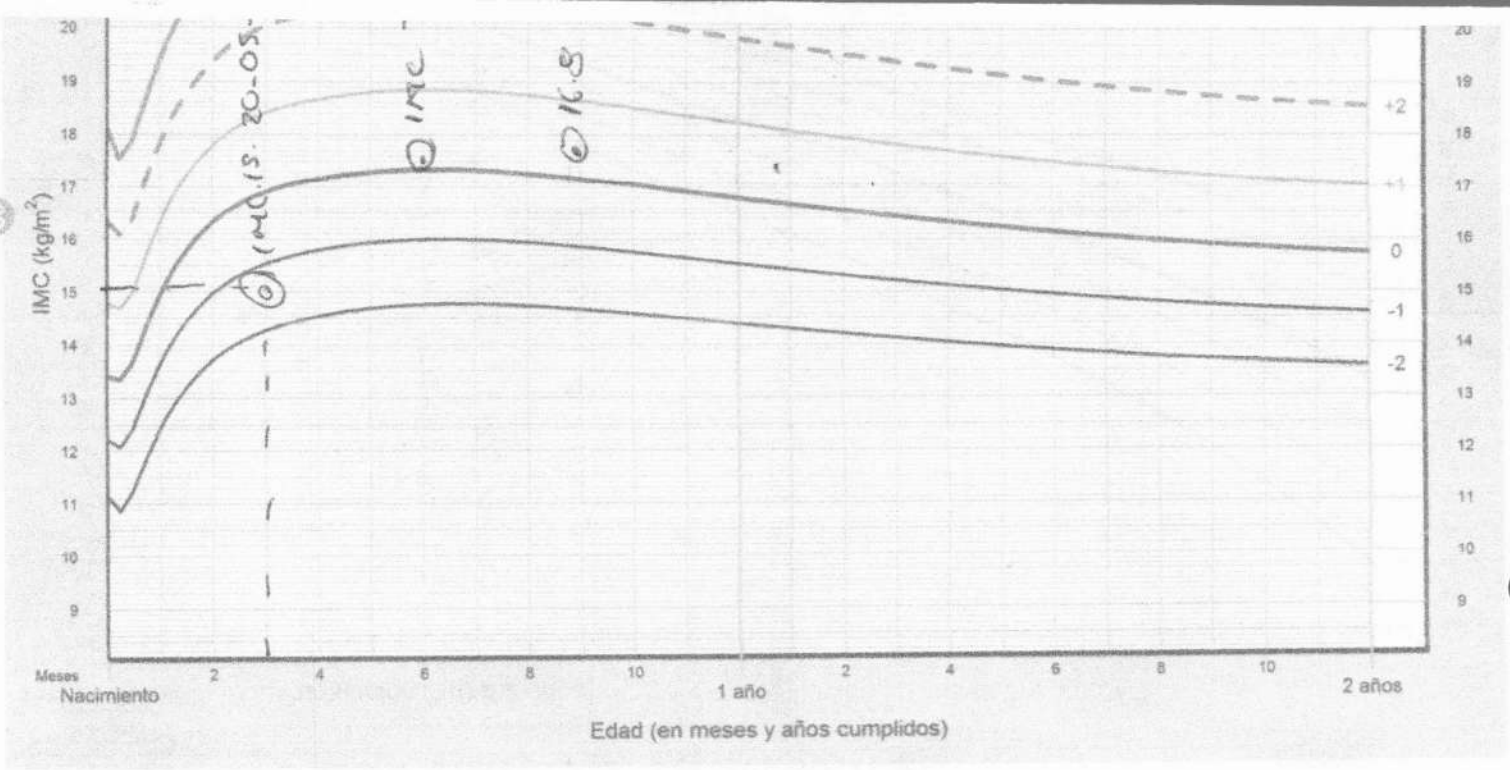
Puntuación Z (0 a 5 años)



Talla para la Edad Niños

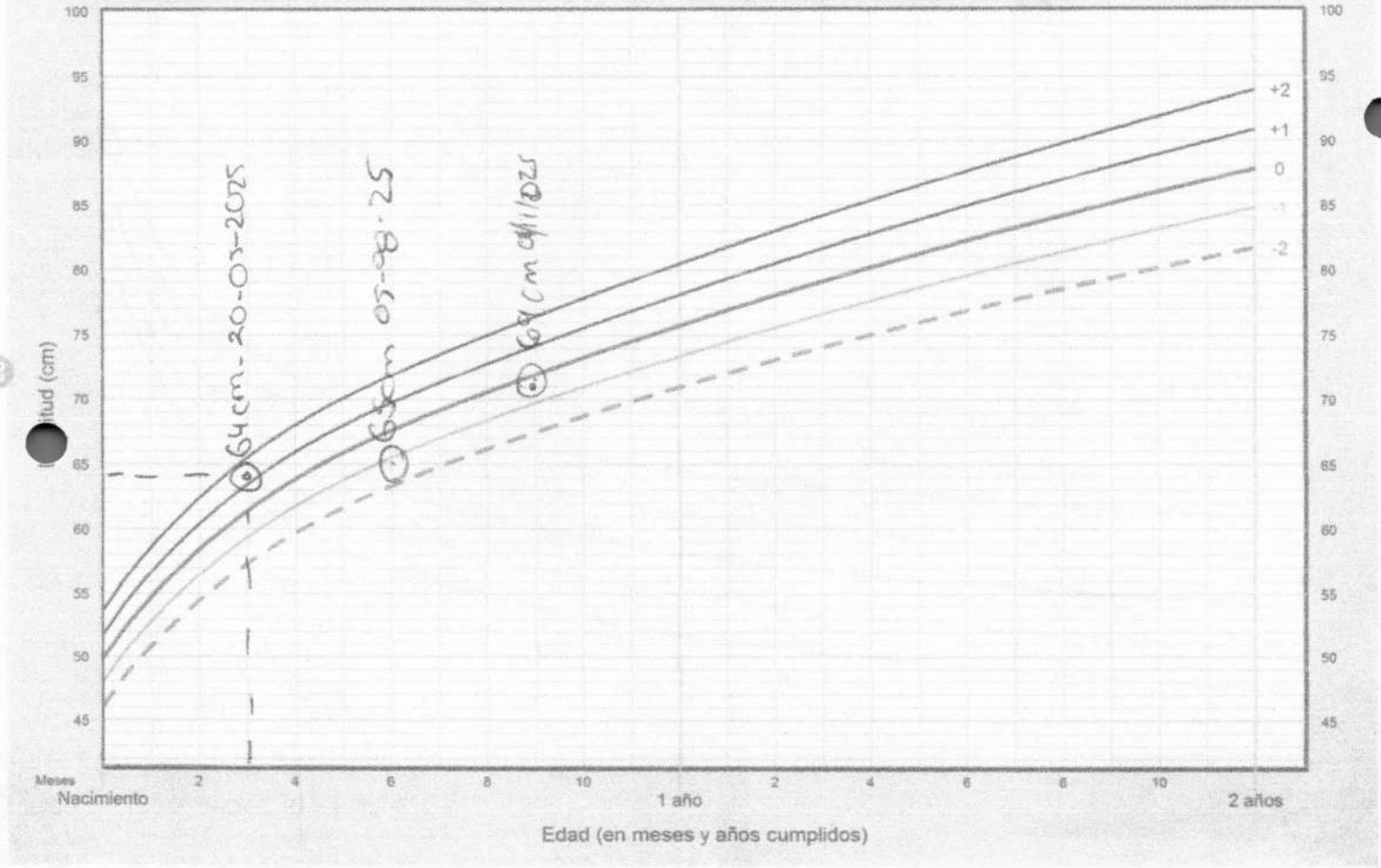
Puntuación Z (2 a 5años)

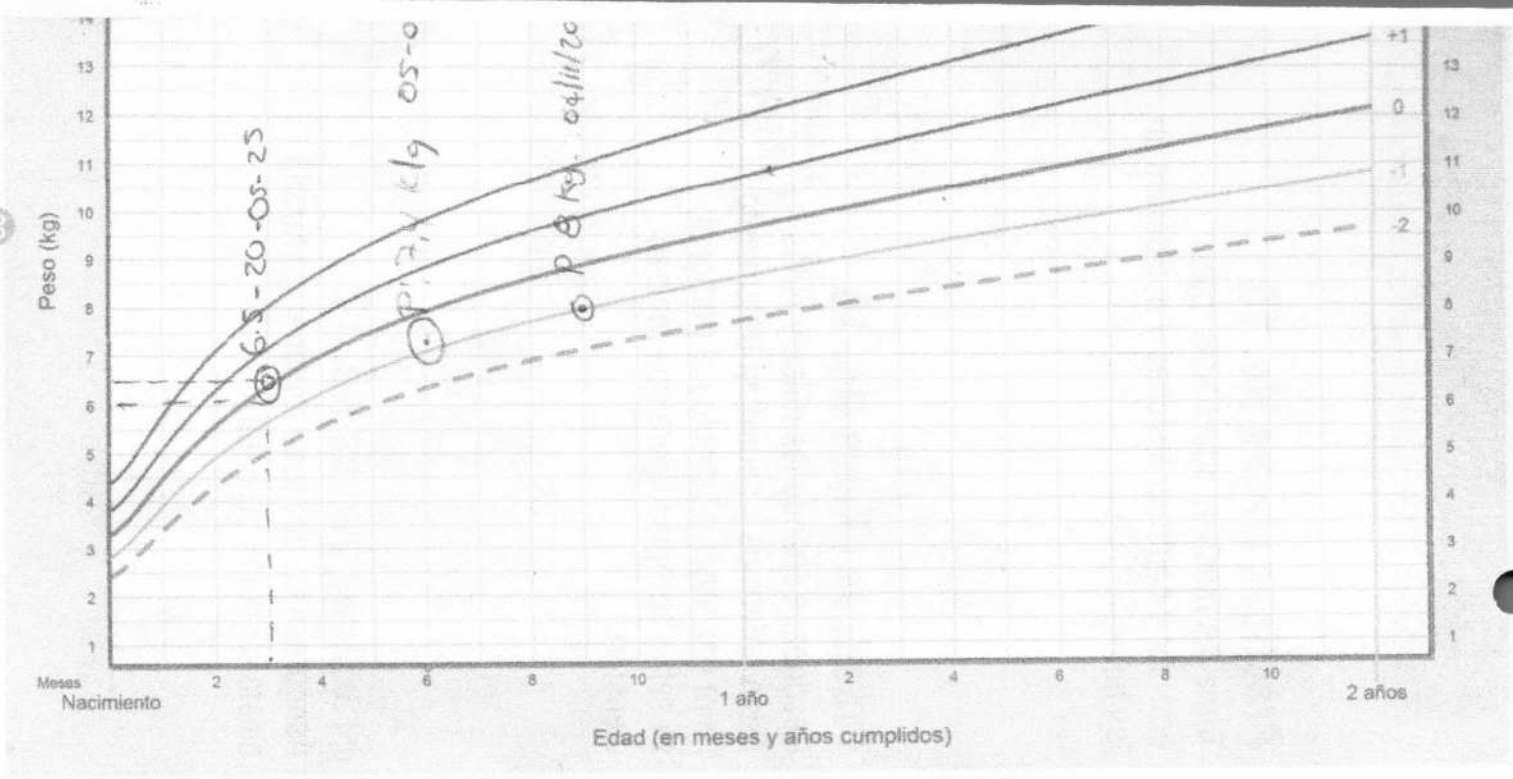




Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

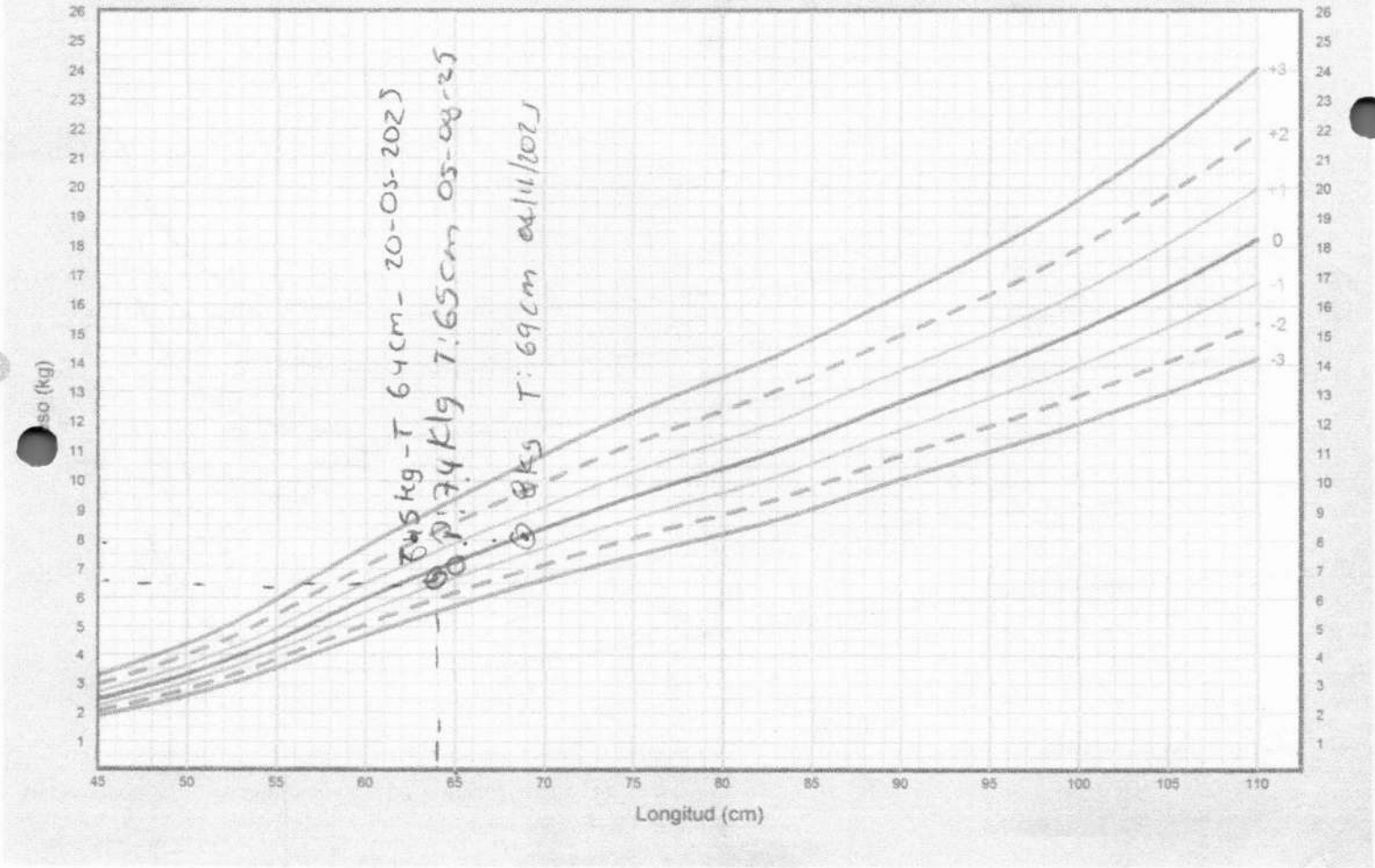






Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



72
R/V

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCION SOCIAL

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos Gael Alejandro chalacan gonzal

Tipo de Documento: X TI OTRO

No. de Documento: 1.122344.573

Fecha de Nacimiento: 31 DIA | 01 MES | 2015 AÑO

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: Talla:

Dirección:

Teléfono 1: 3123334302

Teléfono 2:

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO

				D	M	A
onatal	Normal		Alterado	D	M	A
vo OEA/PEAA	Normal		Alterado	D	M	A
pata nita pleja	Normal		Alterado	D	M	A
	Normal		Alterado	D	M	A

NCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

	D	M	A		
3 años				SI*	NO*
4 años				SI*	NO*
5 años				SI*	NO*

*Menor o igual a 20 normal

as las
tección

liomielitis,
das por
, **Tosferina,**
ia, **Otitis,**
umococo,
l virus de
iditis,
Virus del

s
una!

Social
un
sibles
dades

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

	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fec Día
Recién Nacido						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐			
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	27	03	25	Serum	0 3 7 3 M A 0 4 7	HFLD	
	Hepatitis B	Recién nacido							
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐			
	Poliomielitis (VIP)	1ª	28	05	25	Biologicals	2 4 0 6 0 6 7		
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	28	05	25	Serum	2 8 5 3 X 0 2 0 C		
Pentavalente	Hepatitis B	1ª	28	05	25	Serum	2 8 5 3 X 0 2 0 C		
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	28	05	25	Serum	2 8 5 3 X 0 2 0 C		
	Diarrea por rotavirus	1ª	28	05	25	GSK	A B 0 L E 0 5 A AA	E.S.C HFLD	
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	28	05	25	Pfizer	H J 5 2 7 7		
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐			
	Poliomielitis (VIP)	2ª	06	08	25	Biologicals	2 4 2 3 0 0 3		
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	06	08	25	Serum	2 8 5 4 X 0 1 3 E		
Pentavalente	Hepatitis B	2ª	06	08	25	Serum	2 8 5 4 X 0 1 3 E	HFLD	
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	06	08	25	Serum	2 8 5 4 X 0 1 3 E		
	Diarrea por rotavirus	2ª	—	—	—	—	— — — — — — — —	Pierde la edad	
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	06	08	25	Pfizer	H W 2 9 6 3	HFLD	
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐			
	Poliomielitis (VIP)	3ª	22	OCT	25	Biologicals	2 A 2 9 0 0 6		
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	22	OCT	25	Serum	2 8 5 9 X 0 1 7 B	E.S.C	06
Pentavalente	Hepatitis B	3ª	22	OCT	25	Serum	2 8 5 9 X 0 1 7 B	HFLD	
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	22	OCT	25	Serum	2 8 5 9 X 0 1 7 B		
	Influenza estacional	1ª	22	OCT	25	Seguirus	P 1 0 0 T9 J 7 9 4		
7 meses	Influenza estacional	2ª				CITA: 22 - NOVIEMBRE - 2025			
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª							
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo							
	Varicela	1ª							
	Hepatitis A	Única							
	*Influenza estacional	Anual							
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo							
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo							
	**Fiebre Amarilla	Única				CITA: 22 - NOVIEMBRE - 2025			
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª							
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo							
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo							
	Varicela	Refuerzo							
Niñas a partir de		1ª							



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.006.789.073
GONZALEZ RODRIGUEZ

APELLIDOS
CENEIDA NAILE

NOMBRES
Ceneida Naile Gonzales

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-DIC-1991
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-FEB-2010 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-6401800-00290965-F-1006789073-20110409 0026633136A 1 30229340



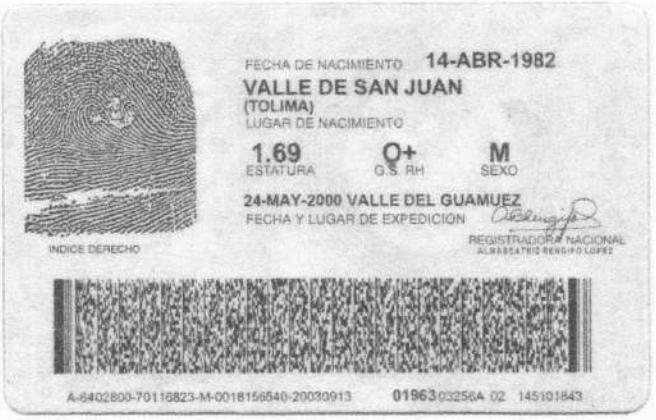
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 18.156.540

CHALACAN ORTEGA
APELLIDOS

JOSE DAVID
NOMBRES

Jose David chalacan
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-ABR-1982
VALLE DE SAN JUAN
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

24-MAY-2000 VALLE DEL GUAMUEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALBA BEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-6402800-70116823-M-0018156540-20030913 01963 03256A 02 145101843

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 848.002.309-9

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraiso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Gael Alejandro Chalacan Gonzalez

Doc. de Identidad: 1122384573

EPS: Emssanar

Teléfono: 3123734302

Domicilio: B/ Cristales.

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	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	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													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor													
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Carolina Vasquez
Odontóloga
Reg. Nº 1229 U.A.N.
Universidad Antonio Nariño

09-2025
01-12-2026.

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Ceneida Gonzalez R Identificado con C.C N° 1006789073 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Gael Alejandro Chalacan 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 11 Días del mes de junio del Año 2025.

Ceneida Gonzales
Madre o Acudiente
C.C 1006789073

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 Gael Alejandro Chalacan Gonzalez., identificado (a) con documento de identidad número 1.122344573, 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, Ceneida Nayle Gonzalez R, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006784073, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

La autorización comprende:

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

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

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

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

Suscriben:

Firma: CeneidaGonzalez
Nombre: Ceneida Gonzalez Rodriguez
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3123734302
Fecha: 11 - 06 - 2025
Municipio: San Miguel

CLASIFICADA

18
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 21 MES 05 AÑO 2025 HORA: 9:00 AM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Gael Alejandro APELLIDOS Chalacan Gonzalez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122 344573

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 31 MES: 01 AÑO: 2025 / EDAD: 4 Meses años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar

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

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

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

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

Esta muy Pequeño Para hacerlo vacunar y miedo a la reaccion que le Puede dar

¿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: Ceneidanaile Gonzalez

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

Nombres Ceneida Naile Qo Apellidos Gonzalez

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1006789073

Firma: Ceneidanaile gonzales

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: Saoly Martinez

Firma Saoly M Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1122336822

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFJD

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.

de cero a Siempre

79
R/V

Ciudad San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Gael Alejandro Chalacan Gonzalez

Fecha de nacimiento 31 07 2025 N° Documento de Identidad 1.122.344.573

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ Fecha de 1er día de atención en el año Día 11 Mes 06 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Angie Nayeli Revelo H

Fecha de registro cualitativo Día 5 Mes 09 Año 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

Se identifica que el niño tiene movimientos corporales a su edad. le gusta compartir y observar lo que hay a su alrededor. favoreciendo el aprendizaje del niño.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro 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)***

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

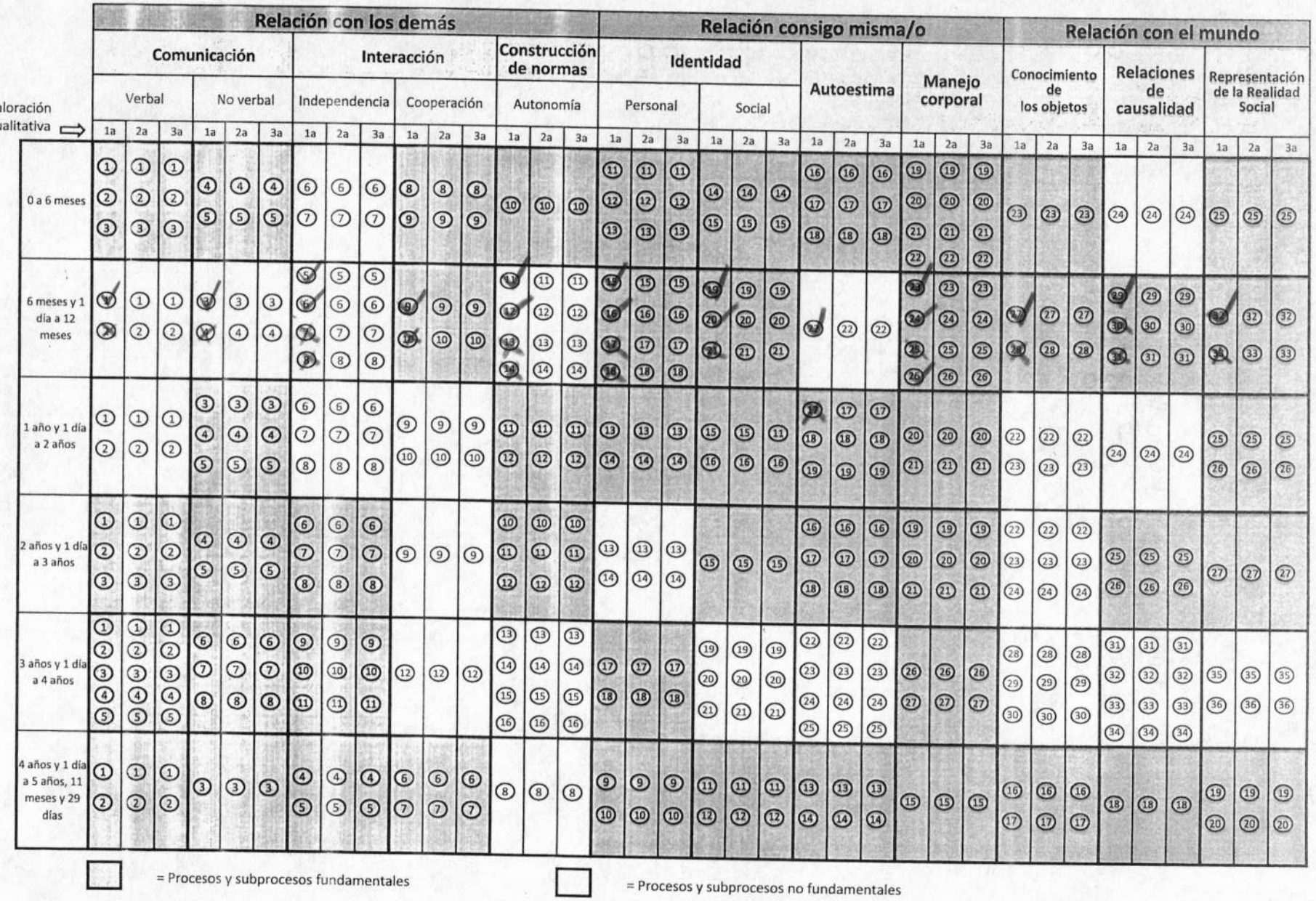
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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 4

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Gael Chalacan IDENTIFICACIO: 1128344573 FECHA DE NACIMIENTO: 31-01-2025

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
1-06-2025	✓		✓		El niño Gael Alejandro Chalacan ingresa al Programa EIC con esquema de vacunación tardío (retrasado) la madre refiere q" no lo había vacunado Porq" anteriormente había tenido gripa, sin embargo días antes al ingreso la agente educativo se comunica con la vacunadora del #710. para que el niño sea vacunado. y que continue al día.					La madre se compromete a garantizarle las vacuna en el tiempo establecido