Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con otografía del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras).
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar _X_ en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización) ___SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7) ___Pertenecientes a Res UNIDOS ___Pertenecientes a Familias en Acción ___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición ___Remitidos por SNBF ___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado) ___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.) ___Niños y niñas con discapacidad. ___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión. ___Población migrante en condición de vulnerabilidad. ___Activos en ruta de reincorporación.
5	Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente: (ADRESS)
6	Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo).
6	Copia del carnet de vacunación.
7	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
8	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
9	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
10	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
11	Fotocopia de un recibo de servicios públicos domiciliarios cuando sea necesario (aplica para zona urbana y en zona rural solo si se cuenta con servicios públicos)
12	Certificado de asistencia a consulta de salud bucal (Niños y niñas mayores de 6 meses)
13	Certificado del examen de agudeza visual (Niños y niñas mayores de 4 años)
14	Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años)
15	Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal.
16	Formato de veracidad de la información ficha de caracterización.
17	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
18	Formato de autorización uso de imágenes.
19	Planilla seguimiento nutricional
20	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
21	Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa,

PUBLICA

321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

	FUNDACION ALMA DE VIDA	Código: FO-GG-012
	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 25/03 /2025



FECHA SOLICITUD CUPO: 26/3/2025 **FECHA INGRESO:** 07/04/2025

UDS: Mis Pequeños Soñadores **MUNICIPIO:** San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Iker Mathias Muñoz Ortiz

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ **NUIP No.** 1.726.462.456

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A
N/A

FECHA NACIMIENTO: 15/12/2024 **EDAD:** 3 M **MUNICIPIO:** San Miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** Colombia **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: V/ Limonal cerca escuela **ESTRATO:** uno **¿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: Mallamas **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: A 3 **DESPLAZADO:** SI: X NO:

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: ____ NO: ____ **RED UNIDOS:** SI: ____ NO: X

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: ___ NO: X CUAL: N/A

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: N/A
No. IDENTIFICACION: N/A **DIRECCION RESIDENCIA:** N/A
CELULAR: N/A **E.P.S:** N/A
OCUPACION U OFICIO: N/A
EMPRESA DONDE LABORA: N/A
NIVEL DE ESCOLARIDAD: N/A **PROFESIÓN:** N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Elena Ortiz Guevara
No. IDENTIFICACION: 1122336199 **DIRECCION RESIDENCIA:** ____
CELULAR: 3115854410 **E.P.S:** Mallamas
OCUPACION U OFICIO: Ama de casa
EMPRESA DONDE LABORA: N/A
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria **PROFESIÓN:** N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Maria Elena Ortiz Guevara
NUMERO IDENTIFICACION: 1122336199 **CELULAR:** 3115854410
DIRECCION: V/ Limonal **PARENTESCO:** Madre

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE **FIRMA AGENTE EDUCATIVO**

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
38431288-1

3

61697475

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NUIP	1.126.462.454

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61697475

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** Y 7 A

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE VALLE DEL GUAMUEZ - COLOMBIA - PUTUMAYO - VALLE DEL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MUÑOZ	ORTIZ

Nombre(s)

IKER MATHIAS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes DIC Día 15	MASCULINO	AB	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
PRESENTACION PERSONAL Y FIRMA DEL FOLIO	

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

ORTIZ GUEVARA MARIA ELENA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.336.199	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

MUÑOZ LAME JOSE LEONEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.341.534	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ORTIZ GUEVARA MARIA ELENA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.336.199	

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 ENE Día 21	CARMEN PATRICIA CASANOVA YANDI Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

~~21.ENE.2025 SERIAL REEMPLAZA A UUG1697438 30.DIC.2024. LIBRO VARIOS TOMO 16 FOLIO 239 DEL 21/ENE/2025.~~

FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

CARMEN PATRICIA CASANOVA YANDI
Registradora Municipal del Estado Civil
Valle del Guamuez - Putumayo - Colombia

ENTREGADO 21 ENE 2025

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	1126462454
NOMBRES	IKER MATHIAS
APELLIDOS	MUÑOZ ORTIZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	16/12/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/15/2025 13:28:47	**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

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A3

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

Fecha de consulta:	15/10/2025
Ficha:	86757674952700002349

DATOS PERSONALES

Nombres:	IKER MATHIAS
Apellidos:	MUÑOZ ORTIZ
Tipo de documento:	Registro civil
Número de documento:	1126462454
Municipio:	San Miguel
Departamento:	Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	20/05/2022
Última actualización ciudadano:	21/01/2025
Última actualización via registros administrativos:	

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:	MARIA ZORAYDA LINARES MONTEI
Dirección:	Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libert
Teléfono:	4210537 - 32131387
Correo Electrónico:	sisben@sanmiguel-putumayo.gov.



E.P.S. INDIGENA MALLAMAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - RÉGIMEN SUBSIDIADO
CÓDIGO EPS026 - NIT. 837000084-5

"La Oportunidad Sana para una Comunidad con Futuro"

MUÑOZ ORTIZ IKER MATHIAS
Nombres y Apellidos Completos
Doc. Identificación: RC 1126462454 Género: M
Fecha Nacimiento: 15/12/2024 Nivel Sisben:
Fecha Afiliación: 15/12/2024 Discapacidad: NA - N
Vigencia: INDEFINIDO | Carnet N°: 867570000587850
Dirección: V - EL LIMONAL
Ips Primaria: ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - PRINCIPAL



ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD INDIGENA "MALLAMAS EPS-I"
Personería Jurídica No. 0017 de 2001 del Ministerio del Interior - DGAI

POR SER INDIGENA EL PORTADOR DE ESTE CARNÉ
NO DEBERÁ PAGAR COPAGOS NI CUOTAS MODERADORAS

Es indispensable la presentación de éste carné para acceder a los servicios contemplados en el POS-S
Válido únicamente en la Red Prestadora de Servicios autorizado por MALLAMAS EPS-I

VIGILADO Supersalud

GERENTE MALLAMAS EPS -I

LINEA SALUDABLE 018000-913701/7733376 IPIALES
www.mallamaseps.com.co E-mail:contactenos@mallamaseps.com.co
ESTE CARNET ES DE USO PERSONAL E INTRANSFERIBLE

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:
IKER MATHIAS

Apellidos:
MUÑOZ ORTIZ

Fecha de nacimiento:
15 12 2024

Historia Clínica:
112646 2454

Barrio / Vereda:
U/ IMONAI

Responsable del niño (a):
MARIA ORTIZ

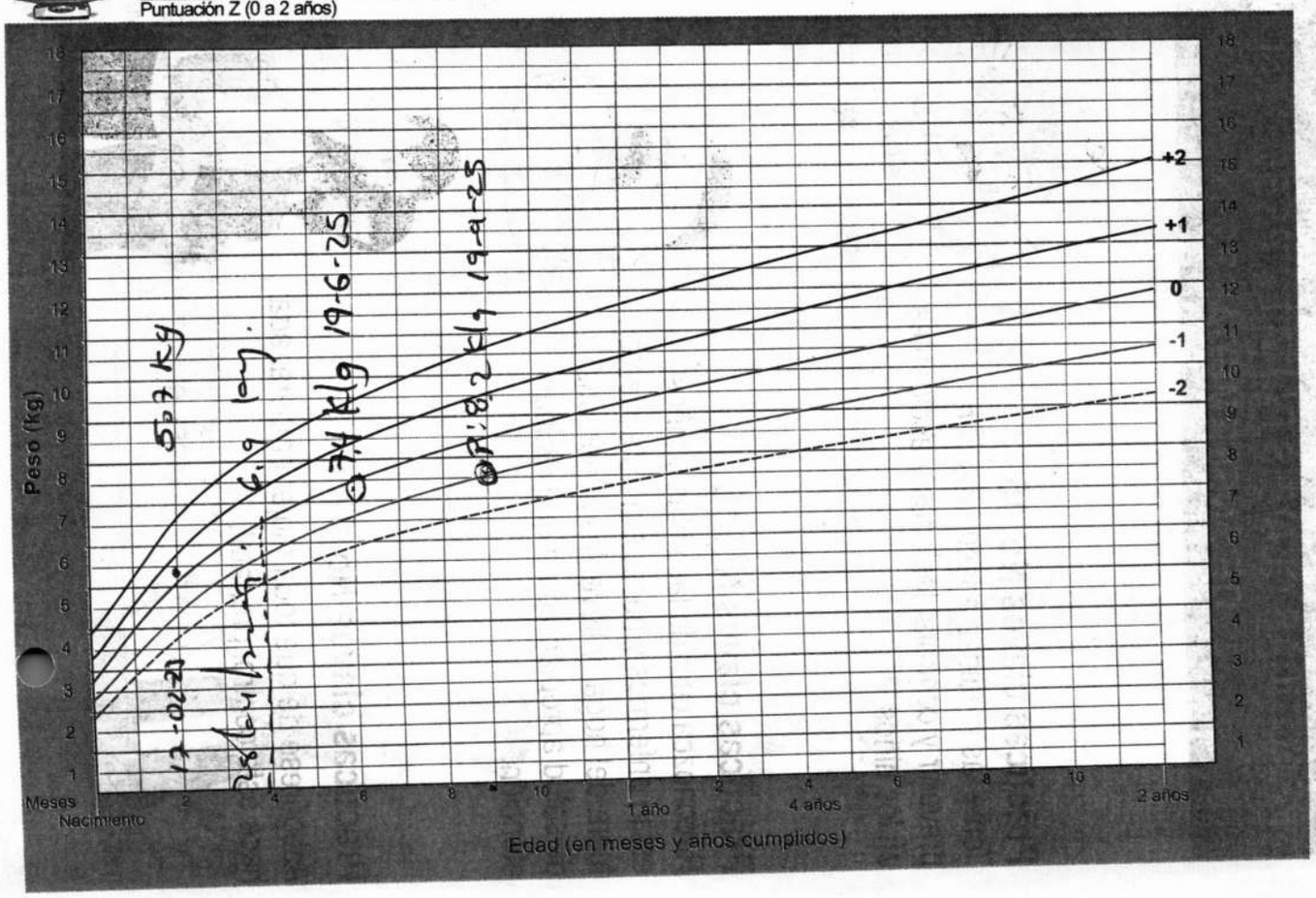
Teléfono:
3115854410

EPS:
MALLAMAS



Peso para la Edad Niños

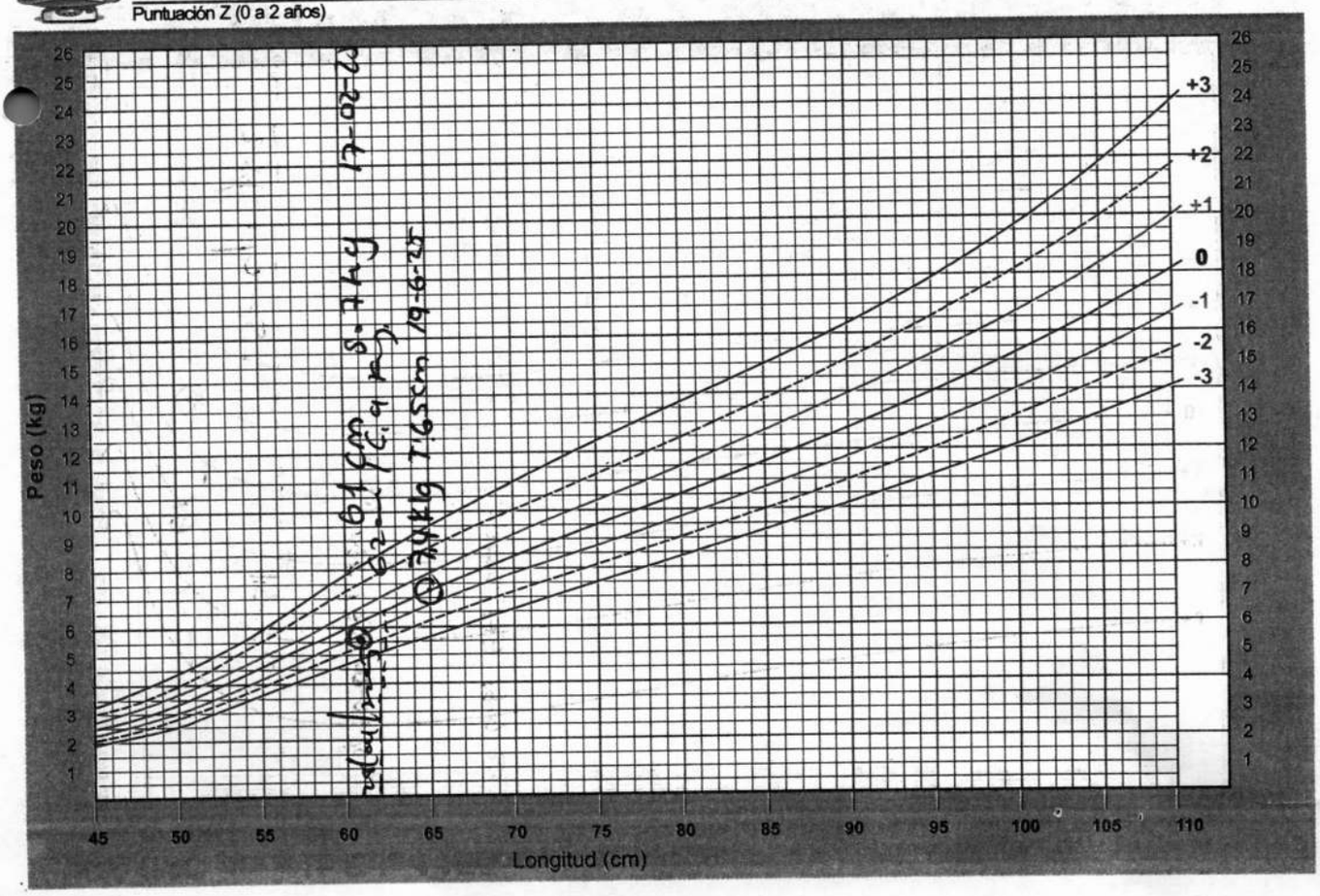
Puntuación Z (0 a 2 años)



⑳

Peso para la Talla Niños

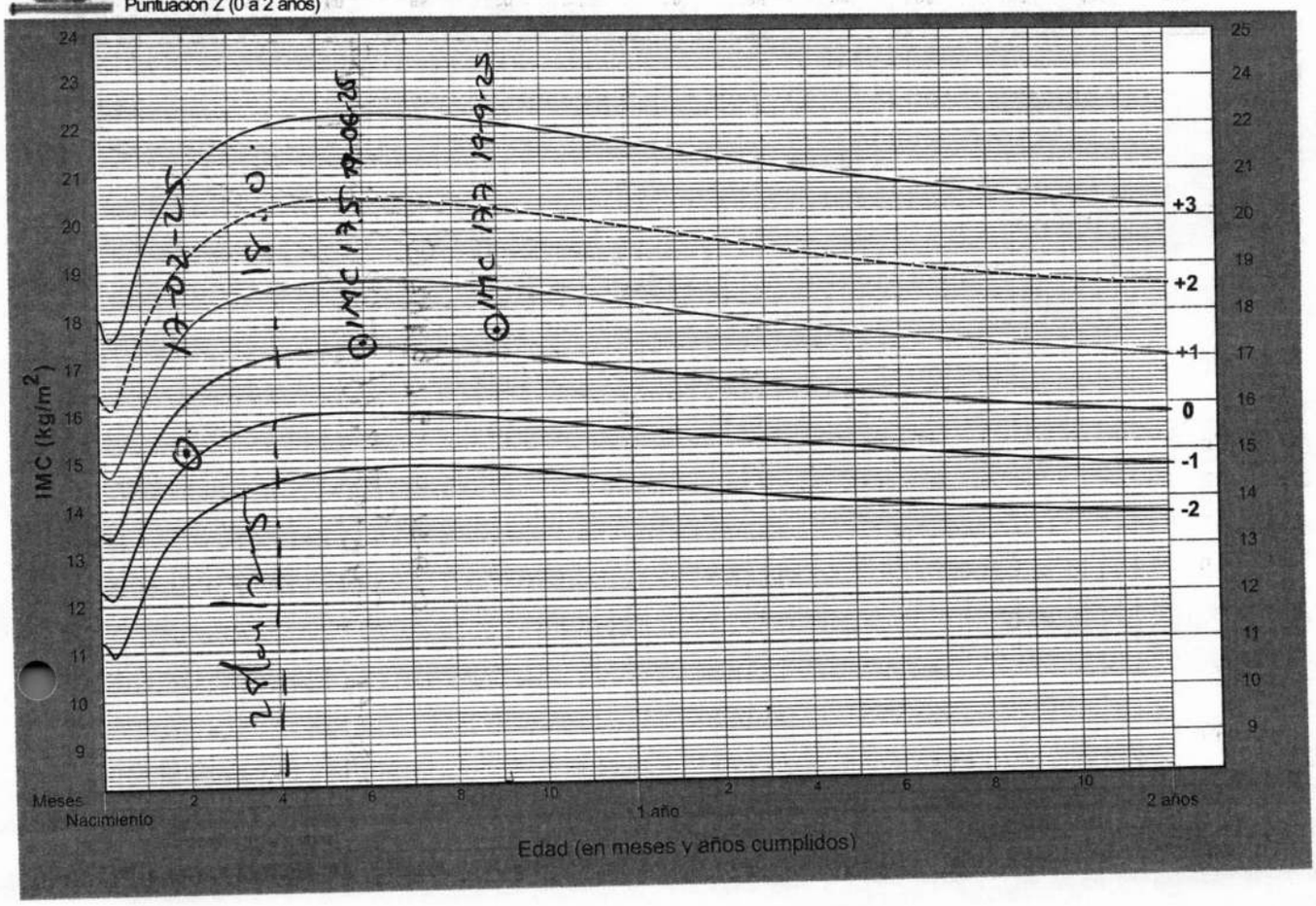
Puntuación Z (0 a 2 años)



㉑

IMC para la Edad Niños

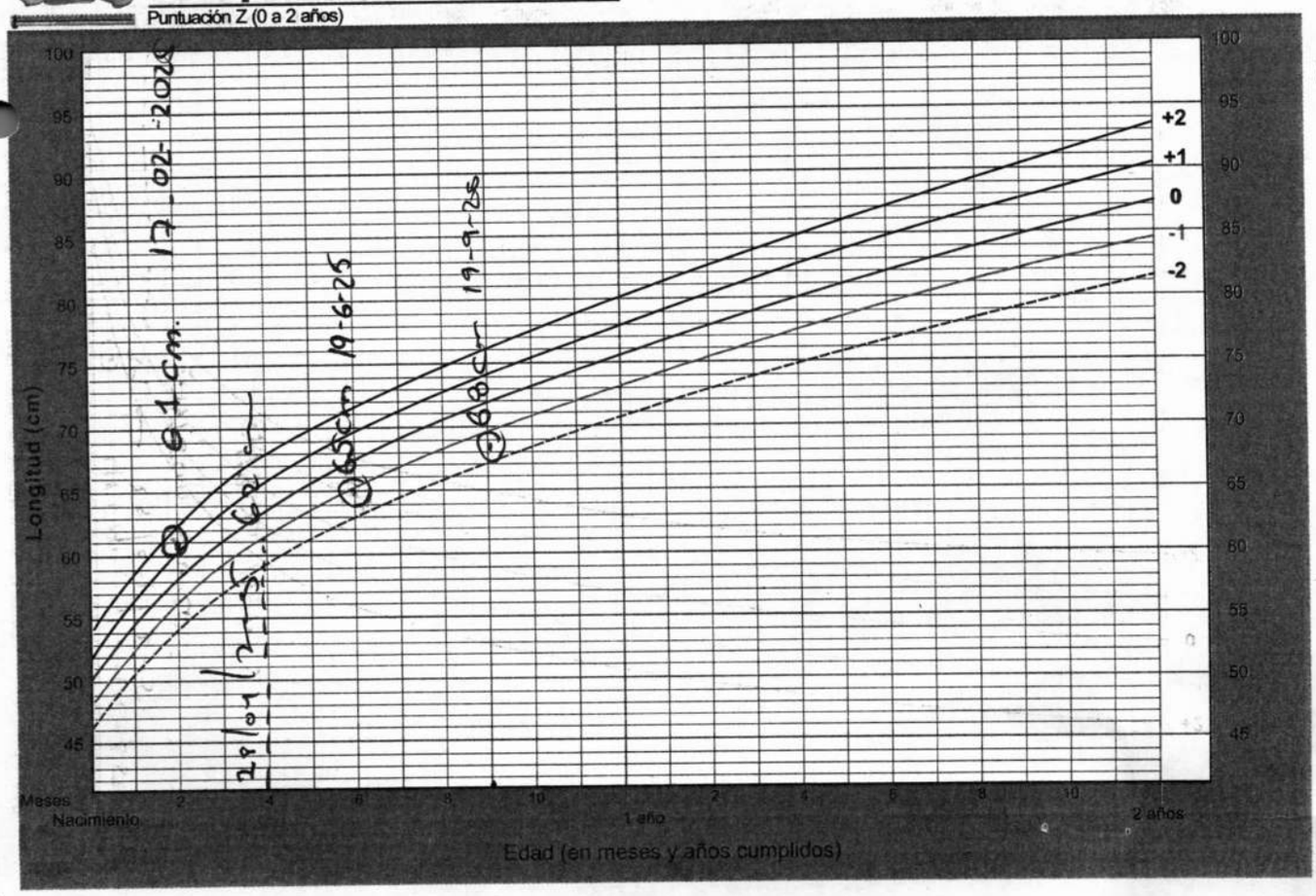
Puntuación Z (0 a 2 años)



(22)

Talla para la Edad Niños

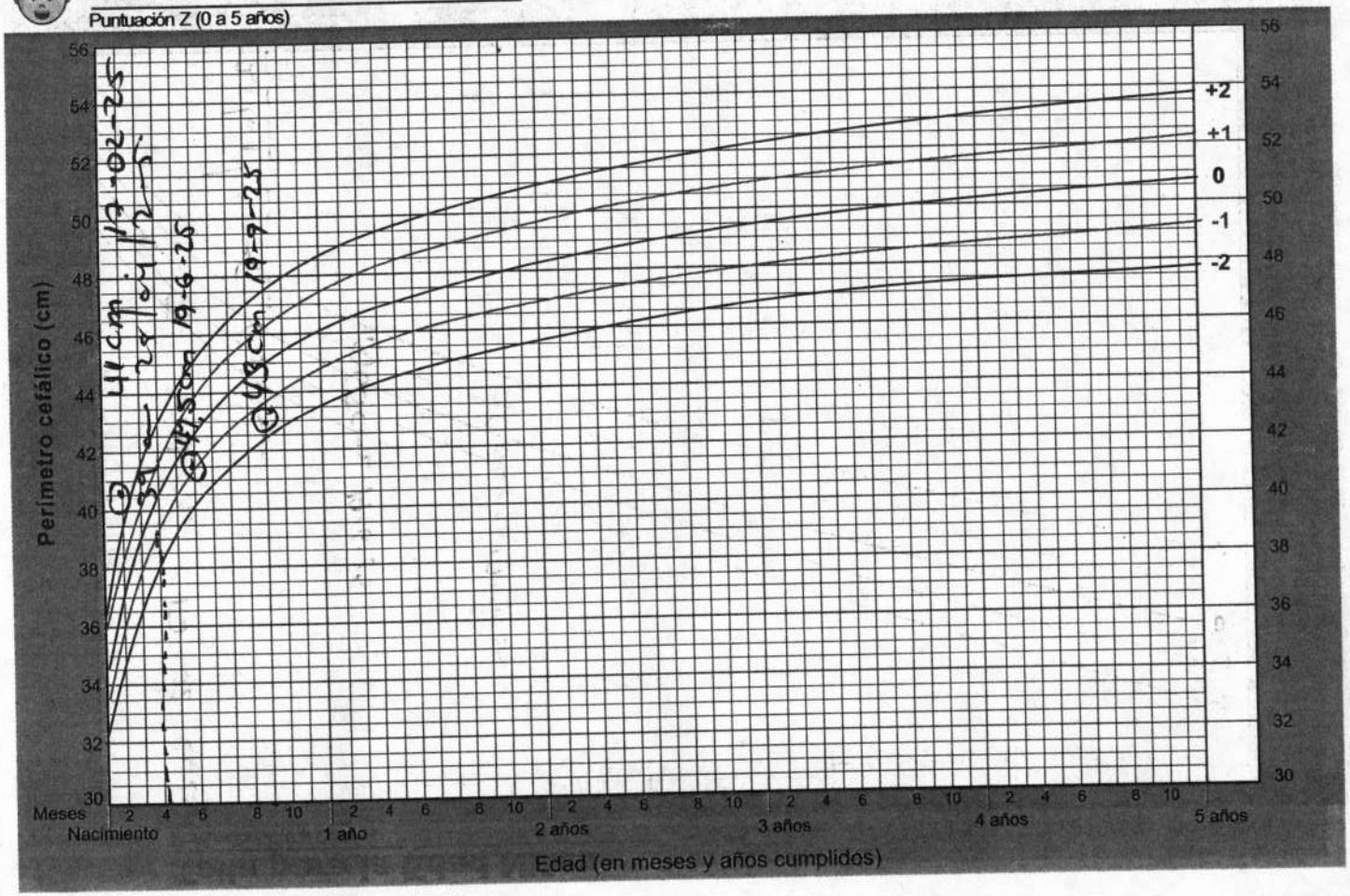
Puntuación Z (0 a 2 años)



(23)

Perímetro cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



24

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
17-02-25	5.7	61	41	15	15,3	15-04-25	[illegible]
28/04/25	6,9	62	39	13	18	ICLOF[illegible]	[illegible]
19-06-2025	7.4	65	41,5	14	17,5	15-09-2025	Milena C.
19-09-2025	8.2	68	43	14	17,7	15-12-2025	Milena C.

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
17	02	2025		V.	
28	04	2025		✓	
16	06	2025	Enfer	Sin Milenio	
19	09	2025	Enfer.		
15	12	2025	Medico	Cito	

14
B/V

Vacunar Oportunamente con todas las dosis a tus hijos, **Garantiza la Protección** frente a enfermedades como:

Tuberculosis meníngea, **H**epatitis B, **P**oliomielitis, **M**eningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus Influenzae tipo B, **D**ifteria, **T**osferina, **T**étanos, **D**iarrea por rotavirus; **N**eumonía, **O**titis, **M**eningitis bacteriemia causada por Neumococo, **E**nfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, **S**arampión, **R**ubéola, **P**arotiditis, **V**aricela, **H**epatitis A, **F**iebre Amarilla y **V**irus del Papiloma Humano.



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

Ministerio de Salud y Protección Social

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

www.**minsalud**.gov.co @MinSaludCol

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

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

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

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

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							

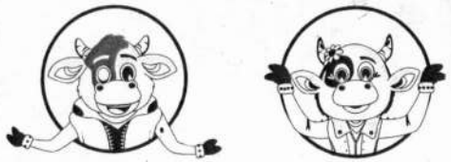
FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL



Carné de Vacunación



Nombres y Apellidos Iker Mathias. Muñoz Ortiz

[X] RC [ ] TI [ ] OTRO — Tipo de Documento: 1126462454. — No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 15 DIA / 12 MES / 2024 AÑO

Sexo: Masculino.

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3740 Talla: 52

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Maria Elena Ortiz.

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo.

Nombres y Apellidos:_____ Tipo de Indentificación_____ No. ID:_____

	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién Nacido						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	15	12	2024	Serum	03738MA0747	HFLD.				Jeniffer.C.
	Hepatitis B	Recién nacido	15	12	2024	Serum	03738QA0147B					
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	1ª	17	02	25	Biological	23280006		cita: 15/febrero 2025			
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	17	02	25	Serum	28538X020B	HFLD				Jeniffer Cabezas.
Pentavalente	Hepatitis B	1ª	17	02	25	Serum	28538X020B					
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	17	02	25	Serum	28538X020B					
	Diarrea por rotavirus	1ª	17	02	25	BSK.	AR0LE0244AA					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	17	02	25	Pfizer	6X51391					
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	2ª	07	05	25	Biological	24060071		cita: 17/Abril 2025			
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	07	05	25	Serum	28538X020C	HFLD				Kerly Jimenez
Pentavalente	Hepatitis B	2ª	07	05	25	Serum	28538X020C					
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	07	05	25	Serum	28538X020C					
	Diarrea por rotavirus	2ª	07	05	25	BSK	AR0LE0544AA					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☒	2ª.	07	05	25	Pfizer	HJS2778					
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	3ª	10	07	25	Biological	24130007		CITA: 07-Julio-25			
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	10	07	25	Serum	28538X021F	HFLD.				Kerly Jimenez
Pentavalente	Hepatitis B	3ª	10	07	25	Serum	28538X021F					
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	10	07	25	Serum	28538X021F.					
	Influenza estacional	1ª	10	07	25.	Seqirus.	P1007927994					
7 meses	Influenza estacional	2ª	11	08	25	Seqirus	P1007927994	HFLD	cita: 10-Agosto 2025			Isabel A.
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª										
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	-									
	Varicela	1ª							cita: 18- diciembre 2025			
	Hepatitis A	Única										
	*Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo										
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo							cita: 15 - Diciembre 2025			
	**Fiebre Amarilla	Única	11	10	25	Sanofi	43353	HFLD				Jeniffer .C
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª										
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª										
		2ª										
		3ª										
Sin rango de edad	Covid-19	1ª										
		2ª										
		1er Refuerzo										
		2do Refuerzo										
Vacunas complementarias y otras dosis												

**De acuerdo al antecedente de primovacunación **A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos

15
R/N

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET
RIAS
PRIMERA INFANCI

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Iker Matias Muñoz Ortiz.
Doc. de Identidad: 1126462454
EPS: Mallamas
Teléfono: 3115854410
Domicilio: V/ Limonal

		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					19-06-25								
		Atención en salud por enfermería					19-06-25								
		Atención en salud por Odontología					19-06-25								
		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													

Yohana Daniela Paez
ODONTÓLOGA
T.P 032736

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.122.336.199
ORTIZ GUEVARA

APELLIDOS
MARIA ELENA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-NOV-2001
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

14-NOV-2019 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401800-01116910-F-1122336199-20191211 0069262210A 2 51880108

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo María Elena Ortiz Identificado con C.C N° 1122336199 en calidad de: padre o madre ( ), del niño o niña: Iker Mathias Muñoz Ortiz o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: 1126482454, 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 16 Días del mes de Abril del Año 2025.

María Ortiz
Madre o Acudiente
C.C 1122336199

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 Ikey Mathias Muñoz Ortiz, identificado (a) con documento de identidad número 1126462454, 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 Elena Ortiz Guevara, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122336199, 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: Mujuno
Nombre: Maria Elena ortiz
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3115854110
Fecha: 4-4-2026
Municipio: San Miguel

CLASIFICADA

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 Iker Mathias Muñoz Ortiz, identificado (a) con documento de identidad número 1126462454, 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, María Elena Ortiz Guevara, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122336199, 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 _____

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: María Elena Ortiz
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: Abril 2025
Municipio: San Miguel

CLASIFICADA

79
R/N

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Merly Ramirez NOMBRE UCA: Mis Pequeños Sonadores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Iker Mathias Muñoz ortiz IDENTIFICACIO: 1126462454 FECHA DE NACIMIENTO: 15/12/2024

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					
19/6/25	r				en la uca Mis Pequeños Soñadores se le Recuerda a la madre de Iker Muñoz que el niño tiene cita Para la vacuna de 6 meses y se le Recomienda aser aplicar la vacuna de INFluenza 2 dosis y sino le va ser vacunar de la de covid favor solicitar el desentimiento Covid	Maria Elena ortiz		el dia 8/7/25 se realizo llamada telefonica Para saber si ya iso aplicar las vacunas al niño y manifesto que aun no le aplicado que en Horas de tarde lo ara se le Recuerda el compromiso anterior	el dia 10-07-25 madre informa mediante llamada telefonica que ya vacuno al niño y que Posteriormente entregava la copia donde asi por cerrado esta novedad con la entrege de la copia	madre se compromete a llevarlo a su cita aplicar las vacunas indicadas y entregar las copias Para la carpeta
12/9/25					se le Recuerda a madre de usuario via telefonica de la cita de control de desarrollo del niño Para el dia 15-09-2025 se Recomienda dar cumplimiento a esta cita se realizara seguimiento telefonico el dia 16-09-25	Maria Elena ortiz		el dia 16-9-25 se realiza llamada telefonica Para corroborar si asistio al control y madre Refiere que le dieron cita Para el 19-9-25 el 19-09-25 madre de usuario envia Fotos del documento con el cual Prueba que cumplio y se sierra esta novedad		se Recomienda dar cumplimiento y madre se Compromete a Sistir Puntual y Realizar entrega de Evidencia que Cumplio

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

20
R/V

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Mexly Patricia Ramirez NOMBRE UCA: Mis Pequeños Sonadores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Iker Mathias Muñoz IDENTIFICACIO: 1126462454 FECHA DE NACIMIENTO: 15/12/2024

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					
14/5/25	X				se dialoga con madre de usuario Para recordarle que el dia de mañana tenemos encuentro y ella manifiesta que no podra asistir porque esta con el niño en Puerto asis, hospitalizado desde el dia lunes que los medicos Le dijeron que el niño tiene Bronconeumonia obronquitis no supo esplicar Bien lo que tiene solo que esta hospitalizado	Maria Elena Ortiz		se esta realizando seguimiento telefonico en horas de la tarde y tambien se le informa al apoyo salud y nutricion Para que colabore con el seguimiento		Se recomienda a madre informar de inmediato cualquier novedad con el niño la madre se compromete a estar en comunicacion diariamente Para informar cualquier novedad

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Maria Elena Or NOMBRE UCA: _____

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

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
15 Mayo 2025	X			X	Se realiza llamada telefonica al participante por el estado de salud, madre manifiesta que fue llevado al hospital HFLD, donde fue valorado por el medico y luego fue remitido al hospital local de pto Asis donde presenta Broncolitis	Maria Elena Ortiz	DIANA SIMBAÑA	Se orienta a la madre en los cuidados del participante ya que se encuentra hospitalizado, siguiendo las recomendaciones medicas con el mayor cuidado. Posible.		Madre se compromete a brindarnos informacion sobre el estado de Salud del participante en caso de alguna novedad.
16/5/25					se realizo llamada telefonica a madre de participante Para dar seguimiento al estado de salud del nino y madre Refiere que el esta mucho mejor Pero que continua HosPitalizado Para Realizarle seguimiento Por dos dias mas Para segun eso dayle salida	Maria Elena Ortiz		se informa apoyo salud y nutricion del dia bga con la madre y la novedad que el nino continua Hospitalizado		Se recomienda a madre informar culquier novedad que se Presente