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

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

FECHA SOLICITUD CUPO: 26/03/2025 **FECHA INGRESO:** _____

UDS: Cristales del Sol **MUNICIPIO:** San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Samuel Mathias Nazate Lopez

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1.139964310

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 05/03/2023 **EDAD:** 2 años **MUNICIPIO:** San Miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** Colombia **DIRECCION DE RESIDENCIA:** Cabildo cristalina 2 **ESTRATO:** 0 **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: X NO: _____

¿CUAL?: Fundacion Fraternidad **MOTIVO DEL RETIRO:** terminacion del programa

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

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: __ NO: X PUNTAJE: N/A **DESPLAZADO:** SI: __ NO: X

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

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: X NO: __ CUAL: pueblo awa.

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: Carmen Paulina Nazate Lopez

No. IDENTIFICACION: 1122336906 **DIRECCION RESIDENCIA:** Cristalina 2

CELULAR: 3505436801 **E.P.S:** Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Amas de Casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria **PROFESIÓN:** N/A.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Carmen Paulina Nazate Lopez

NUMERO IDENTIFICACION: 1122336906 **CELULAR:** 3505436801

DIRECCION: Cristalina 2 **PARENTESCO:** Madre

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE
Paulina Nazate.

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

63865397

NUIP	1139964310

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **63865397**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradur	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de	Código	D	Q	X
X									

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

COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN MIGUEL (LA DORADA) SAN MIGUEL H.FONTERIZO LA DORADA *******

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
NAZATE **********	LOPEZ **********

Nombre(s)

SAMUEL MATHIAS **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes MAR Día 05	MASCULINO	A	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 **********	23031610364917 ******

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con linea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

NAZATE LOPEZ CARMEN PAULINA **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1122336906 **********	COLOMBIA ********

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con linea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
SIN INFORMACIÓN **********	**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

NAZATE LOPEZ CARMEN PAULINA **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1122336906 **********	Paulina LoPez

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 2023 Mes MAR Día 17	ROY EDISON CALLE QUIRAMA Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

ACTA COMPLEMENTARIA:;17/03/2023

NÚMERO DE PREPARACIÓN 112520842

KATSA SU

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PÙTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL
IRAK LA CRISTALINA II
NIT: 846002008-7

Libertad y Orden

EL SUSCRITO GOBERNADOR DEL RESGUARDO INDIGENA SEGÚN CONCEPTO PREVIO DE LA DIRECCION DE ASUNTOS INDIGENAS DE BOGOTA D. C DE LA FECHA 17 DE MARZO DEL 2005 IRAK CRISTALINA II EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES, CONSTITUCIONALES Y EN ESPECIAL LAS CONFERIDAS POR LA LEY 89 DE 1890 Y LEY 21 DE 1991

HACE CONSTAR

Que: Samuel Mathias Nazate Lopez quien se identifica con CC___ TI ___ RC x No 1133964310 de San Miguel, pertenece a la comunidad indígena del resguardo Irak cristalina II del pueblo AWA del municipio de San Miguel (La Dorada Putumayo), que reposa ante el ministerio del interior.

Se expide por solicitud del interesado para llevar a cabo trámites correspondientes al programa **DE CERO A SIEMPRE**, y es válido desde su fecha de expedición hasta el 31 de diciembre del 2025.

Para constancia de lo anterior se firma a los 08 días del mes de 05 del año 2025.

Carlos Abimelec Nastacuas B

CARLOS ABIMELEC NASTACUAS BISBICUS
CC: 97.445.647 SAN MIGUEL (LA DORADA) PUTUMAYO
GOBERNADOR 2025

Correo: carlos123nastacuas@gmail.com **cel: 3188846326**

5

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1139964310
NOMBRES	SAMUEL MATHIAS
APELLIDOS	NAZATE LOPEZ
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	05/03/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/01/2025 16:54:58	**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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: SAMUEL MATHIAS	Apellidos: NAZATE LOPEZ
Fecha de nacimiento: 05 DIA / 03 MES / 2023 AÑO	Historia Clínica: 1139964310
Barrio/Vereda: VIA CRISTALINA.	Responsable del niño: CARMEN NAZATE
Teléfono: 3027431490	EPS: 115

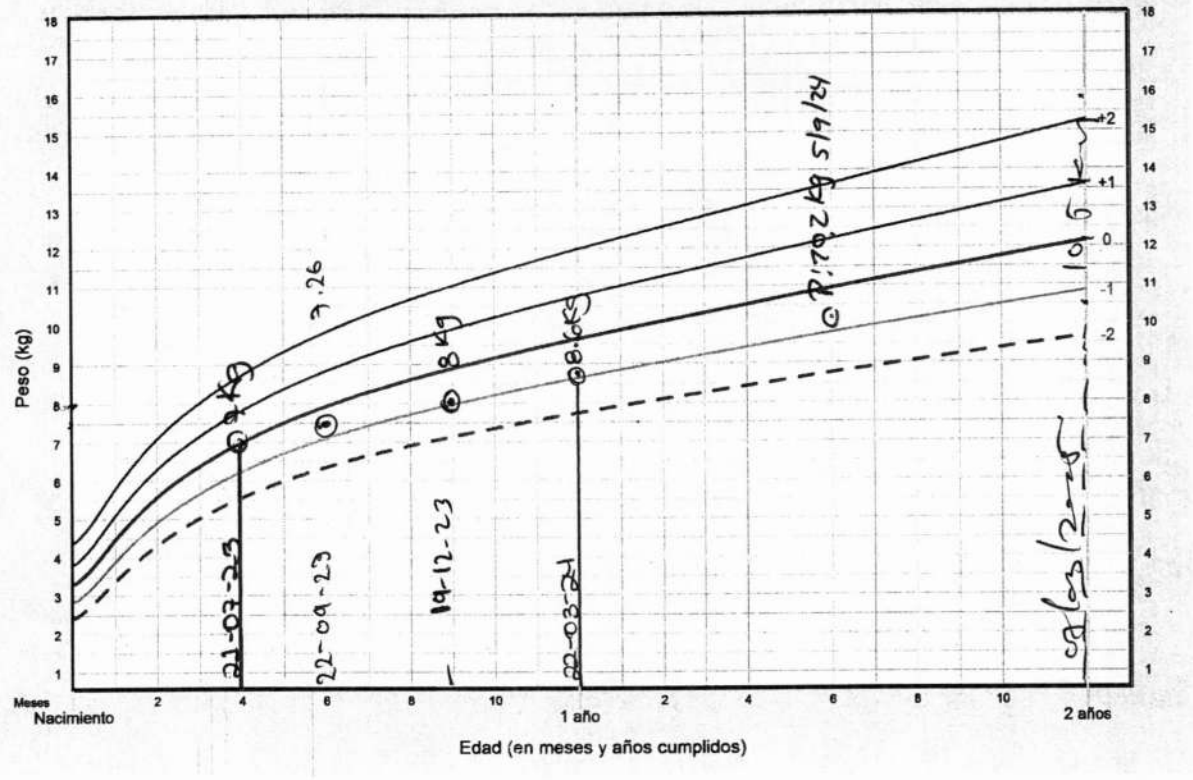
CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
21	Julio	2023	8:30am	✓	
05	Nov	2023	Enfer	Si ✓	
05	03	2024	Enf	FC:22/08/24	MD
05	09	2024	Enf	Si ✓ Milena C.	
05	03	2025	Medico	.	✗
07	03	2025	Med	/	
05	09	2025			
15	09	2025	Enferme	Si ✓ Milena C-	
05	03	2026	Medico	Cita	

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
21-07-2023	7	66	39	14	16.4	21-08-23	
22-09-2023	7.26	68	43	15	15.6	05-11-23	
19-12-23	8	70	43	15	16.3	05-03-24	
22-03-24	8.6	75	45	14	15.3	05-09-24	
05/9/24	70.2	78	46	14	16.8	05/03/25	Milena C
05/3/25	10,5	85	47	14	14.5	5/09/2025	
15-9-2025	130	89	47	14.5	16.4	05-03-2025	Milena C-

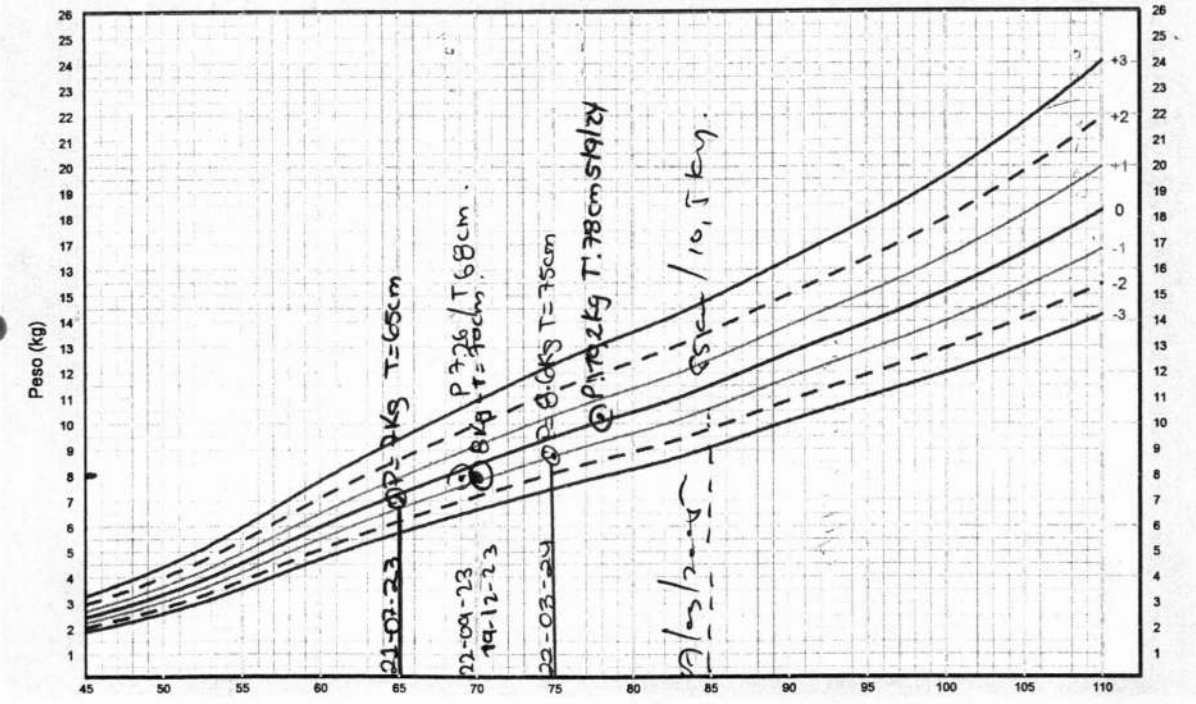
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



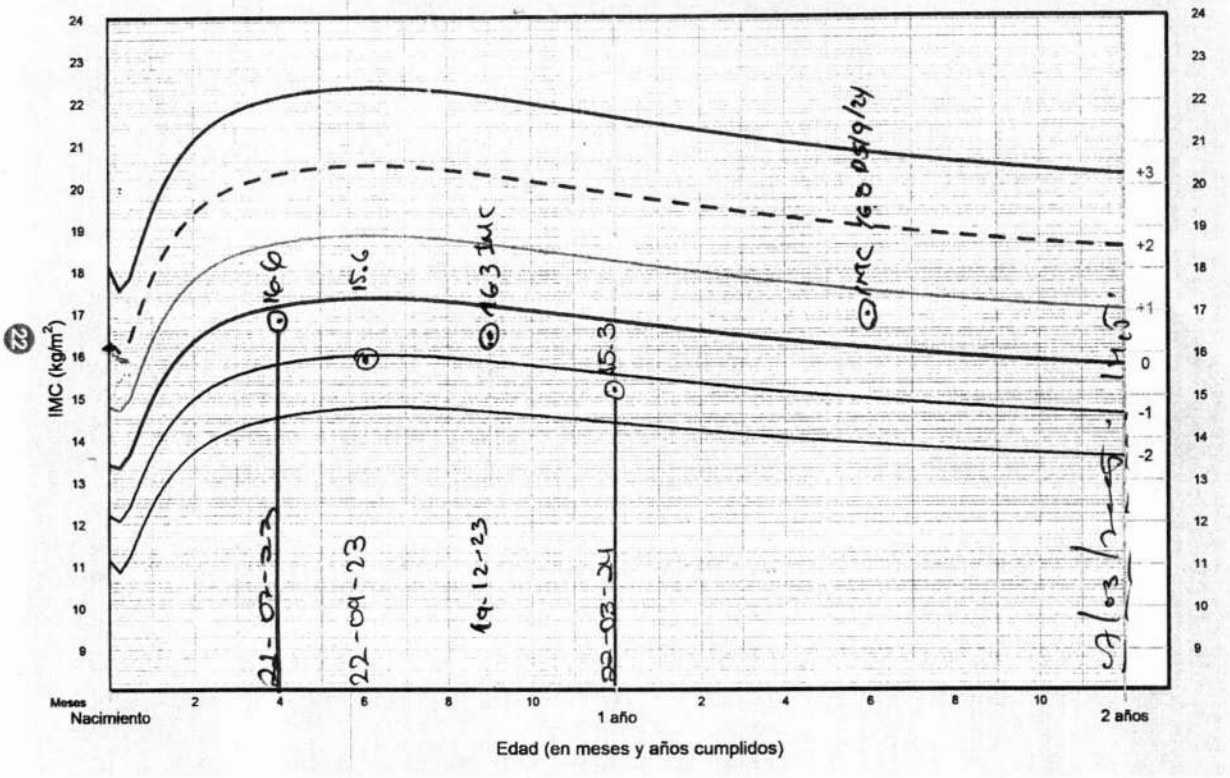
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



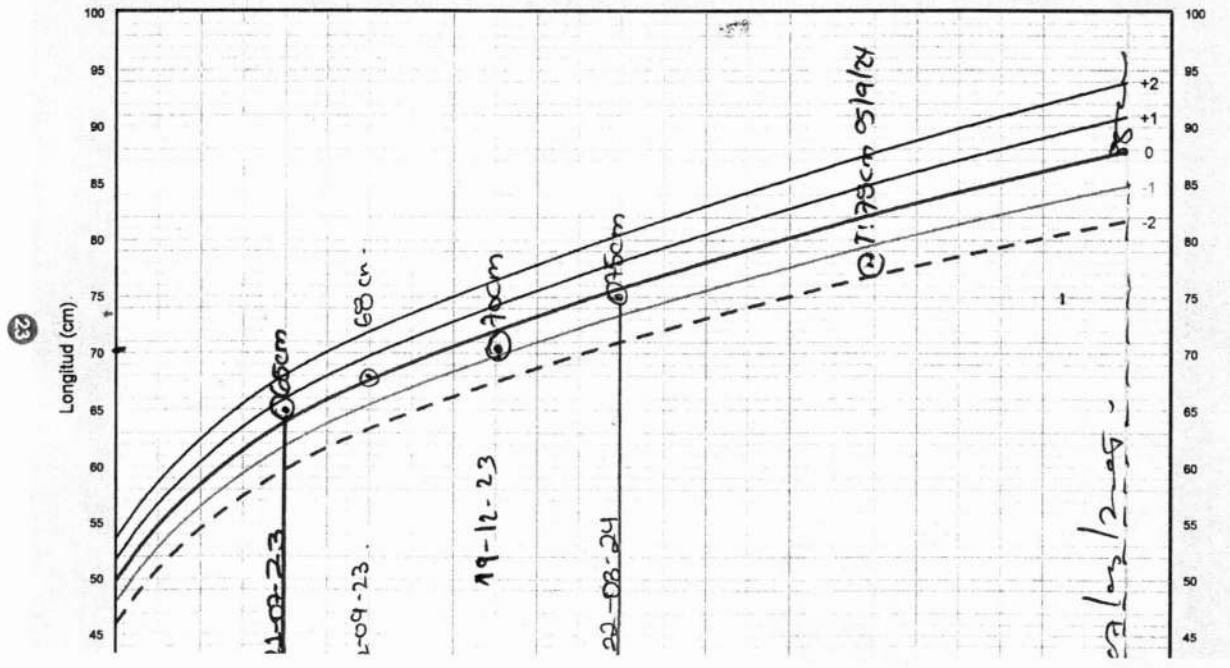
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



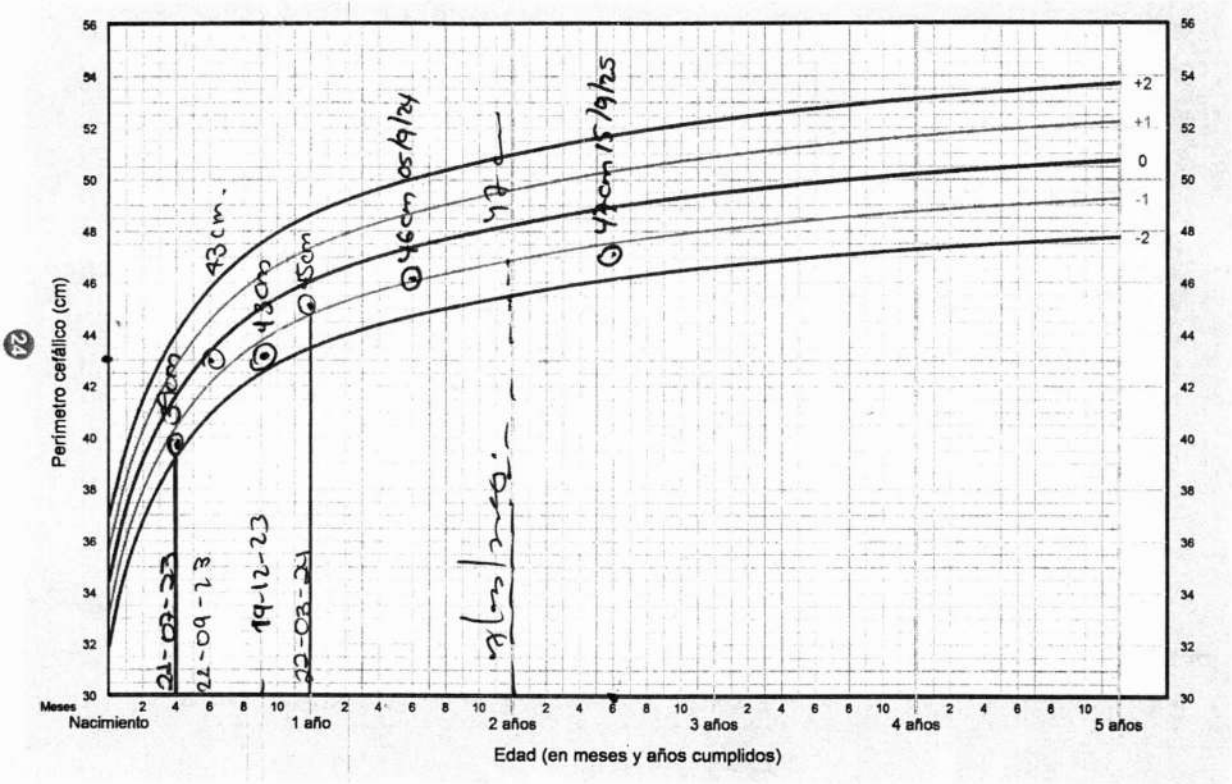
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



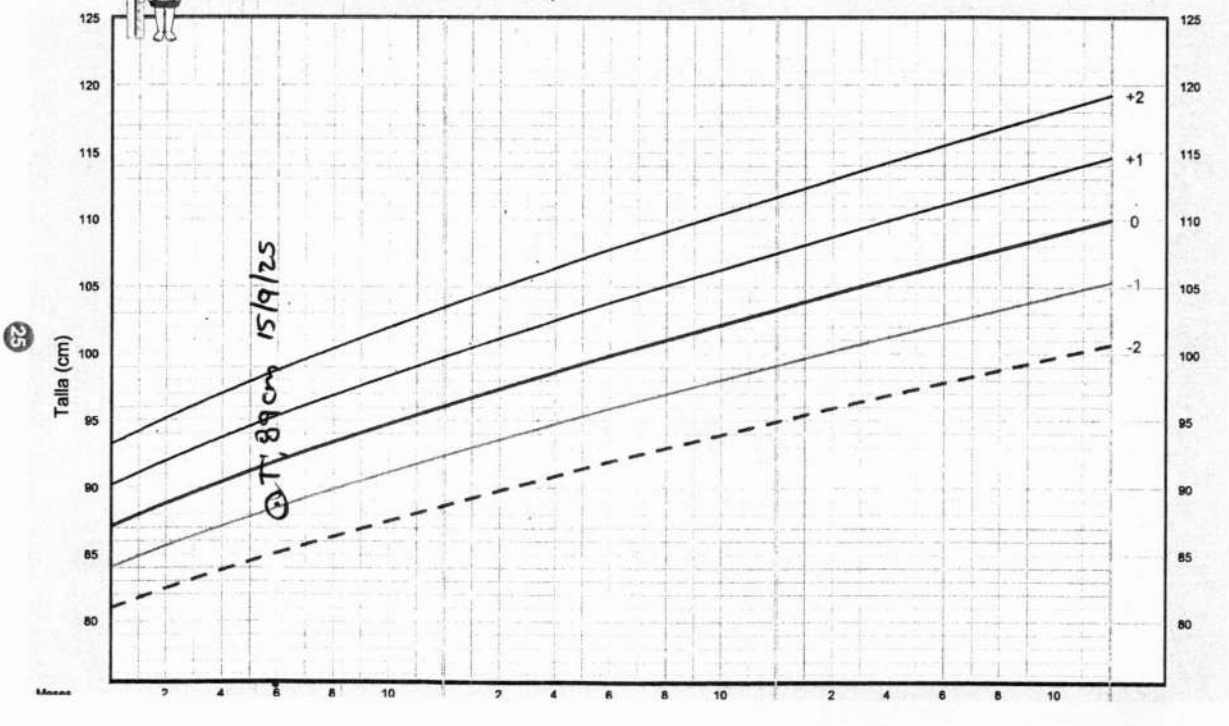
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



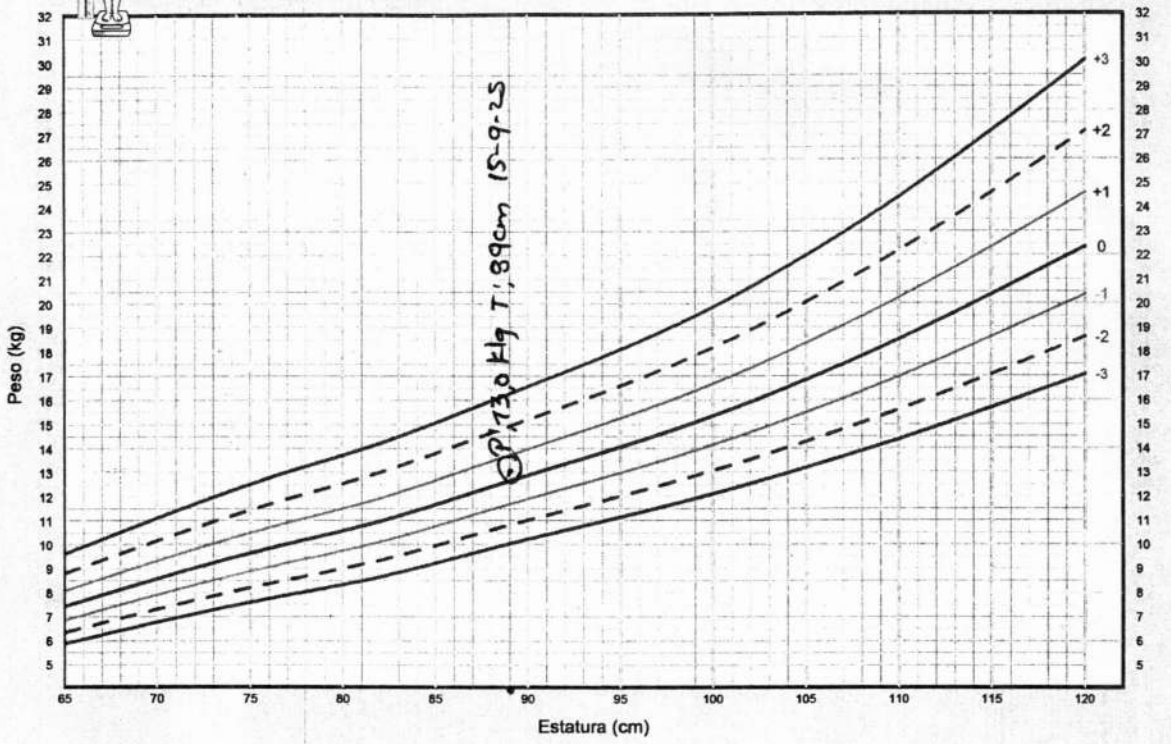
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



Peso para la Talla Niños

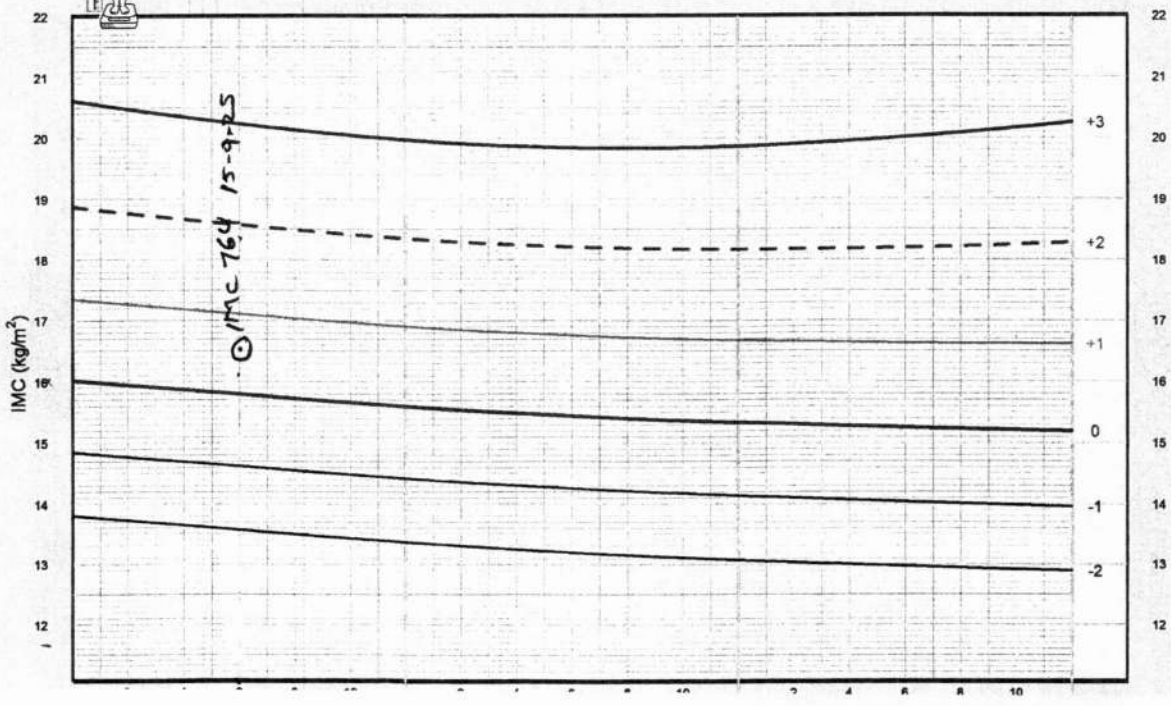
Puntuación Z (2 a 5 años)



26

IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



27

12
R/V

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO							
Resultado Tamizaje Neonatal	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

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

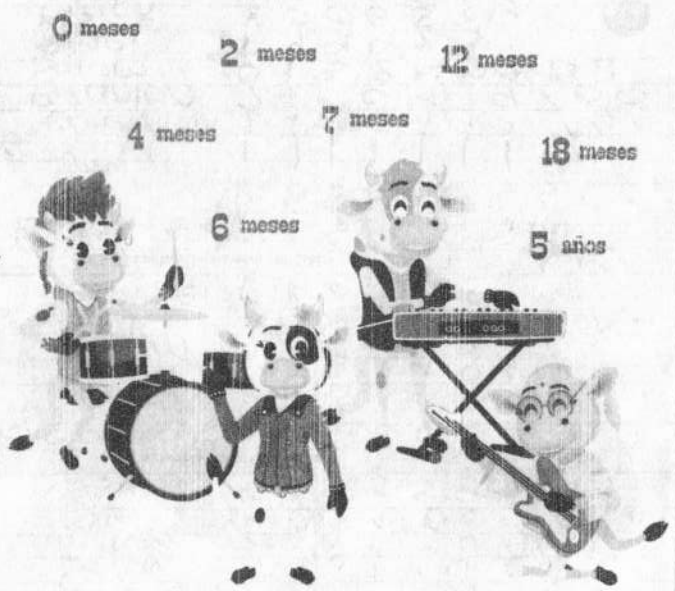
3 años	D	M	A		
4 años	D	M	A		
5 años	D	M	A		

*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: Samuel Matas

Fecha de nacimiento: 05-03-2023

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1.139.964.310

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3380 Talla:

Dirección: Reguardo Cristalino II

Teléfono 1: 3027031090

Teléfono 2:

Responsable: Paulina Morate Lopez CC 1122336906

Municipio de residencia: San M. Gral.

Departamento: Putumayo = 115

CC:

#115

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: **Tipo identificación:** **No. ID:**

Edad	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	05	03	23	Serum	037 1 MA 093	HFLD				Dennis D
	Hepatitis B	Recién nacido	05	03	23	Serum	032 1 QO 13 D	HFLD				Dennis D
						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	29	05	23	Biological	22085 1 6A					
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	29	05	23	Serum	285 1 40 C	HFLD	cita mayo 05-2023			Edwar EPAI
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	1.ª	29	05	23	Serum	285 1 40 C					
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	29	05	23	Serum	285 1 40 C					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	29	05	23	GSK	AR CL 1 DC 09 1 AA					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	29	05	23	GSK	EX 8 J 89					
						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	08	08	23	Biological	220801 6		Cita: 29-julio 2023.			Karen Achicanoy
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	08	08	23	Serum	285 1 X0 40 C	HFLD				
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	2.ª	08	08	23	Serum	285 1 X0 40 C					
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	08	08	23	Serum	285 1 X0 40 C					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	08	08	23	GSK	AR CL 0 093 AA					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	03	08	23	pfizer	FK 489 5					
						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	18	01	24	Biologic.	223005 A	HFLD.	CITA: 08-OCTUB 2023			Nelly Casanova
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	18	01	24		285 1 40 33 C					
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	3.ª	18	01	24							
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	18	01	24	Serum	1 1 1 1 1 1 1 1 1					
	Influenza estacional	1.ª	24	05	24	Butantan	240 0 3 9 1 / 00	HFLD				
7 meses	Influenza estacional	2.ª	28	06	24	Butantan	240 0 4 7 9 / 00					
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	19	03	24	Serum	013 2 NO 4 BB					Jenniffer C.
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	19	03	24	Pfizer	FY 9 9 2 5	HFLD	cita. 05 marzo 2024			Jenniffer cabezas
	Varicela	2.ª	19	03	24	Merck	X 0 0 G 5 3 7					
	Hepatitis A	Única	19	03	24	MSD.	W 0 2 7 7 3 6					
	Influenza estacional	Anual				Vacunas Perdidas Por la edad						
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	21	03	25	Biological	240 6 0 01	HFLD				Kelly J.
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	21	03	25	Serum	285 1 X 022 A	HFLD				Kelly J.
	Fiebre amarilla	Única	19	03	24	Sanofi	W 3 E 2 2	HFLD.	cita: 18-Enero 2025			Jenniffer C.
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	21	03	25	Serum	013 2 NO 79 A	HFLD				Kelly J
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª							cita: 5 AÑOS CUMPLIDOS			
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

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.

13
R/V

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
Servimos con amor

NIT. 846.002.309-9

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-La Dorada FECHA: DÍA 08 MES 03 AÑO 2024 HORA: 2:15 pm

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Samuel Mathias APELLIDOS Nerate Lopez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.139.964.310

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 05 MES: 03 AÑO: 2023 / EDAD: 1 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas

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

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación. Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

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

Miedo a la reacción

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Covid-19 Primera dosis [ ] Segunda dosis [ ] dosis única [ ] Ninguna dosis
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 (linfadenopatia); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES

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

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

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

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

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

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

Firma de la persona: Paulina Lopez

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

Nombres Carmen Paulina Apellidos Nazate lopez

Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1122336906

Firma: Paulina Lopez

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
C.C. N°

Firma del Rogado
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Eduard B

Firma Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004768451

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFID

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

14

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.122.336.906



Apellidos
NAZATE LOPEZ

Nombres
CARMEN PAULINA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.58	F

Fecha de nacimiento
05 DIC 2004

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SAN MIGUEL (LA DORADA)
(PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición
02 ENE 2023, SAN MIGUEL(LA DORADA)

Firma Paulina Lopez

Fecha de expiración
02 ENE 2033

.CO

013071121

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL013071121264018<<<<<<<<<<
0412052F3301029COL1122336906<6
NAZATE<LOPEZ<<CARMEN<PAULINA<<

15
R/V

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO
2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

Servimos con amor

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Samuel Mathias Nazate L

Doc. de identidad: 1139964310 EPS: Maltamas

Teléfono: Domicilio: Cristalina 2

PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS			FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)														
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A		4 A		5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico															
		Atención en salud por medicina general															
		Atención en salud por enfermería															
		Atención en salud bucal por odontología					10-10-23										
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna															
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor						14-03-2024	19-Sep-2024	24-Sep-2024	14-04-2023	17-10-2025					
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana								24-Oct-2024	14-10-2025	14-04-2026					
		Aplicación de sellantes (según criterio)						14-03-2024									
	V	Vacunación															

Liliana Andrade
ODONTÓLOGA
R.G. 1.084.361.390

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600493-2021

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Paulina Nazate Lopez Identificado con C.C N° 1122336906 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Samuel Matthias Nazate L. o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Estrellas del sol, 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 04 Días del mes de 04 del Año 2025.

Paulina Nazate.

Madre o Acudiente
C.C 1122336906

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 Samuel Mathias Nieto Lopez, identificado (a) con documento de identidad número 1139643210 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Paulina Nayuth Lopez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122336906, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

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 Futuridad, 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.F.C

Suscriben:

Firma: Paulina Nayuth
Nombre: Comun Paulina Nayuth L
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3505436801
Fecha: 04/04/2025
Municipio: San Miguel

CLASIFICADA

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Samuel Mathias Nazate Lopez

Fecha de nacimiento Día 05 Mes 03 2023 **N° Documento de Identidad** 1139964310

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 04/04/2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Geovanny Quejuan Sanchez

Fecha de registro cualitativo Día 07 Mes 07 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

Samuel es un niño que ha desarrollado con exito la mayoría de los ítems fundamentales entre ellos podemos destacar sigue los pasos de un proceso hasta obtener un resultado, realiza garabatos o rayas en el papel, avisa a su madre u otra persona cuando le hacen daño o hay algo que lo pone en peligro, entre otras acciones acorde a su edad, se seguirá fortaleciendo su plan pedagogico de acuerdo a sus gustos e intereses.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Geovanny Quejuan Sanchez

Fecha de registro cualitativo Día 07 Mes 10 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

Samuel es un niño que ha desarrollado con exito la mayoría de los ítems fundamentales. entre ellos podemos destacar, utiliza su cuerpo para expresar sus emociones, sigue instrucciones sencillas con respecto a normas de la vida cotidiana, muestra a su madre o profe lo que ha realizado con gusto y orgullo, sigue los pasos de un proceso hasta obtener un resultado.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

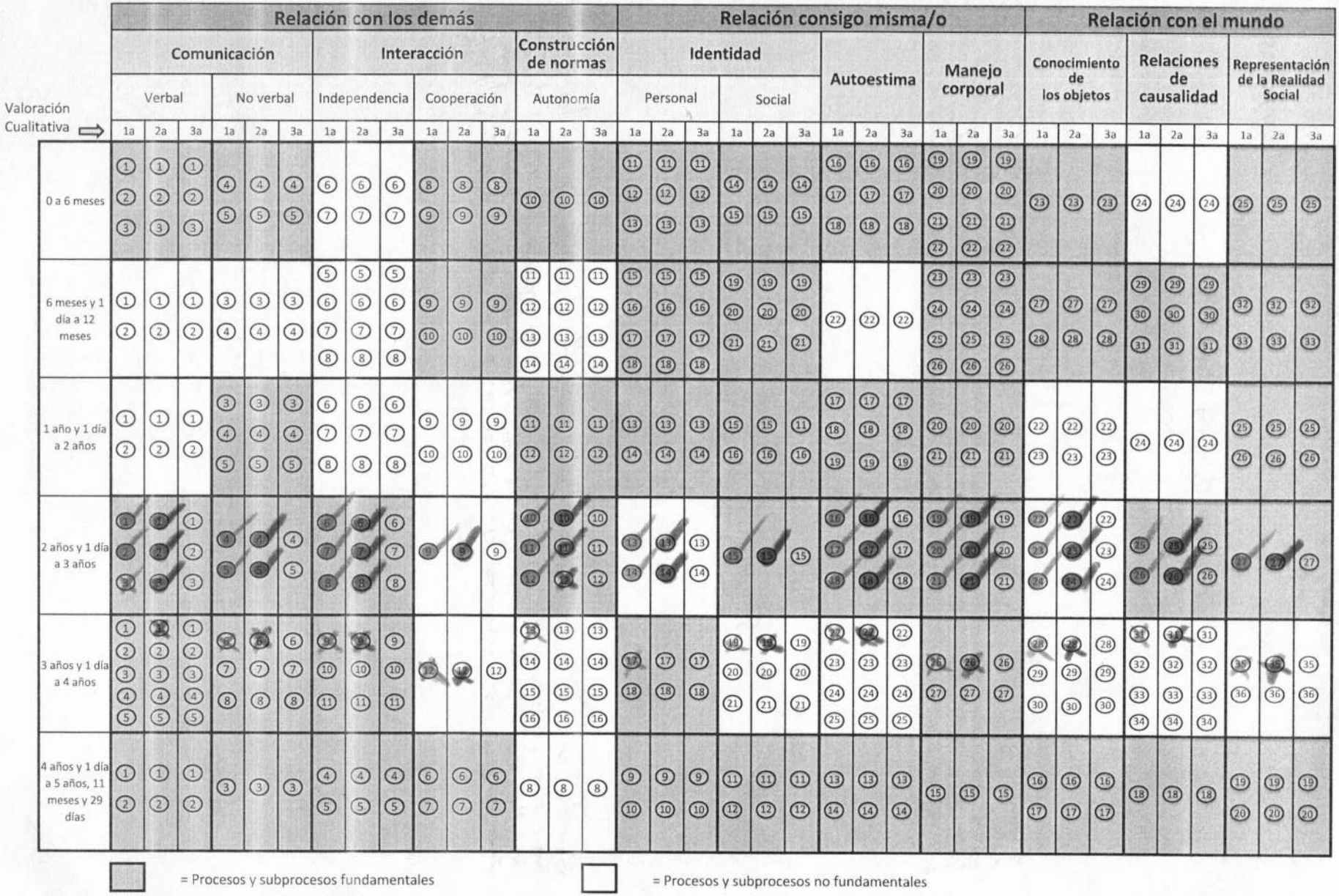
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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
Relación consigo misma/o
Relación con el mundo
Comunicación
Interacción
Construcción de normas
Identidad
Autoestima
Manejo corporal
Conocimiento de los objetos
Relaciones de causalidad
Representación de la Realidad Social
Verbal
No verbal
Independencia
Cooperación
Autonomía
Personal
Social
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

19
R/V

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Geovanny Dayan Sanchez NOMBRE UCA: Cristales del sol

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Samuel Mathias Novoa L IDENTIFICACIO: 1139964310 FECHA DE NACIMIENTO: 05/03/2023

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
08/05/25	X				Se le recuerda a la madre que segun esquema de vacunación no cuenta con inmunologico de influenza del año, dio antes el hospital no dispenia de este. Se le da aconocer a la madre que la vacuna de influenza ya esta disponible, que se acerque al hospital lo mas pronto y lo haga vacunar ya que se sabe cuando podra.	Paulina Lopez		Notificionista se acerco al hospital y dialogo con el jefe Mendez quien le informo que ya le hizo vacunar a niño esta vacuna y que se y organiza que no aplicara. a poblacion a podido salir de menores de 2 años (6 a 23 meses)	Se llamo a la madre para verificar si ya hizo vacunar a niño y organiza que no aplicara. a poblacion a podido salir de menores de 2 años (6 a 23 meses) Se reforzo el compromiso con el mismo y la importancia de la vacuna. Se compromiso salir lo mas pronto.	La madre se compromiso en hacerle vacunar lo mas pronto y entregar la copia
16/05/25	X				La madre argumenta que no ha salido hacer vacunar a su hijo. ya que el docente los informo que posiblemente la vacunadora iba ir a la UCA el dia del encuentro	Paulina Lopez.			• Vacunadora Keily revisa la carpeta y el esquema de vacunación del la niño pero organiza que por la edad la pierde. ya que el niño tiene 2 años 2 meses y el biologico esta hasta los 2 años. • Se cierra la novedad por que la niña esta al dia con vacuna	

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Geremny Duejan Sanchez NOMBRE UCA: Cristales del Sol

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Samuel - Mathias Naranjo IDENTIFICACIO: 1139964310 FECHA DE NACIMIENTO: 05/03/2033 1139964310

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					
									Solo que siempre se presenta dificultades en el biologico de un Flyegu que llega por temporadas y se agota rapido. y no alcanza para toda la poblacion.	
11/09/25	X				El dia 11 de septiembre se le escribe via, wasap a la madre dandole a conocer que el dia 08 de septiembre el niño Samuel Mathias tiene control de crecimiento y desarrollo. Se le recuerda que debe gestionar la cita en anticipación para que lo pueda llevar a la fecha estipulada en el control. y verificar esa fecha si ya tomes en los diferentes etapas de crecimiento y desarrollo	Paulina Lopez			el dia martes 09 de septiembre se llama a la madre para verificar si saco la cita y llevo al control de crecimiento y desarrollo, de crecimiento, donde ella argumento, que si habia sacado la cita y el dia lunes 08 a las 4 pm, pero que no pudo salir porque no tenia transporte.	La madre se compromete a gestionar la cita y llevar al niño a su control de crecimiento y desarrollo, también se compromete a entregar la copia del dia 08 de septiembre.	

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Geovanny Rojas Sanchez NOMBRE UCA: Cristales del sol

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Samuel Mathias Naruto L IDENTIFICACIO: 1139964310 FECHA DE NACIMIENTO: 05/03/2023

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
									La madre argumento que hoy 06 de septiembre en horas de la mañana le va a volver a confirmar la cita, y en el encuentro en la UCA, me llevara el comprobante pero cuando gire la cita.	Se le recuerda a la madre de la importancia de cumplir puntualmente con los compromisos en las fechas estipulados. la documentación. Teniendo en cuenta que no se sabe para que día le vuelva dar la cita el compromiso a mas tardar para el día 12 de septiembre se de entregar la copia actualizada del carnet de crecimiento y desarrollo
					Paulina Lopez				Se cierra la novedad por que la madre entrega el día 15. de septiembre las copias actualizadas del carnet de crecimiento y desarrollo. Se le recuerda a la madre que para los proximos hasta en las fechas establecidas para así no vulnerar sus derechos.	