Fundación
Alma de Vida

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) X 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.

321 48 93 185
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: 21-03-2025 **FECHA INGRESO:** 01-04-25

UDS: Grandes Exploradores **MUNICIPIO:** San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Logan Smith Narvaez Egas

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ **NUIP No.** 1122343769

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 12-Jul-2021 **EDAD:** 3 Años **MUNICIPIO:** San Miguel

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

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

¿CUAL?: ____ **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:** ____

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: ____

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: ____

TIENE SISBEN: SI: X NO: __ PUNTAJE: A3 **DESPLAZADO:** SI: X NO: ____

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

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: ____ NO: X CUAL: ____

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Enyiber Narvaez Viafara

No. IDENTIFICACION: 1002919437 **DIRECCION RESIDENCIA:** ____

CELULAR: No tiene **E.P.S:** N/A

OCUPACION U OFICIO: Oficios Varios

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yurany Nayerly Egas Oviedo

No. IDENTIFICACION: 1006788639 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/ Albania

CELULAR: 3209181721 **E.P.S:** EmsSanar

OCUPACION U OFICIO: Oficios Varios

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Edith Yaneth Oviedo García

NUMERO IDENTIFICACION: 1111125993 **CELULAR:** 3219432469

DIRECCION: V/ Albania **PARENTESCO:** Abuela Materna

Yurani Egas
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

Latitud

0.307273
N 0° 18' 26.18338"

Longitud

-76.771303
W 76° 46' 16.69188"

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 1442888

NUIP 1.122.343.769

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
NARVAEZ EGAS LOGAN SMITH

Fecha de Nacimiento (Mes en letras) | Sexo (en letras) | Tipo Sanguíneo

Año 2021 Mes JUL Día 12 | MASCULINO | B +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras) | Indicativo serial

Año 2021 Mes JUL Día 16 | 0061318521

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
EGAS OVIEDO YURANY NAYERLY

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.788.639 | COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
NARVAEZ VIAFARA ENYIVER

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.002.919.437 | COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
NARVAEZ VIAFARA ENYIVER

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.002.919.437

Espacio para notas

VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) | Código X6Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año 2021 Mes JUL Día 16

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CADENA QUIRAMA

Registrador del Estado Civil

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
28742371-8

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 22/10/2025

Ficha: 86757674952700002780

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LOGAN SMITH

Apellidos: NARVAEZ EGAS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343769

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/05/2022

Última actualización ciudadano: 27/01/2023

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

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	1122343769
NOMBRES	LOGAN SMITH
APELLIDOS	NARVAEZ EGAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	12/07/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/19/2025 18:30:33	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: JOHN SMITH	Apellidos: NARVAEZ EGAS
Fecha de nacimiento: 12 DÍA / 07 MES / 2021 AÑO	Historia Clínica: 1122343787
Barrio/Vereda: U/ ALIANSA.	Responsable del niño: Yuroni Egas.
Teléfono: 3138175975	EPS: N/S

CONDICIONES DEL NIÑO(A) AL NACER

Necesidad de reanimación: SI ☐ NO ☐

APAGAR al minuto:_____ APAGAR a los 5 minutos:_____

Peso: 4000 Talla: 52 Perímetro Cefálico: _____

Ictericia: _____ Antes de 24 horas: _____ Después de 72 horas: _____

¿Estuvo en fototerapia? SI ☐ NO ☐ ¿Dónde? _____

Grupo sanguíneo: B+

Perímetro braquial

¿Estuvo hospitalizado? SI NO

¿Dónde? *UCI **UCE CUNA

¿Cuánto tiempo? _____

Diagnostico: _____

TSH: _____ Resultado: _____

ANTES DE SALIR DE LA CLÍNICA

¿Le aplicaron las vacunas? SI NO

¿A qué tiempo de nacimiento comenzó la lactancia materna?

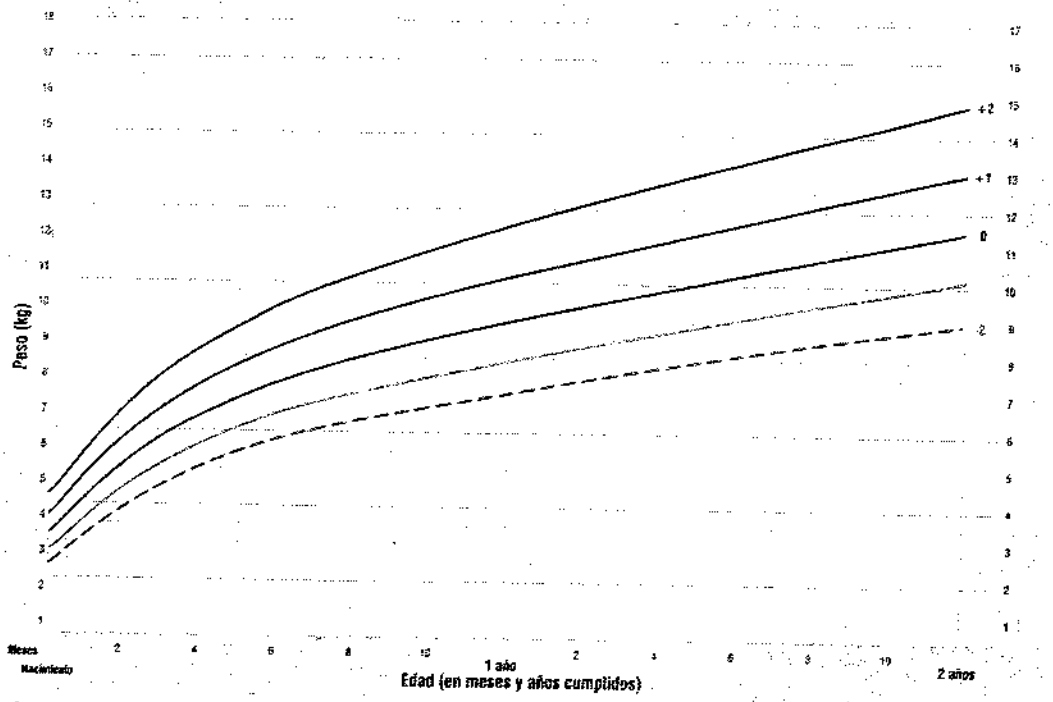
Antes de la hora SI NO

Después de la hora SI NO

Antes de salir de la clínica SI NO

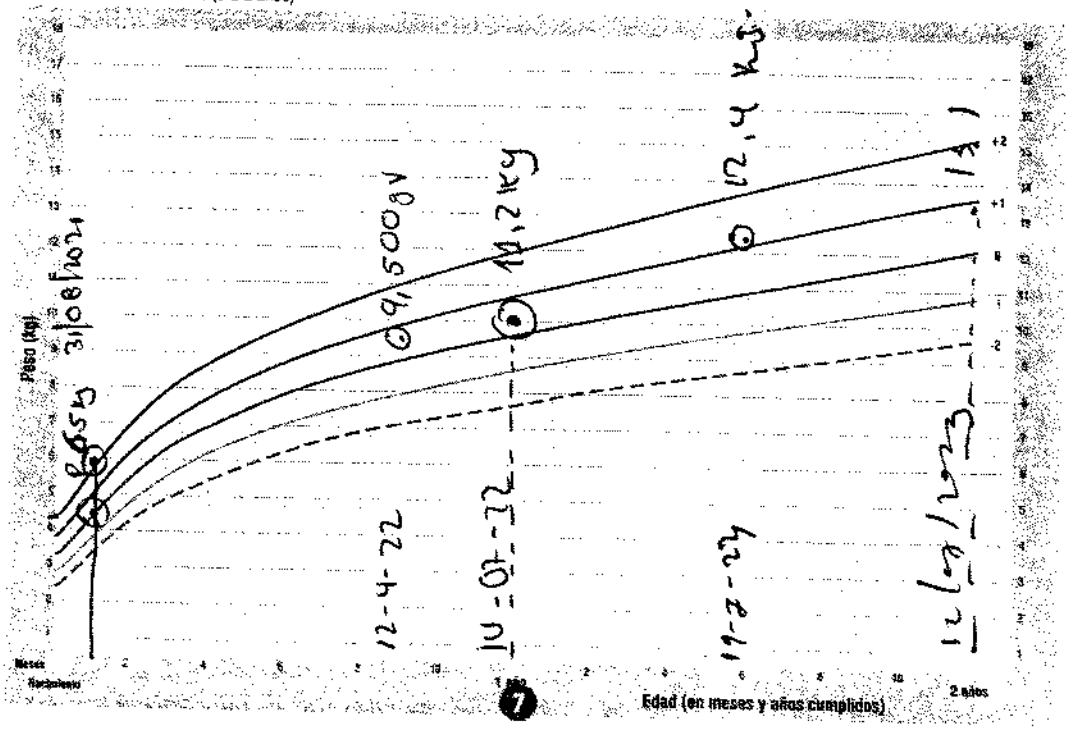
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



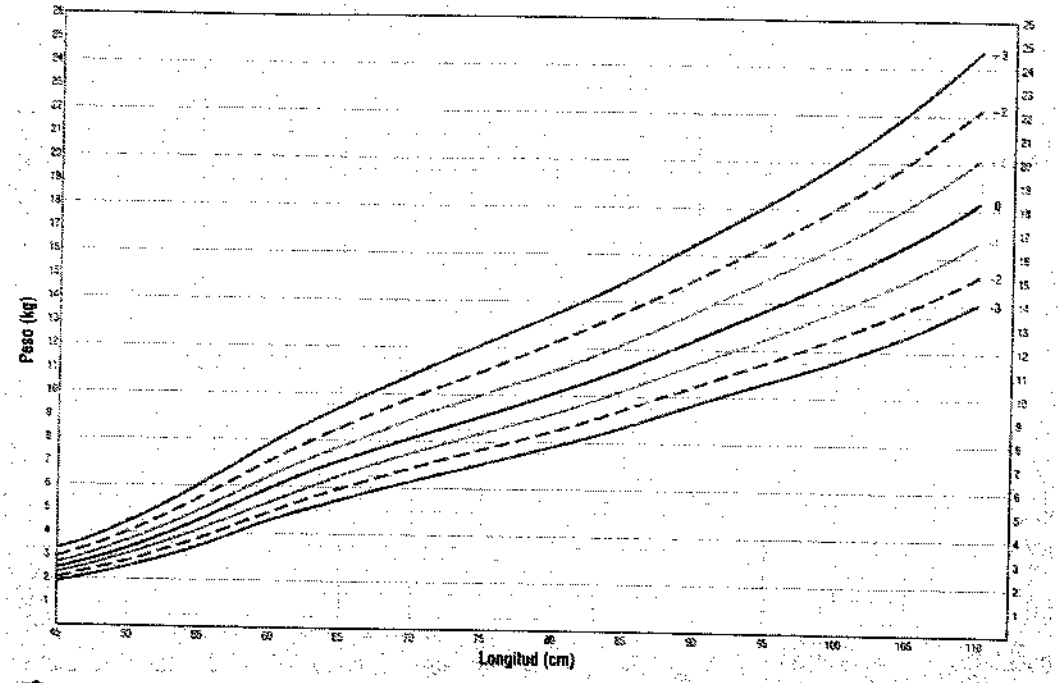
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



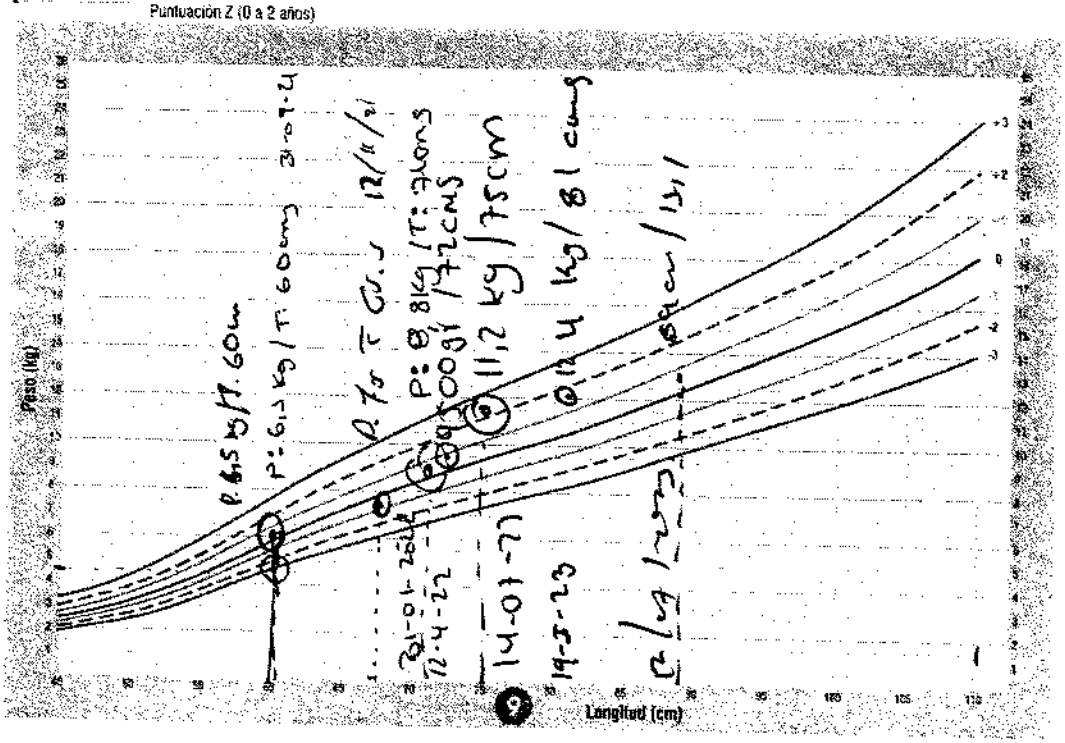
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



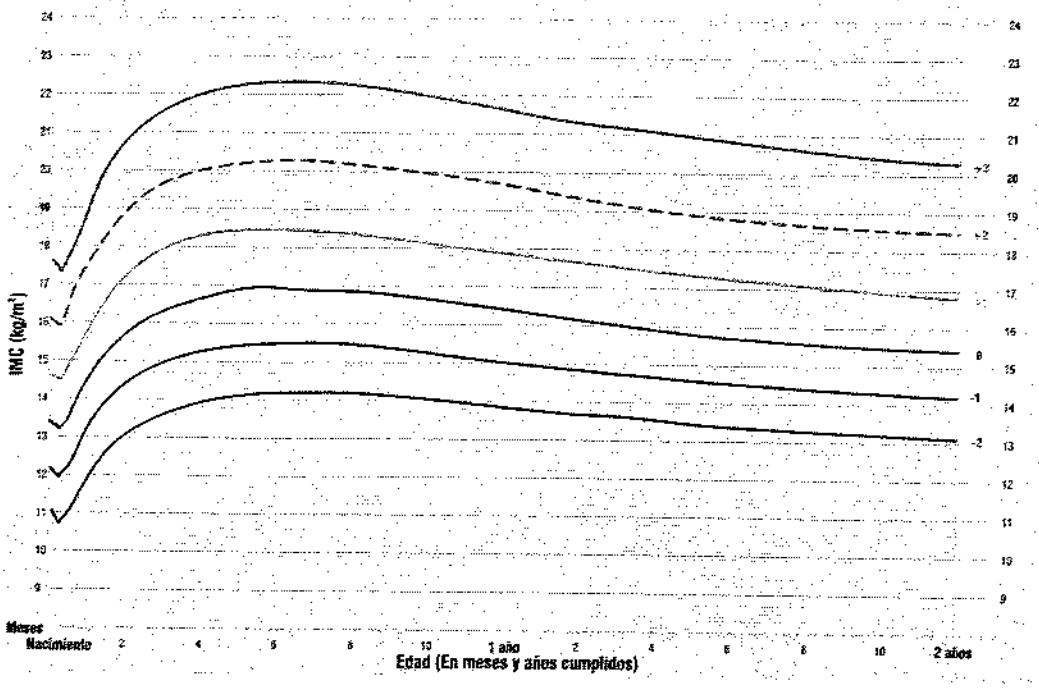
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



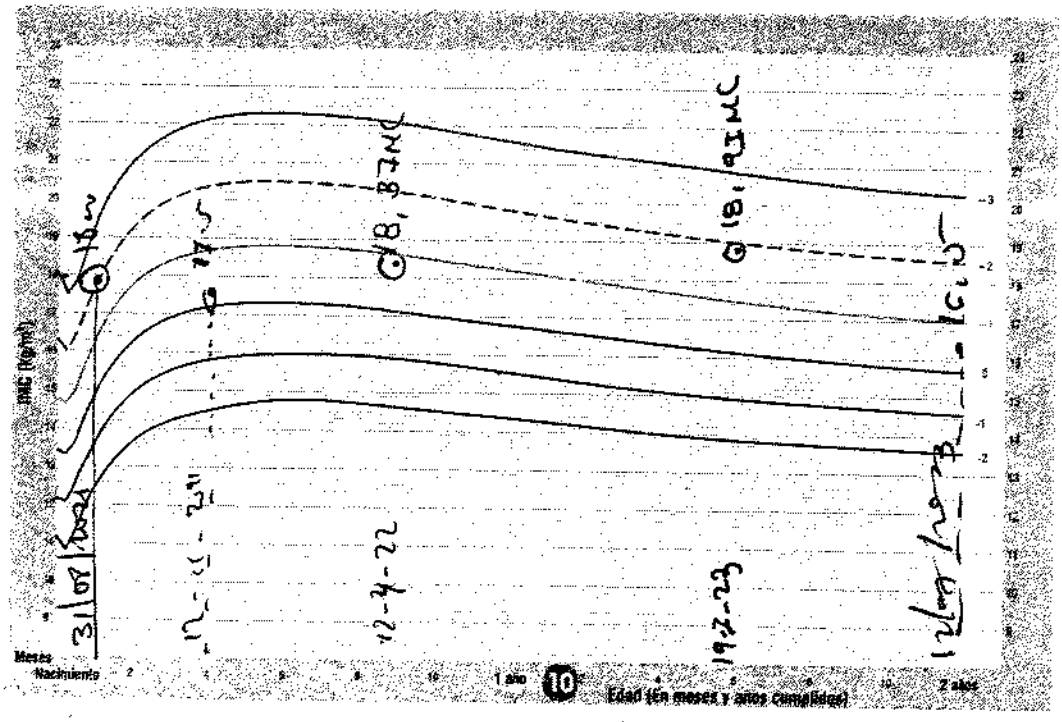
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



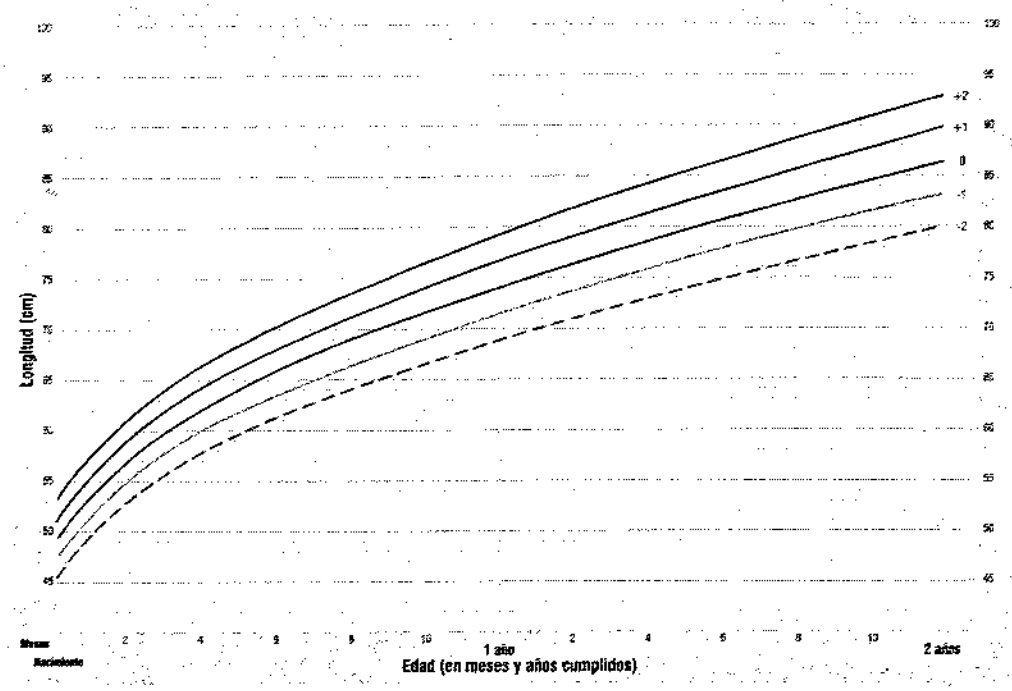
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



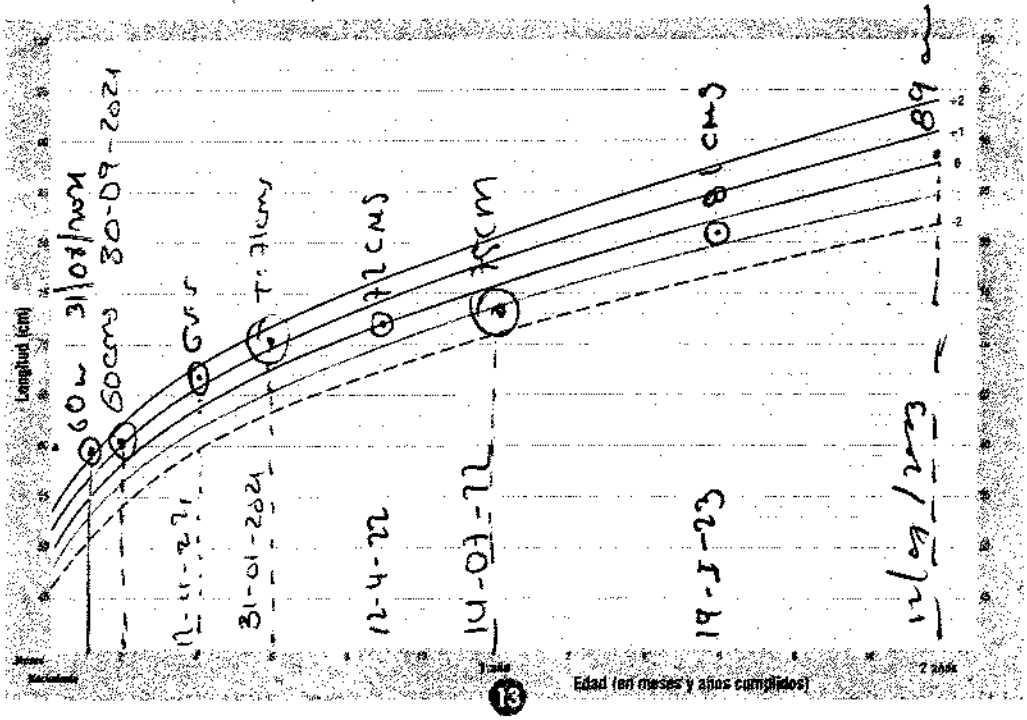
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



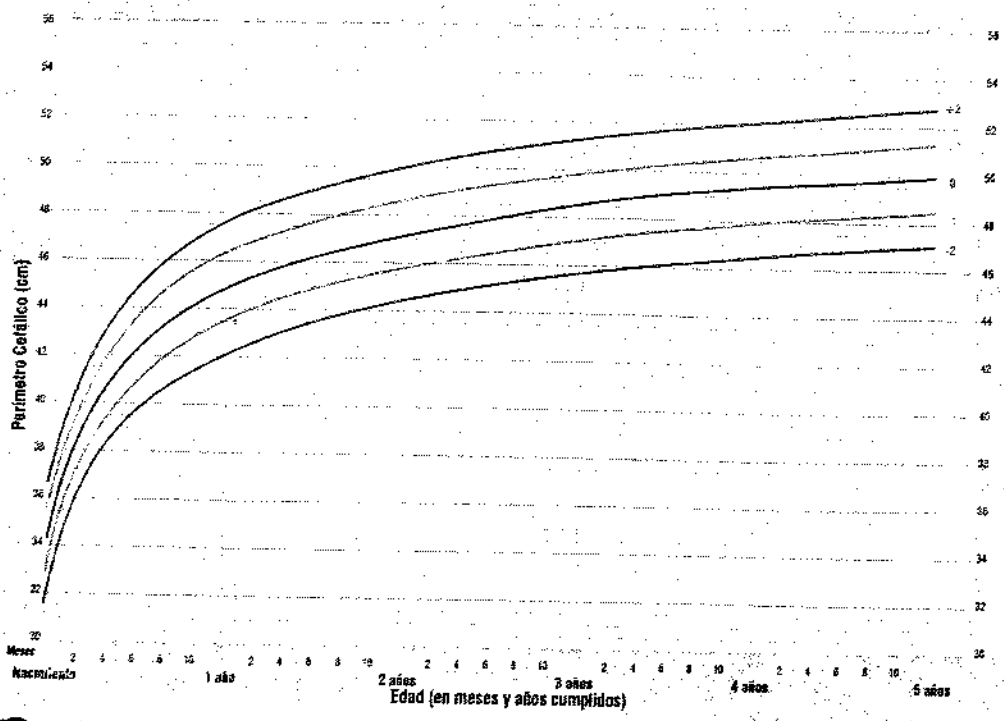
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



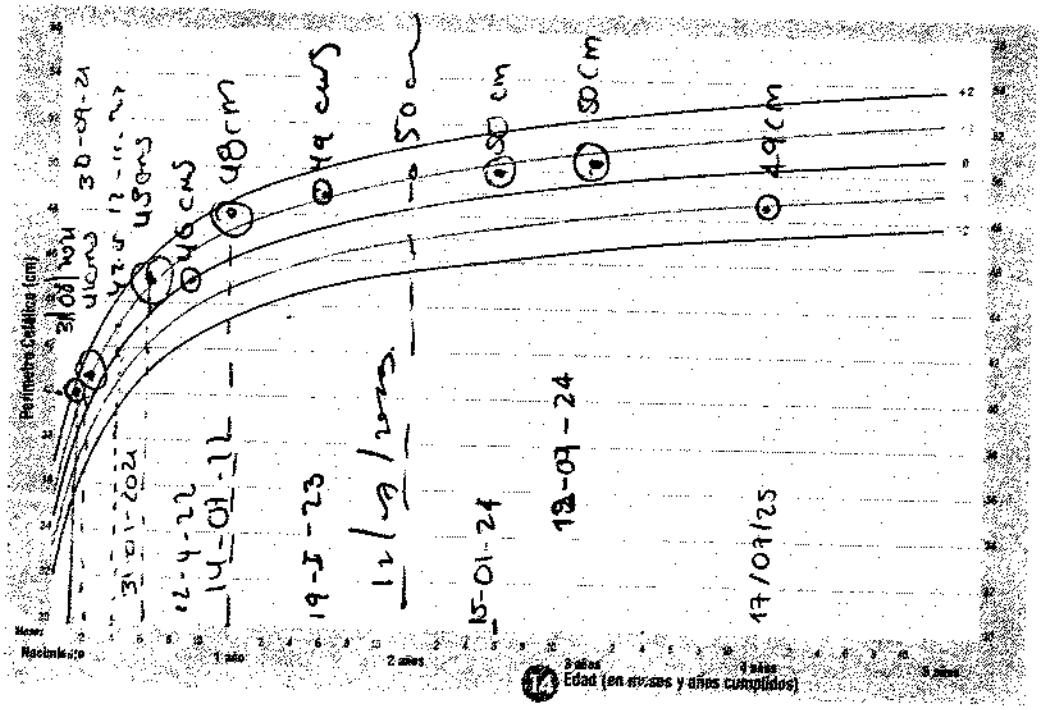
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



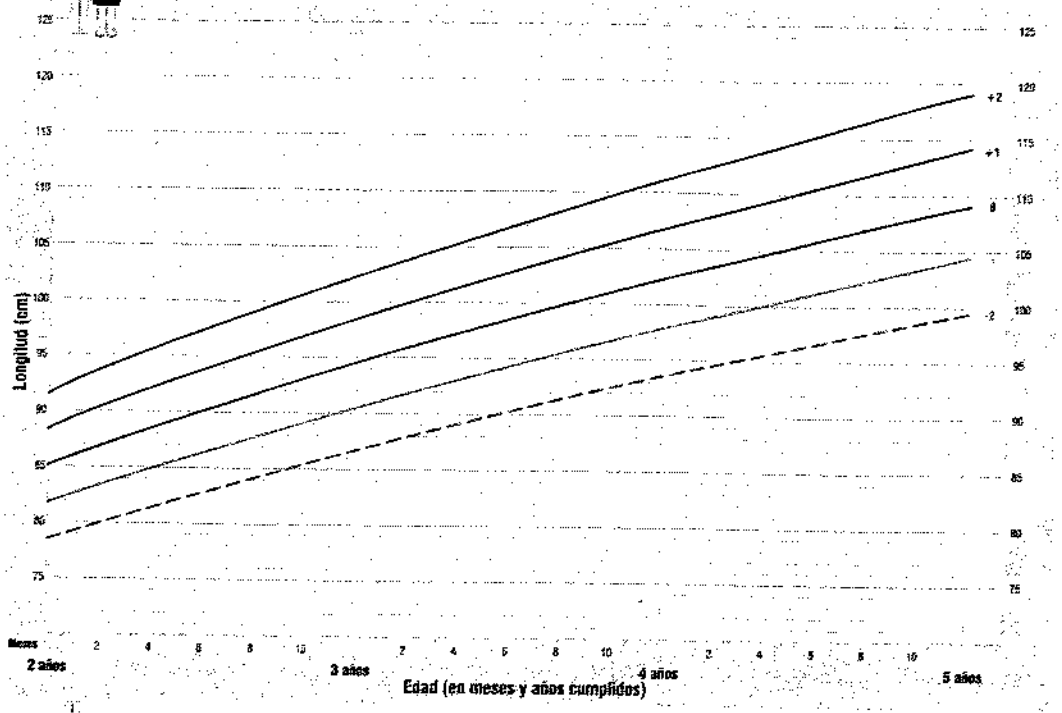
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



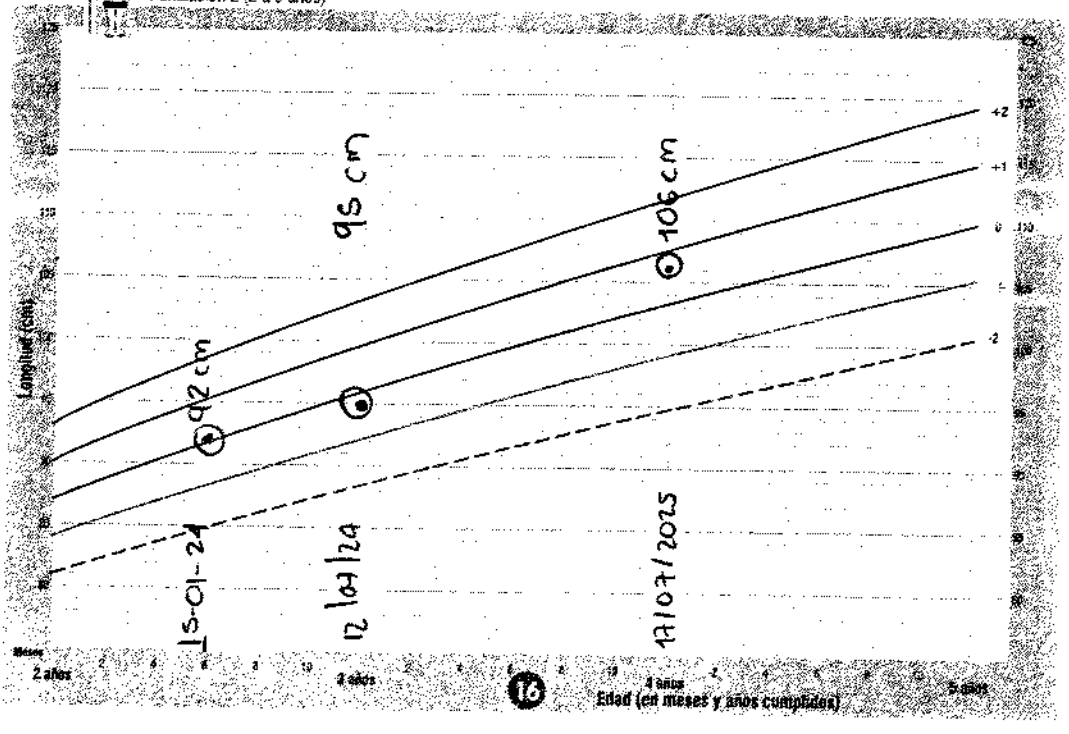
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



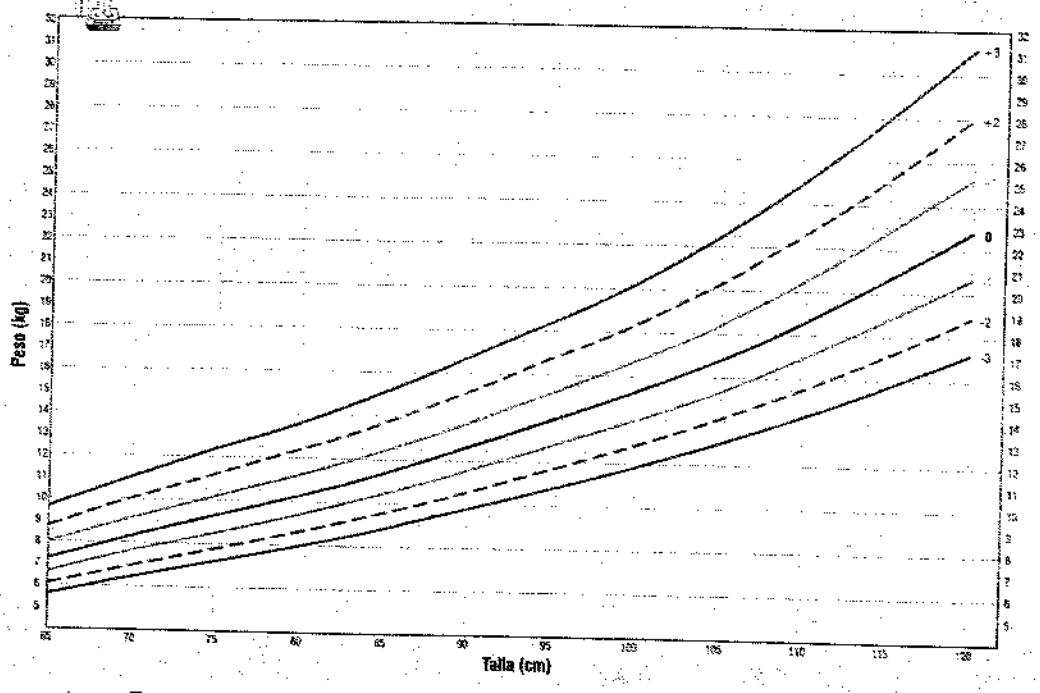
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



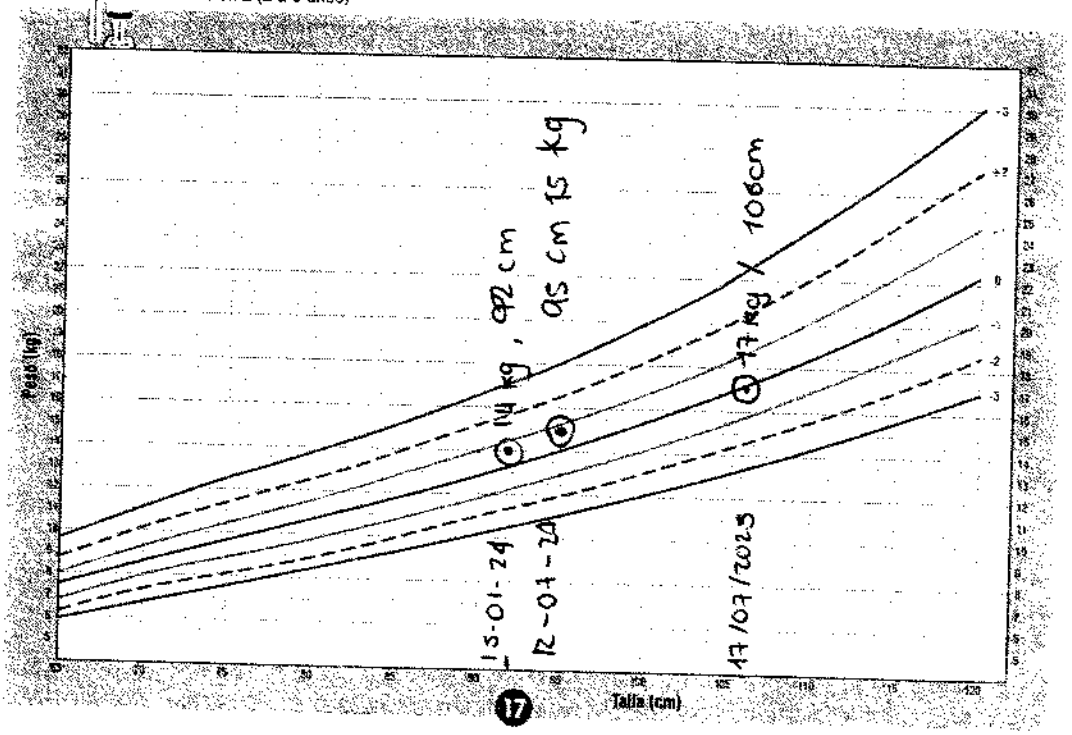
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



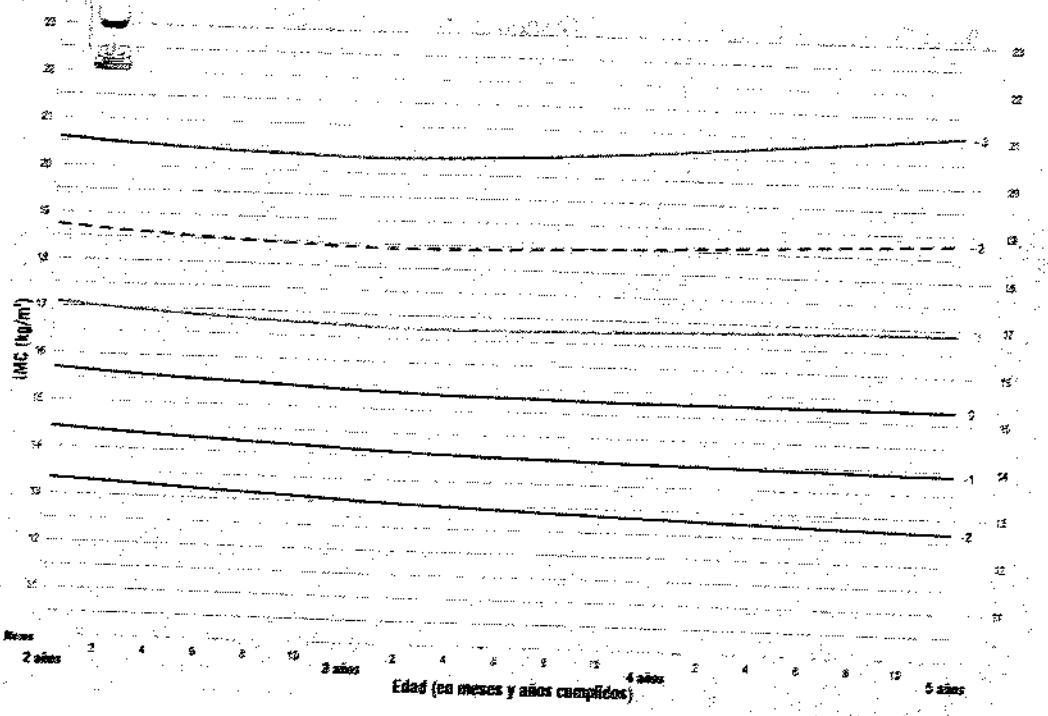
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



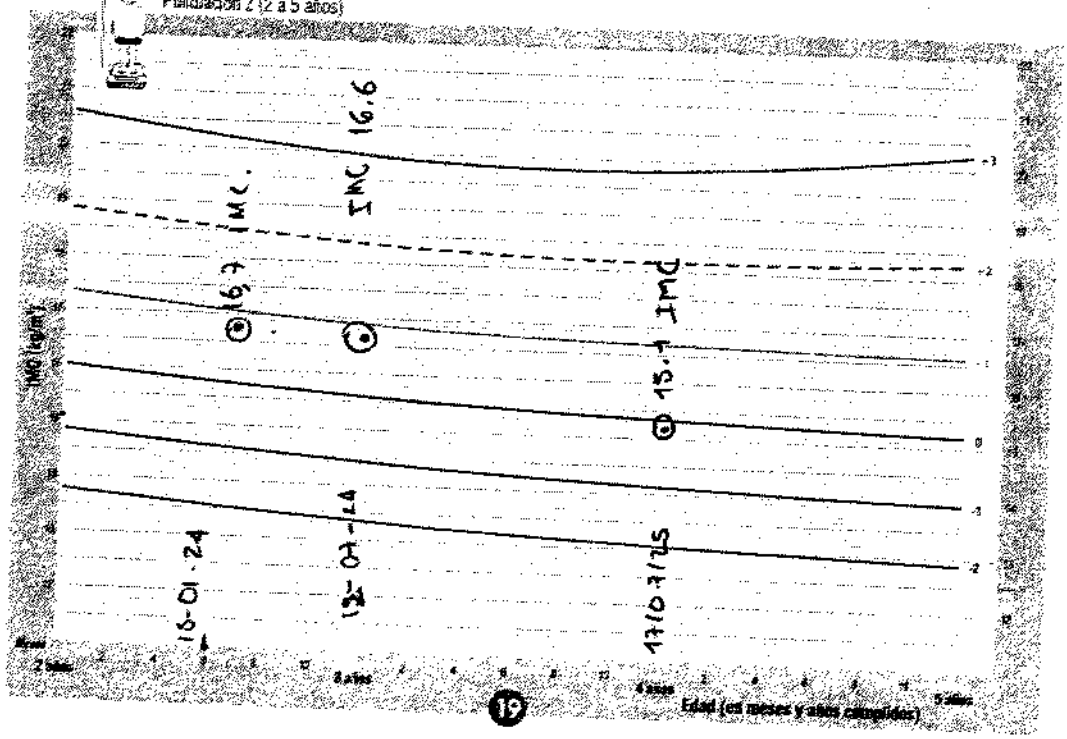
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
30	SEPTIEMBRE	2021	x ENFERM.	✓	
12	Noviembre	2021	Medico	Si ✓	
12	ene	22-	Enf.	Si ✓	
12	Abril	2022	Enfam	Si ✓	
12	Julio	2022	x MD.	Si ✓	
14	Dice	2022	x ente		
12	Julio	2023	x Medico.	✓	
12	enero	2024	Enf	✓	
12	Julio	2024,	Med	✓	
17	Julio	2025	ent	✓SI V Hilena	
17	Julio	2026	Medic	Cita	

L7
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			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega						
2.ª entrega						
3.ª entrega						
4.ª entrega						
5.ª entrega						

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

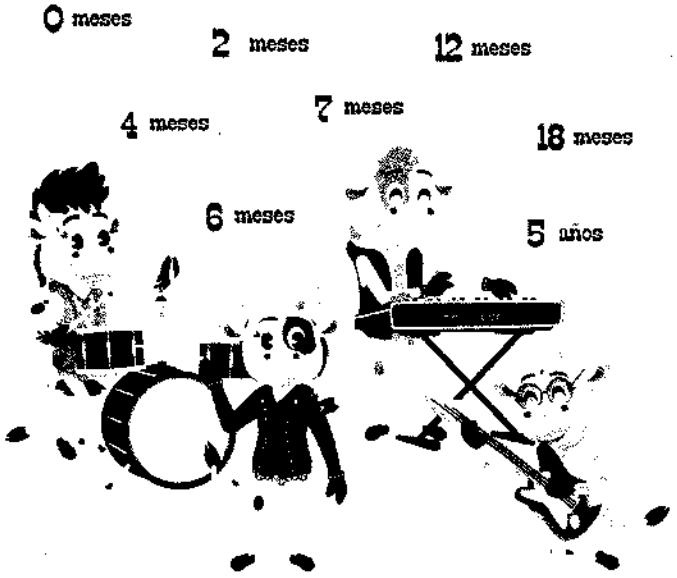
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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



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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Logan Smith
Nombre y Apellidos: Novoa Egas

Fecha de nacimiento: 12-07-2021

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1122343769

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: B positivo

Peso al nacer: 4000 Talla:

Dirección: Albania

Teléfono 1: 3224209905

Teléfono 2:

Responsable: Yuvani Nayely Oviedo Egas

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

CC. 1006788639

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: Logan Smit Narvaez Egas **Tipo identificación:** **No. ID:** 1122343769.

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Numero de lote	IPS vacunadora	Fecha proxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	17	07	21	Serum	037 96 71 A	HFLD				Paula. C
	Hepatitis B	Recién nacido	17	07	21	Serum	032 40 74 A	HFLD				Paula. C
2 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	21	Sept	2021	Biological	201706 U	IPS Afiliador				Alma Casanova
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	21	Sept	2021	Serum	285 09 01 B 6	IPS Afiliador				Alma Casanova
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	21	Sept	2021	Serum	285 09 01 B 6	IPS Afiliador				Alma Casanova
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	21	Sept	2021	Serum	285 09 01 B 6	IPS Afiliador				Alma Casanova
	Diarrea por rotavirus	1.ª	21	Sept	2021	GSK	ARO1C77A A D	IPS Afiliador				Alma Casanova
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	21	Sept	2021	GSK	ASPNB31 B C A	IPS Afiliador				Alma Casanova
4 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	12	11	2021	Serum	201700 U	HFLD				Tatu 6
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	12	11	2021	Serum	285 01 V 0 1 8 D	HFLD				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	12	11	2021	Serum	285 01 V 0 1 8 D	HFLD				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	12	11	2021	Serum	285 01 V 0 1 8 D	HFLD				
	Diarrea por rotavirus	2.ª	12	11	2021	GSK	ARO1C77A F	HFLD				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	12	11	2021	GSK	ASPNB301 E A	HFLD				
6 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	31	01	2022	Serum	210500 1	HFLD				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	31	01	2022	Serum	285 0X 0 3 5 B	HFLD				Kater Not Administered
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	31	01	2022	Serum	285 0X 0 3 5 B	HFLD				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	31	01	2022	Serum	285 0X 0 3 5 B	HFLD				
	Influenza estacional	1.ª	14	07	2022	Green	V502220 0 B	HFLD				
7 meses	Influenza estacional	2.ª	18	08	2022	Gen		HFLD				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	14	07	2022	Serum	013 0N 1 2 0 B	HFLD				Dennis Narvaez
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	14	07	2022	GSK	ASPND3 U1 A A	HFLD				Dennis Narvaez
	Varicela	2.ª	14	07	2022	Merck	V025355	HFLD				Dennis Narvaez
	Hepatitis A	Única	14	07	2022	MSD	V01922 6	HFLD				Dennis Narvaez
	Influenza estacional	Anual	28	enero	22	Cienco	J502300 7	ES Afiliador				Alma Casanova
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	31	01	23	Serum	285 1Y 0 C 2 B	HFLD				Dennis N.
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	31	01	23	Serum	21K1Y0 14					Dennis N.
	Fiebre amarilla	Única										
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª R	31	01	23	Serum	013 0N 1 3 3 D	HFLD				Dennis N.
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis	Fiebre Amarilla	1a	14	07	2022	Sanofi	T3624	HFLD				
	SR	Unica	12	09	2022	Serum	012W1634	HFLD				Dennis Narvaez

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.

18
RA

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 05 MES 05 AÑO 2025 HORA: 2:30 pm

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Logan Smith APELLIDOS Narvaez Ego.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [X] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.343.769.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 12 MES: 07 AÑO: 2021 / EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 3209181721

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 tetanos, 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 si mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducira 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)

Madre no esta dacuerdo por miedo a la reacción

¿COMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del musculo 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 (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.

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:** Y que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: _____

En caso de requerirse. Identificación y firma del representante legal:

Nombres Yuan Natali Apellidos Egas Cuedo

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1006788639

Firma: Yuan Egas

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: Isabel Anai Erazo

Firma Isabel Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número [redacted]

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLO

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.

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 846.002.309-8

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraiso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4216533 - móvil: 3134921413

CARNET RIAS PRIMERA INFANCI

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



Nombres y Apellidos: Logan Smith Narvaez Egas
Tipo de identificación: RC
Número de identificación: 1122343769
Régimen: Emssanar
Teléfono: 3209181727
Domicilio: Villa Vania

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) O 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 ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor													
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg 220263
Universidad de Caldas

Próximo control 12 Julio 2025

17-7-2025

4 Abril 2025

Apoyo la visa / 20/20 normal

RECOMENDACIONES

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

Tu sonrisa refleja lo que tu eres

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

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO **LA DORADA**
NIT. 846.002.394-9

MI CARNET DE HIGIENE ORAL

E.P.S.	Emssanar
Nombres:	logan smith
Apellidos:	Narvaez rgaj
Sexo:	X M / F
Fecha de Nacimiento:	12 07 21
Identificación:	1122343769
Dirección:	N.H.C.

Servimos con amor

FECHA	PROCEDIMIENTO				PRÓXIMA CITA
	CP	S	F	D	
19-07-22	X		X	14-01-23	
21-07-23	X		X	19-01-24	
24-01-24	X		X	21-01-25	
26-09-24	X	X	X	24-01-26	
04-04-25	X	X	X	26-09-25	
08-10-25	X	X	X	04-02-26	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.788.639**

EGAS OVIEDO

APELLIDOS

YURANY NAYERLY

NOMBRES

Yurani Egas

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-JUL-2000**

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

01-AGO-2018 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6401800-01035256-F-1006788639-20180901 **0062465656A 1** 49779140

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **41.125.993**

OVIEDO GARCIA

APELLIDOS

EDY JANNETH

NOMBRES

Janneth Oviedo

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-AGO-1982**

POLICARPA
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

01-MAR-2001 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-6401800-01103578-F-0041125993-20191017 **00683**13974A 1 51880003

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Yurany Nayerly Egas Identificado con C.C N° 1006788639 en calidad de: padre o madre (Madre). del niño o niña: Logan Smith Narvaez Egas o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Grandes Exploradores, 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 Dias del mes de Abril del Año 2025.

Yurany Egas

Madre o Acudiente
C.C 1006788639

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 Logan Smith Narvaez Egas, identificado (a) con documento de identidad número 1122343769, 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, Yurany Noberly Egas Oviedo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006798634, 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 La Fundación 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.J.C.

Suscriben:

Firma: Yurany Egas
Nombre: Yurany Egas
Calidad - Titular: Madre Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 320 9081721
Fecha: 16/04/2025
Municipio: San Miguel Ptyo.

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel - la Dorada

Nombre completo de la niña o niño Logan Smith Ramirez Egas

Fecha de nacimiento 12 07 2021 **N° Documento de Identidad** 1122343769

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 16 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Willian Marin O.

Fecha de registro cualitativo 17 07 2025

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ●

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

El niño Logan Smith se encuentra en un perfil de desarrollo esperado, adquiriendo los ítems de la dimensiones de acuerdo a su rango de edad.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Willian Marin O.

Fecha de registro cualitativo 20 10 2025

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ●

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

El niño Logan Smith se encuentra en un perfil esperado teniendo en cuenta que realiza diferentes acciones dentro de su rango de edad, la buena relacion con los demas, la independencia, su autonomia, se continuará implementando estrategias que fortalecan sus habilidades.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

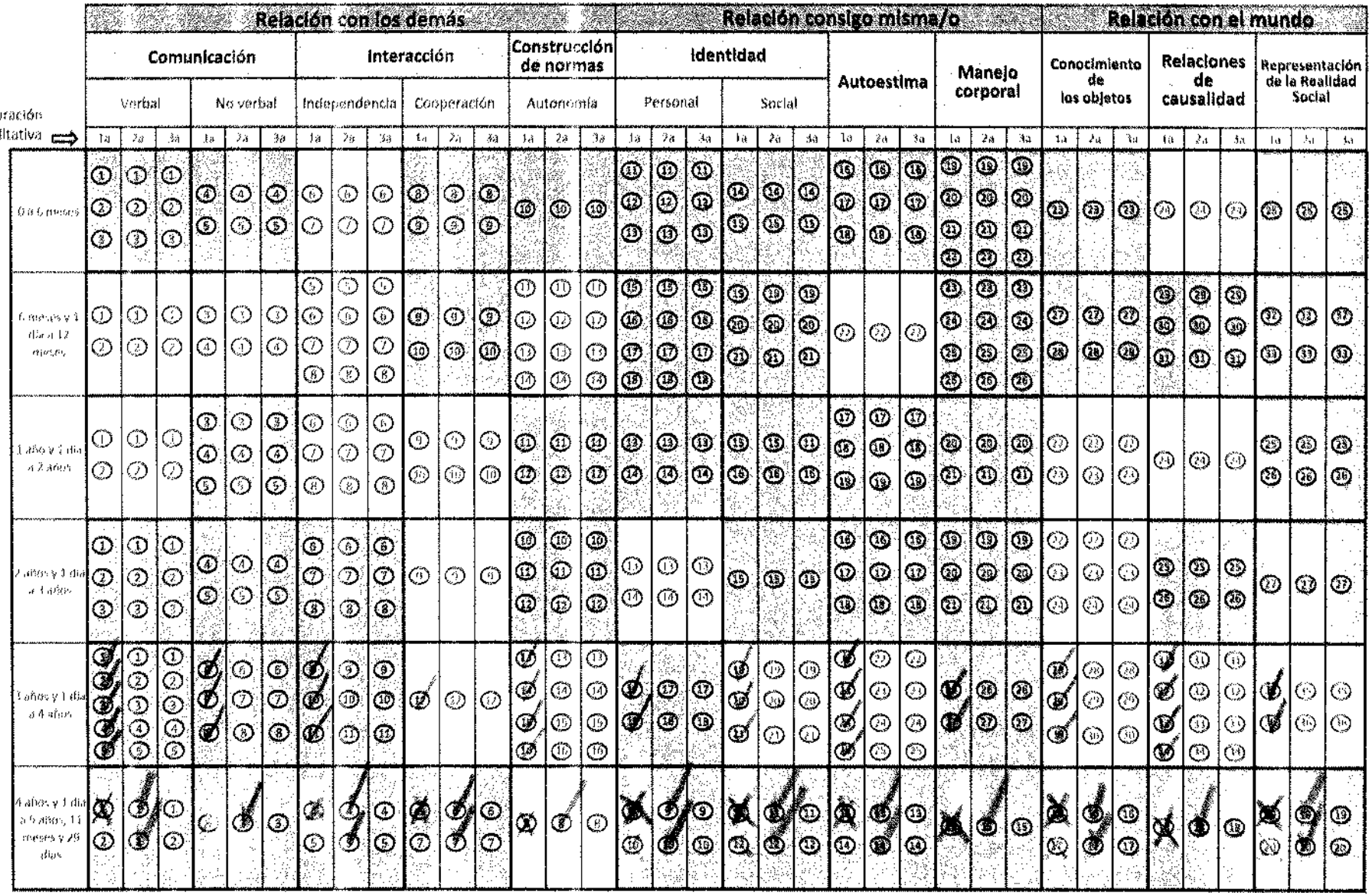
Fecha de resgistro cualitativo

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
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): Willian Bloom

NOMBRE UCA: Grandes Exploradores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Logan Smith Narvaez

IDENTIFICACIO: 1122343769

FECHA DE NACIMIENTO: 12/07/2021

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					
18/09/25	x		8:00		La madre Yuruni Egas solicita permiso de manera verbal, refiriendo que no puede asistir al encuentro comunitario con su hijo, ya que se le presentó una diligencia personal.	Yuruni Egas		Se sensibiliza la madre en asistir a los encuentros o en dar un permiso justificado cuando no puede asistir.		- Se compromete la madre en asistir en el proximo encuentro con su hijo.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Willan Florín O. NOMBRE UCA: Grandes Exploradores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Lozan Smith Narvaez IDENTIFICACIO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: 11/23/3769

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					