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)<br>___SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7)<br>___Pertenecientes a Res UNIDOS<br>___Pertenecientes a Familias en Acción<br>___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición<br>___Remitidos por SNBF<br>___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado)<br>___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.)<br>___Niños y niñas con discapacidad.<br>___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión.<br>___Población migrante en condición de vulnerabilidad.<br>___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. N/A |
| 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 46 98 186
321 77 46 798
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:** 14/05/2025 **FECHA INGRESO:** 01-06-2025

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

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:** Dilan Jhair Ramirez Oviedo

**TIENE REGISTRO CIVIL:** SI X NO__ **NUIP No.** 1126144203

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

**FECHA NACIMIENTO:** 03/11/2021 **EDAD:** 3 Años **MUNICIPIO:** Nueva Loja

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

**¿CUAL?:** ____ **MOTIVO DEL RETIRO:** ____ **PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF:** SI: ___ NO: X CUAL: ____ **EPS DEL PARTICIPANTE:** Emssanar

**SUBSIDIADO:** X **CONTRIBUTIVO:** _ **PRESENTA DISCAPACIDAD:** SI: __ NO: X **DIAGNOSTICO:** ____ 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: A3 **DESPLAZADO:** SI: _ NO: X **VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:** SI: ____ NO: X **RED UNIDOS:** SI: ____ NO: X

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

**DATOS DEL PADRE**

**NOMBRES Y APELLIDOS:** Luis Carlos Ramirez Legarda **No. IDENTIFICACION:** 2101100662-9 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/Albania **CELULAR:** No tiene **E.P.S:** N/A

**OCUPACION U OFICIO:** Oficios Varios **EMPRESA DONDE LABORA:** N/A **NIVEL DE ESCOLARIDAD:** Primaria **PROFESIÓN:** N/A

**DATOS DE LA MADRE**

**NOMBRES Y APELLIDOS:** Estefany Alexandra Oviedo Baca **No. IDENTIFICACION:** 1006788679 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/Albania **CELULAR:** 3108887014 **E.P.S:** Emssanar

**OCUPACION U OFICIO:** Ama de Casa **EMPRESA DONDE LABORA:** N/A **NIVEL DE ESCOLARIDAD:** Secundaria **PROFESIÓN:** N/A

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE:** Estefany Alexandra Oviedo B

**NUMERO IDENTIFICACION:** 1006788679 **CELULAR:** 3108887014

**DIRECCION:** V Albania **PARENTESCO:** Madre

Estefany Oviedo Baca
**FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

**FIRMA AGENTE EDUCATIVA**

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1126144203

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57310781

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [X] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Y 4 Z

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

ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| RAMIREZ | OVIEDO |

Nombre(s)

DILAN JHAIR

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2021 Mes NOV Día 03 | MASCULINO | O | + |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

| Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO | 2150723035 • |

*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

RAMIREZ LEGARDA LUIS CARLOS

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| DE 2101106629 | ECUATORIANA |

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

Apellidos y nombres completos

OVIEDO BACA ESTEFANY ALEXANDRA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1006788679 | COLOMBIANA |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos

OVIEDO BACA ESTEFANY ALEXANDRA

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 1006788679 | [redacted] |

*Datos Primer testigo*

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXXX

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| XXXXXXXXXXXXXXXX | SIN FIRMA |

*Datos segundo testigo*

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXXX

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| XXXXXXXXXXXXXXXX | SIN FIRMA |

| *Fecha de inscripción* | *Nombre y firma del funcionario que autoriza* |
|---|---|
| Año 2022 Mes MAY Día 31 | MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES<br>Nombre y firma |

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

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

**Fecha de consulta:** **22/10/2025**

**Ficha:** **86757674952700002277**

A3

## Pobreza extrema

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** **DILAN JHAIR**

**Apellidos:** **RAMIREZ OVIEDO**

**Tipo de documento:** **Registro civil**

**Número de documento:** **1126144203**

**Municipio:** **San Miguel**

**Departamento:** **Putumayo**

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** **21/09/2022**

**Última actualización ciudadano:** **22/04/2024**

**Última actualización vía registros administrativos:** **25/11/2023**

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** **MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO**

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

**Teléfono:** **4210537 - 3213138790**

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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

ADRES

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

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

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | RC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1126144203 |
| NOMBRES | DILAN JHAIR |
| APELLIDOS | RAMIREZ OVIEDO |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | PUTUMAYO |
| MUNICIPIO | SAN MIGUEL |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | EMSSANAR S.A.S. | SUBSIDIADO | 24/06/2022 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

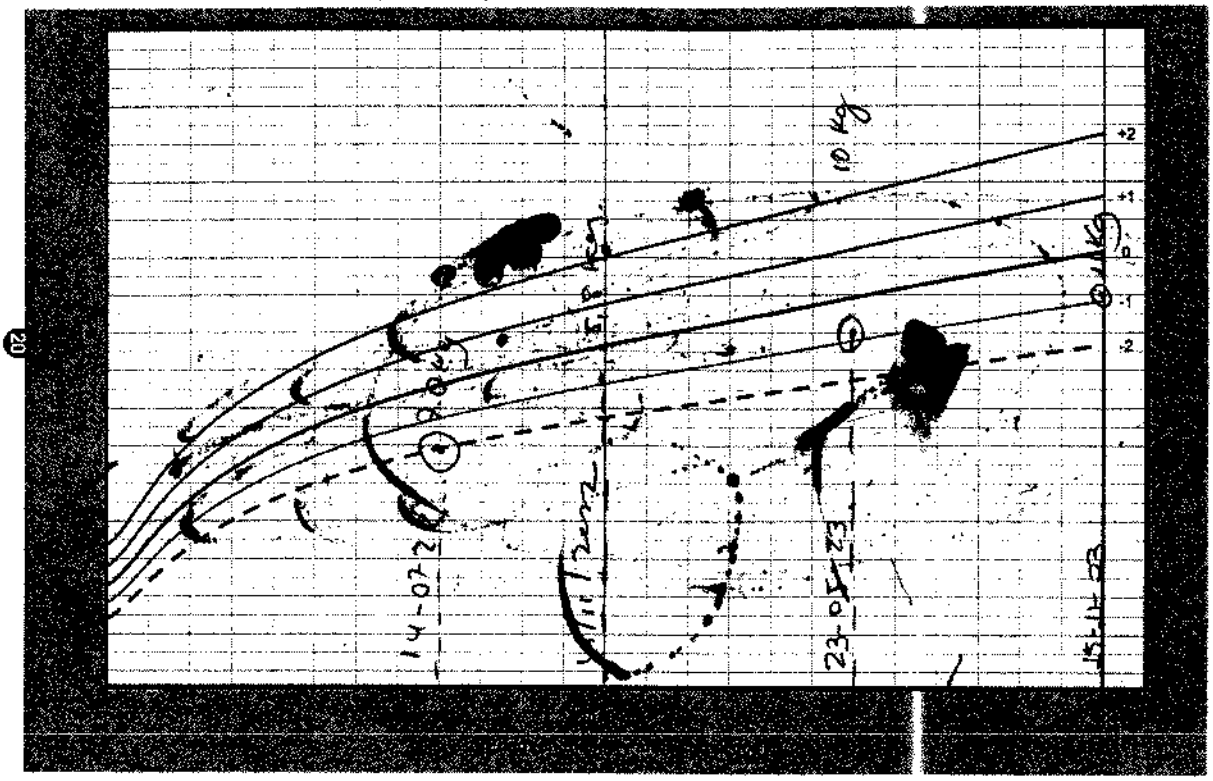
| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 10/19/2025 18:20:37 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

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:
Dilan Jhair
Apellidos:
Ramirez Oviedo
Fecha de nacimiento
03 DIA | 11 DIC | 2021 AÑO
Historia Clínica:
1126144207
Barrio/Vereda:
Ul Albania
Responsable del niño:
Teléfono:
EPS:

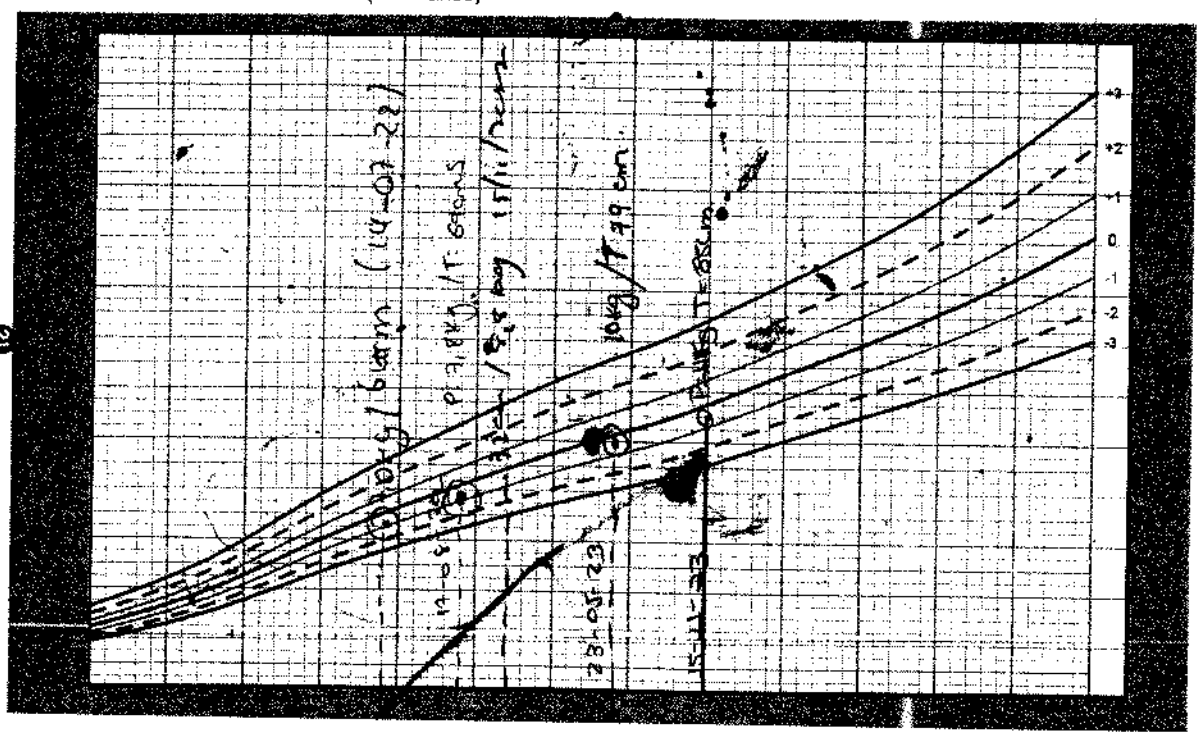
Puntuación Z (0 a 2 años)




20

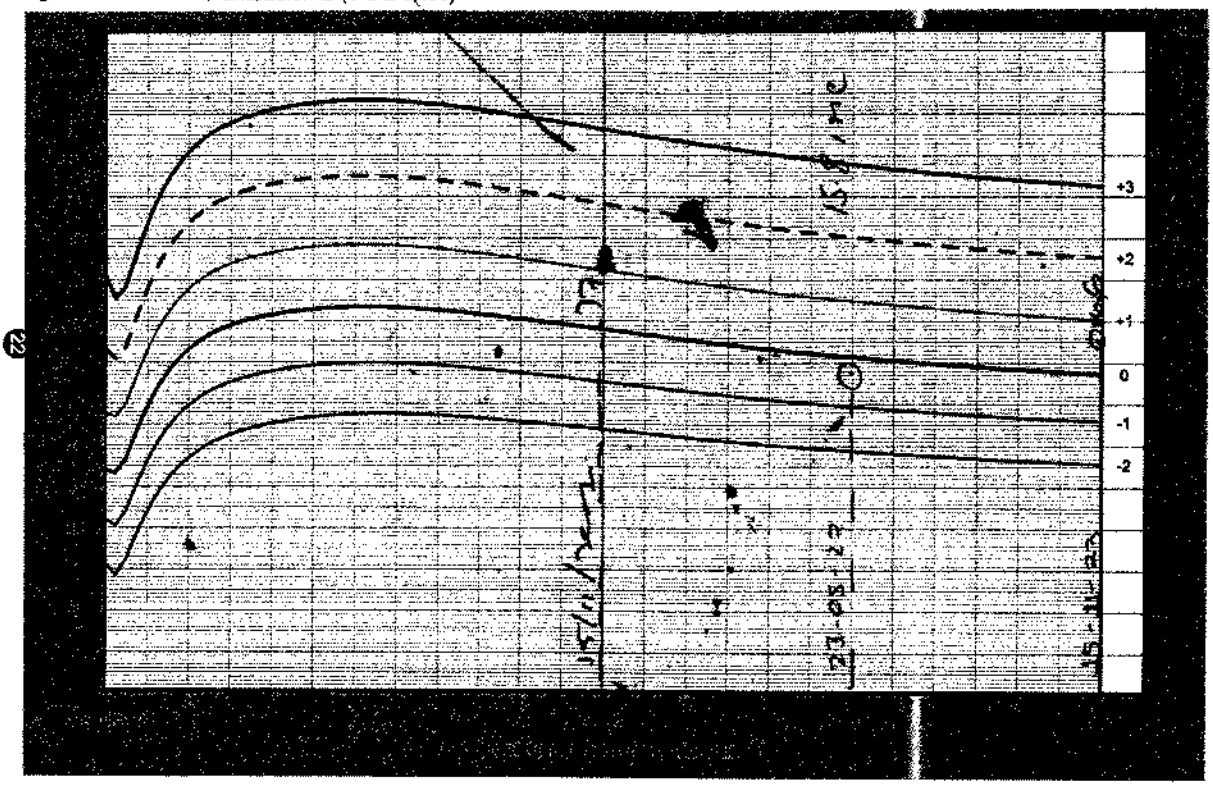
# Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



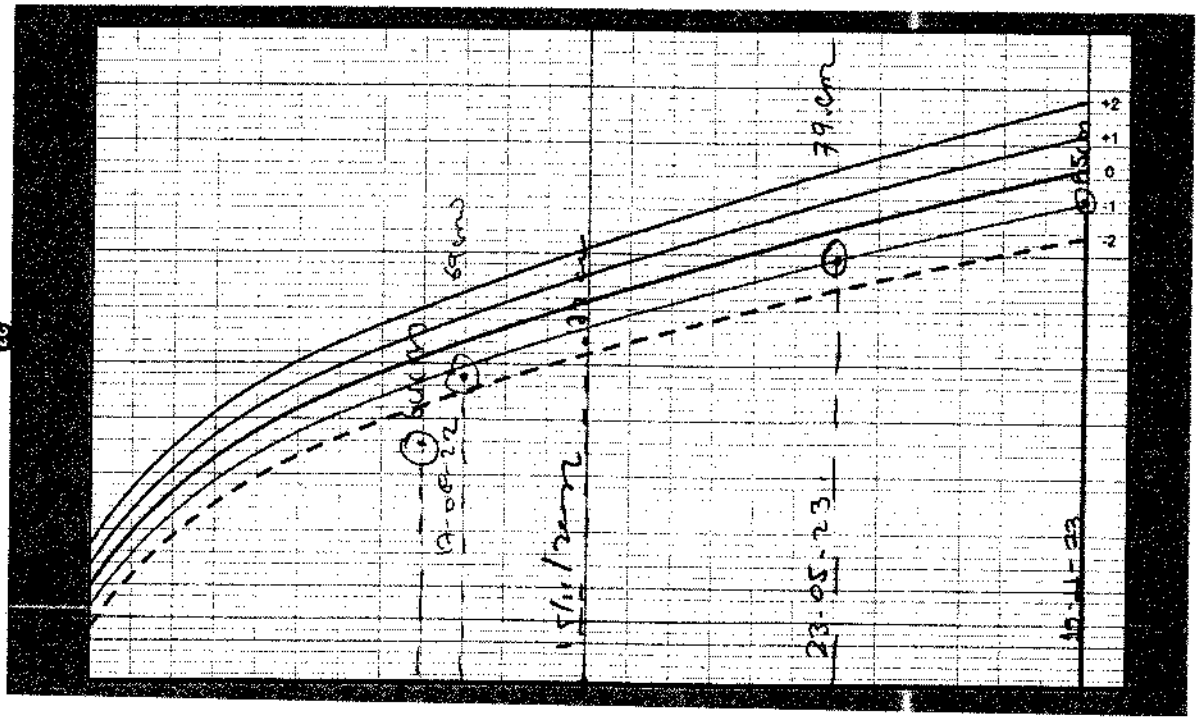

21

Puntuación Z (0 a 2 años)

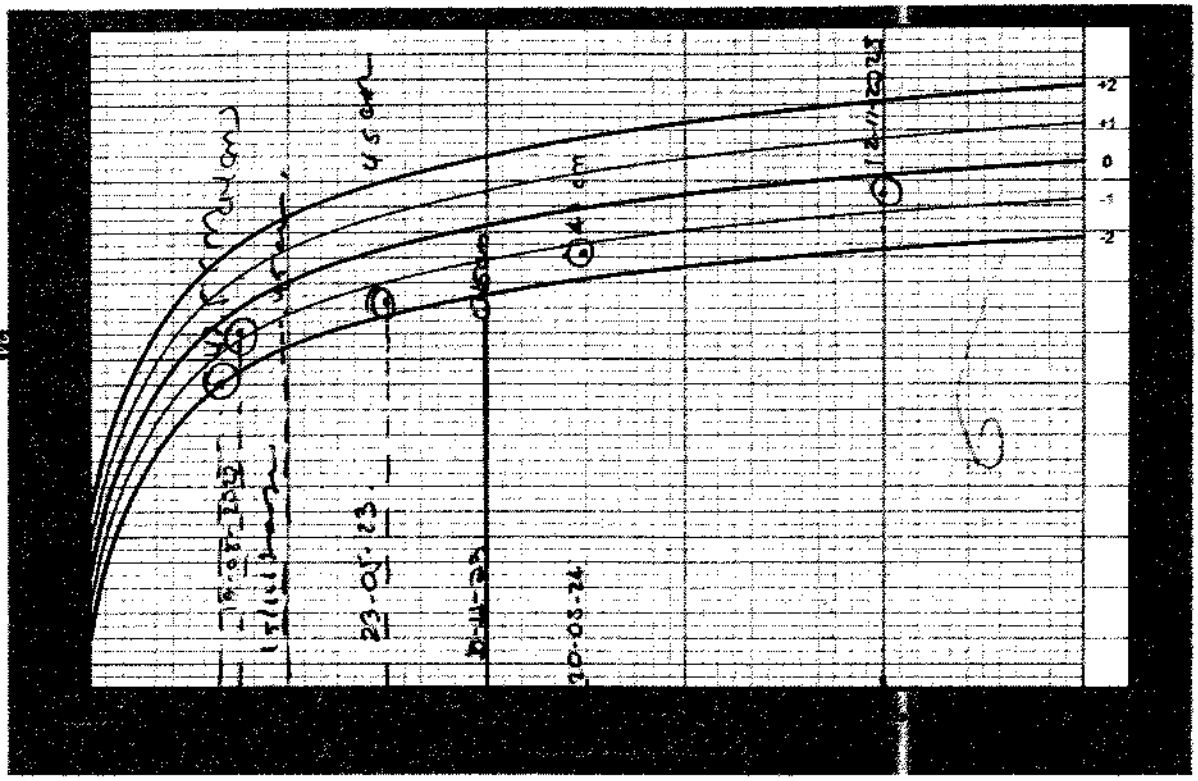



## Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

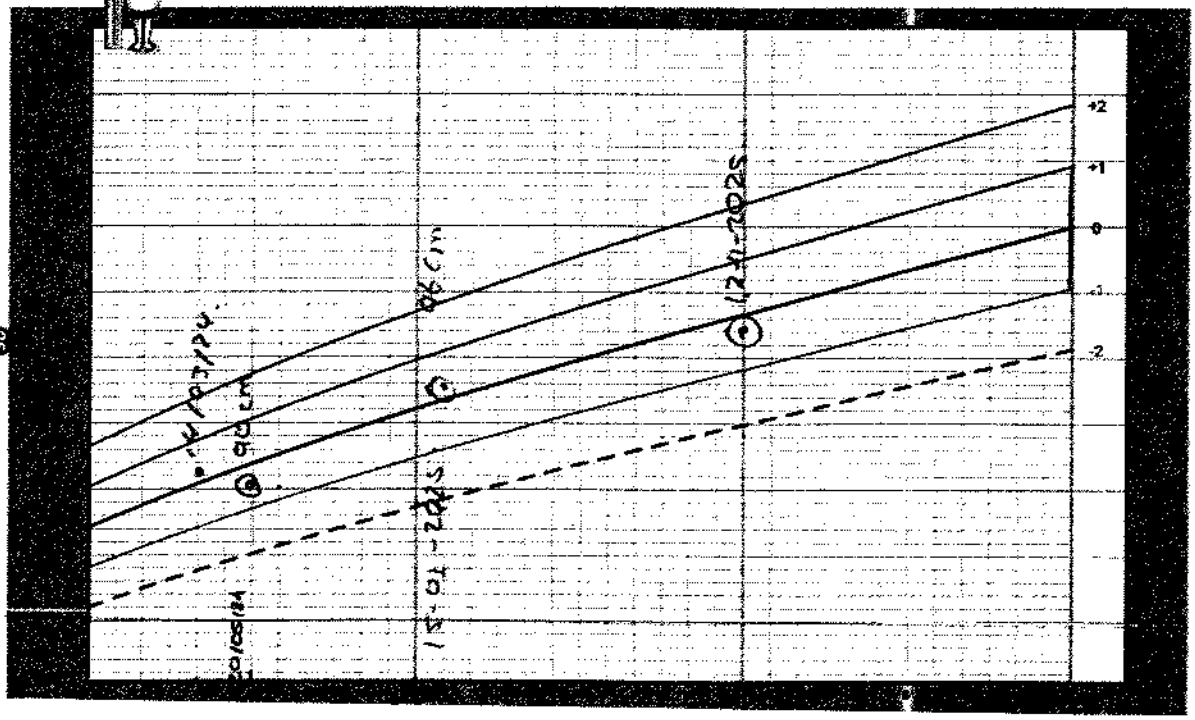


Puntuación Z (0 a 5 años)

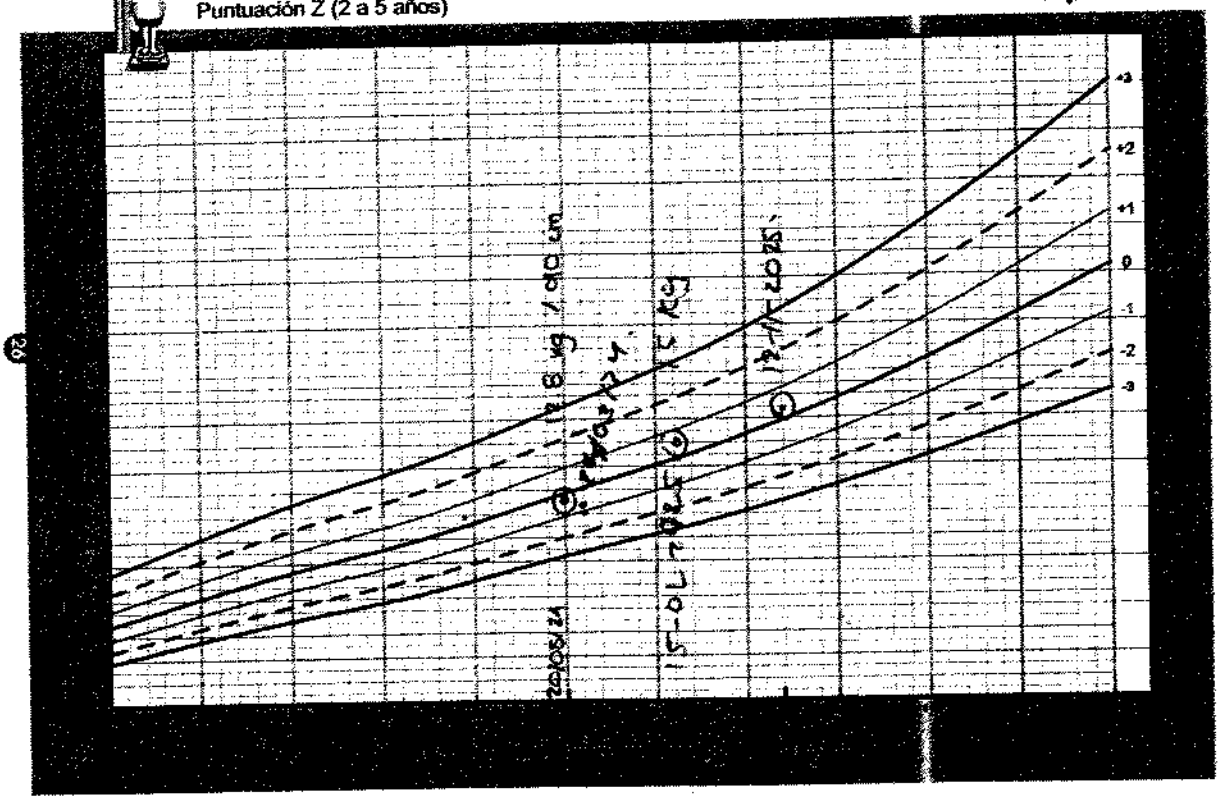



## Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)

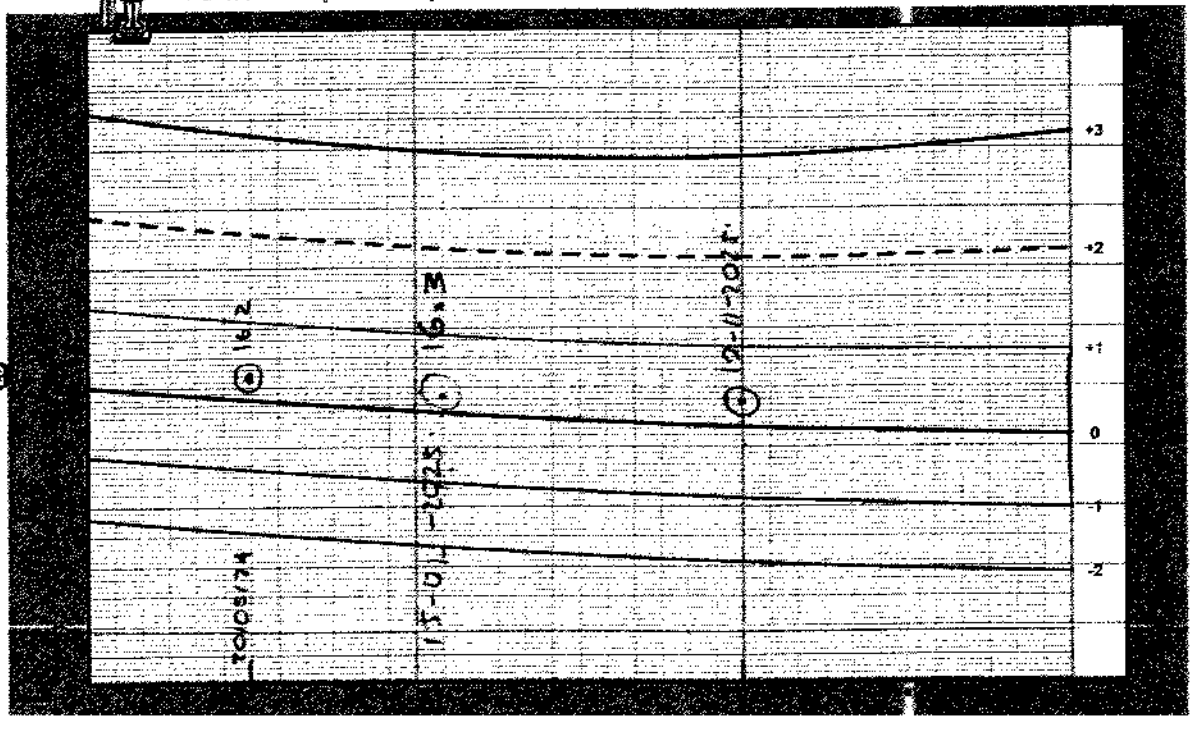


Puntuación Z (2 a 5 años)




## IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



# CITAS PROGRAMADAS

| DÍA | MES | AÑO | HORA | ASISTIÓ SI | ASISTIÓ NO |
|---|---|---|---|---|---|
| 14 | 10 | 2022 | ente | Si | |
| 03 | Noviembre | 2022 | Medico | | |
| 03 | 05 | 2023. | ENF. | Si 23-05-23 | |
| 03 | NOV. | 2023 | MEDICO | Si FC: 15-11-2023 | |
| 03 | Mayo | 2024 | Enf. | Si | Rechaza |
| 03 | Nov | 2024 | Med. | SI | |
| 03 | NOV | 2025 | Enf. | S | |
| 03 | (09)11 | 2026 | Med-G. | | |

| Fecha de atención | Peso | Talla | Perímetro cefálico | Perímetro braquial | IMC | Fecha del próximo control | Firma del profesional |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-07-22 | 7.0 | 64 | 42.5 | 13,5 | | 14-10-22 | |
| 16/11/08/22 | 7,8 | 69 | 43 | 13,5 | | 03-11-22 | |
| 15/11/2022 | 8,8 | 72 | 45 | 14 | 17. | 03/05/2023 | |
| 23-05-23 | 10 | 79 | 45 | 15 | | 03-11-23 | |
| 15-11-23 | 11 | 85 | 45 | 12 | 16.6 | 03-05-24 | |
| 14/03/2024 | 12.20 | 91 | 47.6 | 12.00 | | 14-08-24 | HB 13,4 |
| 20/05/24 | 12.8 | 90 | .47 | 15 | 16.2 | 03-11-24 | |
| 15-01-24 | 15 | 96 | 47.5 | 17 | 16.3 | 03-11-25 | |
| 12-11-2025 | 16.3 | 102 | 495 | 17.5MS | 15.7 | 03-11-2026 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO**

**IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA**

| | |
|---|---|
| Al momento de nacer | **Fecha:** |

**PRIMER CONTROL MÉDICO**

| | |
|---|---|
| Durante el primer mes de vida | **Fecha:** |

**SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA**

| Edad | Fecha de cita programada | Fecha en que asistió | Profesional que atendió |
|---|---|---|---|
| 1 a 3 meses | | | |
| 4 a 6 meses | | | |
| 7 a 9 meses | | | |
| 10 a 12 meses | | | |
| 13 a 16 meses | | | |
| 17 a 20 meses | | | |
| 21 a 24 meses | | | |
| 25 a 30 meses | | | |
| 31 a 36 meses | | | |
| 37 a 48 meses | | | |
| 49 a 60 meses | | | |
| 61 a 66 meses | | | |
| 67 a 72 meses | | | |
| 73 a 78 meses | | | |
| 79 a 84 meses | | | |
| 8 años (1) | | | |
| 8 años (2) | | | |
| 9 años | | | |

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

| Edad | Fecha | Edad | Fecha |
|---|---|---|---|
| 6 meses | | 42 meses | |
| 12 meses | | 48 meses | |
| 18 meses | | 54 meses | |
| 24 meses | | 60 meses | |
| 36 meses | | 66 meses | |

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

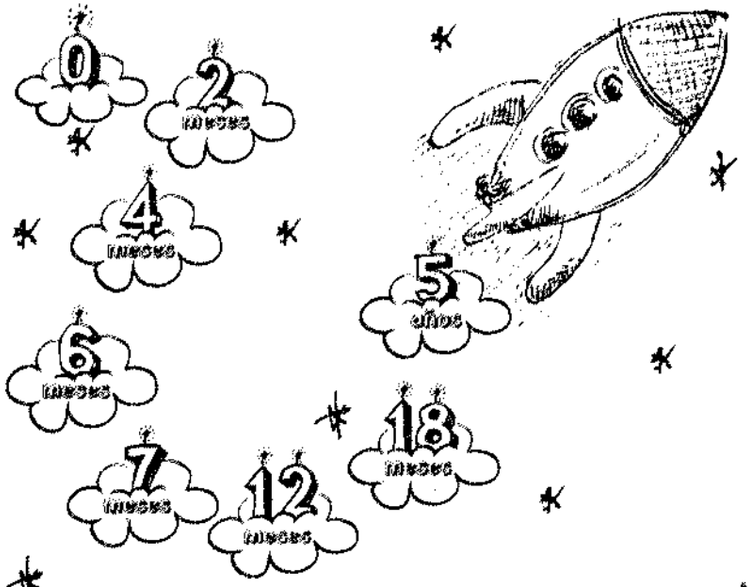
| | |
|---|---|
| Valor reportado TSH: | |
| Fecha verificación: | |
| Profesional que verificó: | |

**Exíjalo**

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

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

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




- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

**República de Colombia**
**Ministerio de Salud y Protección Social**
**Dirección de Promoción y Prevención**
**Subdirección de Enfermedades Transmisibles**
**Programa Ampliado de Inmunizaciones**

**www.minsalud.gov.co**
**Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25**

AIEPI

de cero a siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

# Vacunas al día, se la ponemos fácil

## CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Dilan Jobi Zamudio Oviedo
Fecha de nacimiento: 3 Noviembre 2027
Nº de certificado de nacido vivo: 0705469658
Registro civil: 1126144203
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 1500 kg.
Dirección: Alvania
Teléfono:
Responsable: Estefany Oviedo
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo

## Recuerda:

**Estas vacunas son gratuitas**



PROSPERIDAD PARA TODOS

**Nombre:** _____ **Registro Civil:** _____

| Edad | Me protege de | Dosis | Fecha de Aplicación Día Mes Año | Laboratorio | Número de lote | IPS vacunadora | Fecha próxima cita Día Mes Año | Nombre del Vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Recién Nacido | Lactancia materna exclusiva SÍ ☐ No ☐ | | | | | | | |
| | Tuberculosis B.C.G. | Única | 27 Agosto 24 | Serum | 037EHA052 | PS Afiliados | | |
| | Hepatitis B | Recién nacido | | | | | | |
| 2 Meses | Lactancia materna exclusiva SÍ ☐ No ☐ | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 1ª | 15 Febrero 22 | Biológicos | 20170041 | PS Afiliados | | |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1ª | 15 Febrero 22 | Serum | 20580025A | PS Afiliados | | |
| | Rotavirus | 1ª | 4 Enero 22 | GSK | BRDCB558AA | PS Afiliados | | |
| | Neumococo | 1ª | 7 Enero 22 | GSK | ASPNB275AA | PS Afiliados | | |
| 4 Meses | Lactancia materna exclusiva SÍ ☐ No ☐ | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 2ª | 30 Marzo 22 | Biológicos | 20170041 | PS Afiliados | | |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2ª | 30 Marzo 22 | Serum | 20580025A | PS Afiliados | | |
| | Rotavirus | 2ª | 30 Marzo 22 | GSK | AROCB558AA | PS Afiliados | | |
| | Neumococo | 2ª | 30 Marzo 22 | GSK | ASPNB275AA | PS Afiliados | | |
| 6 Meses | Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva. | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 3ª | 6 Junio 22 | Biológicos | 20170041 | PS Afiliados | | |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 3ª | 6 Junio 22 | Serum | 20580025B | PS Afiliados | | |
| 7 Meses | Influenza | 1ª | 6 Junio 22 | Sanofi | V5022008 | PS Afiliados | | |
| | Influenza | 2ª | 6 Julio 22 | Green Cross | B022004 | PS Afiliados | | |
| 12 Meses | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | 1ª | 8 Nov 2022 | Serum | 0130N12A | PS Afiliados | | |
| | Fiebre Amarilla | 1ª | 8 Nov 2022 | Sanofi | 0130N12A | | | |
| | Neumococo | Refuerzo | 8 Nov 2022 | GSK | ASPNB275AA | PS Afiliados | | |
| | Influenza | Anual | 20-6-2023 | Green | V2502301 | HFIO | | |
| | Hepatitis A | ÚNICA | 8 Nov-2022 | MSD | W04902 | PS Afiliados | | |
| 18 Meses | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1º Refuerzo | 20-6-2023 | Serum | 28210001C | HFIO | | |
| | Polio (Oral - IM) | 1º Refuerzo | 20-6-2023 | Serum | 22006C05 | HFIO | | |
| 5 Años | Polio (Oral - IM) | 2º Refuerzo | | | | | | |
| | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2º Refuerzo | | | | | | |
| | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | Refuerzo | 20-Ob-2023 | Serum | 0131N011A | HFIO | Cita 5 Años | |
| Niñas 9 Años o más | VPH | 1ª | | | | | | |
| | VPH | 2ª | | | | | | |
| | VPH | 3ª | | | | | | |
| Vacunas complementarias y otras dosis | VARICELA | UNICA | 8 Nov 2022 | Merck | U0002557 | PS Afiliados | | |

**La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar [redacted] lactancia materna y complementar con otros alim[redacted]itivos.**

14
R/V

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
# LA DORADA
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 09 MES 06 AÑO 2025 HORA: 10:00AM

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Dilan Jhair Ramirez Oviedo APELLIDOS Ramirez Oviedo

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

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 03 MES: 11 AÑO: 2021 EDAD: 34 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emsanar

**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 B, el cáncer de útero y el sarampión. Con la aplicación de estas vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reduce la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han estudiado beneficios y riesgos, pues es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación. Esta vacuna tiene autorización de uso de emergencia y aunque 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 Vacuna

| | |
|---|---|
| ¿COMO SE APLICA? | Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del musculo deltoides) |
| VACUNA Y DOSIS | Nombre de la vacuna a aplicar: Ninguna<br>Primera dosis [ ] Segunda dosis [ ] 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), artralgias (dolor articular), mialgias (dolor muscular), fatiga (cansancio), escalofríos, náuseas, enrojecimiento e inflamación en el lugar de la inyección, inflamación de los ganglios (linfadenopatía), malestar general, sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas |
| ALTERNATIVAS | A la fecha no se cuenta con 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 posparto, 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 durante 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 aparicion 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**: [X] que se me aplique la vacuna

Firma de la persona: Estefany Oviedo

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

Nombres Estefany Oviedo Apellidos

Tipo de Identificación: CC [X] CE [ ] OTRO [ ] Número

Firma: Estefany Oviedo

**En caso de requerirse firma a ruego:**

En virtud de que la persona a vacunar , identificado(a) con C.C [ ] C.E [ ]

OTRO [ ] Número de no sabe o no puede firmar, a su ruego firma

identificado(a) con C.C [ ] C.E [ ] OTRO [ ] número

de

Huella dactilar o
plantar del Rogante

Firma del Rogado
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Kelly Jiménez Zárate

Firma Kelly J.Z Tipo de Identificación: CC [X] CE [ ] OTRO [ ] Número 1075682134

### DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HELO

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

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

**Olga Lucia Cuasquer Posos**
**Gerente**

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

**CARNET RIAS** **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. Hospital Fronterizo LA DORADA

# Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Dylan Jhair Ramirez
Doc. de Identidad: RC 1126144203
EPS: Emssanar
Teléfono: 3108870417
Domicilio: V1 Albania

| | | PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS | FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) Ó AÑOS (A) | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 5 DIAS | 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 | | | | | | | | | | | X | | |
| | | Atención en salud por enfermería | | | | | | | | | | | | | |
| | | Atención en salud por Odontología | | | | | | | | | | | | | |
| | | Promoción y apoyo de la lactancia materna | | | | | | | | | | | | | |
| PROTECCIÓN ESPECIFICA | ODONTOLOGÍA | Aplicación de barniz de flúor | | | | | | | | | | | 5-03-2025 | 5-11-2025 | |
| | | Profilaxis y remoción de placa | | | | | | | | | | | 5-03-2025 | 5-11-2025 | |
| | | Aplicación de sellantes (Según Criterio) | | | | | | | | | | | 08 | 08 | |
| | > | Vacunación | | | | | | | | | | | | | |

ASLEIDY CHATER[illegible]
Odontóloga
TP. 29173949

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.788.679**

**OVIEDO BACA**

APELLIDOS

**ESTEFANY ALEXANDRA**

NOMBRES

Estefany oviedo

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-JUN-2000**

**SAN MIGUEL(LA DORADA)**
**(PUTUMAYO)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.52** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**12-FEB-2019 SAN MIGUEL(LA DORADA)**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6401800-01083365-F-1006788679-20190711 **00662**87993A 2 51877547



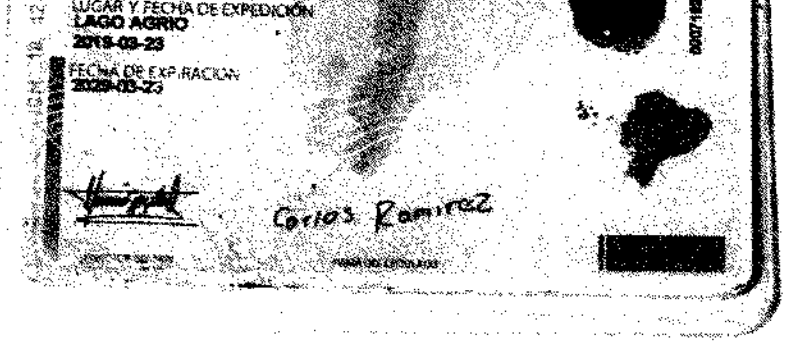
REPÚBLICA DEL ECUADOR
DIRECCION GENERAL DE REGISTRO CIVIL
IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN

CÉDULA DE CIUDADANIA MED
N. 210110662-9

APELLIDOS Y NOMBRES
RAMIREZ LEGARDA
LUIS CARLOS

LUGAR DE NACIMIENTO
SUCUMBIOS
LAGO AGRIO
NUEVA LOJA

FECHA DE NACIMIENTO 2003-02-07
NACIONALIDAD ECUATORIANA
SEXO HOMBRE
ESTADO CIVIL SOLTERO



INSTRUCCION
INICIAL

PROFESION / OCUPACION
NINGUNA

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
RAMIREZ QUINTERO ARMANDO

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
LEGARDA CALDERON MARIA ROSA

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION
LAGO AGRIO
2019-03-23

FECHA DE EXPIRACION
2029-03-23

Carlos Ramirez

Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Estefany Oviedo identificado con C.C N° 1006788699 en calidad del padre o madre (Madre) del niño o niña: Dilan Jhair Ramirez oviedo 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 19 Días del mes de 06 de Año 2025.

Esperanza Bacca
Madre o Acudiente
C.C 44778625

| | PROCESO<br>COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA | F2.P2.CE | 11/07/2024 |
|---|---|---|---|
| BIENESTAR FAMILIAR | 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 Dilan Jhair Ramirez Oviedo, identificado (a) con documento de identidad número 1126144263, 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, Estefany Alexandra Oviedo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006788679 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 Almadevida 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: Esperanza Bacca
Nombre: Esperanza Bacca
Calidad - Titular: Madre Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3108870417
Fecha: 19/06/2023
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** Dilan Jhair Ramirez Oviedo

**Fecha de nacimiento** 03 11 2021 **Nº Documento de Identidad** 1126144203

**Sexo** Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 19 06 2025

**Primer Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Willian Marin O.

**Fecha de registro cualitativo** 20 09 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 Dilan Jhair se encuentra en un perfil esperado teniendo en cuenta que realiza diferentes acciones dentro de su rango de edad, la buena relación con los demás, la independencia, su autonomía, se continuará implementando estrategias que fortalezcan sus habilidades.

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

**Segundo Registro Cualitativo**

**Nombre del observador**

**Fecha de registro cualitativo**

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

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

**Observaciones generales**

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

**Tercer Registro Cualitativo**

**Nombre del observador**

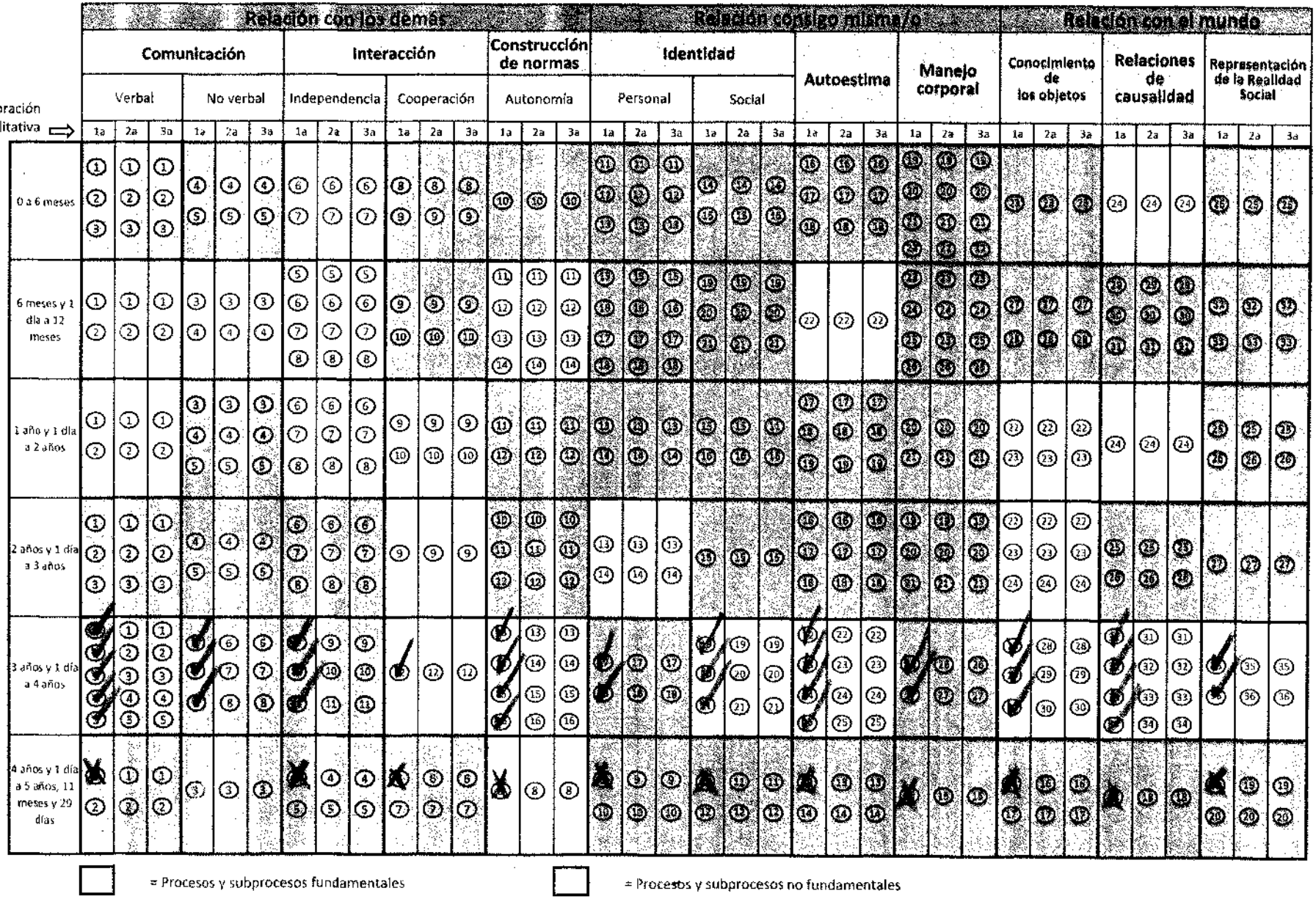
**Fecha de resgistro cualitativo**

**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 mismo/a
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

# REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): William Marín Ordoñez NOMBRE UCA: Grandes exploradores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Dilan Jhair Ramirez IDENTIFICACIO: 1126144203 FECHA DE NACIMIENTO: 03/11/2021

| 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 | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

# REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

NOMBRE DE LA MAESTRA (O):_____ 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 | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |