Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripción y Matricula con ffotografía 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).
7	Copia del carnet de vacunación.
8	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
9	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
10	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
11	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
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	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
17	Formato de autorización uso de imágenes.
18	Planilla seguimiento nutricional
19	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
20	OTROS: Formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa (Cuando aplique

PUBLICA

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

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

FECHA SOLICITUD CUPO: 26-09-2025 **FECHA INGRESO:** 01-10-2025

UDS: Dulces Angelitos 1. **MUNICIPIO:** San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Monica yurani portillo Angulo

TIENE REGISTRO CIVIL: SI____ NO X **NUIP No.** CC. 1193083723

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL?
Ella tiene cedula y es madre gestante.

FECHA NACIMIENTO: 27-03-2025 **EDAD:** _____ **MUNICIPIO:** Orito

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

DE RESIDENCIA: V/ La Campiña. **ESTRATO:** C1 **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: _____ NO: X

¿CUAL?: N/A **MOTIVO DEL RETIRO:** N/A **PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF:** SI: __ NO: X CUAL: _ **EPS DEL PARTICIPANTE:** Emmsanar.

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: C1

DESPLAZADO: SI: _ NO: _ **VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:** SI: _____ NO: ____

_____ **RED UNIDOS:** SI: ____ NO: ___

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: ___ NO: ___ CUAL: _____

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: NA.

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.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Marcos Elian Rvales Rios

NUMERO IDENTIFICACION: 1.006 997 410 **CELULAR:** 3118920 046

DIRECCION: V/ La Campiña. **PARENTESCO:** Conyugue

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE **FIRMA AGENTE EDUCATIVA**



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.193.083.723**
PORTILLO ANGULO
APELLIDOS
MONICA YURANI
NOMBRES

Mónica Yurani P
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **27-MAR-2001**
ORITO
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA **O+** G.S. RH **F** SEXO
28-MAR-2019 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
ÍNDICE DERECHO

P-6401800-01083365-F-1193083723-20190711 0066288866A 2 51871366

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

C1

Fecha de consulta: 17/09/2025

Ficha: 86757023477900000035

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: MONICA YURANI

Apellidos: PORTILLO ANGULO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1193083723

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/10/2022

Última actualización ciudadano: 24/10/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTE

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libert

Teléfono: 4210537 - 32131387

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Monica Yuranis

Apellidos: Portillo Angulo

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1193083723

Fecha de nacimiento: Día 27 Mes 03 Año 2001

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	20/05/2022	CoronaVac® COVID-19 Vaccine (Vero Cell), Inactivated 0.5 mL/vial	B202107098	ESE HFLD	Dennis Naruaez	1123301880
	2	11 julio 2022	CoronaVac® COVID-19 Vaccine (Vero Cell), Inactivated 0.5 mL/vial Lot No.: B202109141 Exp.Date: 2022 09 27	B202109141	E.S.E HFLD	Paula Casanova Daniela Casanova Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1007728227	1007728227
		11 enero 2023	CoronaVac® COVID-19 Vaccine (Vero Cell), Inactivated 0.5 mL/Vial Lot No.: B202109141 Exp.Date: 2022 09 27	B202109141	E.S.E HFLD.	Daniela Casanova Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1007728227	

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación #118

Nombres: Monica Yurani

Apellidos: Portillo Angulo

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP Otro Cuál

No. 1193083723

Fecha de nacimiento: Día 27 Mes 03 Año 2001

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS Vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	2 Ref	26 Mayo 2023	CoronaVac® COVID-19 Vaccine (Vero Cell), Inactivated 0.5 mL/vial Administration: Intramuscular injection in the deltoid. Single dose of 0.5 mL contains 600SU of inactivated SARS-CoV-2 virus as antigen. Store and transport between +2°C and +8°C, and protect from light. Do not freeze. Manufacturer: SINOVAC LIFE SCIENCES CO., LTD. Lot No.: B202109141 Exp.Date: 2022 09 27	B202109141	H·F·L·D	Kerly Jiménez	1075682134
	2						

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Monica Yurani

Apellidos: Portillo Angulo.

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 1193083723

Fecha de nacimiento: Día 27 Mes 03 Año 2001

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	7-6-22	L211UFC0127	JC014M.
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	3-06-2022	2339X026A	Paula C
	2	25-07-22	2339X026A	SC014M.
	3	29-07-23	[illegible]	Karen A
	4			
	5			
TdaP acelular	1	07/10/25	2CA742A	Eduard B
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	25 Agosto 2022	4V x 1C1005	J C BJ
	2	11 enero 2023	4V x 2000 3	dcz Pola
	3	17 Julio 2023	04x2000 2 5	Monche Soto
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	23-07-23	230044	Karen A
Otras SRP	D.U	25-07-23	A64EF187A	Andy M
Influpnza	U d	21/08/25	U302C500L	Eduard B

10
RIV

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 FECHA: DÍA 01 MES 10 AÑO 2025 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Monica Yurani APELLIDOS portilla Angulo

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 1.193.083.723

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 27 MES: 03 AÑO: 2001 / EDAD: 24 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emmsanar

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 reaccion

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Ninguna 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, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

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 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 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: x Mónica Yorani Portillo Angulo.

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

Nombres x Mónica Yorani Portillo Apellidos _____

Tipo de Identificación: CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número _____

Firma: _____

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 1193083723

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Jeniffer Yulieth Cabezas Meneses

Firma Jeniffer Cabezas Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446089

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFM

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

11.


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.006.997.410
RUALES RIOS
APELLIDOS
MARCOS ELIAN
NOMBRES
Elian Ruales
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 04-MAR-2000
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
05-MAR-2018 SAN MIGUEL(LA HORMIGA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO
P-6401800-01308627-M-1006997410-20220718 0080110495A 1 9919911328

1106068473-Maternas.
- 3134769618-Urgencia

CARNET CLINICO MATERNO - PERINATAL - CLAP - OPS/OMS

NOMBRES Y APELLIDOS: Hoyuela Yurani Portillo Angel
DIRECCIÓN: Yoro, Olanchito, Barrio.
TELÉFONO: 32225335-92 OCUPACIÓN: Ama de Casa.
FECHA DE NACIMIENTO: 24/03/2001

CENTRO PRENATAL EN: H. F. L. D.
NÚMERO ANTORCHA CLÍNICA: 1119708772 3
EGRESO: ENFERMERA.

ANTECEDENTES

FAMILIARES: TBC, Diabetes, Hipertensión, Preeclampsia/eclampsia, otros
PERSONALES: TBC, Diabetes, Hipertensión, Preeclampsia/eclampsia, otros
Cirugía previa, Hemorragia, Cesárea, Aborto, Embarazo ectópico, Enfermedad de transmisión sexual, Otros

OBSTÉTRICOS: Último año previo — Normal, Aborto, Nº abortos, Nº hijos, Cesáreas, Gemelares
Gesta 0 | Para 0 | Cesárea 0 | Aborto 0 | Vivos 0
Fin embarazo anterior: Hace menos de 1 año / Hace más de 5 años
Embarazo planificado/deseado: SI NO
Fracaso de método anticonceptivo

GESTACIÓN ACTUAL

Peso anterior: 60
FUM: 19/04/25
Co-confiable por: FUM, Ecografía
Fumar: SI NO, cuanto
Alcohol: SI NO
Drogas: SI NO
Cigarrillos por día: Ex-fumadora
Antitetánica: SI NO, dosis
Antirubeola: SI NO
Ex. normal: SI NO — Orina, Mamas, Cervix
Sulliván: 76

Semanas: 13 5
Días: 0
Nº consultas: 01
Peso actual: 60

Hemoclasificación: A+ O+ B+ AB+ O+ Rh
Citología: Fecha, Resultado, Colposcopía
Consejería y solicitud VIH: 1 SI NO; 2 SI NO; 3 SI NO
Resultado: 1 + − ; 2 + − ; 3 + −
Prueba rápida sífilis: 1 + − ; 2 + − ; 3 + −
Hb<20 sem: 13,5 g/dl — <11,0g
Hb>29 sem: , g/dl — <11,0g
Ag SHB: − + (no se hizo)
Test de Sulliván: mg/dl
Total consultas prenatales:

	Fecha	Peso	Presión arterial	Altura uterina	Presentación	FCF	Edemas	Albúmina	Glicosuria	Signos de alarma, síntomas, tratamientos	Nombre y código del profesional
1	28/05/25	54	68	110/70	13	—	—	✓	✓	Todo lo potinela 1 CP	
2	27/06/25	51	70	110/70	14	—	—	✓	✓	Cita Gruau P/Eco Gestacional	
3	28/07/25	55	65	110/70	15	—	150 ++	✓	✓	PSS/Examen 2 trimestre Eco detalle A Gruau	
4	28/08/25	54	63	110/70	18	—	140 ++	✓	✓	SS parcial de orina Frota Cita.	
5	30/09/25	54	67	100/70	27	cef	142 ++	✓	✓	SS paraclinicos de II trimestre y vdlgo	
6	28/10/25	54	68	110/70	28	—	135 ++	✓	✓	Examens de III trimestre P/Gruau	
7											
8											
9											
10											
11											
12											

EL COLOR SIGNIFICA ALERTA

PARTO / ABORTO

CARNET: SI NO
Fecha de ingreso
Hospitalizaciones durante el embarazo: SI NO
Aborto: interrupción voluntaria, espontáneo
Corticoides antenatales: Dosis, Semana inicio, Motivo, Tocolisis
Inicio: Espontáneo, Inducido, Cesárea anticipada
Ruptura de membranas anteparto: Hospital, Otros; <37 sem, 12 hrs, ≥ 37°C
Horas entre ruptura y parto
Edad gest. al parto: Semanas, Días; por FUM, por ECO
Presentación: Cefálica, Podálica, Transversa

Acompañante en T de P: Pareja, Familiar, Otro, Ninguno
Nacimiento: vivo, muerto (antes del parto, durante el parto, ignora momento)
Gemelar: primero, segundo
Hora del parto
Fecha del parto
Terminación: Espontánea, Forceps, Cesárea, Espátulas
Indicación principal de inducción o parto operativo: Inducción, Operativo
Posición parto: Semisentada, Cuclillas, Acostada
Episiotomía: NO, SI
Enema/rasurado: NO SI; Sólo enema, Sólo rasurado, Enema y rasurado
Desgarros: NO, grado I a IV

Oxitócicos en alumbramiento: Oxitocina, Otro uterotónico, Ergometrina, NO
Placenta: Completa, Retenida
Ligadura cordón: <30s, 30s hasta 1 min, >1 min
Se hizo partograma: SI NO
Atendió parto: Médico, Enf., Aux., Estud., Emerg., Otro

Medicación recibida: NO SI
Oxitocina en T de P, Antibiótico, Analgesia epidural, Anestesia general, Sulfato de magnesio, Transfusión, Anestesia regional

Enfermedades: Ninguna
NO SI: HTA crónica, HTA gestacional, Preeclampsia, Eclampsia, Cardiopatía valvular, Diabetes, Anemia
Infección urinaria, Amenaza parto prematuro, R.C.I.U., Ruptura prematura de membranas, Corioamnionitis, Otras graves

Hemorragia: NO SI
1ª hora, 2ª hora, 3ª hora, Posparto, Infección puerperal
Código

Nombre y código del profesional

RECIÉN NACIDO

Sexo del RN: Femenino, Masculino, no definido
Peso al nacer: g; menor 2500g
Talla al nacer: cm
Perímetro cefálico al nacer: cm
Edad gestacional confiable: Semanas, Días EG; FUM, ECO, Estimada
Peso para la edad gestacional: Adecuado, Pequeño, Grande
APGAR: 1', 5'
Hemoclasificación: Grupo, Rh, Sensibilizada

Reanimación: NO SI; ventilación presión, intubación OT, masaje cardíaco, adrenalina, Vía Aérea S.
Fallece en sala de parto: NO SI
Referido: hospitalario, ambulancia, otro
Defectos congénitos: NO SI menor mayor
Enfermedades: Ninguna, Código
Tamización neonatal: Normal, Anormal, TSH, Galactosemia, Fenilcetonuria, Hipotiroidismo congénito, Hiperplasia suprarrenal congénita, Hemoglobinopatías, Fibrosis quística, Déficit de biotinidasa, Hipoacusia, Otras patologías

Atendió neonato: Médico, Enf., Aux., Estud., Emerg., Otro
Nombre y código del profesional
Vitamina K: SI NO
Profilaxis oftálmica: SI NO

EGRESO RN

Fecha
Estado: Vivo, Fallecido
Edad días al egreso: +1 día
Lactancia: exclusiva, mixta, fórmula
Vacunas: NO SI; polio, BCG, hepatitis B
Peso al egreso: g
Tipo de egreso: Traslado, Alta, Fallece antes de trasladarse, Fallece después de trasladarse
Patología

EGRESO MATERNO

Fecha
Tiempo posparto: < 6 horas, Entre 6 y 12 hs, Entre 12 y 24 hs, > a 24 horas
Vía aérea: normal, patología, asistencia ventilatoria, fallece
Anti-rubeola post parto: ya estaba, NO, SI
Anticoncepción: NO SI; DIU, inducción, hormonal, otro, ligadura, vasectomía, ninguno

Nuevo certific. nacido vivo
Nombre y código del profesional
Nombre y código del profesional

E. HOSPITAL FRONTERIZO
A DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023 ¡Gracias Dios mío por tantas bendiciones!

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS JUVENTUD

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Monica Yurani Portillo Angulo

Doc. de identidad: 1193083723 EPS: Emssanar

Teléfono: Domicilio:

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN AÑOS								
			18	19	20	21	22	23	24	25	26
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Atención por médico general			Yohana Daniela Perez ODONTÓLOGA TP 032736				C: 22-08-24 R: 22-08-26		
		Atención en salud bucal por odontología (1 vez cada 2 años)									
DETECCIÓN TEMPRANA	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Tamizaje de cáncer de cuello uterino (Citología) de acuerdo al riesgo (según riesgo y esquema)									
		Colposcopia cervicouterina (si aplica)									
		Biopsia cervicouterina (si aplica)									
	RCV	Tamizaje de riesgo cardiovascular									
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría anticoncepción - (según riesgo)									
		Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfemeria para la asesoria anticoncepción - control (según riesgo)									
	ODONTOLOGÍA	Profilaxis y remoción de placa bacteriana							22-08-25 22-08-26		
		Detartraje supragingival									
	Y	Vacunación (según esquema vigente)									

~~LILIANA MARIBEL CORDOBA~~
AUX. EN SALUD ORAL

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Monica Portillo Identificado con C.C N° 1.193.083.727 en calidad de: padre o madre (✓), del niño o niña: N/A. o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Dulces Angelitos 1, me comprometo a cumplir con los siguientes lineamientos:

1. Llevar personalmente o enviar con un adulto responsable debidamente autorizado, al niño o niña al encuentro en el horario establecido.
2. En caso de inasistencia, se debe diligenciar una excusa por una justa causa, dirigida a la maestra responsable de la unidad con anticipación.
3. En caso de que el usuario tenga cita o control médico, informar con anticipación a la maestra responsable para su registro.
4. Cuando el usuario vaya a llegar tarde al encuentro por una justa causa informar oportunamente a la maestra.
5. Participar y colaborar en todas las actividades programadas por la unidad comunitaria de atención, y el servicio ofrecido por el ICBF y la Fundación Alma de vida, pues estas son con el objetivo de mejorar la atención del niño o niña y sus familias.
6. Cuando tenga alguna queja, reclamo o sugerencia, seguir el CONDUCTO REGULAR: Maestra, Psicosocial o Auxiliar de enfermería, coordinador, Fundación e ICBF, teniendo en cuenta:
   - ✓ Hacerlo en el momento en el que ocurra el motivo o causa de la queja, reclamo o sugerencia.
   - ✓ Hacerlo con respeto, buenos modales y fines constructivos, que contribuyan al mejoramiento del servicio que ofrece a unidad de atención.
   - ✓ Tratarlo sólo en unidad, con la persona que corresponda de acuerdo al Conducto Regular y nunca hacer comentarios dañinos en la calle.
   - ✓ También se puede hacer a través del Buzón de Sugerencias.
7. Revisar los complementos nutricionales en el momento de entrega por parte de la maestra y reportar inmediatamente si se presenta novedades.

Se firma en San Miguel, a los 01. Días del mes de 10 del Año 2025.

Monica Yurani Portillo
Madre o Acudiente
C.C 1193083723

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PARTICIPACIÓN	F10.MO6.PP	21/05/2019
		Versión 4	Página 1 de 2

Yo, Monica Yurani Portillo Angulo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1193083723, obrando en calidad de:

Padre		Madre	✓	Cuidador	

De la niña, niño o adolescente, N/A., identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) ___, TI___, CE___, número N/A., manifiesto que:

Sí	✓	No	

AUTORIZO a la niña, niño o adolescente a participar en la oferta de la Dirección de Niñez y Adolescencia
Con la suscripción de este permiso manifiesto que me informaron que, durante la participación, en la oferta de la Dirección de Niñez y Adolescencia se:

1. Captarán, tomarán, almacenarán y editarán imágenes personales o fotografías de los participantes
2. Realizarán videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
3. Divulgarán y publicarán 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, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como 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, 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, 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.

Suscriben:

Firma: Mónica Yurani P.
Nombre: Monica Portillo Angulo
Calidad - Titular: ✓ Representante legal:
Teléfono de contacto: 3222535392
Fecha: 01-10-2025
Municipio: San Miguel Putumayo

CLASIFICADA