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 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

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



FECHA SOLICITUD CUPO: 27-03-2025 **FECHA INGRESO:** 01-04-25

UDS: Grandes exploradores **MUNICIPIO:** San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Yency fernanda Solar Bonilla

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1122344081

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 13-Agost-2022 **EDAD:** 2 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: A2 **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: ____

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: José Guillermo Solar

No. IDENTIFICACION: 1.066.722434 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/ Albania

CELULAR: 3133185901 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: oficios Varios

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria odilia Bonilla

No. IDENTIFICACION: 1073248536 **DIRECCION RESIDENCIA:** ____

CELULAR: 3133185901 **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: Maria odilia Bonilla

NUMERO IDENTIFICACION: 1073248536 **CELULAR:** 3133185901

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

Maria odilia Bonilla
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

Latitud

0.303115
N 0° 18' 11.2508"

Longitud

-76.756150
W 76° 45' 22.1407"

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 2874720

NUIP 1.122.344.081

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
SOLAR BONILLA YENCY FERNANDA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)										Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	2	Mes	A	G	O	Día	1	3	FEMENINO	A +

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	2	0	2	2	Mes	M	E	P	Día	2	0	0063693337

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
BONILLA VERA MARIA ODILIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.073.248.536	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
SOLAR GUERRA JOSE GUILLERMO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.066.722.464	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
BONILLA VERA MARIA ODILIA

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.073.248.536

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)	8 6 4

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)										Nombre y firma del funcionario
Año	2	0	2	2	Mes	M	E	P	Día	2	0	ROY EDISON CALLE QUIRAMA

Registrador del Estado Civil

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
30519347.9

Sisbén

Registro valido

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

Ficha: **867576741052800008631**

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: YENCY FERNANDA

Apellidos: SOLAR BONILLA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344081

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **24/04/2024**

Última actualización ciudadano: **24/04/2024**

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 Educacion
- 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	1122344081
NOMBRES	YENCY FERNANDA
APELLIDOS	SOLAR BONILLA
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	01/04/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/19/2025 18:14:24	**Estación de origen:**	192.168.70.220

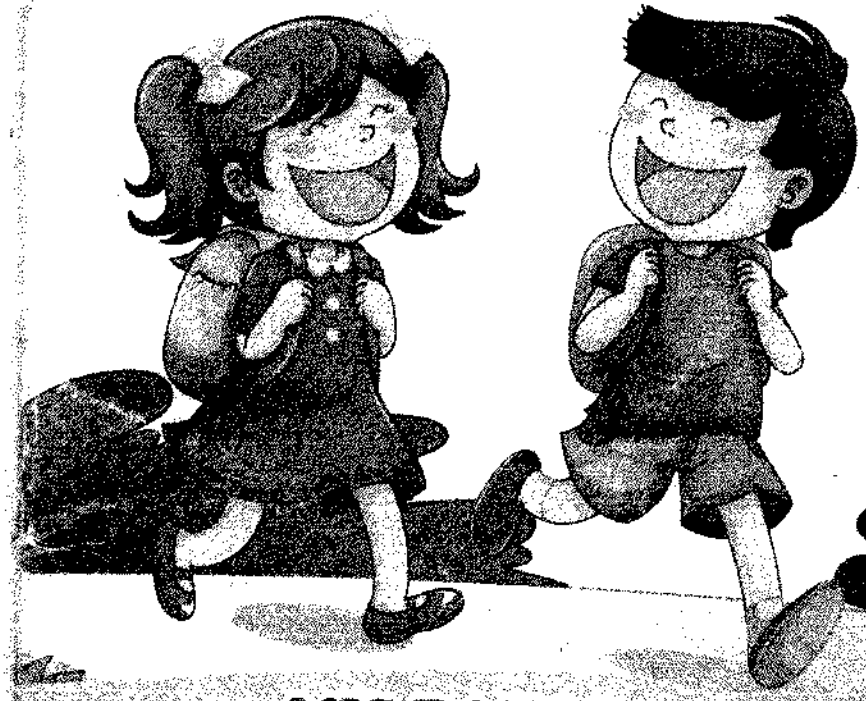
La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la 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



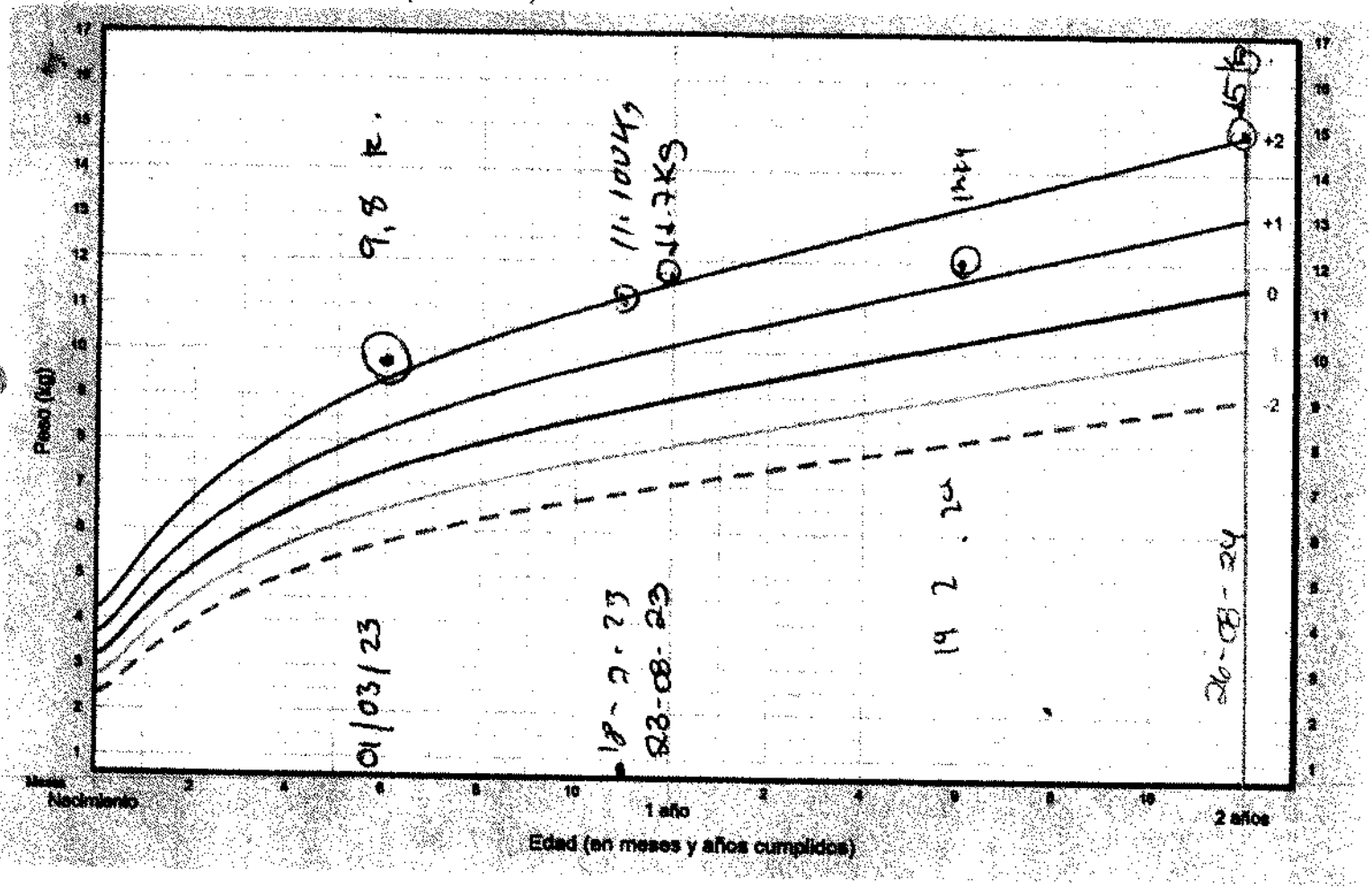
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Yeni Fanaday	Apellidos: Sula Barrios
Fecha de nacimiento: 13 | 08 | 2022	Historia Clínica: 1122744081
Barrio/Vereda:	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS:

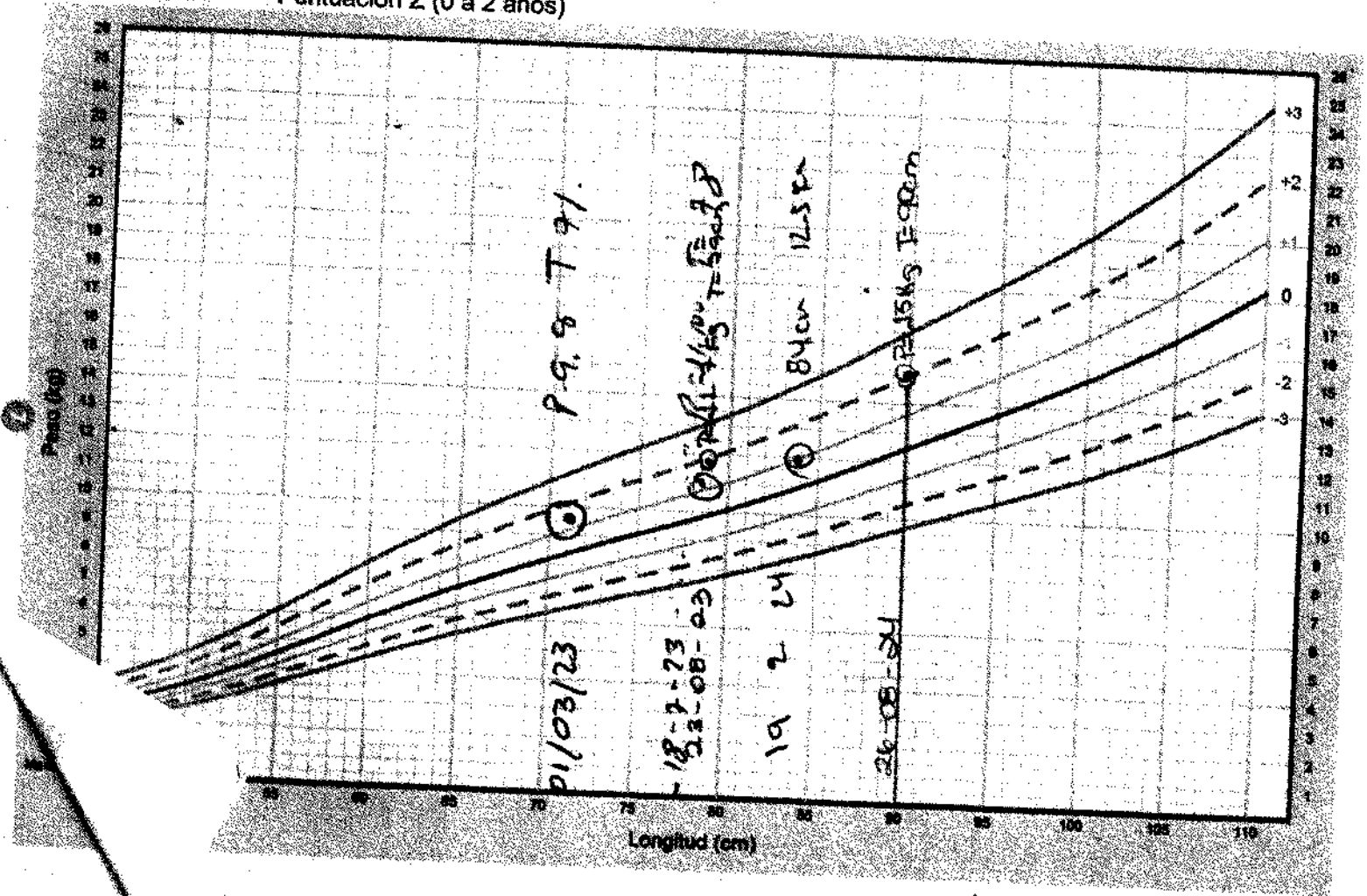
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso para la Talla Niñas

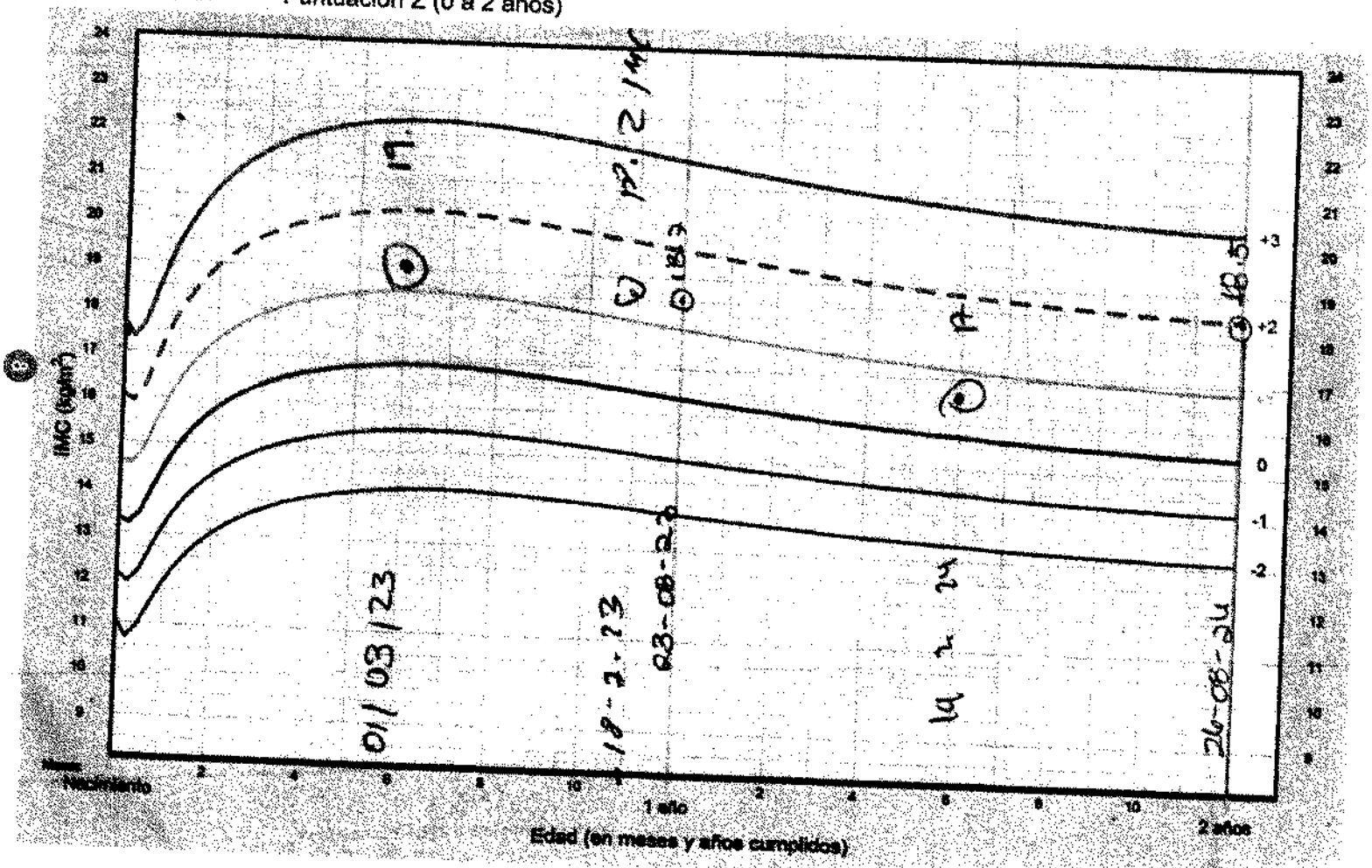
Puntuación Z (0 a 2 años)



8
R/V

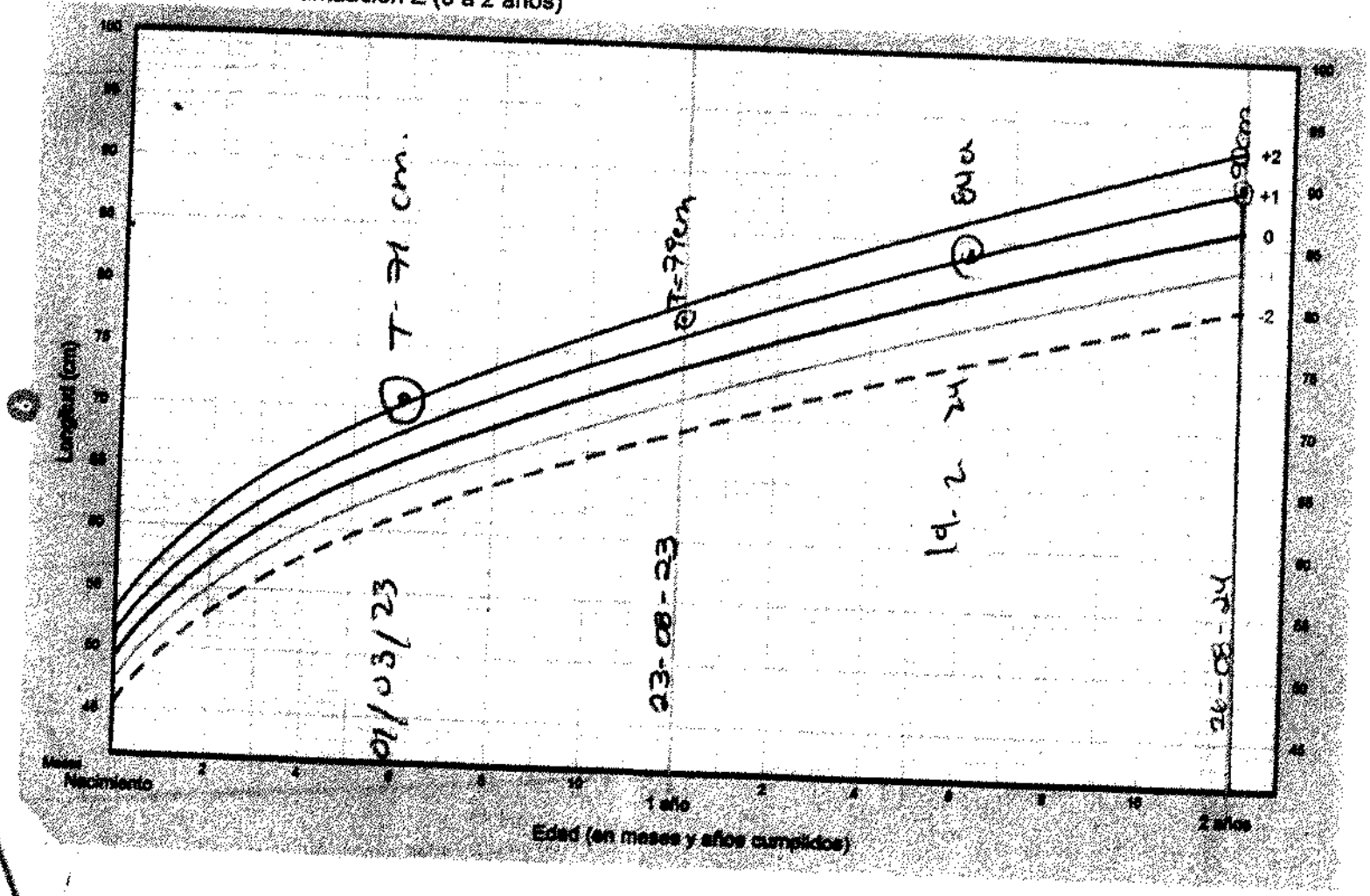
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Talla para la Edad Niñas

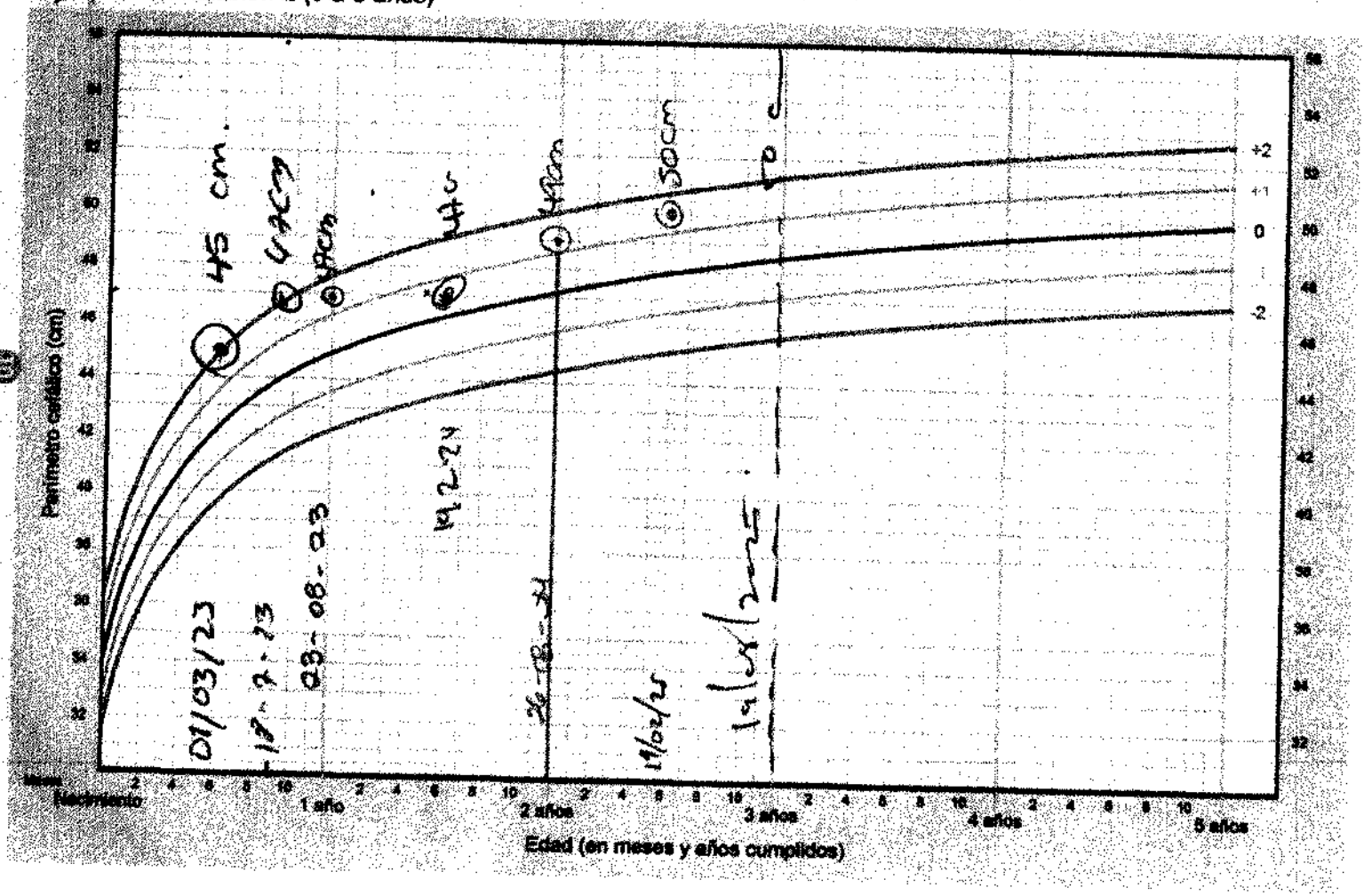
Puntuación Z (0 a 2 años)



9
R/V

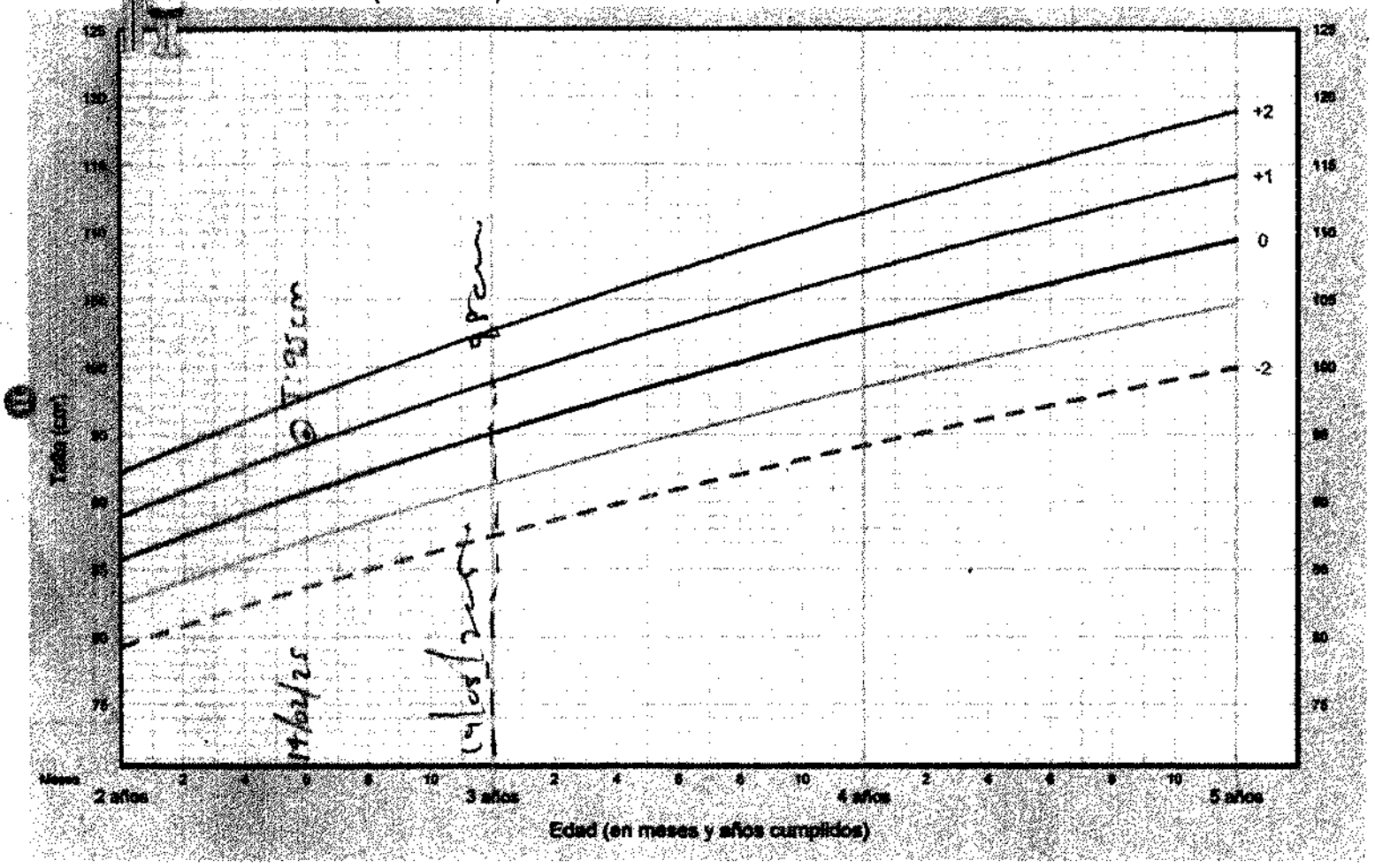
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



Talla para la Edad Niñas

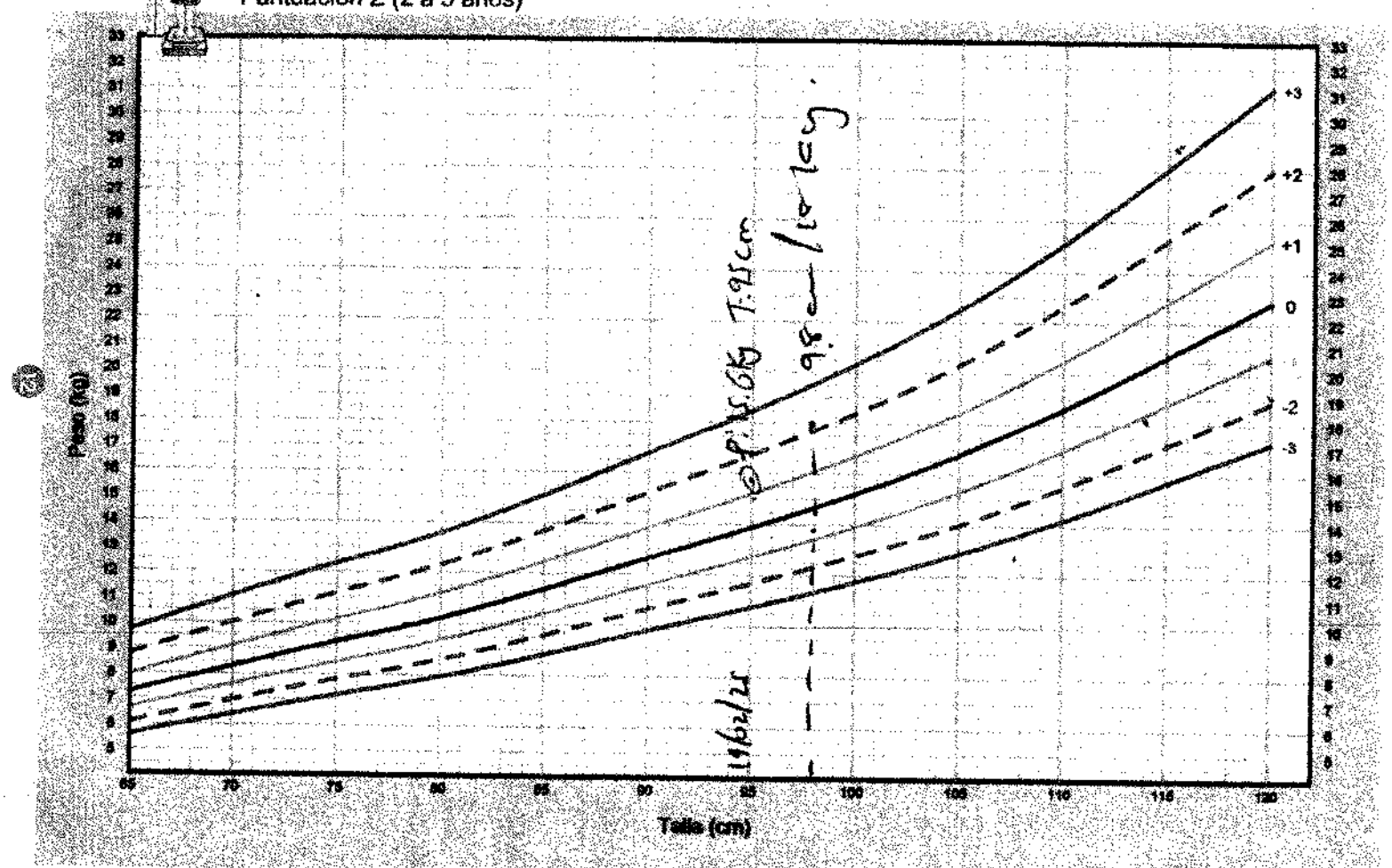
Puntuación Z (2 a 5 años)

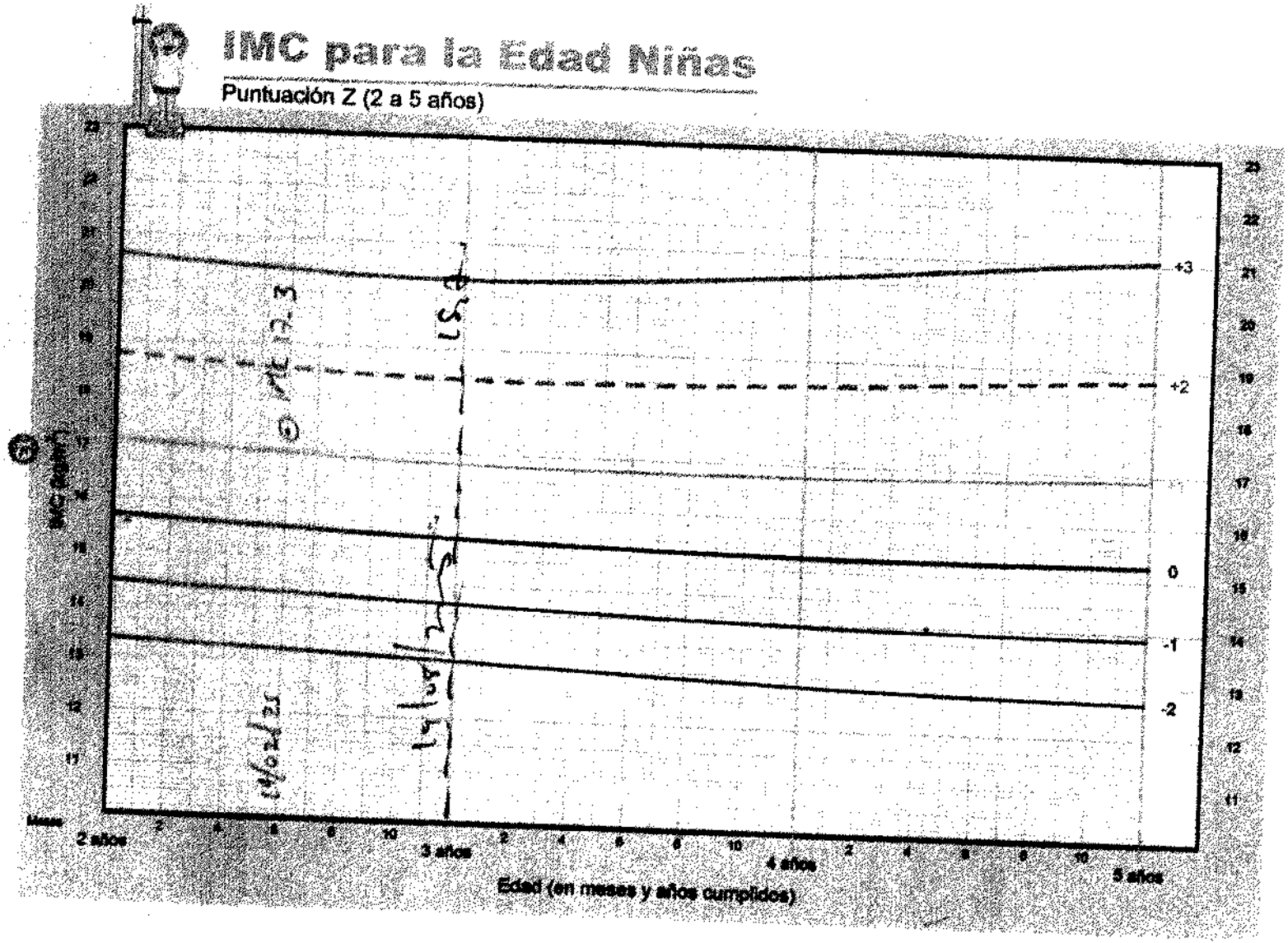


10
R/V

Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)




IMC para la Edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)
+3
+2
0
-1
-2
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
01	Marzo	2023	Med	Si ✓	
13	Ago.	2023	Enf	NA	
18	07	2023	Enf	Si —	
13	Agosto	2023	Medico	Fe: 23-08-23	
08	Febrero	2024	Medico	Fe: 26-8-24	
18	Febrero	2025	Enf	Si	P.L. Por
13	Agosto	2025	Med		✗
19	Ago	2025	Enf	—	

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
01/03/23	9,8	71	45	17	19	13/08/23	Médico General
13/02/23	11.100	77	47	17	18.2	13/02/23	
13/08/24	11.7	79	47	17	11.7	13/02/24	
19 2 24	12.5	84	47	15	17.7	19 6 24	
26-08-24	15	90	49	16	18.5	13-02-25	
19/02/25	15.6	95	50	16	17.3	13/08/25	
19/08/25	18	98	50	16	18,7	13/08/26	

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

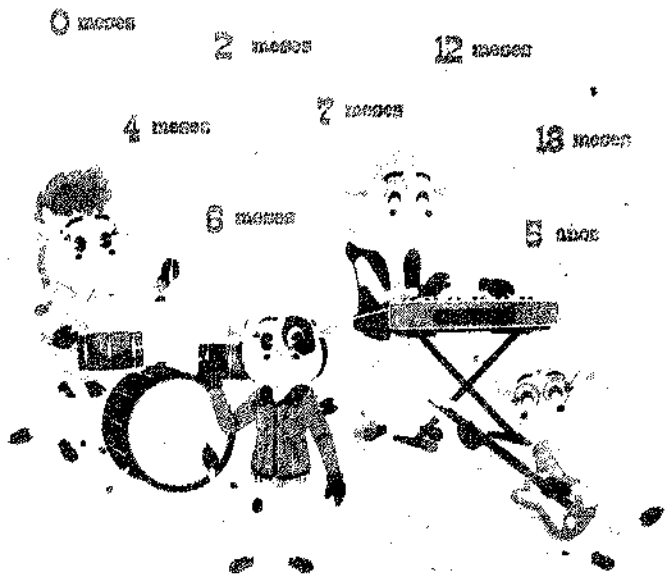
3 años										
4 años										
5 años										

*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)

12 R/V

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Fernanda Salor Bon
Fecha de nacimiento: 13 - Agosto - 20
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1122340881
Sexo: Femenino.
Grupo sanguíneo: O+ Positivo
Peso al nacer: 7.600 Talla:
Dirección: V/ Albania
Teléfono 1: 3223205827
Teléfono 2:
Responsable: Maria Bonilla Vera
Municipio de residencia: San miguel
Departamento: Putumayo
IC 732 48.5.36

Busca ya las vacunas

[redacted] [redacted] [redacted] [redacted]

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

Edad	Me protege de:	Dosis	Fecha de Aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	13	06	22	Serum	8322 0MA09XD	HFLD	cita 08	Oct	2022	Nelly C
	Hepatitis B	Recién nacido	13	08	22	Serum	8322 0XC09AD	HFLD				Nelly C
2 meses	Lactancia materna exclusiva: Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	10	11	22	Biológicos	2L4L6L4O	HFLD				DENISA
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	10	11	22	Serum	2851Y622A	HFLD				DENISA
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	1.ª	10	11	22	Serum	2851Y622A	HFLD				DENISA
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	10	11	22	Serum	2851Y622A	HFLD				DENISA
	Diarrea por rotavirus	1.ª	10	11	22	GSK	AR02C858A	HFLD				DENISA
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	10	11	22	Pfizer	FR4B97	HFLD				DENISA
4 meses	Lactancia materna exclusiva: Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	11	01	23	Biológicos	2LL4014					
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	11	01	23		2851Y022A					
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	2.ª	11	01	23	Serum	1111111					
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	11	01	23	Serum	1111111	HFLD	Cita 10 enero 2023			
	Diarrea por rotavirus	2.ª	11	01	23	GSK	AR02C858A					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	11	01	23	Pfizer	FR4B97					
6 meses	Lactancia materna exclusiva: Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	17	03	2023		2TLLCTU	HFLD	cita 11	marzo	2023	
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	17	05	2023		2851X021D					
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	3.ª	17	05	2023		2851X021D					
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	17	05	2023		2851X021D					
	Influenza estacional	1.ª	18	07	23	Sinovac	2J0S23001	HFLD				
7 meses	Influenza estacional	2.ª	23	08	23	Sinovac	2J0S23001					
12 meses	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	1.ª	23	04	23	Serum	2131NOTTU					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	23	04	23							
	Varicela	2.ª	23	04	23							
	Hepatitis A	Única	23	04	23							
	Influenza estacional	Anual	22	05	24	Butantan	2220979-001					
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	18	mayo	24	Biológicos	2234600					
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	15	Nov	24	Serum	2132NOTTU					
	Fiebre amarilla	Única	22	Dic	23	Sanofi	U32E27					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	16	mayo	24	Serum	01321NOTTU					
	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												

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 nu

13
R/v

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

NIT. 846.002.309-9

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-COV-2 / COVID-19

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos | Minsalud

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 01 MES 04 AÑO 2025 HORA: 8:20 AM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES yency fernanda APELLIDOS solar bonilla

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122344081

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 13 MES: 08 AÑO: 2022 EDAD: 1 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE

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)

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar 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 dusrante la gestación, por el impacto que sobre la salud materna y perinatal produce la infección por SARS-Co-2 y ante el alto riesgo de complicaciones severas, ingreso a UCI, y morbilidad y mortabilidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

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

Firma de la persona: *María Odilia Bonilla

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

Nombres María odilia Apellidos Bonilla Vera

Tipo de Identificación: CC [X] CE ☐ OTRO ☐ Número 1073248536

Firma: *María odilia Bonilla.

En caso de requerirse firma a ruego.

En virtud de que la persona a vacunar _____ identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma

_____ identificado(a) con C.C ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ número _____

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante
C.C. Nº

Firma del Rogado
C.C. Nº

Nombres y apellidos del vacunador: Marlon Alirio Caseres Ruiz

Firma [signature] Tipo de Identificación: CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 5241513

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): Frontera la Dorada.

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

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Yenci fernanda Solai Banilla

Doc. de identidad: RC 1122344081 EPS: Emssanar

Teléfono: 31[illegible]9 Domicilio:

		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	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud bucal por odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor							23-08-2024	25-09-2024	26-01-2025				
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana							23-08-2024	25-09-2024	26-01-2025				
		Aplicación de sellantes (según criterio)							23-08-2024	25-09-2024	26-01-2025				
	V	Vacunación													

Liliana Montoya Cabrera
HIGIENISTA ORAL
Reg 0045 de 2017

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.073.248.536**

BONILLA VERA

APELLIDOS

MARIA ODILIA

NOMBRES

maria odilia Bonilla.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-JUL-1997**

PUERTO RICO
(CAQUETA)

LUGAR DE NACIMIENTO

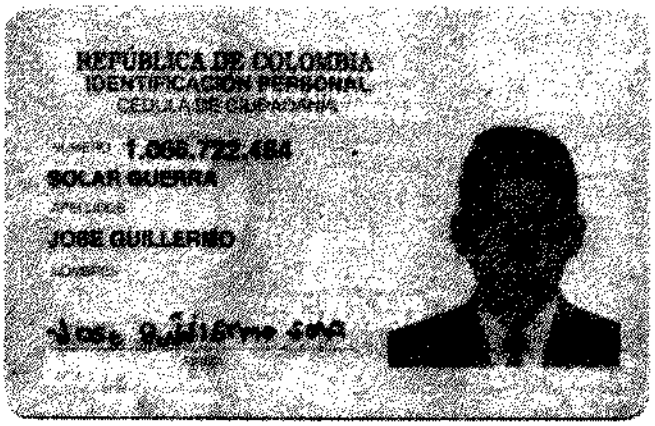
1.63	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

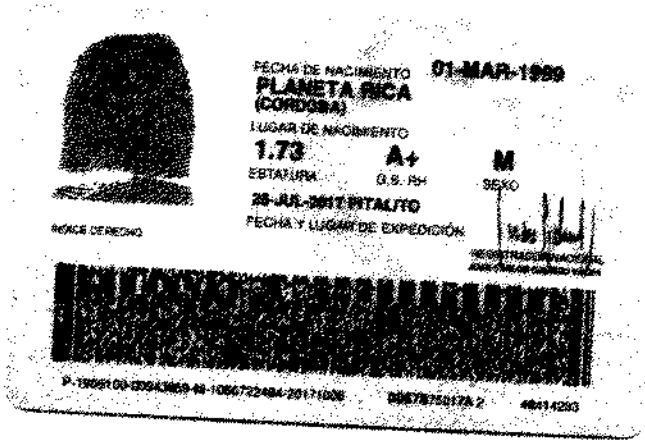
27-JUL-2015 MOSQUERA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1516900-00759422-F-1073248536-20151105 **0047**318303A 1 44864437


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.068.722.484
SOLAR GUERRA
APELLIDOS
JOSE GUILLERMO
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 01-MAR-1989
PLANETA RICA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
28-JUL-2017 PITALITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo María odilia Bonilla Identificado con C.C N° 1073248536 en calidad de: padre o madre (Madre), del niño o niña: Yercy Fernanda Solar Bonilla 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 Días del mes de Abril del Año 2025.

maría odilia Bonilla
Madre o Acudiente
C.C 1073248536

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

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Maria odilia Bonilla Vera, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1073248536, 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 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.T.C.

Suscriben:

Firma: maria odilia Bonilla
Nombre: maria odilia Bonilla
Calidad - Titular: Madre Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3133195901
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 Yency Fernanda Solar Bonilla

Fecha de nacimiento 13 08 2021 N° Documento de Identidad 1122344081

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

La participante Yency Fernanda se encuentra en un perfil de desarrollo esperado, adquiriendo los ítems de las dimensiones de la escala cualitativa acorde 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

La participante Yency Fernanda se encuentra en un perfil de desarrollo esperado, teniendo en cuenta que realiza diferentes acciones dentro de su rango de edad, la buena relacion con los demás, la independencia, su autonomía, se continuará implementando estrategias en su proceso de desarrollo infantil.

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

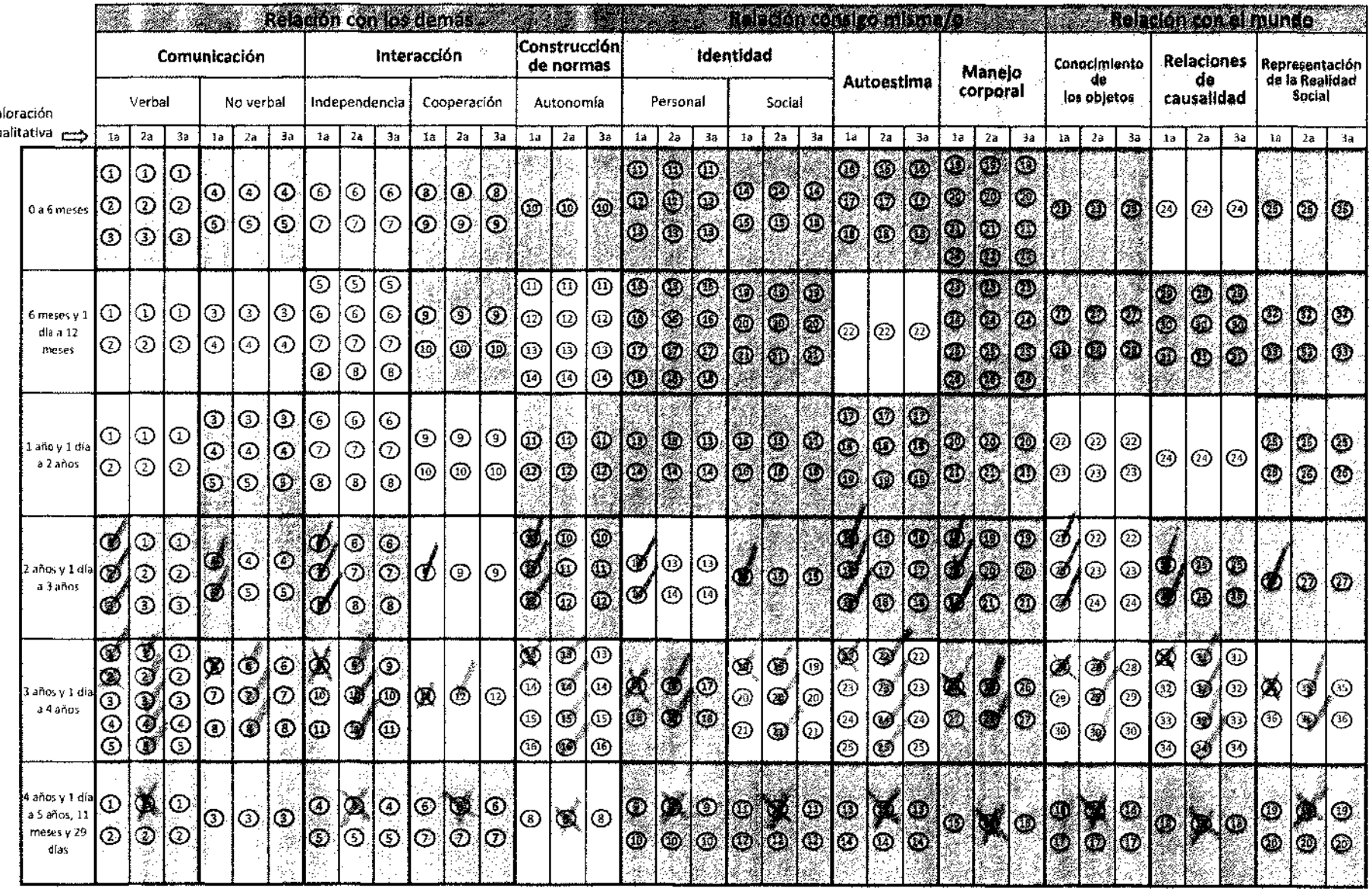
Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

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"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Willian Florin Ordoñez NOMBRE UCA: Grandes Exploradores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Yency Fernanda Solar B. IDENTIFICACIO: 1122344081 FECHA DE NACIMIENTO: 13/08/2022

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					
2/05/25	X		10:30 AM		La madre Maria Odilia se compromete en llevar a la niña a control de higiene oral a la brigada de salud.	Maria Odilia Bonilla		Se sensibiliza a la madre en asistir a las citas programadas, durante el encuentro familiar.		-Asistir a los controles de higiene oral y presentar copia para anexarla a la carpeta de la participante.
10/05/25	X		9:00 AM		La madre se comunica por via whatsapp manifestando que asistió a la cita de higiene oral de la niña.	Maria Odilia Bonilla		La madre presentó la copia del carnet de higiene oral se anexa en la carpeta niña	La madre cumplió con el compromiso, la niña tiene los documentos actualizados.	La madre se compromete asistir a los controles de salud.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Willian Gloria C NOMBRE UCA: Grandes Exploradores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Yency Fernanda Solar IDENTIFICACIO: 1122344081 FECHA DE NACIMIENTO: 13/09/2022

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					
7/08/25	x				La madre de la niña Yency Solar por vía telefonica se comunica con el agente educativo pidiendole el favor que le saque la cita de Crecimiento y desarrollo que esta desactualizado. Se realiza el proceso de la estr C y D que dó agendada para el 14/08/2025	Vía telefonica		El agente educativo realiza el proceso de la estrategia C y D para niña y le informa a la madre que debe asistir en la fecha 14/08/2025		La madre se compromete asistir a la cita en la fecha programada.

21
R/V

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Willian Marin O. NOMBRE UCA: Grandes Exploradores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Yency Fernanda Sobar IDENTIFICACIO: 1122344081 FECHA DE NACIMIENTO: 13/08/2025

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
19/09/25	X			2:00	La madre de la participante Yency Sobar asistió al control de Crecimiento y desarrollo al hospital en su valoración Integral en salud.			Se le comunica a la madre que debe presentar las fotocopias del documento para anexarlas en la carpeta.		- La madre de la participante se comprometió estar pendiente de los controles de C. y D, vacunas, higiene oral.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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					