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 minimo 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).
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

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:
Ian Josue Yela Zambrano

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1122344380

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 04-Enero-2024 **EDAD:** 1 Año **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: X NO: __

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

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Fernando Fabián Yela Yela

No. IDENTIFICACION: 1122337459 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/ Albania

CELULAR: 3133179159 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Oficio Varios

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Paola Andrea Zambrano Castro

No. IDENTIFICACION: 1006787853 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/ Albania

CELULAR: 3133179159 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Oficio Varios

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Paola Andrea Zambrano Castro

NUMERO IDENTIFICACION: 1006787853 **CELULAR:** 3133179159

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

Paola Zambrano
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

Latitud

0.312075
N0°18'43.47"

Longitud

-76.778205
W76°46'41.538"

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.380

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63700379

63700379

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 6 2

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
YELA	ZAMBRANO

Nombre(s)

IAN JOSUE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes FEB Día 01	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO MOCOA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	240136108107 11

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

ZAMBRANO CASTRO PAOLA ANDREA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.006.787.853	COLOMBIA

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 segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

YELA YELA FERNANDO JAVIER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.337.459	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ZAMBRANO CASTRO PAOLA ANDREA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.006.787.853	Paola Zambrano

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2024 Mes FEB Día 01	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 22/10/2025

Ficha: 86757002479000000114

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: IAN JOSUE

Apellidos: YELA ZAMBRANO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344380

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/11/2017

Última actualización ciudadano: 01/02/2024

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

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

Ficha

Fecha de consulta: 06/04/2025

Ficha: 86757002479000000114

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: IAN JOSUE

Apellidos: YELA ZAMBRANO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344380

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/11/2017

Última actualización ciudadano: 01/02/2024

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 MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

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

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122344380
NOMBRES	IAN JOSUE
APELLIDOS	YELA ZAMBRANO
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	04/01/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/19/2025 17:47:44	**Estación de origen:**	192.168.70.220

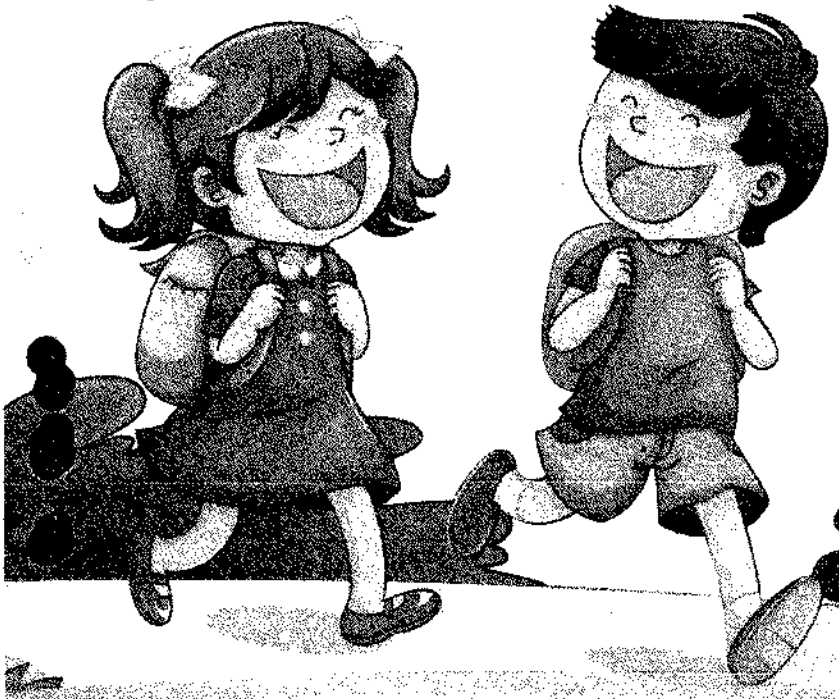
La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la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



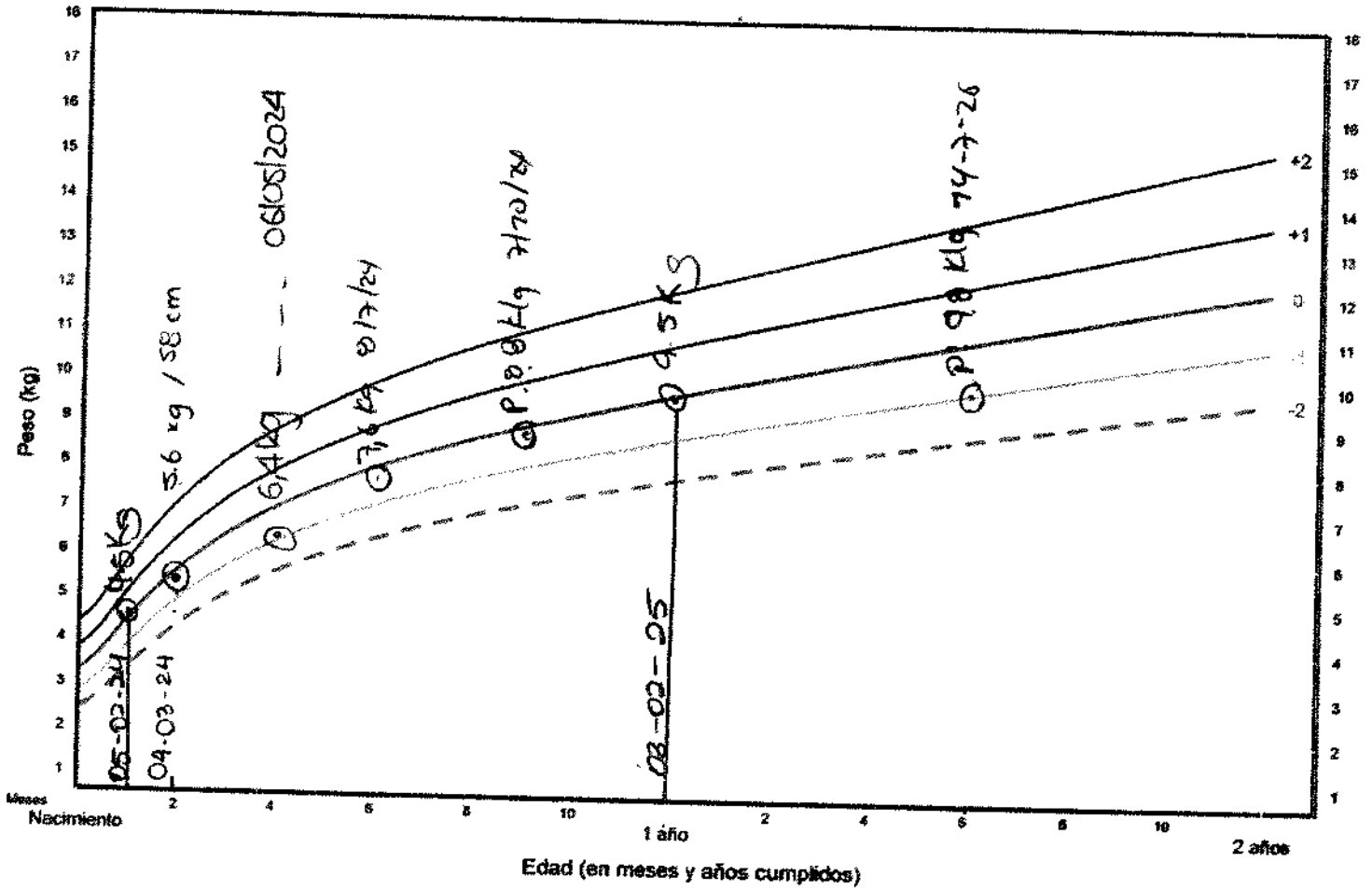
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Ian Josue	Apellidos: Vela Zambrano
Fecha de nacimiento: 04 (Día) | 01 (Mes) | 2024 (Año)	Historia Clínica: 1.122344380
Barrio/Vereda: Albania.	Responsable del niño: Paola Zambrano
Teléfono: 3133779159.	EPS: Emssanar

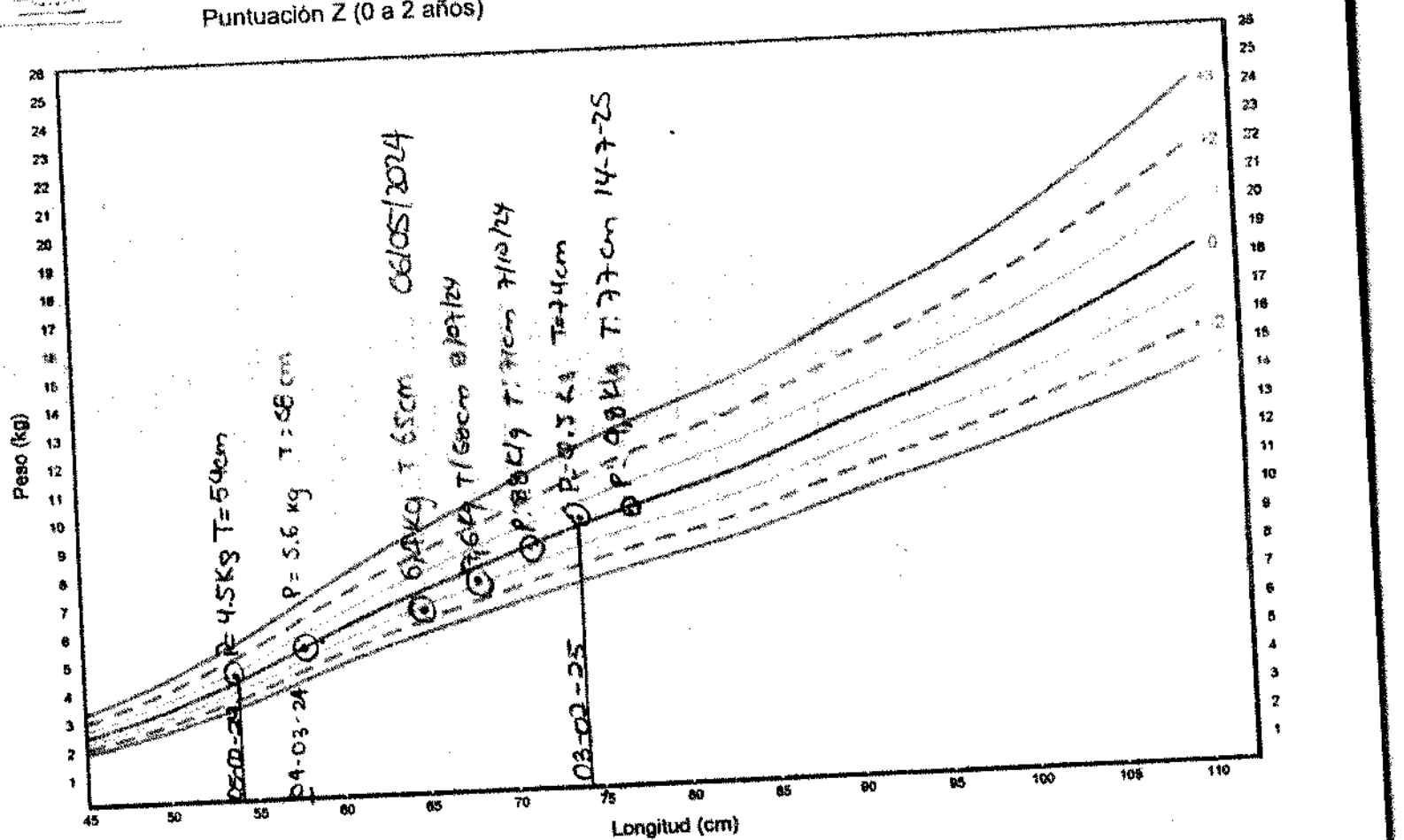
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



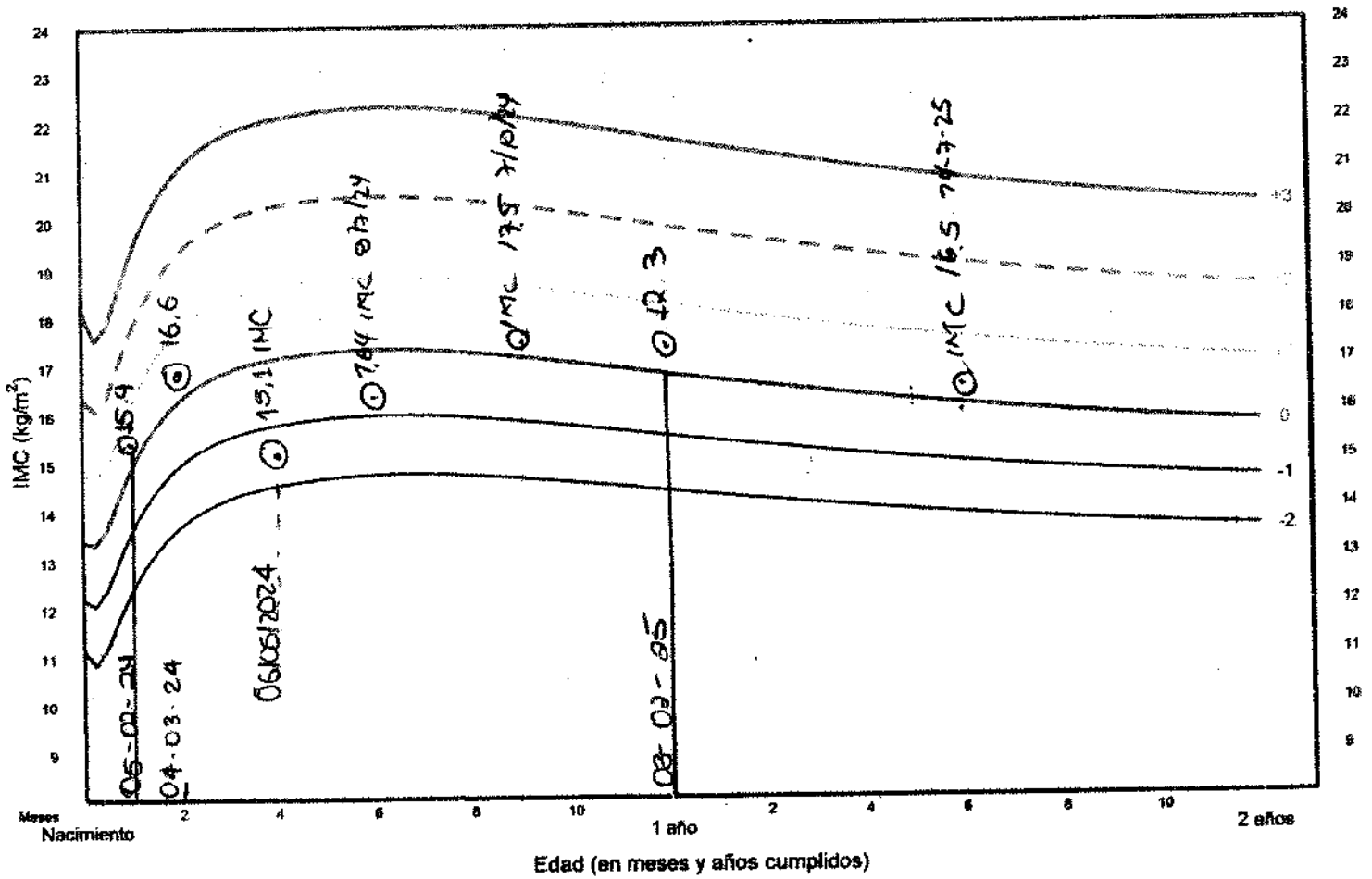
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



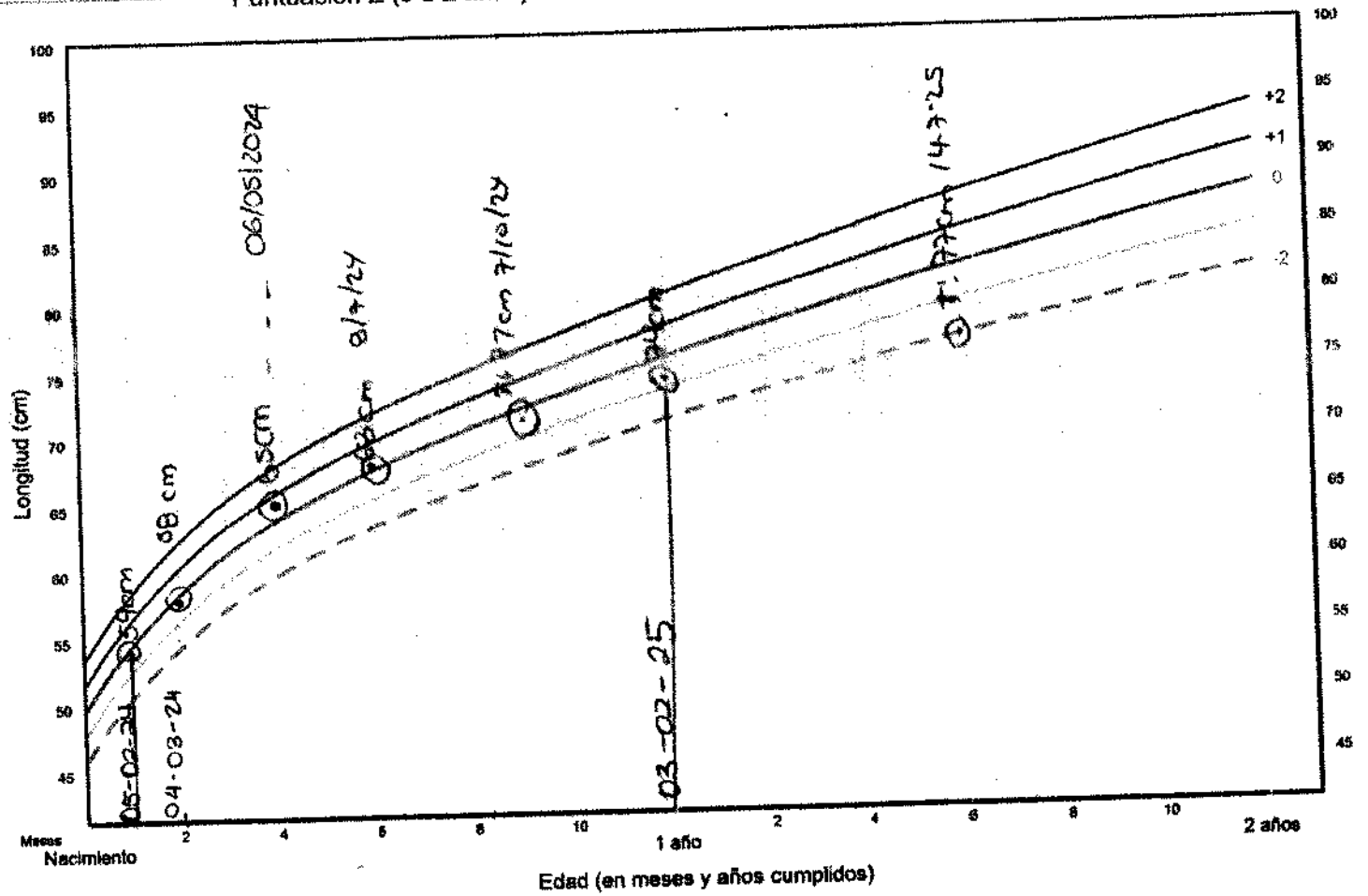
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



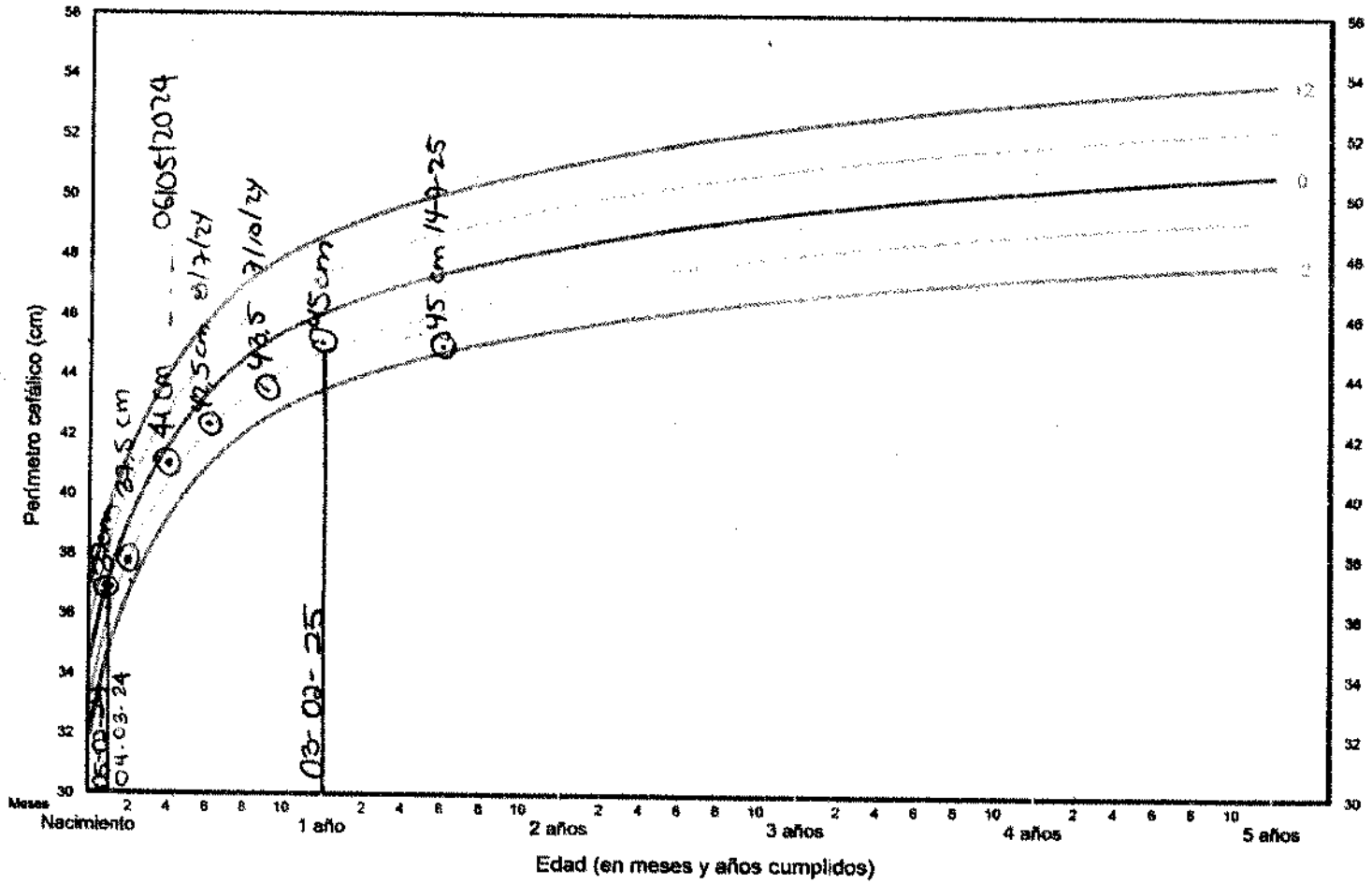
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO	
				SI	NO
04	Marzo	2024	Enf.	✓	
04	Mayo	2024.	Medico	/	
04	Julio	2024	Enfer.	SI ✓	
07	octubre	2024	Enfer	SI ✓	Milena C
04	Enero	2025	Medico	FC: 03-02-25	
04	Julio	2025	Enf		
14	Julio	2025	Enfer.	SI ✓	Milena C.
04	Enero	2026	Medico	C	

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
05-02-24	4.5	54	36	11	15.4	04-03-24	
04-02-24	5 6	58	37,5	12	16.6	04-05-24	
06/05/2024	6,4	65cm	41 cm	14cm	15,1	04/07/2024	
08/07/2024	7,6	68	42,5	15	16,4	04/10/2024	Milena C-
07/10/24	8,8	71	43,5	14,5	17,5	04/07/2025	Milena C-
08/02/25	9.5	74	45	13	17.3	04/07/25	
14-7-25	9,8	77	45	14	16,5	04-07-2026	Milena C-

15
R/V

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO									
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado					
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado					
	Cardiopopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado					
	Visual	Normal		Alterado					
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA									

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

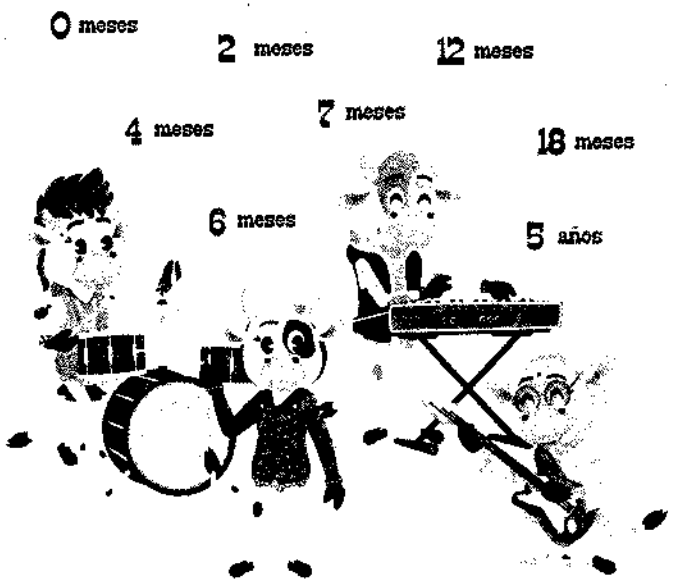
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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



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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Ian Josue Yela Zambrano
Fecha de nacimiento: 4 Enero 2024.
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1122344380.
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O+.
Peso al nacer: 3.5. Talla: 49.cm.
Dirección: CV) Nueva Alianza
Teléfono 1: 313 317-9159.
Teléfono 2:
Responsable: Paola Andrea Zambrano
mamá cc 1006787853.
Municipio de residencia: San Miguel.
Departamento: Putumayo

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: Jam josue Yela Z Tipo Identificación: Registro Civil No. ID: 1122344380

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	4 Enero	24.	Serum	0 6 7 2 7 A 0 5 3	H.J.N.H.				Rosa V.
	Hepatitis B	Recién nacido	4 Enero	24.	Serum	4 2 2 7 0 0 9 1 3	H.J.N.H.				Rosa V.
2 meses			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	4 Marzo	24	Biológicals	2 2 3 3 0 0 5	PS Afiliados				
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	4 Marzo	24.	Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A	PS Afiliados				
	Hepatitis B	1.ª	4 Marzo	24	Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A	PS Afiliados				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	4 Marzo	24.	Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A	PS Afiliados				
	Diarrea por rotavirus	1.ª	4 Marzo	24.	6 5 K.	A r 0 1 D 7 5 0 A A	PS Afiliados				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	4 Marzo	24.	Pfizer	4 9 9 2 5	PS Afiliados				Jeniffer Cabezas.
4 meses			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	20 Marzo	24	Biológicals	2 2 3 0 0 5	PS Afiliados				
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	20 Mayo	24	Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A	PS Afiliados				Marcos Mario Ca. Tec. Aux. Enfermería C.C 5244513
	Hepatitis B	2.ª	20 Mayo	24	Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A	PS Afiliados				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	20 Mayo	24	Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A	PS Afiliados				
	Diarrea por rotavirus	2.ª	20 Mayo	24	6 5 K	A r 0 1 D 7 5 0 A A	PS Afiliados				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	20 Mayo	24	Pfizer	4 9 9 2 5	PS Afiliados				
6 meses			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	21 Agosto	24	Biológicals	2 2 3 9 0 0 1	PS Afiliados				
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	21 Agosto	24	Serum	2 8 5 2 X 0 1 4	PS Afiliados				
	Hepatitis B	3.ª	21 Agosto	24	Serum	2 8 5 2 X 0 1 4	PS Afiliados				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	21 Agosto	24	Serum	A r 0 1 D 7 5 0 A A	PS Afiliados				
7 meses	Influenza estacional	1.ª	21 Agosto	24	Butantan	2 4 0 0 9 7 9	PS Afiliados				
	Influenza estacional	2.ª	19 Sept	25	Sinlua	5 7 0 0 9 7 2	PS Afiliados				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	5 Febrero	25	Serum	0 3 1 N 0 7 4 A	PS Afiliados				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	5 Febrero	25	Pfizer	6 X 1 9 0 7 2	PS Afiliados				Marcos Mario Ca. Tec. Aux. Enfer. C.C 5244513
	Varicela	2.ª	5 Febrero	25	Merck.	X 2 1 6 1 2	PS Afiliados				
	Hepatitis A	Única	5 Febrero	25	M S D.	2 0 2 2 0 7 0 4 5	PS Afiliados				
	Influenza estacional	Anual									
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	2 Sept.	25	Biológicals	2 4 0 6 0 0	PS Afiliados				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	2 Sept.	25	Serum	2 8 5 3 X 0 2 1 F	PS Afiliados				
	Fiebre amarilla	Única	5 Febrero	25	Sanofi	L 2 3 1 V F 2 0 0 5 7	PS Afiliados				Marcos Mario Ca. Tec. Aux. Enfer. C.C 5244513
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo									Marcos Mario Ca. Tec. Aux. Enfer. C.C 5244513
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo									
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	2 Sept.	25	Serum.	0 1 3 3 N 1 2 0	PS Afiliados				Marcos Mario Ca. Tec. Aux. Enfer. C.C 5244513
	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 nutritivos.

cita 4 enero 2029

16
R/U

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

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-COV-2 / COVID-19

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud [illegible]

NIT. 846.002.392-6

CIUDAD: San Miguel FECHA: DÍA 08 MES 07 AÑO 2024 HORA: 1:49

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES: Ian Josue APELLIDOS Yela Zambrano

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] PE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122344380

FECHA DE NACIMIENTO DÍA 04 MES 01 AÑO 24 / EDAD: 6m años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 3133179159

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 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacunas las [illegible] protegen a sí mismas y a [illegible]

La vacunación contra el SARS-CoV-2/COVID-19 [illegible] disminuir la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la [illegible] aplicación de esta vacuna, se [illegible] beneficios esperados y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Se [illegible] esta vacuna se [illegible] para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (puede hacer [illegible] Puede formular preguntas) Me da miedo la vacuna.

FORMA DE APLICAR	Administración por vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA A APLICAR	Nombre de la vacuna ofrecida: Ninguna. Esquema de vacunación: 2 dosis [ ] 3 dosis [ ] Dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad [illegible] causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Reducir [illegible] para mayor [illegible] familia y los allegados.
RIESGOS	[illegible] presentación de [illegible] días posteriores a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea), [illegible] (artralgia), inflamación (edema), [illegible] (mialgia), fatiga (cansancio), resfriado, fiebre (pirexias), enrojecimiento e inflamación [illegible] inflamación [illegible] de los ganglios (linfadenopatía), malestar general, sensación de [illegible]. Estos síntomas [illegible] alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se [illegible] farmacológicas más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

EXPRESIONES DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber sido informado por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las [illegible], manifiesto que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me va a aplicar. En la [illegible] he sido informado/a las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el [illegible]

Entiendo que la [illegible] es libre, [illegible] y [illegible] expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias, [illegible] ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de [illegible] la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

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

Firma de la persona: Paola Z

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

Nombres Paola Apellidos Zambrano

Tipo de Identificación: RC☐ TI☐ CC☒ CE☐ OTRO☐ Número 1006787853

Firma: Paola Z

En caso de requerirse firma a ruego:

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

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma el(la) señor(a)

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

Fe: _____

Firma del Rogado

C.C. N° C.C. N°

Huella dactilar o plantar del Rogante

Nombres y apellidos del vacunador: Jeniffer Yulieth Cabezas. Meneses

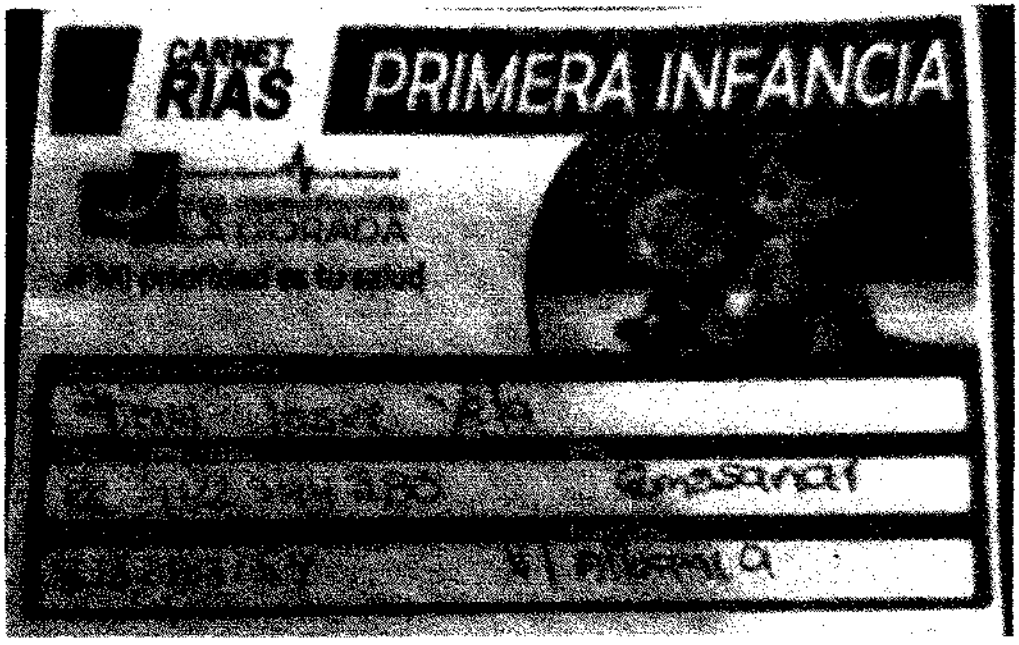
Firma Tipo de Identificación: RC☐ TI☐ CC☐ CE☐ OTRO☐ Número 1126446a

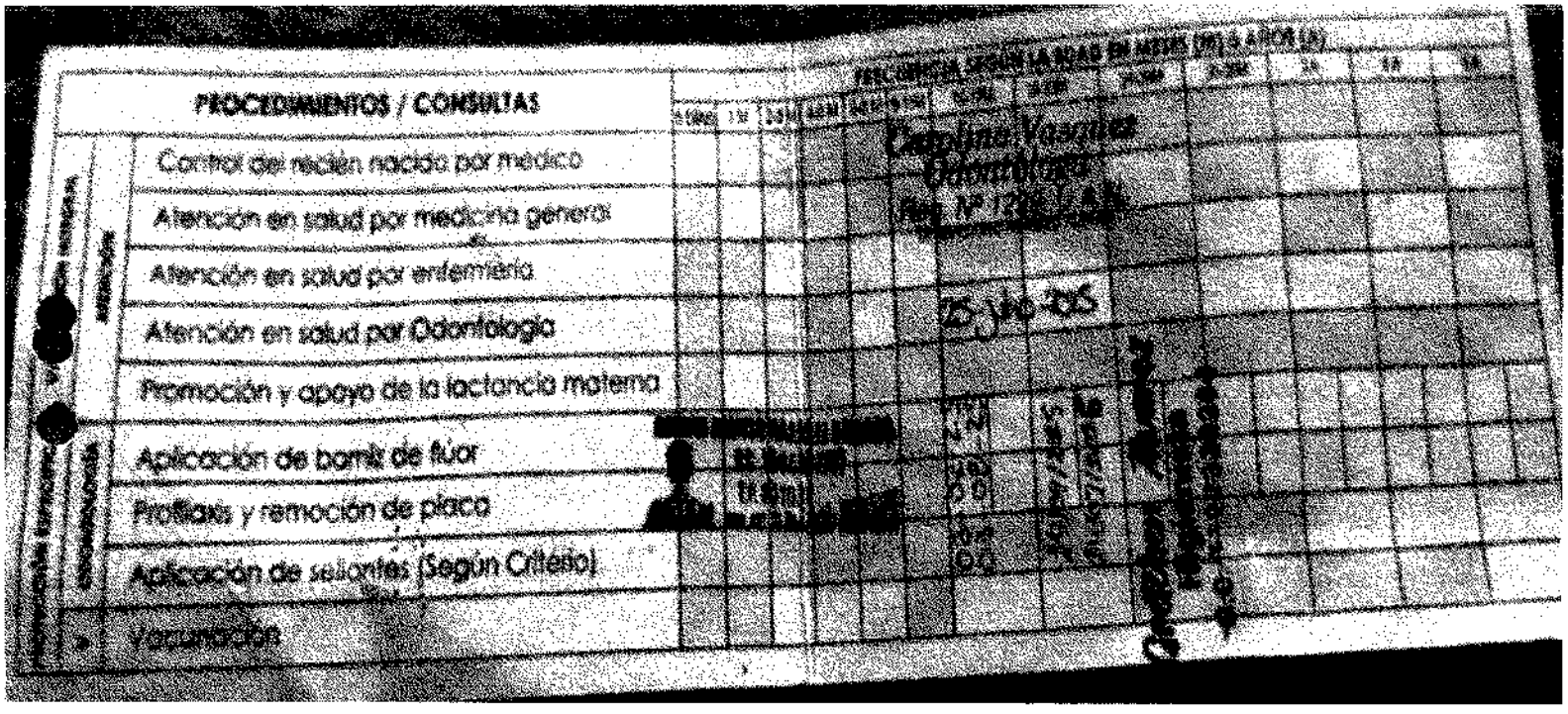
DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFUD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo. MUNICIPIO: San Miguel.

Nota: Cuando se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con unos de sus padres o su representante legal.


CARNET
RIAS
PRIMERA INFANCIA


PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS
Control del recién nacido por médico
Atención en salud por medicina general
Atención en salud por enfermería
Atención en salud por Odontología
Promoción y apoyo de la lactancia materna
Aplicación de barniz de flúor
Profilaxis y remoción de placa
Aplicación de selantes (Según Criterio)
Vacunación
Carolina Vargas Quintero
25 JUN 05



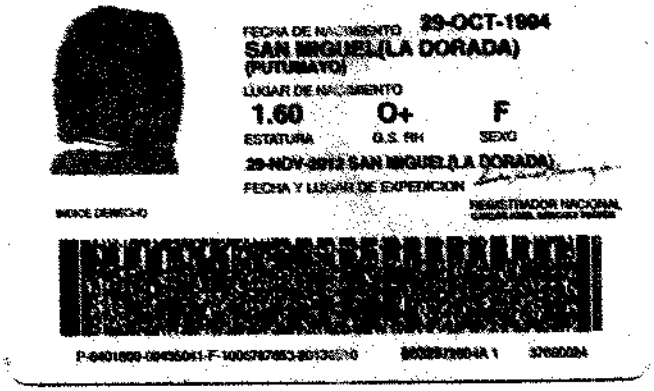
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.006.767.863
ZAMBRANO CASTRO

APELLIDOS
PAOLA ANDREA

NOMBRES

FIRMA



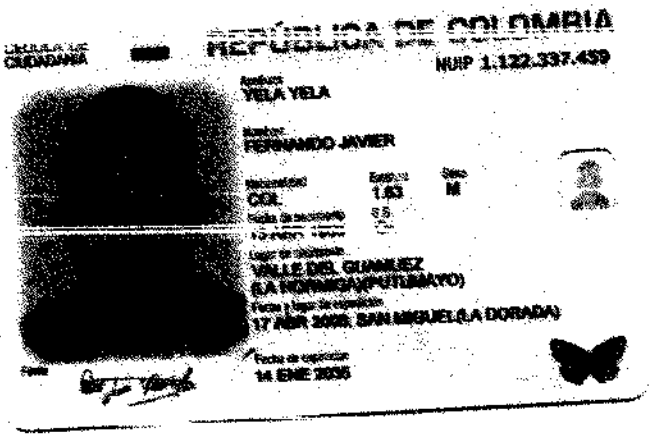
FECHA DE NACIMIENTO 29-OCT-1994
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

29-NOV-2012 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.122.337.459

YELA YELA

FERNANDO JAVIER

COL

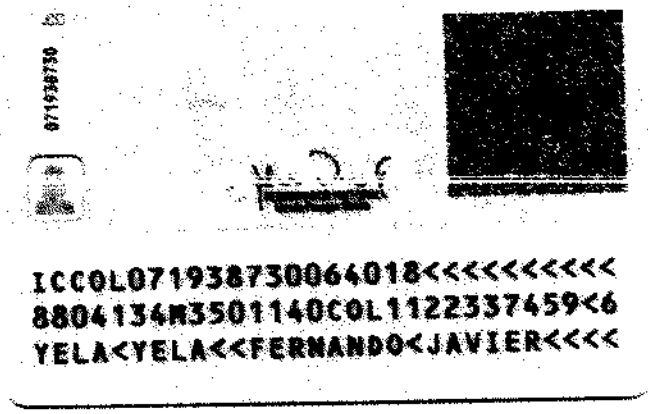
1.63

M

VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA-PUTUMAYO)

17 NOV 2005 SAN MIGUEL(LA DORADA)

14 ENE 2026



071938730

ICCOL071938730064018<<<<<<<<<<<
8804134M3501140COL1122337459<6
YELA<YELA<<FERNANDO<JAVIER<<<<

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Paola Andrea Zambrano Identificado con C.C N° 1006787853 en calidad de: padre o madre (Madre), del niño o niña: Ian Josue Pela Zambrano 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.

Paola andrea Zambrano
Madre o Acudiente
C.C 1006787853

	PROCESO 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 Jan Josue Vela Zambrano, identificado (a) con documento de identidad número 1122344380, 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, Paola Andrea Zambrano, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006787853, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por La Fundación Alma de vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa E.I.C.

Suscriben:

Firma: Paola Zambrano
Nombre: Paola Zambrano
Calidad - Titular: Madre Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3133791159
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 Jan Josue Yela Zambrano

Fecha de nacimiento 04 01 2024 **N° Documento de Identidad** 1122344380

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Willian Marin O.

Fecha de registro cualitativo 17 07 2025

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

Color de registro valoración cualitativa [ ] **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ◉ Avanzado ○

Observaciones generales

El niño Jan Josue Yela se encuentra en un perfil esperado cumpliendo los ítems de las dimensiones de acuerdo a su rango de edad.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Willian Marin O.

Fecha de registro cualitativo 20 10 2025

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

Color de registro valoración cualitativa [ ] **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ◉ Avanzado ○

Observaciones generales

El niño Jan Josue se encuentra en un perfil esperado teniendo en cuenta que realiza diferentes acciones dentro de su rango de edad, la buena relación con sigo mismo, independencia se continuara implementando estrategias que fortalecan sus habilidades.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

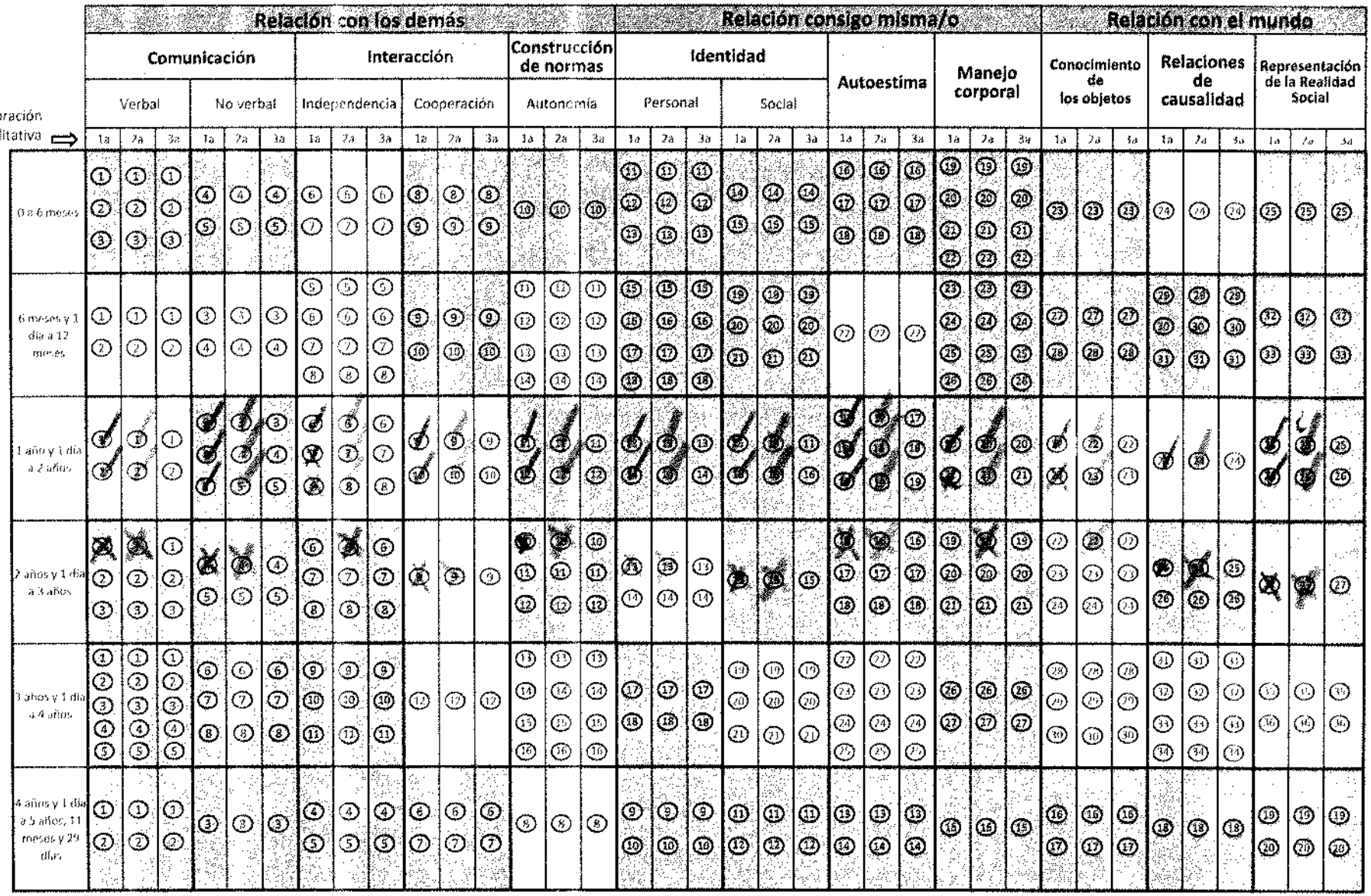
Fecha de resgistro cualitativo

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

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

Observaciones generales

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



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Jan Josué Mela IDENTIFICACIO: 1122344380 FECHA DE NACIMIENTO: 4/01/2024

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	Compromiso
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
4/04/25	x		8:30		Se revisa Carnet de vacunas del niño Jan Josué donde se encuentra que tiene pendiente el biologico de influenza correspondiente a los 7 meses y 12 meses. La madre refiere que	Paola Zambrano		Se indaga a la madre por el motivo por el cual no le hizo aplicar las vacunas a su debida edad. Se sensibiliza a la madre	La Apoyo en Salud la interroga y la sensibiliza sobre el tema de las vacunas que debe llevarlo al niño al centro de salud.	- La madre se compromete en llevar al niño a las vacunas para actualizar el carné de vacunas.
					cuanto a si todos a las vacunas del biologico no han estado disponible en el centro de Salud. Ultimamente el niño se encontraba con sintomas de gripa y fiebre, malestar general.			de la importancia de garantizar las vacunas del niño.		Se compromete en llevar al niño al centro de salud el 19/09/2025

24
RN

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Wellan Marin O. NOMBRE UCA: Grandes exploradores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Jan Josue Vela Zambrano IDENTIFICACIO: 1122344380 FECHA DE NACIMIENTO: 04/04/2024

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					
22/07/25	X			1:00	La madre se comunica via whatsoap refiriendose que asistio al control de crecimiento y desarrollo, pero que no pudo dejar las fotocopias. en la papelera Reyes.	Paola E		Se le informa a la madre que debe presentar las fotocopias para anexarlos a la carpeta del niño		La madre se compromete a presentar las copias en el día del encuentro. comunitario.
24/07/25			9:00		La madre asiste al encuentro y presenta las fotocopias del documento de CyD.			Se anexa las fotocopias de CyD. donde el niño se encuentra con las valoraciones en salud al día.		- La madre cumplió con los los compromisos acordados

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Jan Josue Yela IDENTIFICACIO: 1122344380 FECHA DE NACIMIENTO: 4/01/2024

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					
21/08/25	X		9:30		La madre del párvulo Jan Josue refiere que no podrá asistir a las vacunas del niño en la fecha programada.	Paola Zambrano		Se le informa a la madre por medio de Whatsapp que lleve al niño para la aplicación de las vacunas.		- La señora Paola se comprometió en asistir a un centro de salud para las Vacunas del niño
03/09/25	X		10:0		La madre del niño asistió para la aplicación de las Vacunas del primer refuerzo DPT de los 18 meses.	Paola zambrano		La madre presentó las fotocopia de las Vacunas actualizadas para anexarlo en la carpeta del niño		- La madre seguirá cumpliendo con los compromisos acordados en llevar a su hijo al hospital.

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: Ian Josué Yela Zambrano IDENTIFICACIO: 1122344380 FECHA DE NACIMIENTO: 04/01/2026

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			3:00	La madre hace acompañamiento al niño Ian Josué al centro de salud de Afilador para la aplicación de la vacuna del biologico influenza de la segunda dosis de los 7 meses, queda pendiente la tercera dosis en 1 año	Paola Zambrano		Se sensibiliza a la madre en asistir al centro de salud para la aplicación de la tercera dosis de influenza.		- La madre se compromete en llevar al niño para que le apliquen la tercera dosis, en la fecha 19-09-2026
22/09/25	x		10:30		La madre Paola Zambrano lleva al niño Ian Josué al centro de salud de Afilador en la brigada para la cita de odontología donde refiere que enviará la copia por via whatsapp	Via whatsApp		Se sensibiliza a la madre en asistir a la brigada de salud para la cita de odontología.		- La madre de manera responsable asiste a la cita de odontología en la brigada de salud en el Afilador fecha 22/09/25