Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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 guia 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 ___Victimas 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,

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



FECHA SOLICITUD CUPO: 27-03-25 FECHA INGRESO: 16-04-2025

UDS: Pequeños Exploradores MUNICIPIO: Sanmiguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Dacnerys Antonella Ortega Portilla

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO NUIP No. 1122344408

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 7-03-2024 EDAD: 1 año MUNICIPIO: Pasto

DEPARTAMENTO: Nariño PAIS: Colombia DIRECCION DE RESIDENCIA: Campo Alegre ESTRATO: 1 ¿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: Mallamas 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:

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Eduard Alexander Ortega portilla

No. IDENTIFICACION: 1.144.186.164 DIRECCION RESIDENCIA: Campo Alegre

CELULAR: 3203976240 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angela Yolanda Portilla Quintero

No. IDENTIFICACION: 1.006.788.347 DIRECCION RESIDENCIA: Campo Alegre

CELULAR: 3203976240 E.P.S: Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Ama de Casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Angela Yolanda Portilla Quintero

NUMERO IDENTIFICACION: 1.006.788.347 CELULAR: 3203976240

DIRECCION: Campo Alegre PARENTESCO: Madre

Angela Portilla Quintero
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Ariady Cruz P.
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

3

NUIP 1.122.344.408

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63700411

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** X C Z

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUELITO BORADA - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ORTEGA	PORTILLA

Nombre(s)

ESBEINYS ANTONELLA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 2 4 Mes M A R Día 0 7	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA NARIÑO PASTO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	240310109888687

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

PORTILIA QUINTERO ANGELA YOLANDA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.006.768.347	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

ORTEGA PORTILLO EDUARD ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.144.186.164	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PORTILLA QUINTERO ANGELA YOLANDA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.006.768.347	Yolanda Portilla C

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 2 0 2 4 Mes M A R Día 2 1	ROY EDISON CALLE QUIRAMA REGIS Nombre y firma

dicpapeles 60395

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 30/09/2025

Ficha: 86757674952700001069

A2

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DAENERYS ANTINELLA

Apellidos: ORTEGA PORTILLA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344408

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 26/05/2023

Última actualización ciudadano: 22/03/2024

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

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 Ni pobre ni vulnerable

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

5

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	1122344408
NOMBRES	DAENERYS ANTONELLA
APELLIDOS	ORTEGA PORTILLA
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	07/03/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/30/2025 08:55:56	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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Danays Antonella

Apellidos: Ortega Portilla

Fecha de nacimiento: 07 DÍA | 03 MES | 2014 AÑO

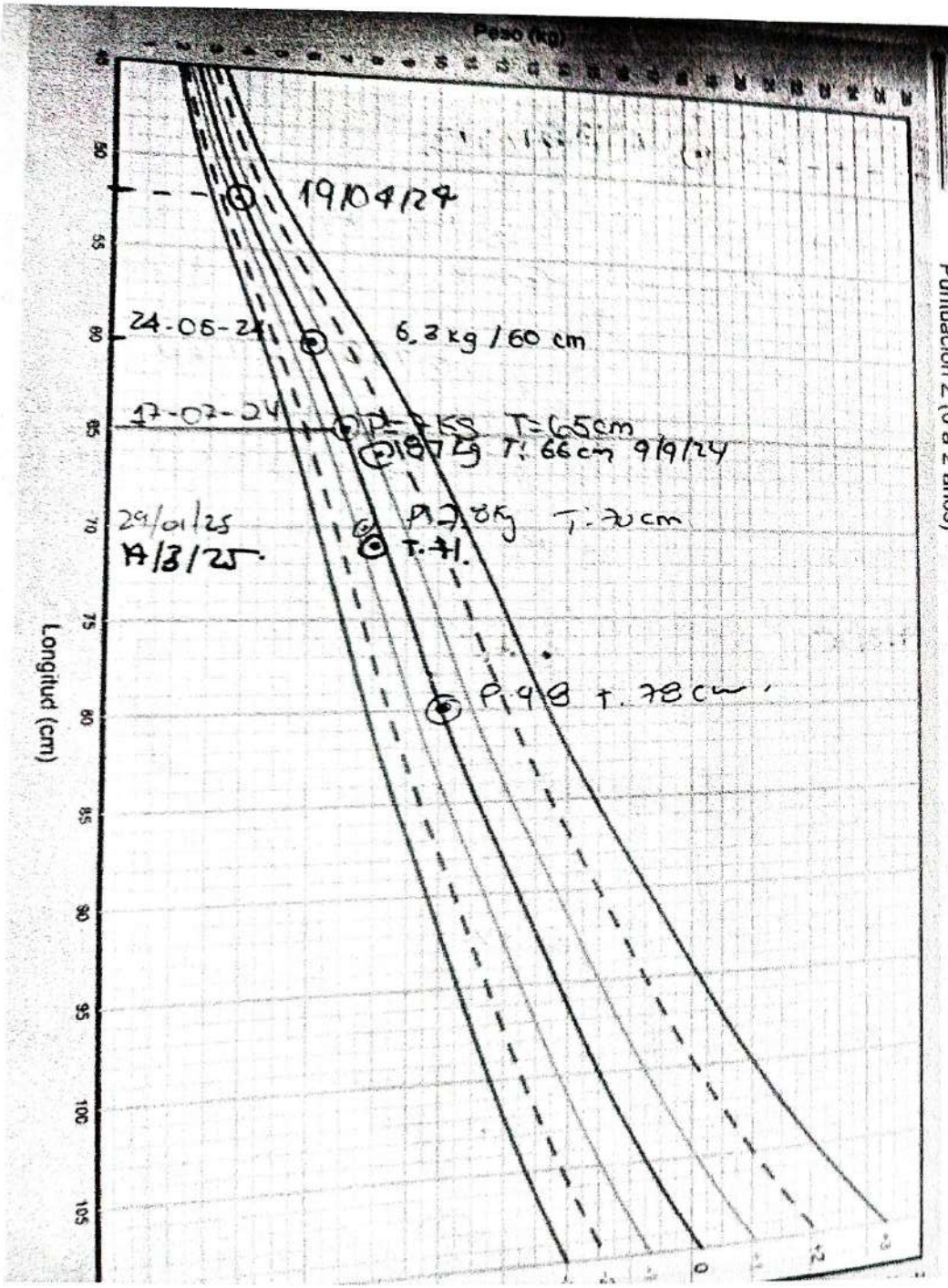
Historia Clínica: 1122344408

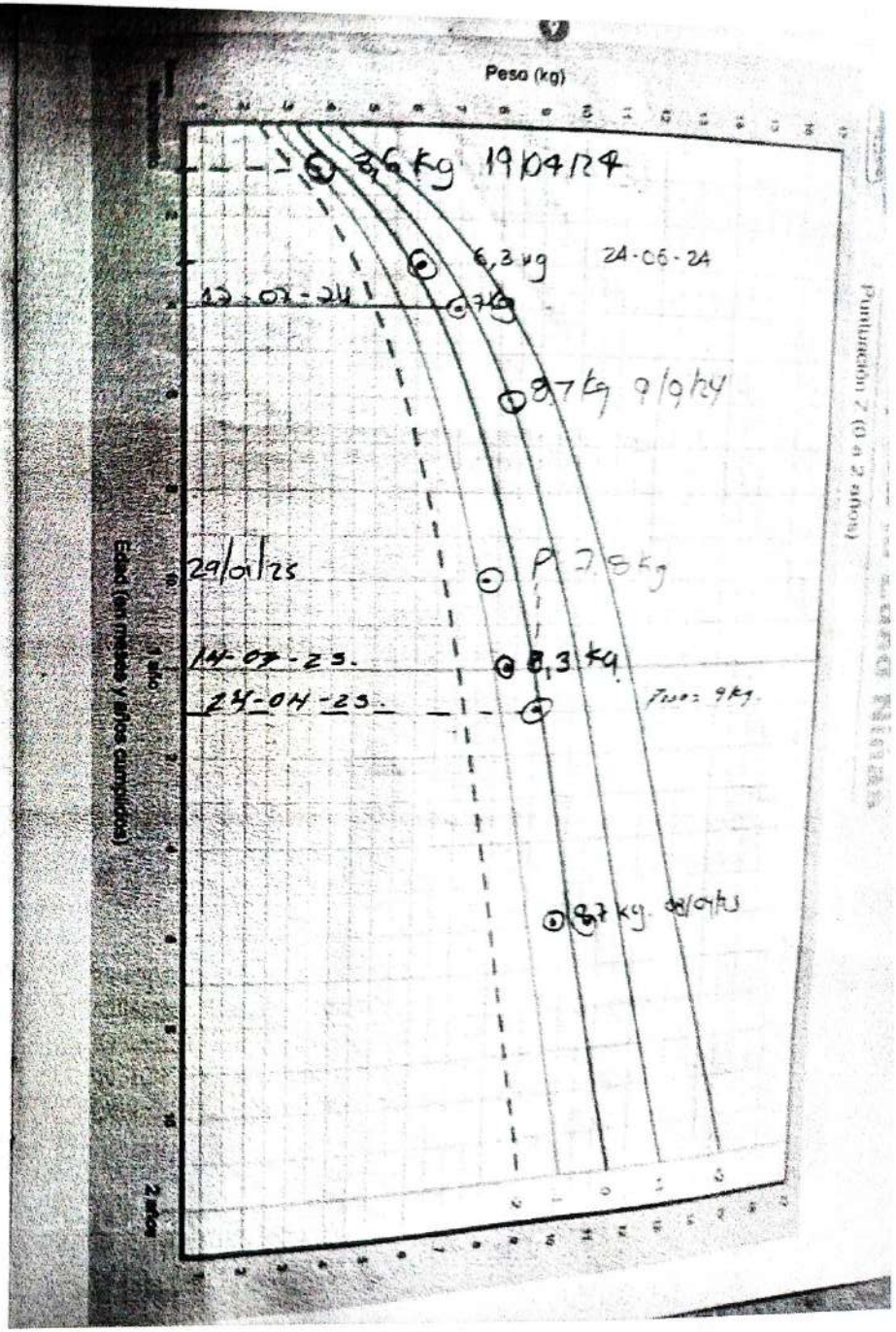
Barrio/Vereda: V/ Arlador

Responsable del niño: Yolanda Portilla

Teléfono:

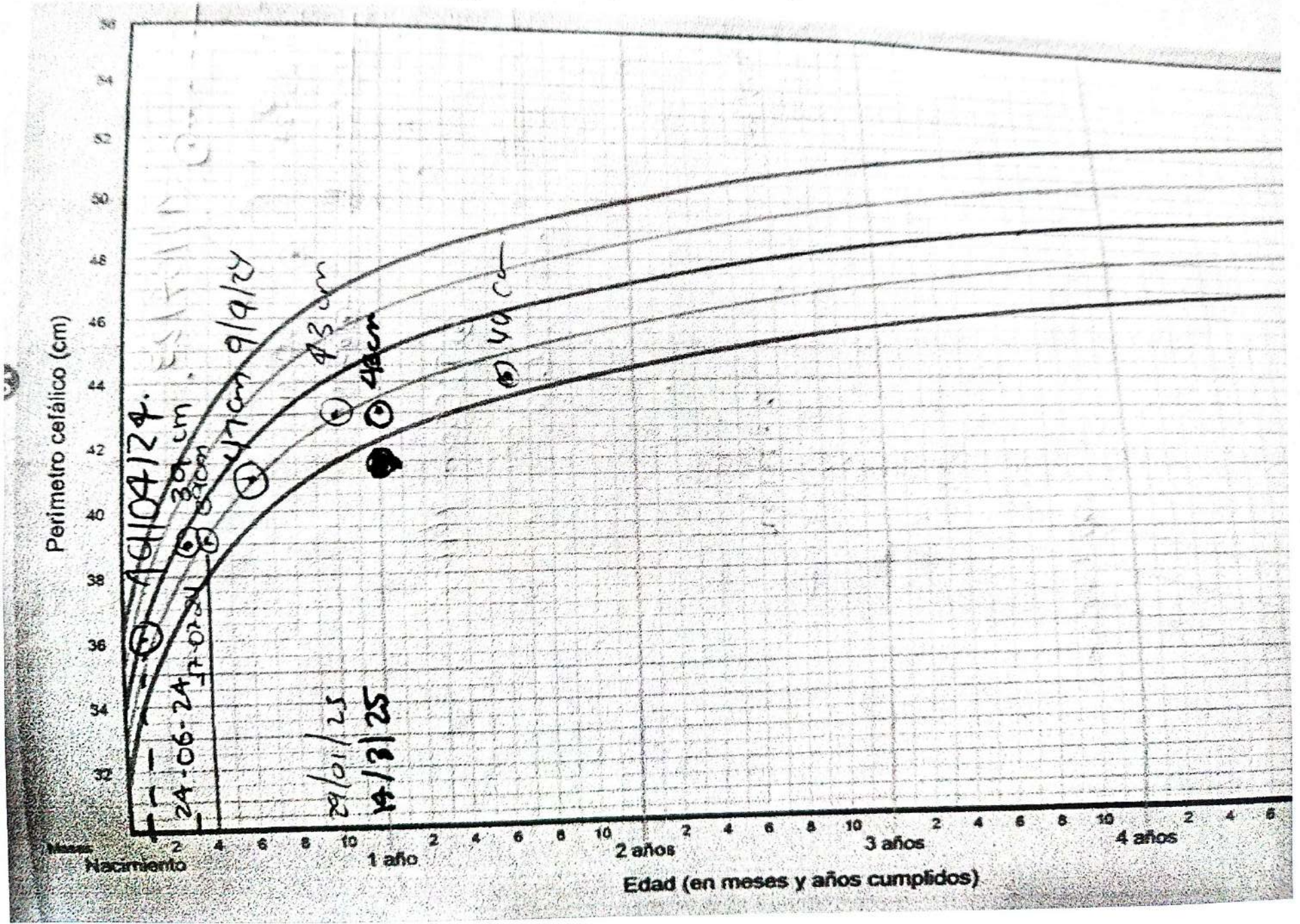
EPS:


Peso (kg)
Longitud (cm)
Peso para la Talla Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
19/04/24
24-05-24
6,3 kg / 60 cm
17-02-24
T=65cm
T: 66cm 9/9/24
29/01/25
T. 71.
T. 78cm.

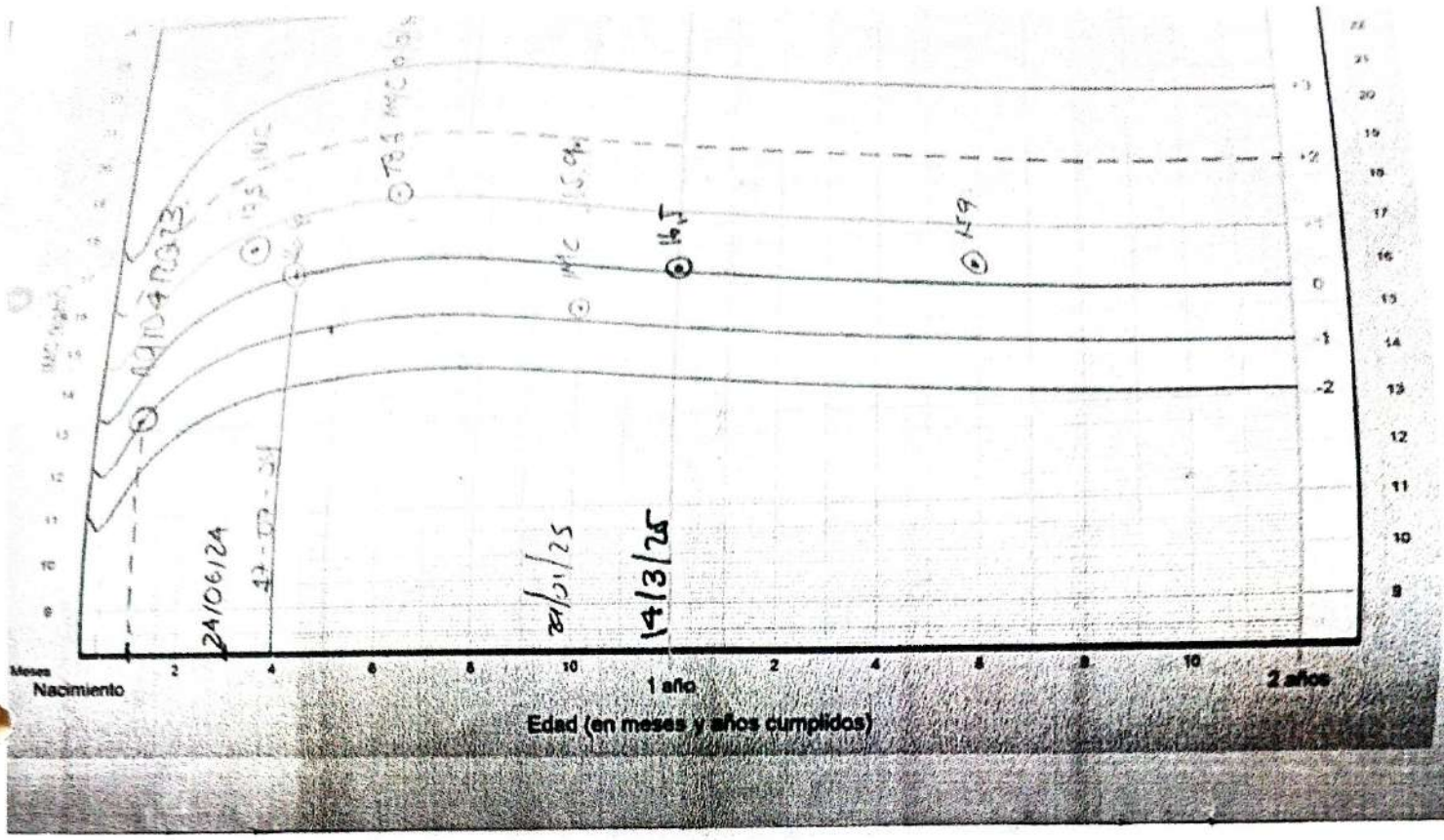

Peso (kg)
19/04/24
6,3 kg
24-05-24
17-02-24
9/9/24
29/01/25
14-07-25.
24-04-25
Peso: 9kg
Puntuación Z (0 a 2 años)
Talla Niñas

Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)

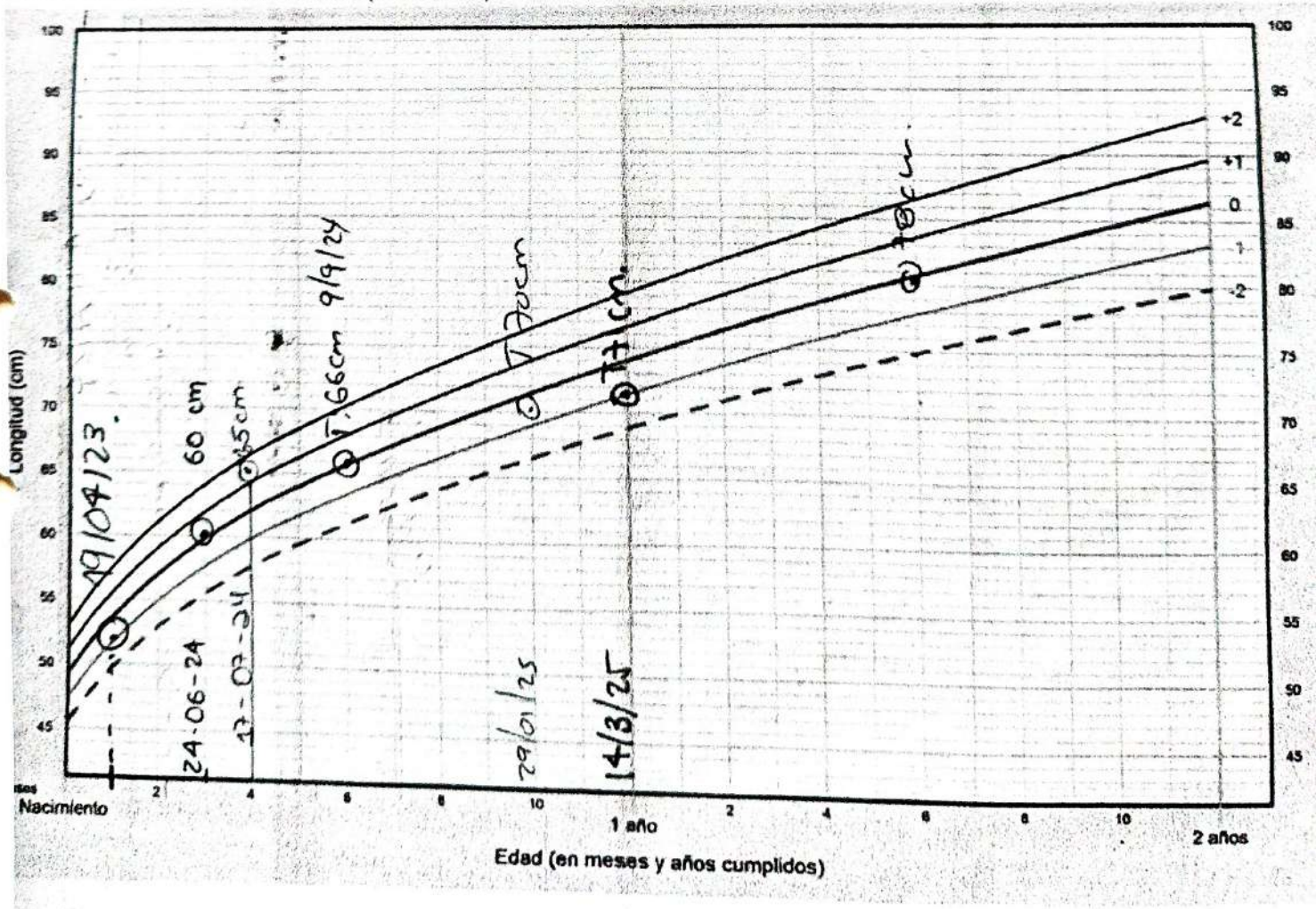


9



Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



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		
At 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: Ortega Portilla Daneris Antonella

Fecha de nacimiento: 7 Marzo 2024

Nº de certificado de nacido vivo: 24031010888867

Registro civil: 1122344408

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: O Positivo

Peso al nacer: 2310 kg Talla: 45cm

Dirección: V) Afiladero.

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Yolanda Portilla

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: Daenerys Ortega Padilla Tipo Identificación: Registro Civil No. Id: 1 122 344 408

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	8	Marzo	24	Lactancia materna exclusiva	si [ ] no [ ]					
	Hepatitis B	Recién nacido	8	Marzo	24	Serum	0 3 1 3 0 0 2 6	1) Universitas 2) Universitas				
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1°	14	Marzo	24	Serum	0 3 7 2 4 4 0 1 2					
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1°	14	Marzo	24	Lactancia materna exclusiva	si [ ] no [ ]					
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	1°	14	Marzo	24	BIOGICALS	2 2 3 4 0 0 1	IPS Afiliados				
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1°	14	Marzo	24	Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A	PS Afiliados				
	Diarrea por rotavirus	1°	14	Marzo	24	Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A	PS Afiliados				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1°	14	Marzo	24	Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A	PS Afiliados				
						6 5 K.	A 4 9 9 2 5	PS Afiliados				
4 meses						6 5 K.	A 7 0 1 0 D 9 2 5	PS Afiliados				
	Poliomielitis (VIP)	2°	9	Julio	24	Lactancia materna exclusiva	si [ ] no [ ]					
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2°	9	Julio	24	BIOGICALS	2 2 3 9 0 0 1	PS Afiliados				
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	2°	9	Julio	24	Serum	2 8 5 2 X 0 1 4 B	PS Afiliados				
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2°	9	Julio	24	Serum	2 8 5 2 X 0 1 4 B	PS Afiliados				
	Diarrea por rotavirus	2°	9	Julio	24	Serum	2 8 5 2 X 0 1 4 B	PS Afiliados				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2°	9	Julio	24	6 5 K.	A B 0 L 8 3 8 B A	PS Afiliados				
						6 5 K	6 J 8 6 3 6.	PS Afiliados.				
6 meses						Lactancia materna exclusiva	si [ ] no [ ]					
	Poliomielitis (VIP)	3°	17	Sept	24	BIOGICALS	2 2 3 9 0 0 1	PS Afiliados				
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3°	17	Sept	24	Serum	2 8 5 2 K 0 1 4 B	PS Afiliados				
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	3°	17	Sept	24	Serum	2 8 5 2 K 0 1 4 B	PS Afiliados				
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3°	17	Sept	24	Serum	2 8 5 3 X 0 1 4 B	PS Afiliados				
	Influenza estacional	1°	14	Junio	2025	Seguirus PTY	P 1 0 0 7 9 2 7 9 4	PS Afiliados				
7 meses	Influenza estacional	2°	25	Julio	2025	Seguirus PTY	P 1 0 0 7 9 2 7 9 4	PS Afiliados				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1°	24-	abril	25	Serum	0 1 8 2 N 0 7 4 A	PS Afiliado				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	24-	abril	25	Pfizer	H J 5 2 7 7	PS Afiliado Marcos Mario				
	Varicela	2°	24-	abril	25	merck	1 0 1 4 8 6 9	PS Afiliado				
	Hepatitis A	Única	24-	abril	25	MSD	2 0 2 2 0 7 0 4 5	PS Afiliado Tec.				
	Influenza estacional	Anual	24-	abril	25							
18 meses	Poliomielitis (VIP [ ] VOPb [ ])	1.° refuerzo	15	Sept	25	BIOGICALS	2 4 0 6 0 0 1	PS Afiliados				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.° refuerzo	15	Sept	25	Serum	2 8 5 4 X 0 2 1 F.	PS Afiliados				
	Fiebre amarilla	Única	24-	abril	25	Sanofi	L 2 3 1 V F C 0 0 5 2	PS. Afiliado				
5 años	Poliomielitis (VIP [ ] VOPb [ ])	2.° refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2°	15	Sept	25	Serum	1 3 3 M 1 2 0	PS Afiliado				
	Varicela	Refuerzo										
niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
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.

Mayo 2029

Fecha de atención	Peso	Talla	Perimetro cefálico	Perimetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
19/04/24	3.640	52.5	36	13	18.3	07/05/24	
24/06/24	6.3	60	39	14.5	17,5	07/07/24	
17-07-24	7	65	39	14	16.6	09/09/24	
09/9/24	8.7	66	41	14,5	18.6	07/12/24	Milena C.
29/01/25	7.8	70	43	16.	15.9	07/03/25	P. Per
5-02-25	8.4	72	43.5	15	76.2	Control P/T	Milena C.
24-04-25	9.0	77	44	15	15.2	control p/t.	Milena C
08/09/2025	9.7	79	44	15	15.9	08-09-2025.	
						09-03-2026	

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO	
				SI	NO
09	04	2024	Méd	✓	
07	07	2024	Med.	✓	
09	Sep	2024	Enf	SI ✓ Milena C-	
09	Dic	2024	Enferm		
29	Ene	2025	Enf	S. ✓	P. Pedro
07	Marzo	2025	Med		
05	febrero	2025	Enf. Control T		P.
07.	Marzo	2025	medico.	✓	
07.	Sept.	2025	Jefe enf	✓	
09	Marzo	2026	Medico		

14
R/V

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos — Minsalud

CIUDAD La Dorada Putumayo. FECHA: DÍA 15 MES 04 AÑO 2025 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Daenerys Antonella APELLIDOS Ortega Portilla.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.344.408

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 7 MES: 03 AÑO: 2024/ EDAD: años 1

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. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. 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 Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] ó dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (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.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: Angie Yolanda Portilla Quintero.

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

Nombres Angie Yolanda Apellidos Portilla Quintero

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.006.788.347

Firma: Angie Portilla

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

_____
C.C. N°

_____
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador:

Firma

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS):

DEPARTAMENTO/DISTRITO:

MUNICIPIO:

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

CARNET
RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

Mi prioridad es tu salud...



Nombres y Apellidos:
DAENERYS ANTONELLA ORTEGA

Doc. de Identidad:
1122344408.

EPS:
HALCAMAS

Teléfono:

Domicilio:
V. EL ATILADOR

PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS		FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) Ó AÑOS (A)													
		5 DIAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
	Atención en salud por medicina general													
	Atención en salud por enfermería													
	Atención en salud por Odontología													
	Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	Aplicación de barniz de flúor							14-03-2025	24/09/2025					
	Profilaxis y remoción de placa							14-Sep-2025	24/09/2025					
	Aplicación de sellantes (Según Criterio)								24/03/2026					
	Fluorización													

Gretchen Alvarez Pra. Daniela Jaramillo
Odontóloga
RP 862291
S-VAC-24
S-HAD-25.
Higienista
c.c. 1122336284

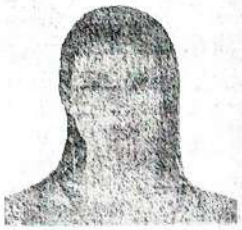
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.006.788.347
PORTILLA QUINTERO

APELLIDOS
ANGELA YOLANDA

NOMBRES
yolanda portilla C.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 22-MAY-1990
SAN MIGUEL (LA DORADA)
SAN MIGUEL(LA DORADA) (PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

10-JUN-2008 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-6400200-00078261-F-1006788347-20080925 0003695987A 1 25625374

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.144.186.164**

ORTEGA PORTILLO

APELLIDOS

EDUARD ALEXANDER

NOMBRES

Alexander Ortega

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-MAY-1995**

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

27-MAY-2013 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-3100100-00980061-M-1144186164-20180220 **0059573546A 1** 9903410407

Fundación Alma de Vida
Fomentando el camino de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Angela yolanda portillo dentificado con C.C N° 1006788347 en calidad de: padre o madre ( ), del niño o niña: X Ladorada Sanmiguel o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: pequeños 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 15 Días del mes de 04 del Año 2025.

Angela yolanda portillo
Madre o Acudiente
C.C 1006788347

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 Daenerys Antonello Ortega., identificado (a) con documento de identidad número 1.122.344.409 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. Angela Yolanda Portilla, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.006.788.347 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.I.C

Suscriben:

Firma: [signature]
Nombre: Angela portilla Quintero
Calidad - Titular: ✓ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3204667223
Fecha: 15-abril-2025
Municipio: San Miguel-La Dorada-putumayo.

CLASIFICADA

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

OMBRE DE LA MAESTRA (O): Daliana Maricela Morales Mora NOMBRE UCA: pequeños exploradores

OMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Daeneiys Antonella Ortega IDENTIFICACIO: 1122344408 FECHA DE NACIMIENTO: 07-04-2024

ECHA 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					

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad La dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Daenerys Antonella Ortega Portillo

Fecha de nacimiento Día 07 Mes 04 Año 2024 **N° Documento de Identidad** 1722344408

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Daliana Maricela Morales Mora

Fecha de registro cualitativo Día 17 Mes 07 Año 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 Es un niño que refleja una construcción equilibrada entre el aspecto motoro y cognitivo, a sus 8 meses, logra sostenerse en posición sentada sin apoyo, explora su entorno atráves del desplazamiento por arrastre y muestra intención de avanzada hacia el gateo, esta capacidad de movimiento potencial su coriosidad manipula objetos se recomienda capacidad de movimiento potencial

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Daliana Maricela Morales Mora

Fecha de registro cualitativo Día 20 Mes 10 Año 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 empieza a explorar activamente su entorno, mostrando curiosidad por los objetos y sus funciones, se observa imitación de acciones y juegos sencillos de causa o efecto. comienza a reconocer rutinas y anticipar lo que viene

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 Día Mes Año

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)***

Valoración Cualitativa ⇨	Relación con los demás															Relación consigo misma/o										Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social																
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10	11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	11 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24	22 23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16	17 18	17 18	17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2	1 2	1 2	3	3	3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8	8	8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17	16 17	15 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales