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) ___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) _X_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 X	Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo). Incompleto
✓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: San miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Danna Valentina Calderon Rosero

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1.122.344.116

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 15-06-2021 EDAD: 3,9 mes MUNICIPIO: Sucumbios

DEPARTAMENTO: Lago Agrio PAIS: Ecuador DIRECCION DE RESIDENCIA: Afilador 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: Nueva EPS 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: A3 DESPLAZADO: SI: __ NO X

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

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: John wilder Calderon Gomez

No. IDENTIFICACION: 1.070.587.082 DIRECCION RESIDENCIA: Afilador

CELULAR: 3203976240 E.P.S: Famisanar

OCUPACION U OFICIO: Maestro en Construcción

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angie Leonela Rosero Cuaylboy

No. IDENTIFICACION: 1.006.789.083 DIRECCION RESIDENCIA: Afilador

CELULAR: 3203976240 E.P.S: Famisanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Angie leonela Rosero

NUMERO IDENTIFICACION: 1006789083 CELULAR: 3203976240

DIRECCION: Afilador. PARENTESCO: Madre

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE
Angie Leonela Rosero.C.

Zuleidy Carvajal
FIRMA AGENTE EDUCATIVO
Dalliana Morales Hoya

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 2874758

NUIP 1.122.344.116

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☐

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
CALDERON ROSERO DANNA VALENTINA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras): Año 2 0 0 3 | Mes J U N | Día 1 5 | Sexo (en letras): FEMENINO | Tipo Sanguíneo: O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
ECUADOR SUCUMBIOS-LAGO AGRIO-NUEVA LOJA

Fecha de Inscripción (Mes en letras): Año 2 0 0 3 | Mes O C T | Día 2 8 | Indicativo serial: 0063693670

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
ROSERO CUAJIBOY ANGIE LEONELA

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.789.083 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
CALDERON GOMEZ JOHN WILDER

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.070.587.082 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
CALDERON GOMEZ JOHN WILDER

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.070.587.082

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras): Año 2 0 1 3 | Mes O C T | Día 2 8 | Código 5 6 2

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

Adhesivo Copia Registro Civil
30948285-2

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 30/09/2025

Ficha: 25307044847000023509

A3

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DANNA VALENTINA

Apellidos: CALDERON ROSERO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344116

Municipio: Girardot

Departamento: Cundinamarca

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/03/2023

Última actualización ciudadano: 22/03/2023

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 No pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: GLORIA STEFANI MARTINEZ CAPERA

Dirección: Calle 16 Carrera 16 Esquina

Teléfono: 8395510 Extensión 2010 - 3142003033

Correo Electrónico: sisben@girardot-cundinamarca.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	1122344116
NOMBRES	DANNA VALENTINA
APELLIDOS	CALDERON ROSERO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	GIRARDOT

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	19/11/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/30/2025 08:53:34	**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

CENTRO DE SALUD GENERAL FARFAN

MEDICO GENERAL

CEDULA :

PACIENTE:

REGISTRO DE CITAS

FECHA : 15/12/2021	HORA: —
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:

NOTA:ACUDIR 20 MINUTOS ANTES A LA CITA GRACIAS

Guíese por el código de color

- Salud infantil, crecimiento y desarrollo en niñas y niños menores de 5 años.
- Esquema de vacunación.

HCU:

CC/CI: Madre 1 0 0 6 7 8 9 0 3 3

CC/CI: Niño/Niña 2 1 5 0 6 9 1 8 2 8

Nombres: Danna Valentina

Apellidos: Calderon Rosero

Discapacidad: Sí .... No ..x.. Tipo .....

Fecha de nacimiento: 15 (Día) 06 (Mes) 2021 (Año)

Teléfono domicilio: .....

Teléfono celular: 3204204724 /

Dirección domicilio: Santa Mariannita.

cerc de 2 piso

Nombre de la madre/padre: Angie Leonela Rosero /

Juan Calderon

Zona: 1

Provincia: Sucumbios

Cantón: Lago Agrio

Parroquia: General Farfan

Establecimiento de salud: C.S. General Farfan

Ministerio de Salud Pública: X

Seguro de la Policía: ☐

Seguro de las Fuerzas Armadas: ☐

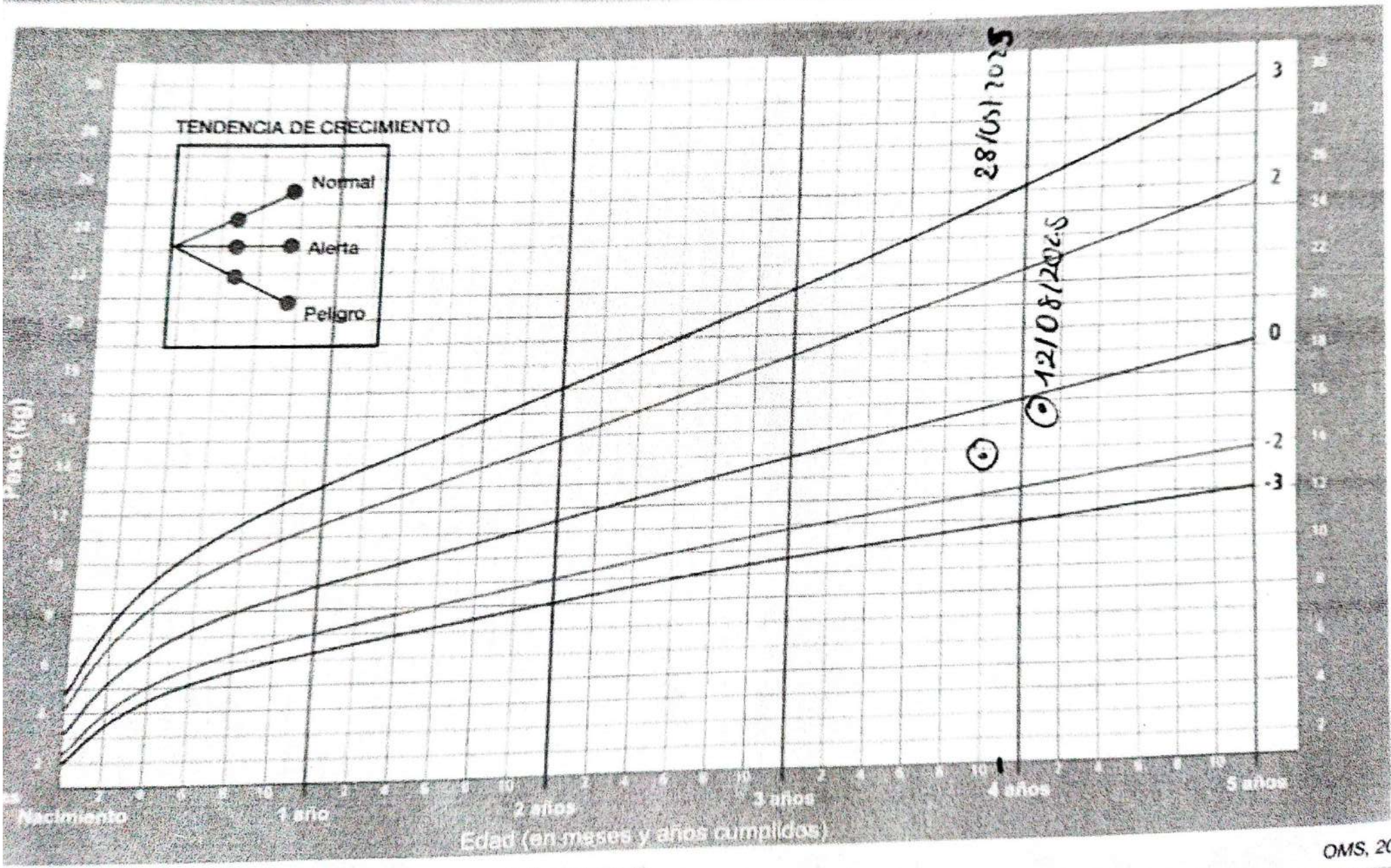
IESS: ☐

Seguro Social Campesino: ☐

Otro: ☐

Peso para la edad en niñas

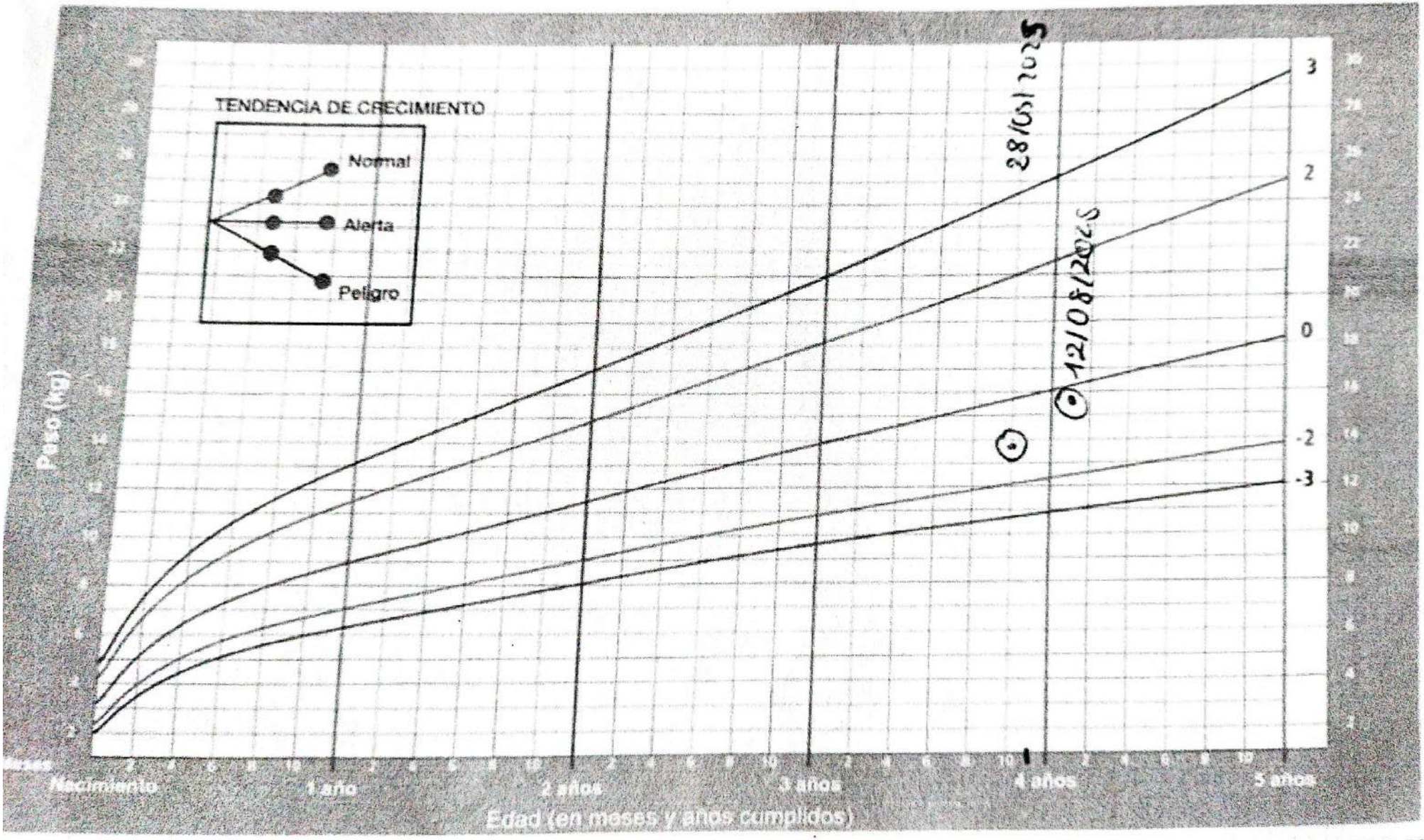
desde el nacimiento hasta los 5 años



OMS, 2006

Peso para la edad en niñas

Desde el nacimiento hasta los 5 años

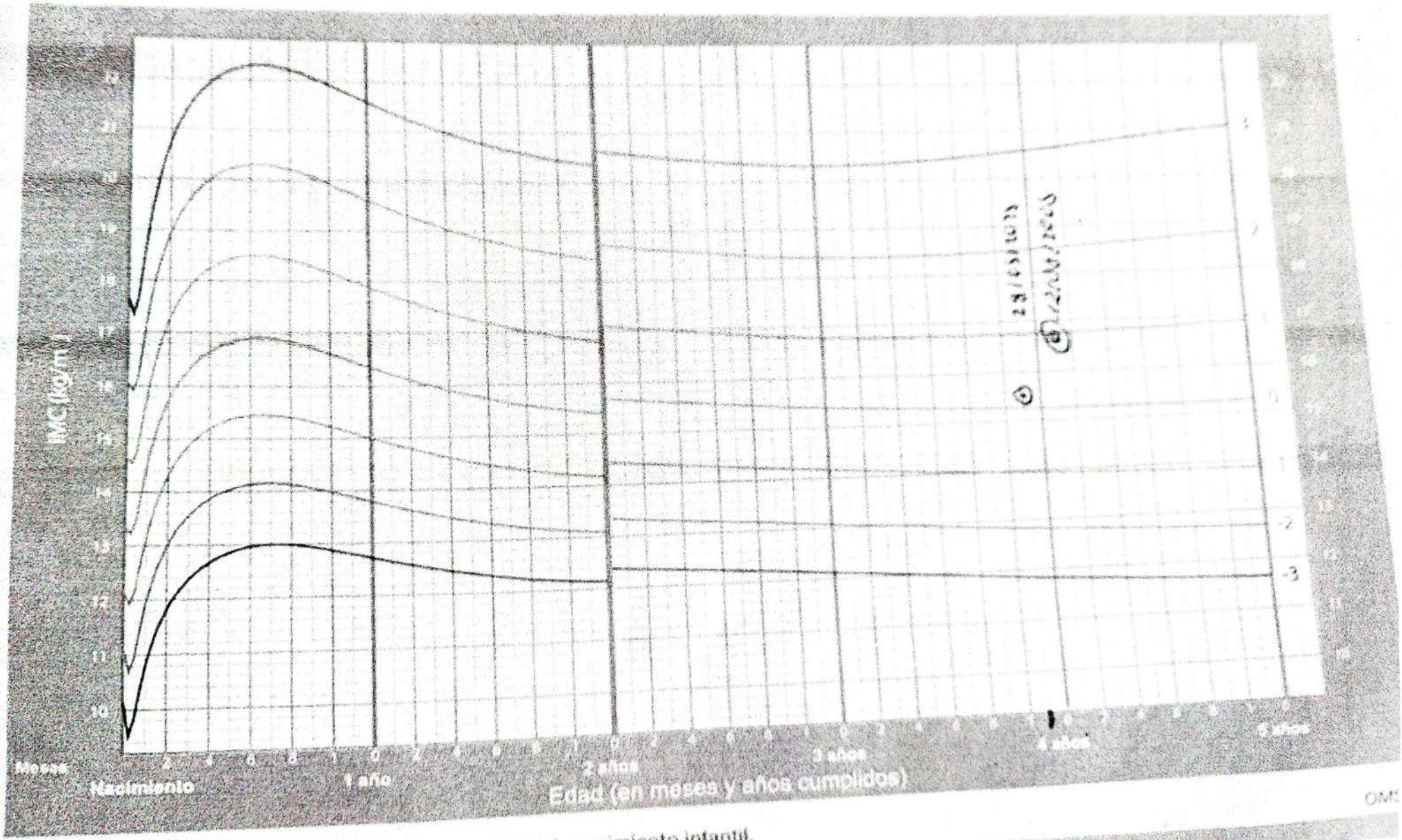


das las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

OMS, 2006

IMC para la edad en niñas

Desde el nacimiento hasta los 5 años



Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

Control de crecimiento y desarrollo del niño o la niña

De 48 a 59 meses de edad (4 a 5 años)

Fecha de atención			Edad (meses)	Peso (kg)	Talla (cm)	*Alimentación variada		**Suplementación	Perímetro cefálico	Observaciones
Día	Mes	Año				Sí	No	Vitamina A		
12	8	23	4 años	15.80	97	✓		NO		

*Consultar alimentación variada cuando el niño o la niña consume alimentos de varios grupos (lácteos, frutas, verduras, cárnicos, cereales, tubérculos, leguminosas y grasas saludables).

**La suplementación con vitamina A debe ser supervisada por un médico. No sobrepase la dosis (200.000 UI cada 6 meses).

Visual

Fecha de atención			Edad	Resultado normal			Observaciones
Día	Mes	Año		Sí	No		
					OD	OI	
12	08	2023	4a	✓			

Realizar un control anual a partir de los 3 años.

Neurodesarrollo - Test Denver II

Fecha de atención			Edad	Resultado		
Día	Mes	Año		Normal	Dudoso	Retraso
12	08	25	4a	✓		

Realizar un control cada 6 meses.

Tamizaje auditivo

Esta prueba se aplicará a los niños o niñas hasta los 5 años.

Hitos del desarrollo

Identifica al menos 4 colores y los nombra: Sí ◯ No ◯

Cuenta con los diez dedos de su mano: Sí ◯ No ◯

Permanece en equilibrio con cada pie por 4 a 6 segundos: Sí ◯ No ◯



◯ *Alerta*

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer	Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida	Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

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

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

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

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

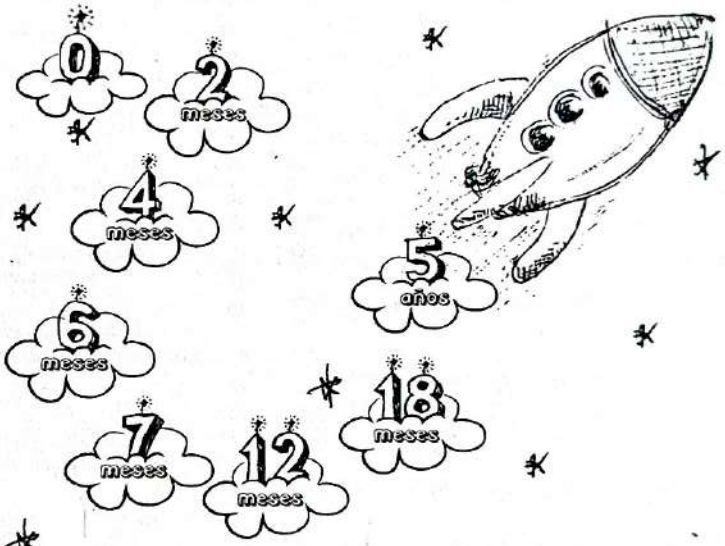
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

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

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



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

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

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

AIEPI

de cero a Siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Danna Valentina Calderon R
Fecha de nacimiento: 15 enero 2021
Nº de certificado de nacido vivo: ----------
Registro civil: ----------
Sexo: Femenino
Grupo sanguineo: O +
Peso al nacer: 3.300 kg
Dirección: Lago Agrio
Teléfono: ----------
Responsable: Angie L Rosero
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo
TI. 1006789083

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: Danna Valentina Calderon Rosero Regis Civil: .....

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación (Día Mes Año)	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita (Día Mes Año)	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Tuberculosis B.C.G.	Única	16 junio 2021	Serum	0379672	Ecuador		Naly Badel
	Hepatitis B	Recién nacido	16 junio 2021	Serum	0326545	Ecuador		Naly Badel
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	1ª	24 Agosto 2021	Biologicals	7017004	PS Afiliados		
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	24 Agosto 2021	Serum	40504021D	PS Afiliados		
	Rotavirus	1ª	24 Agosto 2021	6 S K	ARulc 772B	PS Afiliados		
	Neumococo	1ª	24 Agosto 2021	6 S K	ASPNB308A	PS Afiliados		
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	2ª	10 NOV 2021	Biologicals	2017004	PS Afiliados		
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	10 NOV 2021	Serum	2850	PS Afiliados		
	Rotavirus	2ª	10 NOV 2021	6 S K	ARolc	PS Afiliados		
	Neumococo	2ª	10 NOV 2021	6 S K	ASPNB315A	PS Afiliados		
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	10 Enero 2022	Biologicals	2017004	PS Afiliados		
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	10 Enero 2022	Serum	2850 X035B	PS Afiliados		
	Influenza	1ª	2 Agosto 2022	Green Cross	V502208	PS Afiliados		
7 Meses	Influenza Única.	~~2ª~~	—	—	—	—		
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	2 Agosto 2022	Serum	030N126B	PS Afiliados		Mayra Alejandra Caycedo R. Tec. Sup. en Enfermería CC. 5244513
	Fiebre Amarilla	1ª	2 Agosto 2022	Sanofi	F211VFC09.GL	Afiliados		
	Neumococo	Refuerzo	2 Agosto 2022	6 S K				
	Influenza	Anual	26-8-2021	Green-Cross	V502400S	Bienestar PS		Nair Molina T
	Hepatitis A	ÚNICA	2 Agosto 2022	M.S.D.	U02527	PS Afiliados		Mayra Alejandra Caycedo
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	26-8-2021	Serum	2823X005B	Bienestar PS		Nair Molina
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	26-8-2021	Biologicals	2327003	Bienestar PS		Nair Molina
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo						
Niñas 9 Años o más	Varicela							Mayra Alejandra Caycedo
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela.	Unica.	2 Agosto 2022	Merck	U02226B			Mayra Alejandra Caycedo R. Tec. Sup. en Enfermería CC. 5244513
	Moderna XBB 1,5	1da D.	22-09-2024	Moderna	032123A	Bienestar PS IPS		Una Tatiana Gonzales R
	Moderna XBB 1,5	2da D.						

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

12
RV

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 Danna Valentina APELLIDOS Rosero Calderón

TIPO DE IDENTIFICACION: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1·122·344·716

FECHA DE NACIMIENTO DIA: MES: AÑO: / EDAD: 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 cancer 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)

¿COMO 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 Leonela Rosero Cuajiboy

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

Nombres Angie Leonela Apellidos Rosero Cuajiboy

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.006.789.083

Firma: Angie Leonela

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 _____

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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.006.789.083
ROSERO CUAJIBOY

APELLIDOS
ANGIE LEONELA

NOMBRES

Angie Leonela Rosero C

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-ABR-2003
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

04-JUN-2021 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401800-01245197-F-1006789083-20210715 0074955611A 1 56516075

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
CALDERON GOMEZ

NUIP 1.070.587.082

Nombres
JOHN WILDER

Nacionalidad
COL

Estatura
1.79

Sexo
M

Fecha de nacimiento
25 AGO 1986

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
GIRARDOT (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
10 DIC 2004, GIRARDOT

Firma

Fecha de expiración
20 JUN 2034

IDCOL

048797304

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL048797304815109<<<<<<<<<<
8608251M3406201COL1070587082<2
CALDERON<GOMEZ<<JOHN<WILDER<<<

CENTRO DE SALUD GENERAL FARFAN

ODONTOLOGIA

CEDULA :

PACIENTE:

REGISTRO DE CITAS	
FECHA : 19/04/2023	HORA: 14:20
FECHA : 22/10/2023	HORA: 10.45
FECHA : 22/11/2023	HORA: 8:30
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:

NOTA:ACUDIR 20 MINUTOS ANTES A LA CITA GRACIAS

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

16

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

Yo Angie Leonela Rosero C. Identificado con C.C N° 1006789083 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Danna Valentina Caldero R. 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 16 Días del mes de Abril del Año 2025.

Angie Leonela Rosero C.
Madre o Acudiente
C.C 1006789083

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 Danna Valentina Rosero Calderón, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.344.776 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, Angie Leonela Rosero, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.006.789.083 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: Angie Leonela Rosero C.
Nombre: Angie Leonela Rosero C.
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3224237691
Fecha: 15 - abril 2025
Municipio: San Miguel Putumayo

CLASIFICADA

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Danna Valentina Calderon Roseto IDENTIFICACIO: 1.722.344776 FECHA DE NACIMIENTO: 15-06-2021

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

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					

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

19
R/V

Ciudad La dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Danna valentina calderón Roseio

Fecha de nacimiento Día 28 Mes 10 Año 2022 **N° Documento de Identidad** 1122344776

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 picsenta un desarrollo integral acorde a su eolad cronologica, destaca el lenguaje expiesivo y motricidad gruesa mostrando una actitud participativa y entusiasta en las actividades tiene buena capacidad de atencion responde positivamente se recomienda continuar foitaleciendo la motricidad fina y fomentar estrategias del juego

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
Participa con otros niños en juego de roles, muestra preferencia por ciertos niños o niñas, aprende y le gusta intentar nuevos juegos o actividades motoras estando acorde con su rango de edad

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 21	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 34	31 32 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