Fundación
Alma de Vida

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con fotografía del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, segùn 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 (Categoria 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.

321 45 95 186
321 77 46 798
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: 26-03-2025 **FECHA INGRESO:** 01-04-2025

UDS: Manitos Creativas **MUNICIPIO:** San Miguel.



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
IAM SAMUEL CORTEZ SANTACRUZ.

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1118383474

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 07-03-2022 **EDAD:** 3 AÑOS **MUNICIPIO:** Caqueta.

DEPARTAMENTO: Florencia **PAIS:** Colombia **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: bajo AMARON **ESTRATO:** _____ **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: _____ NO: _____

¿CUAL?: N/A **MOTIVO DEL RETIRO:** N/A

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: N/A

EPS DEL PARTICIPANTE: EMSSANAR **SUBSIDIADO:** X **CONTRIBUTIVO:**

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: __ **DIAGNOSTICO:** N/A

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: N/A

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: N/A

TIENE SISBEN: SI: X NO: __ PUNTAJE: A2 **DESPLAZADO:** SI: __ NO: X

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

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan pablo cortez yepez.
No. IDENTIFICACION: 1125878468 **DIRECCION RESIDENCIA:** vl bajo AMARON.
CELULAR: 3166786892 **E.P.S:** EMSSANAR
OCUPACION U OFICIO: Agricultor.
EMPRESA DONDE LABORA: N/A
NIVEL DE ESCOLARIDAD: N/A **PROFESIÓN:** N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carmen yulieth santacruz Matabayoy
No. IDENTIFICACION: 1117489480 **DIRECCION RESIDENCIA:** vl bajo amaron
CELULAR: 3166786892. **E.P.S:** EMSSANAR.
OCUPACION U OFICIO: AMA DE CASA
EMPRESA DONDE LABORA: N/A
NIVEL DE ESCOLARIDAD: N/A **PROFESIÓN:** N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: CARMEN yuliet santacruz-M
NUMERO IDENTIFICACION: 1117489480 **CELULAR:** 3166786892.
DIRECCION: vl bajo amaron **PARENTESCO:** MADRE

CARMEN Julieth Santacruz.
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Beleidy Arenas
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60830174

NUIP 1118383474

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código W X K

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

COLOMBIA - CAQUETA - FLORENCIA - NOTARÍA 2 FLORENCIA

Datos del inscrito

Primer Apellido: CORTEZ | Segundo Apellido: SANTACRUZ

Nombre(s): IAM SAMUEL

Fecha de nacimiento: Año 2022 Mes MAR Día 07 | Sexo (en letras): MASCULINO | Grupo sanguíneo: O | Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección): COLOMBIA - CAQUETA - FLORENCIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigo: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: 170942376

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: SANTACRUZ MATABAJOY CARMEN YULIETH

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 1117489480 | Nacionalidad: 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: CORTEZ YEPES JUAN PABLO

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 1125878468 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CORTEZ YEPES JUAN PABLO

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 1125878468 | Firma: JUAN PABLO CORTEZ Y.

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):

Fecha de inscripción

Año 2022 Mes MAR Día 14

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

AMPARO NARVAEZ ROA
NOTARIA ENCARGADA
NOTARÍA SEGUNDA - FLORENCIA - CAQ.

Reconocimiento paterno

JUAN PABLO CORTEZ Y
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

AMPARO NARVAEZ ROA
NOTARIA ENCARGADA
NOTARÍA SEGUNDA - FLORENCIA - CAQ.

OTRO: LV. TOMO 5 FOLIO 246; 14/03/2022

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARÍA SEGUNDA DE FLORENCIA - CAQUETÁ
Este registro es fotocopia auténtica del original que reposa en los archivos de registro civil de esta Notaría.
14 MAR 2022
NOTARIA SEGUNDA - FLORENCIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
AMPARO NARVAEZ ROA
NOTARIA ENCARGADA
NOTARIA SEGUNDA DE FLORENCIA

NOTARIA SEGUNDA DE FLORENCIA
ESTE REGISTRO CIVIL TIENE
VALIDEZ PERMANENTE

Powered by CamScanner

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	1118383474
NOMBRES	IAM SAMUEL
APELLIDOS	CORTEZ SANTACRUZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	01/04/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/07/2025 16:09:22	**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

Sisbén

Registro Civil

A2

Fecha de consulta: 01/04/2025

Ficha: 86757674952700002393

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: IAM SAMUEL

Apellidos: CORTEZ SANTACRUZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1118383474

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 31/12/2024

Última actualización ciudadano: 08/01/2025

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 MONTE

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libert

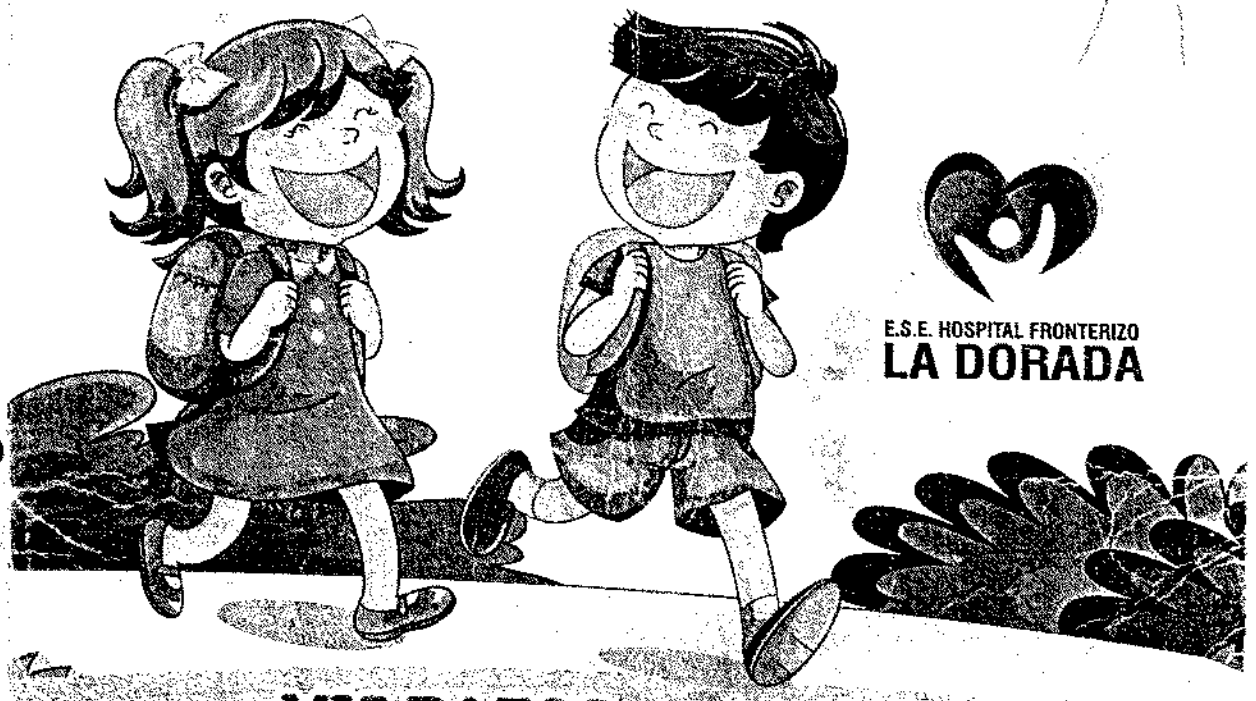
Teléfono: 4210537 - 32131387

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



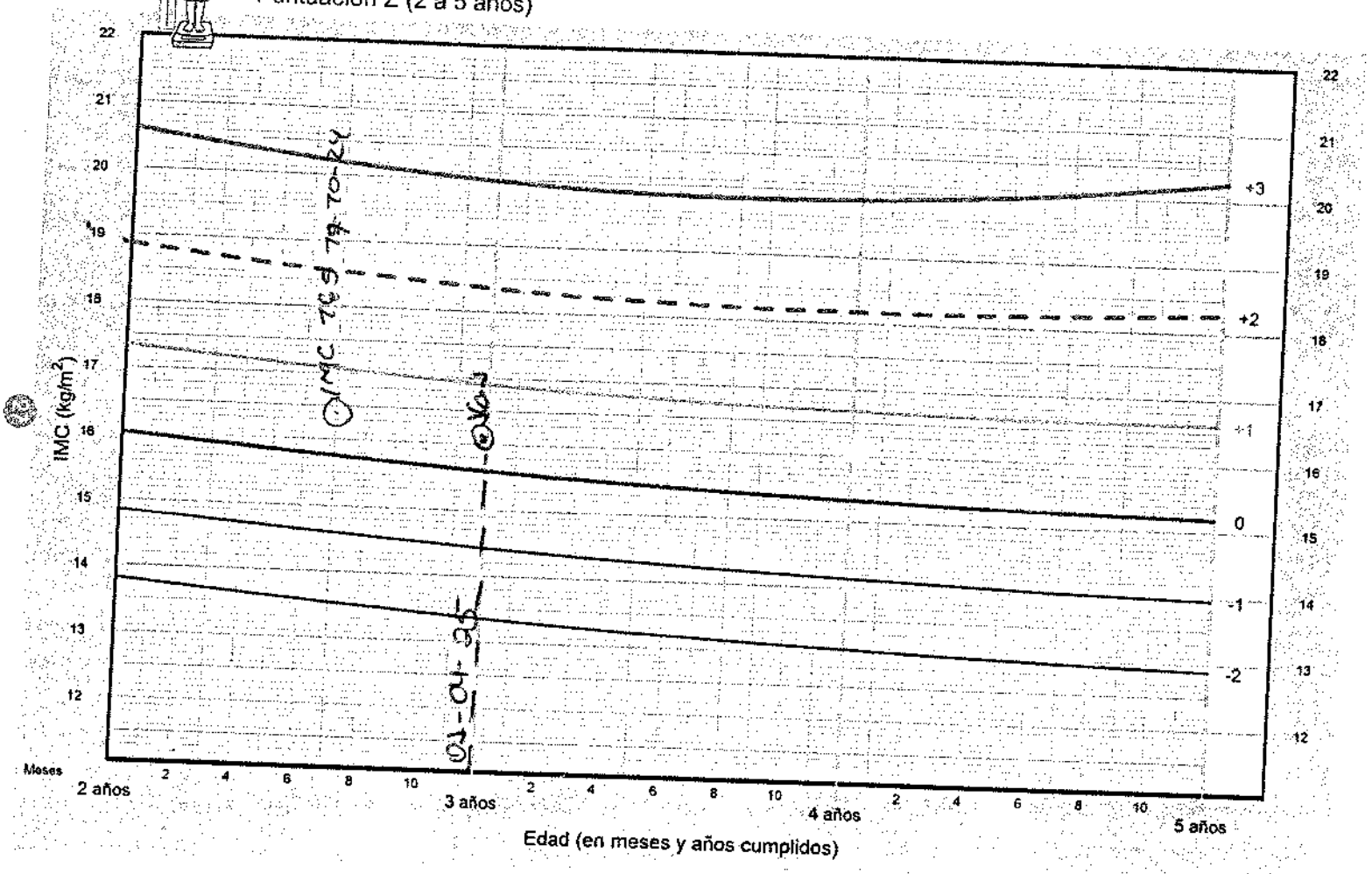
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

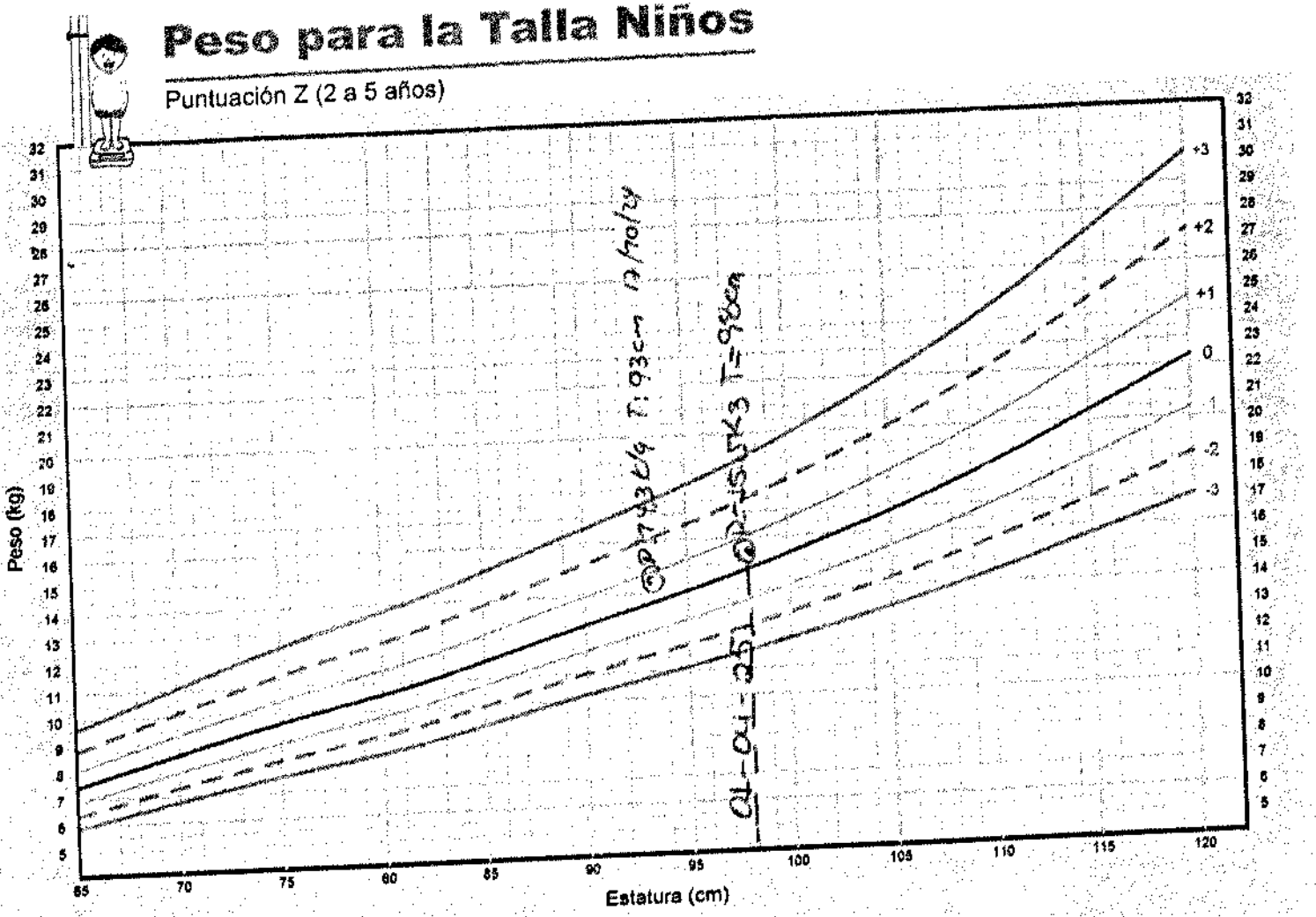
MIS DATOS

Nombres: IAM SAMUEL	Apellidos: CORTES SANJUAN
Fecha de nacimiento: 07 DÍA / 03 MES / 22 AÑO	Historia Clínica: 111838
Barrio/Vereda: V/ BAJO AMARO	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS: ASMET

IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)




Peso para la Talla Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Peso (kg)
Estatura (cm)
+3
+2
+1
0
-1
-2
-3
65
70
75
80
85
90
95
100
105
110
115
120

CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
13	Julio	202	Medico		
17	09	2022	Enfermera		
14	12	2022	Medico		
07	Marzo	2023	Medico	✓	
10	Sep	2023	Enf.		
11	Marzo	2024	Med.	SI	
07	Sept.	2024	Enf.		
17	octubre	2024	Enfer	SI Milena C.	
07	marzo	2025	Medico	Si	
09	Marzo	2026	Enf.		

Dra. Magaly Cabrera
Médico General
M.S.P. 0702271455 Universitario

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
17/07/22	8,05kg	66cm	42.5cm	15.5cm	18.2	17/09/202	
14-9-22	9,260	70	43	17	19	14-11-22	Vacuna rotavirus
20-01-23	10020	74	46	19	18.3	07/MAR/23	Vacuna antiamarilica
10-03-23	10.3	75	44	14	18.3	10/sep/23	
7-9-23	11.5	82	45	14	17.1	1 MAR/24	
4/03/24	12,5	87	47	16	16,5	07/09/24	
13-10-2024	14,3	93	48	16	16,5	07-03-25	
02-04-25	15.5	98	48	14	Nob	09-03-26	

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO

Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado						
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado						
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado						
	Visual	Normal		Alterado						

ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCION Y APOYO A LA LACTANCIA

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

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Punti ción
	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 MIC

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 SAL - AGUDEZA VIS

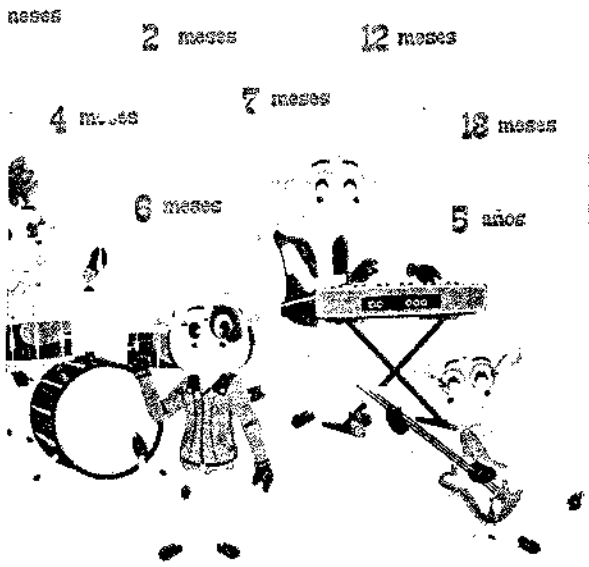
3 años			
4 años			
5 años			

*Menor o igual a 20

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

Tuberculosis meningea, 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: IAM SAMUEL CORTEZ SANTACRU

Fecha de nacimiento: 7 Marzo 2022

Nº de certificado de nacido vivo: 1709423 51

Registro civil: 1118383474

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: CC: 1.117.489.492.

Peso al nacer: 3220 g. Talla:

Dirección: VI BAJO AMARON.

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Carmen y Lieth Santa

Municipio de residencia: San Jose del pa

Departamento: Caguan

Busca ya las vacunas
las gratis hasta los 5 años!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

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

Edad	Me protego 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	07	03	21	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Hepatitis B	Recién nacido	07	03	21							
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	13	05	22							
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	13	05	22							
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	1.ª	13	05	22							
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	13	05	22							
	Diarrea por rotavirus	1.ª	13	05	22							
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	13	05	22							
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	13	07	22	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	13	07	22							
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	2.ª	13	07	22							
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	13	07	22							
	Diarrea por rotavirus	2.ª	13	07	22							
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	13	07	22							
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	14	09	22	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	14	09	22							
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	3.ª	14	09	22							
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	14	09	22							
	Influenza estacional	1.ª	06	05	22							
7 meses	Influenza estacional	2.ª	13	07	22							
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	15	3	23							
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	15	3	23							
	Varicela	2.ª	15	3	23							
	Hepatitis A	Única	15	3	23							
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	15	09	23							
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	15	09	23							
	Fiebre amarilla	Única	15	3	23							
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª										
	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 niño 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.

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 FECHA: DÍA 10 MES 04 AÑO 2025 HORA: 11:00 AM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Iam samuel APELLIDOS Cortez Santacruz.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [x] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NUMERO: 1118883474

FECHA DE NACIMIENTO DIA: 07 MES: 03 AÑO: 2022 / EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE EMSSANAR.

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 tetanos, 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 si 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)

Por miedo a la Reacion

¿COMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Ninguna. 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 inyeccion; inflamacion de los ganglios (linfadenopatia); 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 vacunacion para la prevencion 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:** X que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: _____

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

Nombres Carmen Yulieth Apellidos Santacruz Matabajoy

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1117489480

Firma: Carmen Santacruz

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 _____

	Firma del Rogado	
Huella dactilar o plantar del Rogante	C.C. N°	C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Isabel Arias Erazo

Firma Isabel Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004695986

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLH

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo

MUNICIPIO: San Miguel

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.

RECOMENDACIONES

- Cepillate los dientes despues de cada comida
- mantenga una dieta balanceada baja en azucares y carbohidratos
- Cambia tu cepillo de dientes cada 2 meses si tiene gripa o tos, cambialo inmediatamente

Tu sonrisa refleja lo que tu eres

I.A.M.I. INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y DE LA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 845.002.309-9

MI CARNET DE HIGIENE ORAL

E.P.S.	[illegible]
Nombres:	[illegible]
Apellidos:	[illegible]
Sexo: X ☐	Fecha de Nacimiento: 07 / 09 / 2022
Identificación:	RC 1112 388 [illegible]
Dirección:	N.H.C.

Servimos con amor

FECHA	PROCEDIMIENTO CP	S	F	D	PRÓXIMA CITA
19-09-23	x		x	19-09-24	
20-03-24	x		x	20-09-24	
20-09-24	x		x	26-03-25	
01-04-25	x	x	x	01-10-25	
02-10-25	x	x	x	09-04-26	

Liliana Maribel Córdoba
HIGIENISTA ORAL
Res 4043 de 2017

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO 1.117.489.480
SANTACRUZ MATABAJOY
APELLIDOS
CARMEN YULIETH
NOMBRES

CARMEN YULIETH SANTACRUZ.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-SEP-1986
SAN JOSE DEL FRAGUA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
23-SEP-2004 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-6401900-01288681-F-1117489480-20220402 0078621661A 1 5512888

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.125.878.468**

CORTEZ YEPES

APELLIDOS

JUAN PABLO

NOMBRES

Juan Pablo Cortez Y

FIRMA





INDICE DERECHO

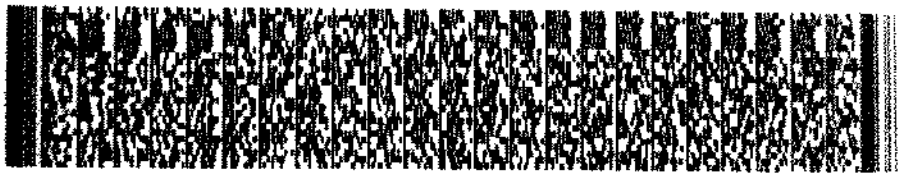
FECHA DE NACIMIENTO **06-JUN-1988**

CARURU
(VAUPES)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

23-AGO-2006 CARURU
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-6401800-01318811-M-1125878468-20220914 **0085286354A 1** 56936271

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Carmen Santacruz Identificado con C.C N° 1117489480 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: JAN SAMUEL CORTEZ. o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: MANITOS CREATIVAS., 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 02 Días del mes de 04 del Año 2025.

Carmen Santacruz

Madre o Acudiente

C.C 1117489480

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

Yo, Carmen Sofia Cruz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1117484480 obrando en calidad de:

Padre		Madre	X	Cuidador	

De la niña, niño o adolescente, IAN SAMUEL CORTEZ SANTANA, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI____, CE____, número 1118383474, manifiesto que:

Sí	X	No	

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

1. Captarán, tomarán, almacenarán y editarán imágenes personales o fotografías de los participantes
2. Realizarán videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
3. Divulgarán y publicarán las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

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

Suscriben:

Firma: Carmen Sofia Cruz
Nombre: Carmen Sofia Cruz
Calidad - Titular: Si Representante legal: Si
Teléfono de contacto: 3166786892
Fecha: 01-04-2015
Municipio: SAN MIGUEL

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 IAM SAMUEL CORTES SANTACRUZ, identificado (a) con documento de identidad número 1183834794, 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	X	Audios		Videos		Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Carmen Santacruz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1119489480, 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	X	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 fundacion Alma de Uda, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa etc.

Suscriben:

Firma: Carmen Santacruz.
Nombre: Carmen Santacruz.
Calidad - Titular: x Representante legal: Si
Teléfono de contacto: 3166786892
Fecha: 01-04-2025
Municipio: SAN MIGUEL

Fundación Alma de Vida
Fomentando comités de esperanza

Pacto de convivencia en el hogar

Se establece los siguientes acuerdos con la familia durante la visita en el hogar

- Cumplir con el día y hora acordada para el encuentro en el hogar y las llamadas telefónica.
- Participar durante el encuentro en el hogar.
- Que el niño participante este presente durante el encuentro
- Mantener las medidas de bioseguridad
- Actualizar documentación cuando sea necesario
- Atender a los encuentros con puntualidad y disponibilidad de tiempo.
- Tener en cuenta la practica acordada durante el encuentro en el hogar.
- Informar del día que no puedan recibirnos en su hogar.
- Informar cuando los agentes educativos no puedan asistir a los encuentros y reprogramarlos para una próxima fecha.
- Tratar con respeto, tanto la familia como el talento humano.

Carmen Santacruz
Madre
Firma

Beleidy Achanga.
agente educativo
firma

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Beleidy Achargca NOMBRE UCA: MANITOS CREATIVAS

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: IAM SAMUEL CORTEZ IDENTIFICACIO: 1118383474 FECHA DE NACIMIENTO: 09-03-2022

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
8-05-2025	+			7:30pm	Se da inicio al encuentro y se realiza el llamado de asistencia, las madres menciona que puede estar enferma.	Carmen Santacruz.	Beleidy Achargca.	Se realiza visita despues del encuentro para saber el motivo porque no asitio al encuentro Doña carmen. Se encuentra con gripa y estaba afonica IAM tambien estaba con gripa	Se realiza llamada telefonica el dia 13 de mayo Donde contesta la madre. Y manifiesta. que esta bien. y el niño tambien	Se recomienda a la madre en cuidar a su hijo ya que estos tiempos de invierno donde más debemos cuidar a los niños en. Colocales una ropa abrigada. como saco.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

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

Ciudad La Dorada

Nombre completo de la niña o niño Iam samuel Cortez Santacruz

Fecha de nacimiento 07 03 2022 **N° Documento de Identidad** 1118383474

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 03 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Beleidy Achanga

Fecha de registro cualitativo 04 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 [redacted] **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

El niño Iam se encuentra en el rango esperado ya que comple con los ítems acorde a su edad se continuara fortaleciendo su desarrollo a través con actividades de diario vivir enlaza con actividades lúdicas pedagogicas.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Beleidy Achanga

Fecha de registro cualitativo 09 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 [redacted] **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

Iam se encuentra en un perfil esperado teniendo en cuenta que ha cumplido con los ítems de las dimensiones fundamentales que se encuentra en su etapa de edad.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

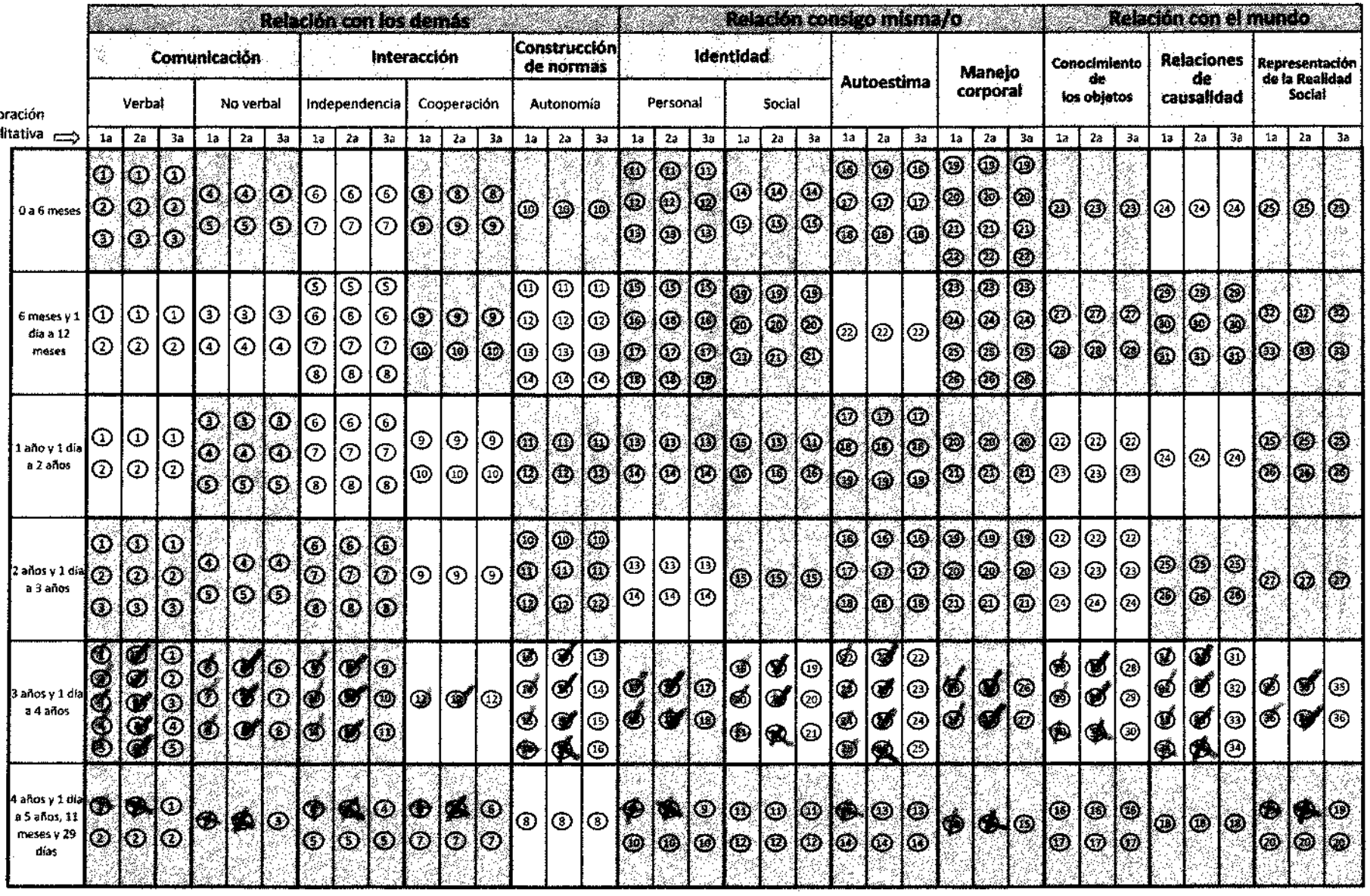
Fecha de registro cualitativo

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