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, 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) ___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.) ___Niños y niñas con discapacidad. ___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión. ___Población migrante en condición de vulnerabilidad. ___Activos en ruta de reincorporación.
5	Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente: (ADRESS)
6	Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo).
6	Copia del carnet de vacunación.
7	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
8	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
9	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
10	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
11	Fotocopia de un recibo de servicios públicos domiciliarios cuando sea necesario (aplica para zona urbana y en zona rural solo si se cuenta con servicios públicos)
12	Certificado de asistencia a consulta de salud bucal (Niños y niñas mayores de 6 meses)
13	Certificado del examen de agudeza visual (Niños y niñas mayores de 4 años)
14	Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años)
15	Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal.
16	Formato de veracidad de la información ficha de caracterización.
17	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
18	Formato de autorización uso de imágenes.
19	Planilla seguimiento nutricional
20	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
21	Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa,

321 48 93 186
321 77 48 796
almadevida@outlook.com

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

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

UDS: MIS ANGELITOS 7 MUNICIPIO: SAN MIGUEL



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
ARELIS YARITZA SANTANDER TOVAR

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1122340440

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

N/A

FECHA NACIMIENTO: 23-05-2024 EDAD: 10 Mes MUNICIPIO: Puerto Asis

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: Vl San Antonio ESTRATO: _____ ¿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: X NO: __ CUAL: DITF

EPS DEL PARTICIPANTE: EMSSANAR SUBSIDIADO: X CONTRIBUTIVO:

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X 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: __ NO: __ PUNTAJE: A1 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: Jose Luis Bisbicus Pai

No. IDENTIFICACION: 1130884029 DIRECCION RESIDENCIA: N/A

CELULAR: 3241405621 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: Carmelina Tovar Pinta

No. IDENTIFICACION: 1006788829 DIRECCION RESIDENCIA: Vl San Antonio

CELULAR: 3241405621 E.P.S: EMSSANAR

OCUPACION U OFICIO: AMA DE CASA

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: 1 N/A PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: CARMELINA TOVAR PINTA

NUMERO IDENTIFICACION: 1006788829 CELULAR: 3241405621

DIRECCION: Vl San Antonio PARENTESCO: PADRE

Carmelina tovar
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Becandy Achagra
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.440

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63700448

63700448

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUELILLA PUTUMAYO - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANTANDER	TOVAR

Nombre(s): ARELYS YARITZA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes MAY Día 22	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	240568109836 97

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas indígenas con libre matrimonio, o parejas del mismo sexo, omitir el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: TOVAR PINTA CARMELINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.006.788.829	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas indígenas con libre matrimonio, o parejas del mismo sexo, omitir el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: SANTANDER CUEVA OMAR ISAAC

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.341.519	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: TOVAR PINTA CARMELINA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.006.788.829	

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 autorizo
Año 2024 Mes JUN Día 24	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Omar	Nombre y firma

24 JUN 2024 - LIBRO DE VARI

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
36588624-9

ESTA REPRODUCCIÓN
AUTÉNTICA ES DEL CIEN %
DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS
ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

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	1122344440
NOMBRES	ARELYS YARITZA
APELLIDOS	SANTANDER TOVAR
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	24/05/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/07/2025 16:34:48	**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

A1

Fecha de consulta: 28/04/2025

Ficha: 86757674952700002190

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ARELYS YARITZA

Apellidos: SANTANDER TOVAR

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344440

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/06/2024

Última actualización ciudadano: 03/07/2024

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTE

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libert

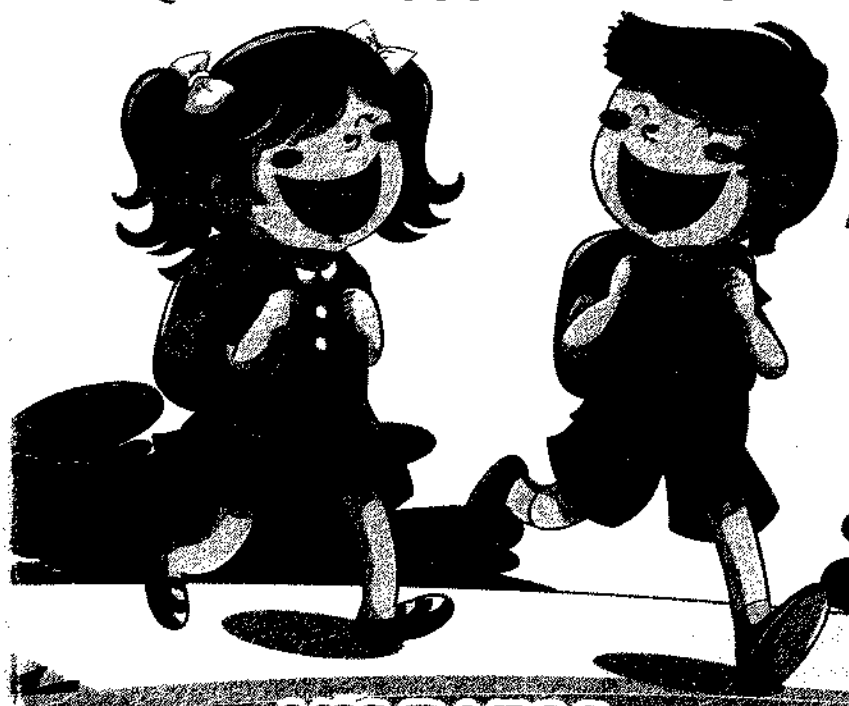
Teléfono: 4210537 - 32131387

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



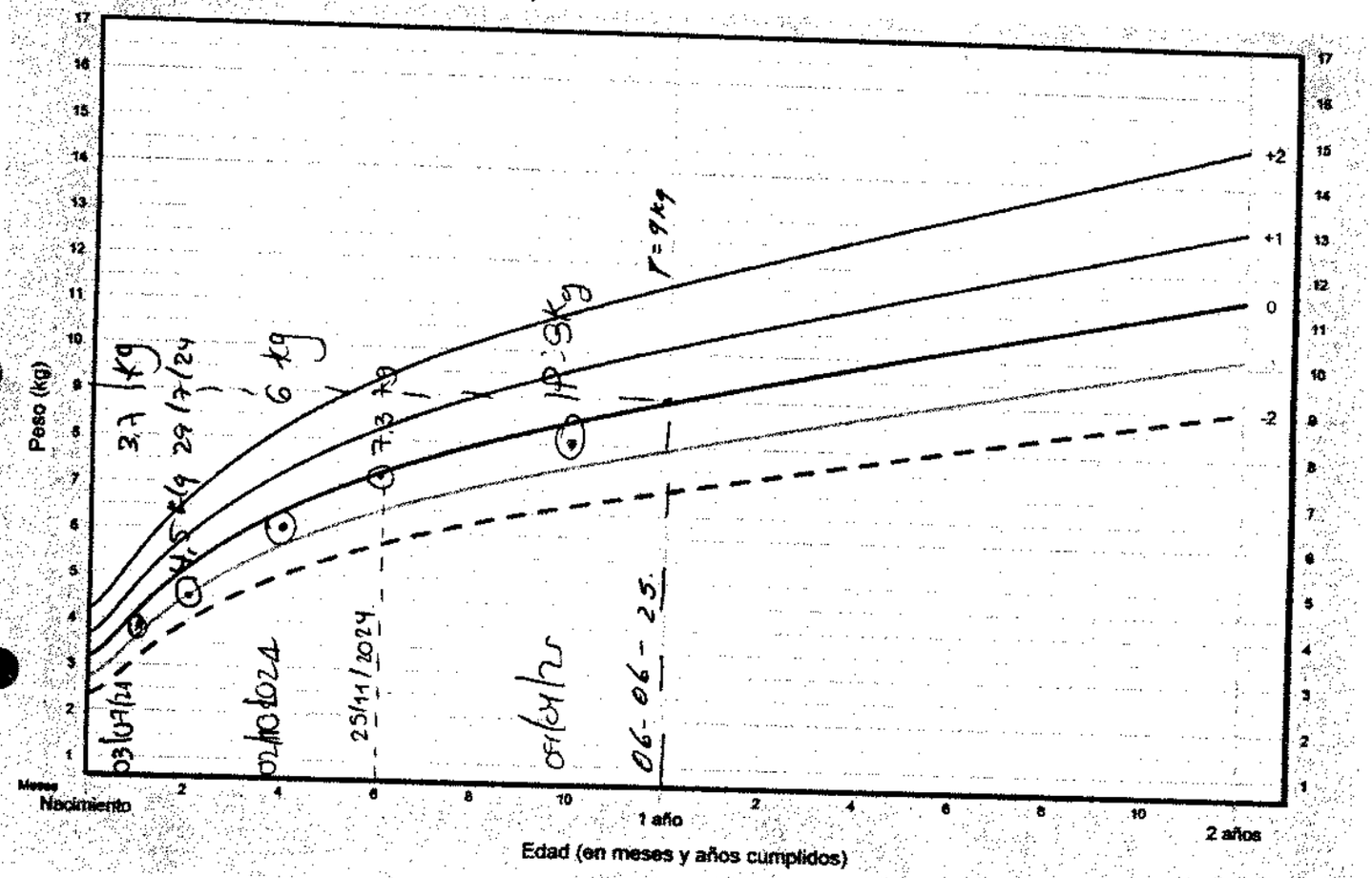
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: ANEIS YARITZA	Apellidos: SANTANDER TOBAR
Fecha de nacimiento: 23 DÍA | 05 MES | 2024 AÑO	Historia Clínica: 1122344440
Barrio/Vereda: V/ SAN ANTONIO	Responsable del niño: CARMELINA T
Teléfono:	EPS: 118

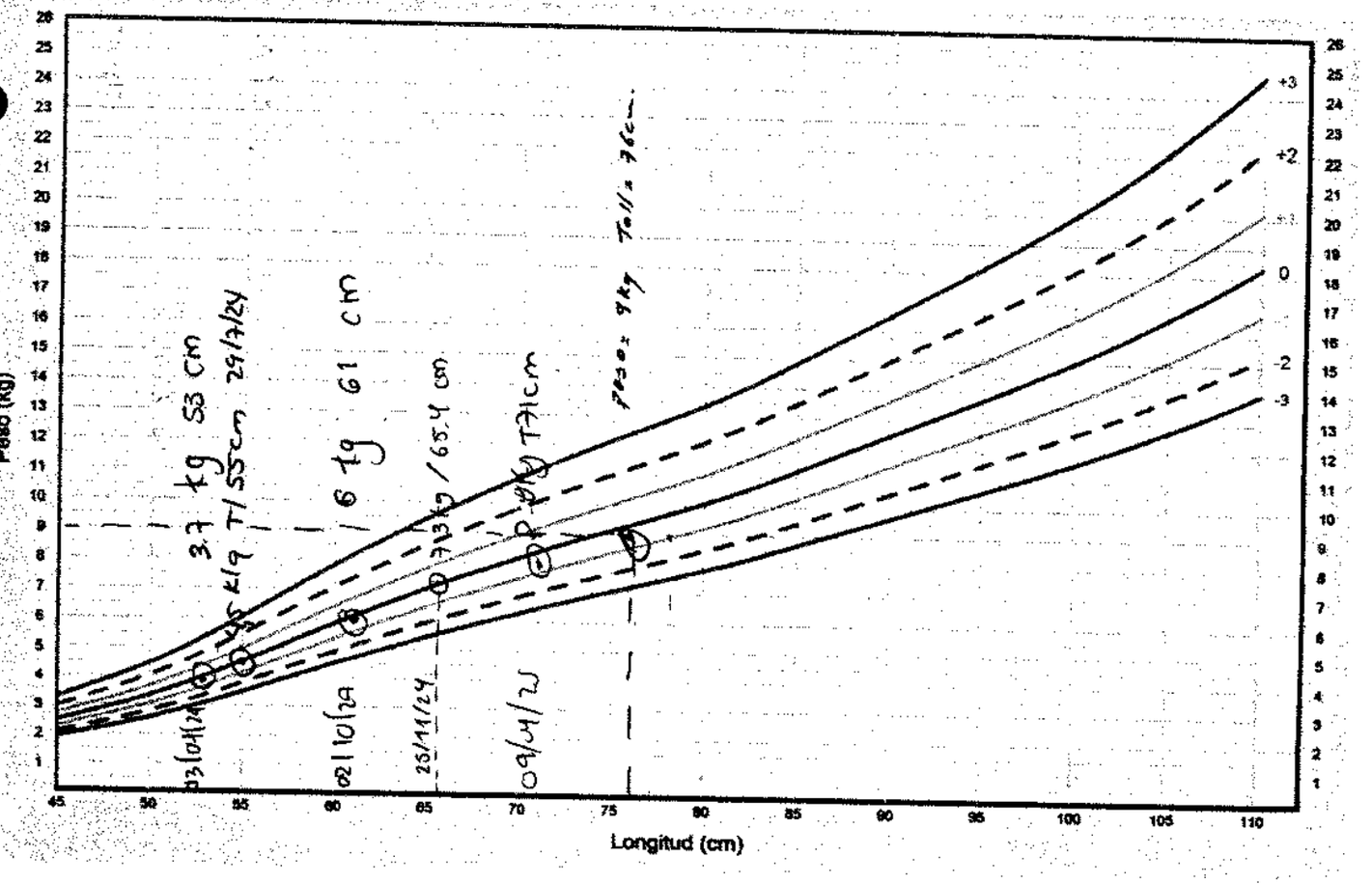
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



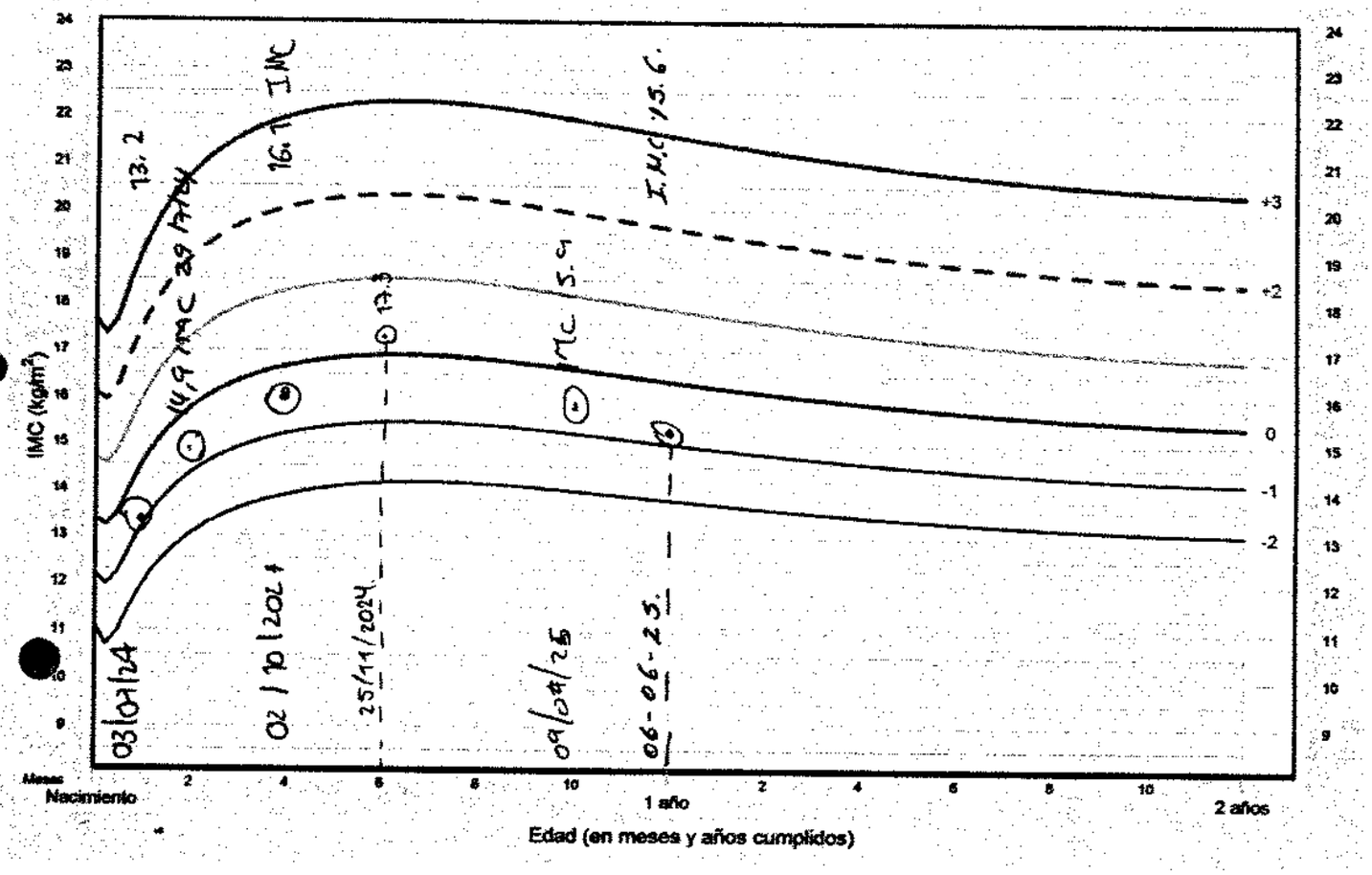
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



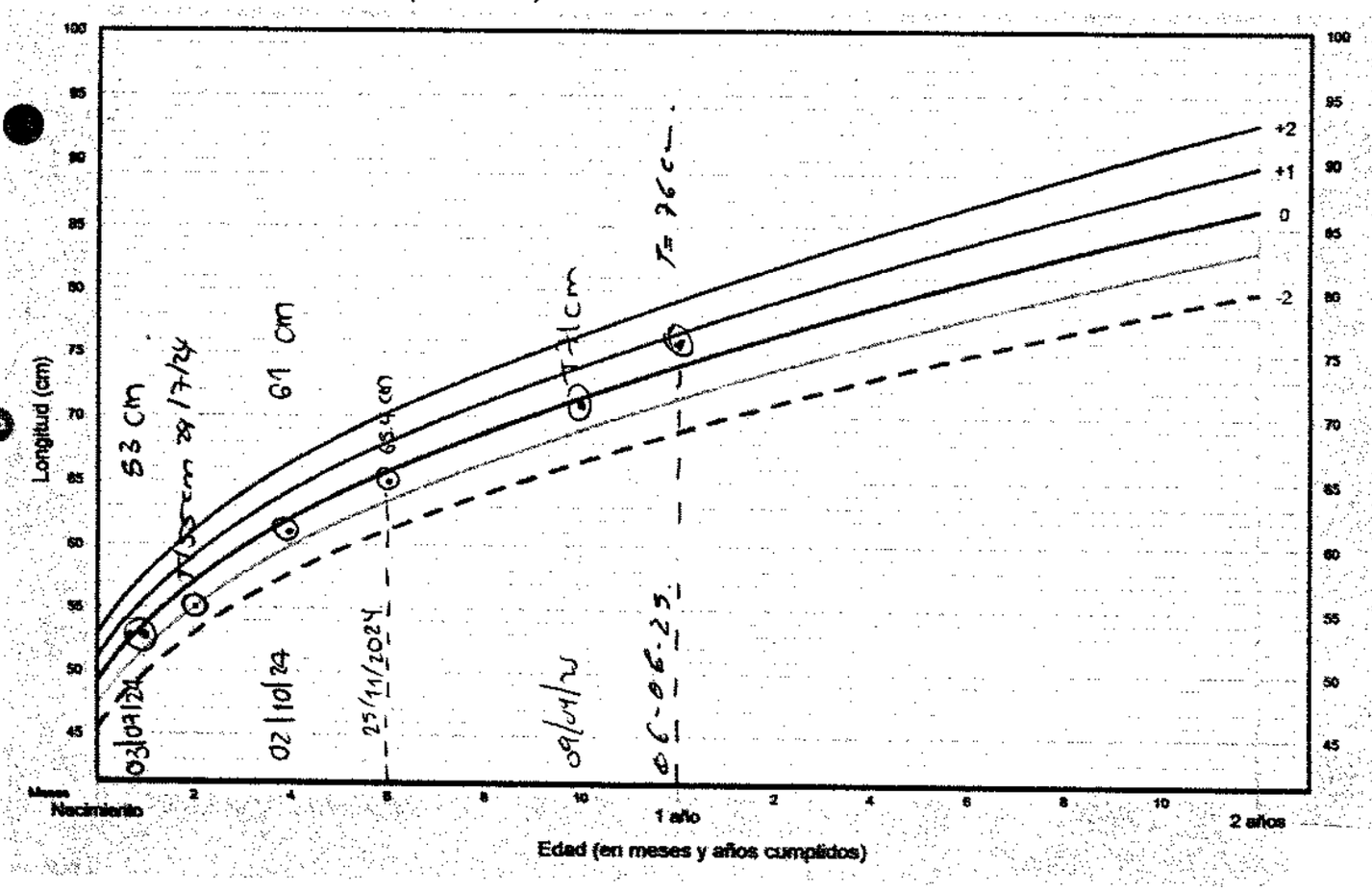
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



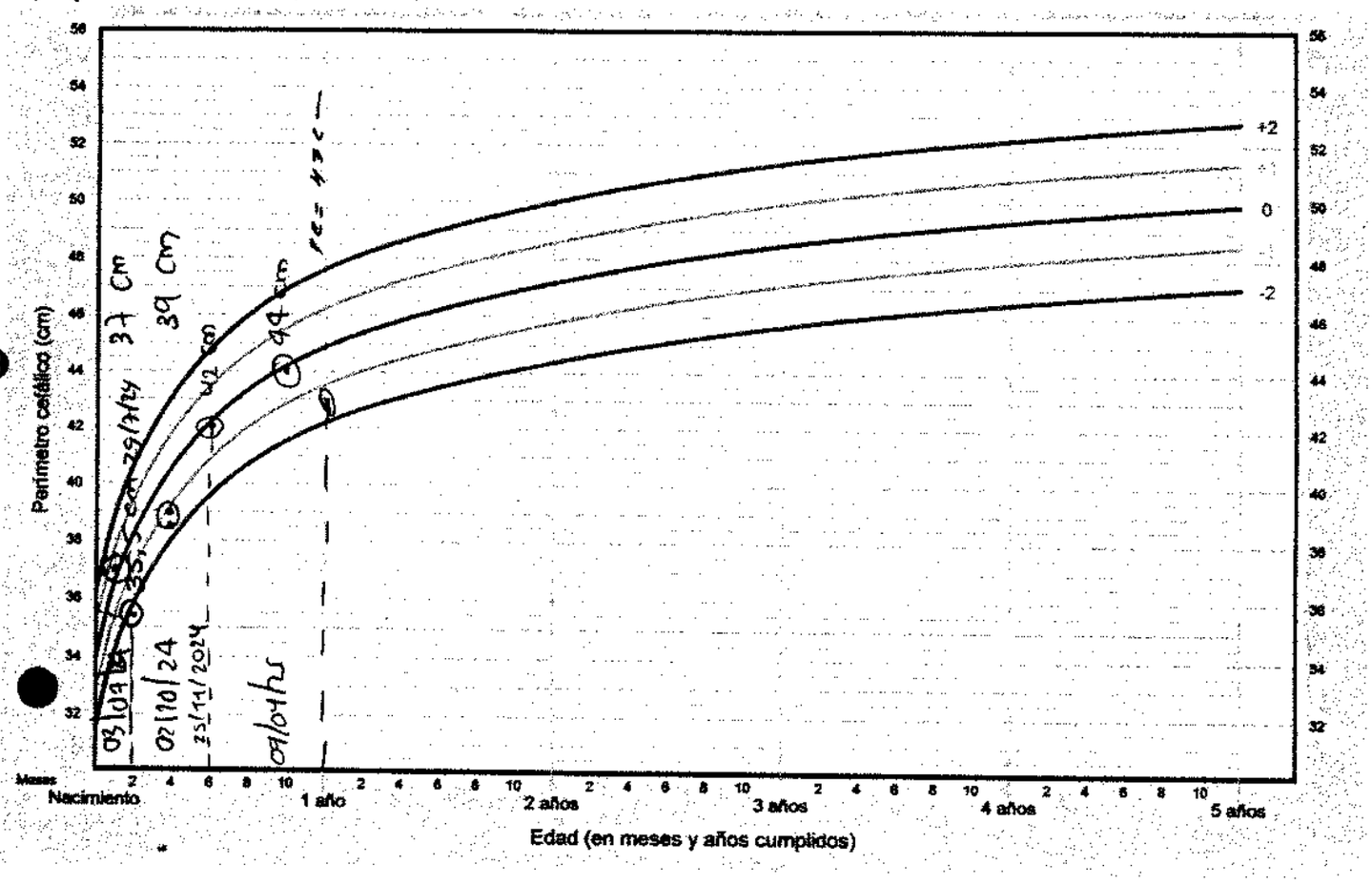
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



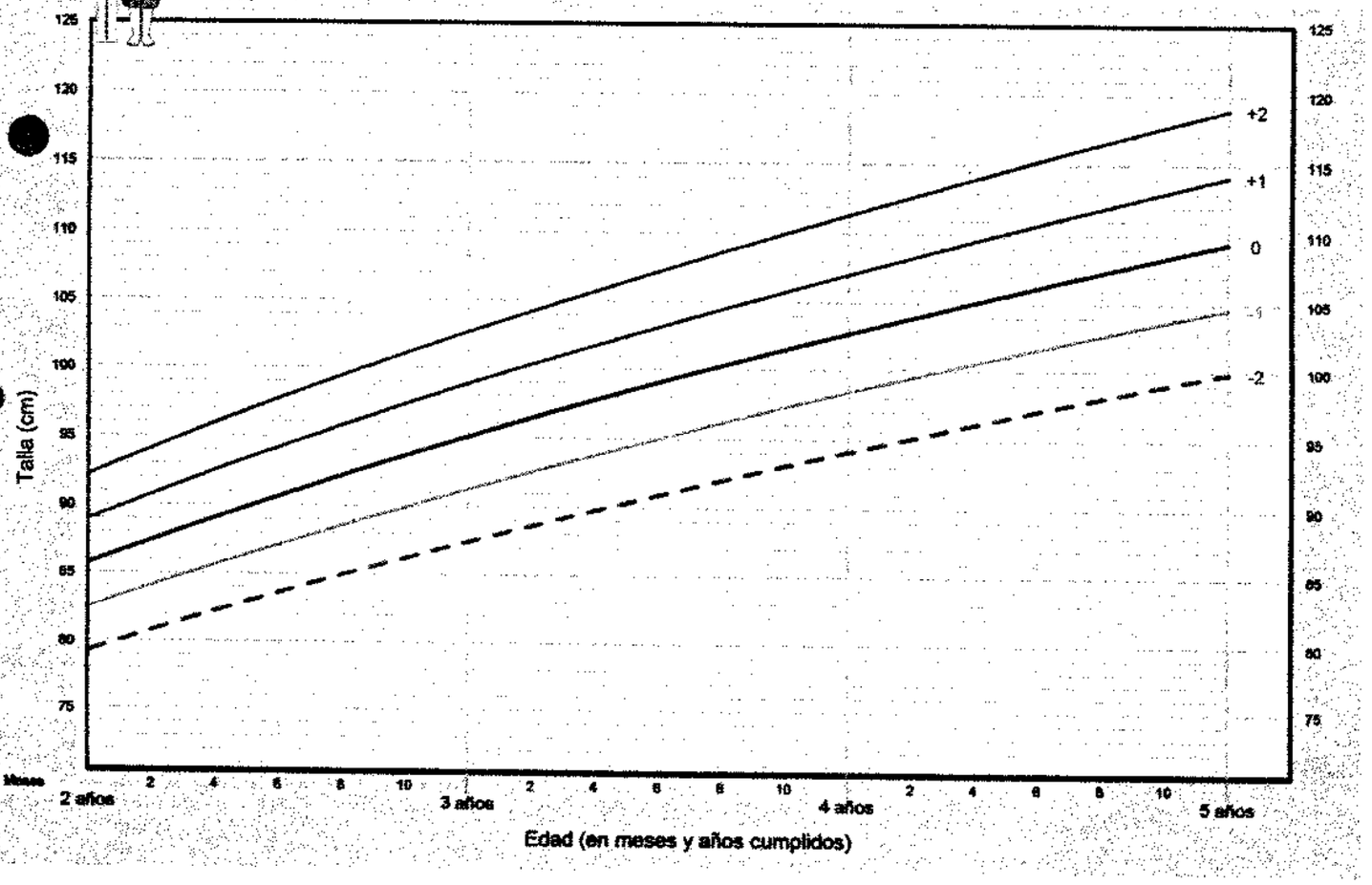
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
03	07	2024	Med	✓	
23	~~May~~ 07	2024	Enf	SI ✓	Milena C.
23	09	2024	Medico	✓	
23	Nov	2024	Enf	✓	
23	feb.	2025	Enf.		
09	Abril	2025	Enf	Si.	P.Pan
25	mayo	2025	Med		
23.	NOV	2025	Enfermeria		

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
03-04-24	3,13	53	37	10	13.3	23/07/24	Yuliana Vargas
29/7/24	4,5	55	35,5	11	14.9	23/09/24	Milena C.
21/10/24	6	61	39	13	16,7	23/11/24	Yuliana Vargas
25/11/2024	7,3	65	42	15	17.3	23/02/2025	Yuli Vanessa Cobo
09/04/25	8.0	21	44	16	15.9	23/05/25	P.Pan
06-06-25.	9kg.	76c-.	45c-.	15.5cm.	15.6.	23-Nov.25.	

Vacunar Oportunamente con todas las dosis a tus hijos, **Garantiza la Protección** frente a enfermedades como:

Tuberculosis meníngea, **H**epatitis B, **P**oliomielitis, **M**eningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus Influenzae tipo B, **D**ifteria, **T**osferina, **T**étanos, **D**iarrea por rotavirus; **N**eumonía, **O**titis, **M**eningitis bacteriemia causada por Neumococo, **E**nfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, **S**arampión, **R**ubéola, **P**arotiditis, **V**aricela, **H**epatitis A, **F**iebre Amarilla y **V**irus del Papiloma Humano.



Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de ya!

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)

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años	
4 años	
5 años	

*Menor o igual a 20 normal

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			

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

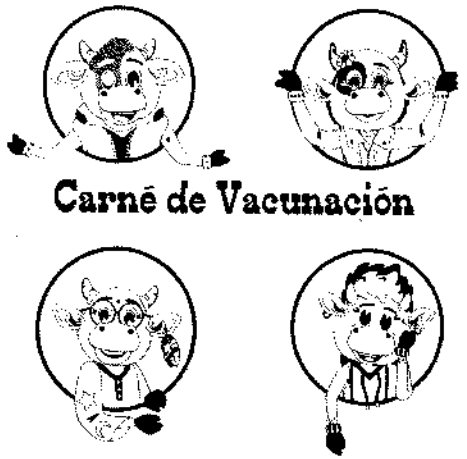
ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

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

11

LN

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL



Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Arelys Yaritza Santander Tova

[X] [ ] [ ] Tipo de Documento — 1122344440 No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 23 / 05 / 2024

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: Talla:

Dirección:

Teléfono 1: 3126671294

Teléfono 2:

Responsable: Carmelina Tovar Pinta

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putomayo

Nombres y Apellidos: _____ Tipo de Indentificación _____ No. ID: _____

	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						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	23	05	24	Serum	03712MA0824	HACP				Carolina Ortega.
	Hepatitis B	Recién nacido	23	05	24	Serum	03721Q0194A					
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	1ª	22	08	24	Biological's	2 2 3 9 0 0 3					
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	22	08	24	Serum	2 8 5 2 4 0 1 1 D	HFCD				Jennifer Cabezas.
Pentavalente	Hepatitis B	1ª	22	08	24	Serum	2 8 5 2 4 0 1 1 D					
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	22	08	24	Serum	2 8 5 2 4 0 1 1 D					
	Diarrea por rotavirus	1ª	22	08	24	GSK	A R 0 1 D 8 3 8 BA					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	22	08	24	Pfizer	6 X 1 9 1 2					
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	2ª	28	10	24	Biological	2 2 8 9 0 0 3		Cita: 22-Octubre 2024			
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	28	10	24	Serum	2 8 5 2 4 0 1 3 B	HFD				Jaqueline H.
Pentavalente	Hepatitis B	2ª	28	10	24	Serum	2 8 5 2 4 0 1 3 B					
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	28	10	24	Serum	2 8 5 2 4 0 1 3 B					
	Diarrea por rotavirus	2ª	28	10	24	GSK	A R 0 1 D 8 3 1 AG					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	28	10	24	Pfizer	6 X 1 9 1 2					
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐			Cita: 28- Diciembre 2024.			
	Poliomielitis (VIP)	3ª	09	04	25	Biological	2 9 0 6 0 0 1					Keily Jiménez Isabela
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	09	04	25	Serum	2 8 5 3 X 0 2 0 C	HFD				
Pentavalente	Hepatitis B	3ª	09	04	25	Serum	2 8 5 3 X 0 2 0 C					
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	09	04	25	Serum	2 8 5 3 X 0 2 0 C					
	Influenza estacional	1ª	13	05	25	Seguirus	P 1 0 0 7 9 2 7 94	HFD				
7 meses	Influenza estacional	2ª	16	06	25	Seguirus	P 1 0 0 7 9 2 7 94	HFD				Isabela.
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	09	06	25	Serum	0 1 3 2 N 0 7 4 A		CITA: 23-Mayo-2025			
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	09	06	25	Pfizer	H 0 8 2 7 7	HFD				(Isabel Arias)
	Varicela	1ª	09	06	25	Merck	4 0 1 8 5 9 0					
	Hepatitis A	Única	09	06	25	Msd	9 0 0 8 2 8 5					
	*Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo							Cita: 09- Abril 2026.			
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo										
	**Fiebre Amarilla	Única	09	06	25	Fiocruz	2 4 6 0 0 8 2	HFD				Isabel Arias
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª										
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª										
		2ª										
		3ª										
Sin rango de edad	Covid-19	1ª										
		2ª										
		1er Refuerzo										
		2do Refuerzo										
Vacunas complementarias y otras dosis												

*De acuerdo al antecedente de primovacunación **A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

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

12
CV

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

CIUDAD La Dorada FECHA: DÍA 14 MES 05 AÑO 2025 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES ARELYS YARITZA APELLIDOS SANTANDER TOVAR .

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122344440

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 23 MES: 05 AÑO: 2024 / EDAD: 11 Meses .

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 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)

Por miedo a la reacion

¿CÓMO 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 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:** ___X___ que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: _____

En caso de requerirse: identificacion y firma del representante legal:

Nombres CARMELINA Apellidos TOVAR PINTA

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 7006788829

Firma: carmelina tovar pinta

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: Kerly Jimenez Zdrate

Firma Kerly J Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1095682134

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HELD

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.

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraíso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134621413

CARNET RIAS — **PRIMERA INFANCIA**



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
NIT. 810.002.906-9

Mi prioridad es tu salud...

Nombres y Apellidos: Arelys Yanitza Santander.
Doc. de Identidad: 1.122.344.440. EPS: Emssanar.
Teléfono: 3126671294. Domicilio: V/ Palmira Mandur.

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) Ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	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	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general					25-11-2016								
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología					25-11-2016								
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor							25-05-2016						
		Profilaxis y remoción de placa							25-05-2016						
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)							25-05-2016						
	>	Vacunación													

ASLEIDY CHAVERRA
Odontóloga
TP. 29.179.769

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. ODONTOLOGA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.006.788.829**
TOVAR PINTA
APELLIDOS
CARMELINA
NOMBRES

carmelina tovar pinta
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **15-FEB-1994**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

12-ABR-2013 VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-8402500-80441434-F-1006788829-20130618 0833489364A 1 37681645

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.130.894.027
BISBICUS PAI

APELLIDOS
JOSE LUIS

NOMBRES

José Luis

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-MAY-2004
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

30-JUN-2022 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL



P-6401800-01309826-M-1130894027-20220718 0088T10980A 1 56856175

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.	F17.MO12.PP	11/05/2018
		Versión 2	Página 1 de 1

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Carmelina tovar Pinta., identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1006788829 de San Miguel, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Aelys Yanitza Santander Tovar. identificados con NUIP No. 1122344440, usuario de la unidad de servicio Los Angelitos 7°, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en la vega, a los 1 días del mes Abr de 2026)

Datos del padre o acudiente de la/el/los niño(as)

Nombre: Carmelina tovar

Firma: Carmelina tovar

CC. No. 1006 788829

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Beleidy Achanga

Firma: Beleidy Achanga

CC. No. 1122 340 132.

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

7

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

Yo Carmelina Tovar Identificado con C.C N°:1006788829 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Arelys Yanitza santander o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mis Angelitos 7, 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 1 Días del mes de Abril del Año 2026.

Carmelina Tovar

Madre o Acudiente

C.C 1006788829

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

Yo, Carmelina Tolvar, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006788629, obrando en calidad de:

Padre		Madre		Cuidador	
	X				

De la niña, niño o adolescente, Arelys yaritza santander, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI____, CE____, número 1122344440 manifiesto que:

Si		No	
	X		

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: Carmelina Tolvar
Nombre: carmelina tolvar
Calidad - Titular: ____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3241405621
Fecha: 01-04-2025
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 Carmelina Tolvar identificado (a) con documento de identidad número 1006788829 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, Yo Arelys Yaritza Santander, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122344440 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 Almoranda, 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: carmelina tolvar
Nombre: carmelina tolvar
Calidad - Titular: x Representante legal:
Teléfono de contacto: 324 1405621
Fecha: 21-04-2025
Municipio: San Higal

de cero a Siempre

20

Ciudad la dorada

Nombre completo de la niña o niño Arelys yaritza Santander Tovar

Fecha de nacimiento 28 05 2024 **N° Documento de identidad** 1122.344.440

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 15 07 2025

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

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

Observaciones generales

la niña Arelys se encuentra en el rango esperado ya que cumple con los items acorde a su edad. se continuara fortaleciendo su desarrollo a traves de actividades de diario vivir, En la uca con actividades 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 16 10 2025

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

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

Observaciones generales

Arelys se encuentra dentro de lo esperado teniendo en encuenta que ha complido con los items de los dimensiones fundamentale que se encuentra en su rango de edad se continuara fortaleciendo a traves de actividades del diario vivir

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

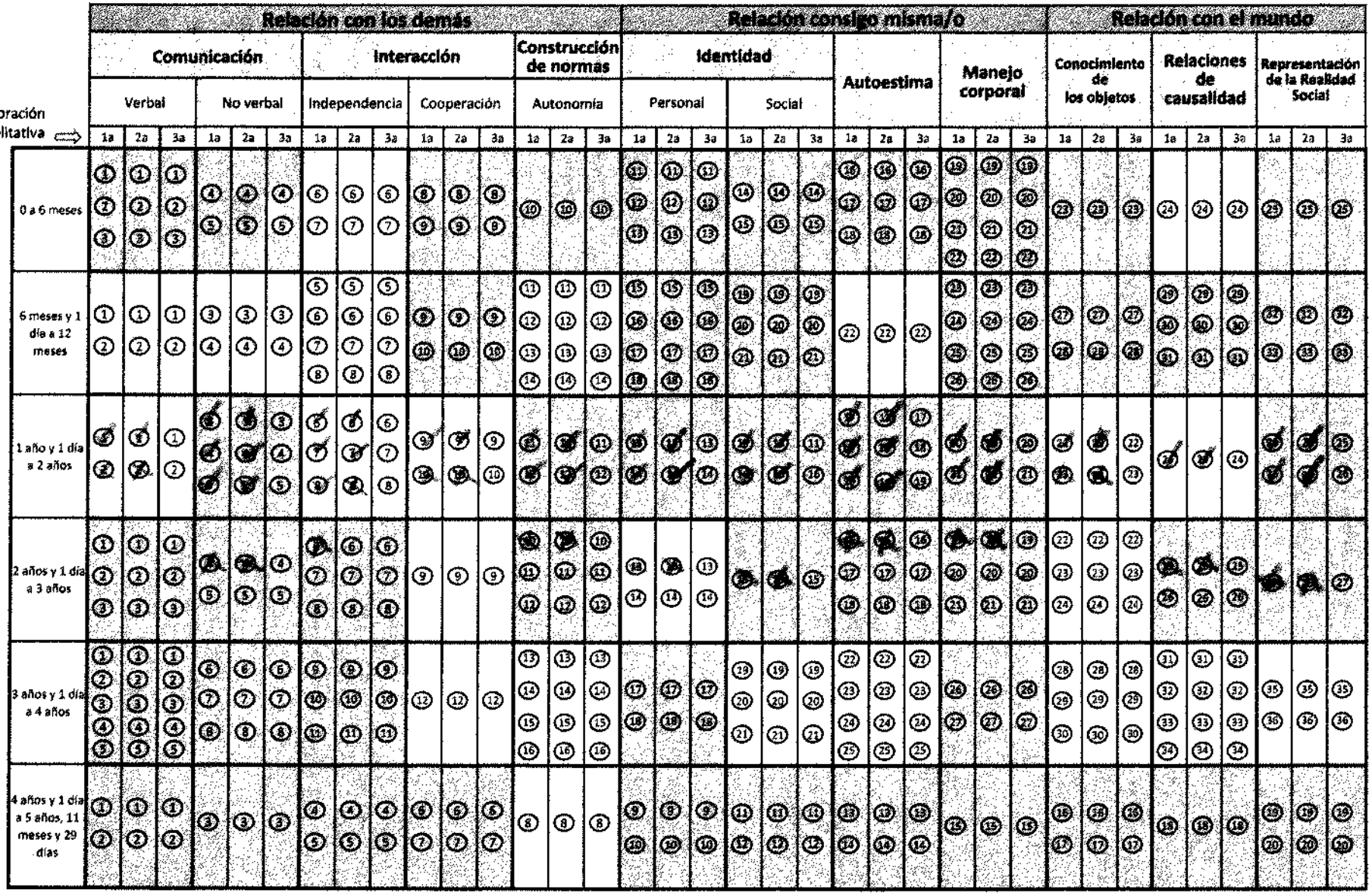
Fecha de resgistro cualitativo

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 dia 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