Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripción y Matricula con ffotografía del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras).
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la guia para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar _X_ en minimo 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 ___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	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
17	Formato de autorización uso de imágenes.
18	Planilla seguimiento nutricional
19	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
20	Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa,

321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

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



FECHA SOLICITUD CUPO: _____ **FECHA INGRESO:** 1/01/2025

UDS: Chiquitines del mañana **MUNICIPIO:** San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Ana Gabriela Matabajoy Andrade

TIENE REGISTRO CIVIL: SI__ NO__ **NUIP No.** 1126453314

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? _____

FECHA NACIMIENTO: 18/Enero/1992 **EDAD:** 33 **MUNICIPIO:** San Lorenzo

DEPARTAMENTO: Nariño **PAIS:** Colombia **DIRECCION DE RESIDENCIA:** V/ Monterrey **ESTRATO:** _____ **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: _____ NO: X

¿CUAL?: _____ **MOTIVO DEL RETIRO:** _____ **PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF:** SI: __ NO: X CUAL: _____ **EPS DEL PARTICIPANTE:** _____

SUBSIDIADO: _ **CONTRIBUTIVO:** _ **PRESENTA DISCAPACIDAD:** SI: __ NO: __ **DIAGNOSTICO:** _____

_____ **ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD:** _____

_____ **PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD:** SI: __ NO: __ CUAL: _____

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: __ CUAL: _____ **TIENE SISBEN:** SI: __ NO: __ PUNTAJE: _____ **DESPLAZADO:** SI: _ NO: _ **VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:** SI: _____ NO: _____ **RED UNIDOS:** SI: ____ NO: ___

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: ___ NO: ___ CUAL: _____

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ **No. IDENTIFICACION:** _____ **DIRECCION RESIDENCIA:** _____ **CELULAR:** _____ **E.P.S:** _____

OCUPACION U OFICIO: _____ **EMPRESA DONDE LABORA:** _____ **NIVEL DE ESCOLARIDAD:** _____ **PROFESIÓN:** _____

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Gabriela Matabajoy Andrade **No. IDENTIFICACION:** 1126453314 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/monterrey **CELULAR:** 3108870509 **E.P.S:** mallamas.

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa **EMPRESA DONDE LABORA:** N/A. **NIVEL DE ESCOLARIDAD:** Tecnica. **PROFESIÓN:** _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Jairo Arbey Caicedo.

NUMERO IDENTIFICACION: 1126445376 **CELULAR:** 3108870509

DIRECCION: V/ Monterrey **PARENTESCO:** Conyuge.

GABRIELA ANDRADE. — FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.126.453.314
MATABAJOY ANDRADE
APELLIDOS
ANA GABRIELA
NOMBRES
GABRIELA ANDRADE
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 18-ENE-1992
SAN LORENZO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
13-AGO-2010 VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-6402800-00268099 F-1126453314-20101129 0025029032A 1 30238053

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL
COMUNIDAD INDÍGENA SOL DE LOS PASTOS "MOJÓN LA FRONTERA"

EL SUSCRITO GOBERNADOR DE LA COMUNIDAD INDÍGENA SOL DE LOS PASTOS "MOJÓN LA FRONTERA", EN USO DE SUS ATRIBUCIONES LEGALES QUE LE OTORGA LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1991, LEY 89 DE 1890, LEY 21 DE 1993, CONVENIOS NACIONALES E INTERNACIONALES, Y DEMAS DISPOSICIONES VIGENTES.

HACE CONSTAR:

Que **ANA GABRIELA MATABAJOY ANDRADE** identificada con. CC N° 1126453314 expedida en San Lorenzo Nariño se encuentra afiliado y está registrado en el censo poblacional de la comunidad indígena SOL DE LOS PASTOS "MOJÓN LA FRONTERA" de San Miguel, Putumayo

Esta constancia se expide a favor del interesado para trámites varios

En constancia, se firma en La Dorada, San Miguel, Putumayo, a los dos (10) días del mes de septiembre de 2025.

ANDERSON DANIEL RAMIREZ GRANILLO C.C. N.º 1.080.056.052
PASTO (NARIÑO)
COMUNIDAD SOL DE LOS PASTOS

Sede principal Comunidad indígena SOL DE LOS PASTOS "MOJÓN LA FRONTERA" San Miguel – Putumayo – Colombia
Celular: **310 778 8827** *Correo electrónico:* daniel052granillo@gmail.com

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1126453314
NOMBRES	ANA GABRIELA
APELLIDOS	MATABAJOY ANDRADE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

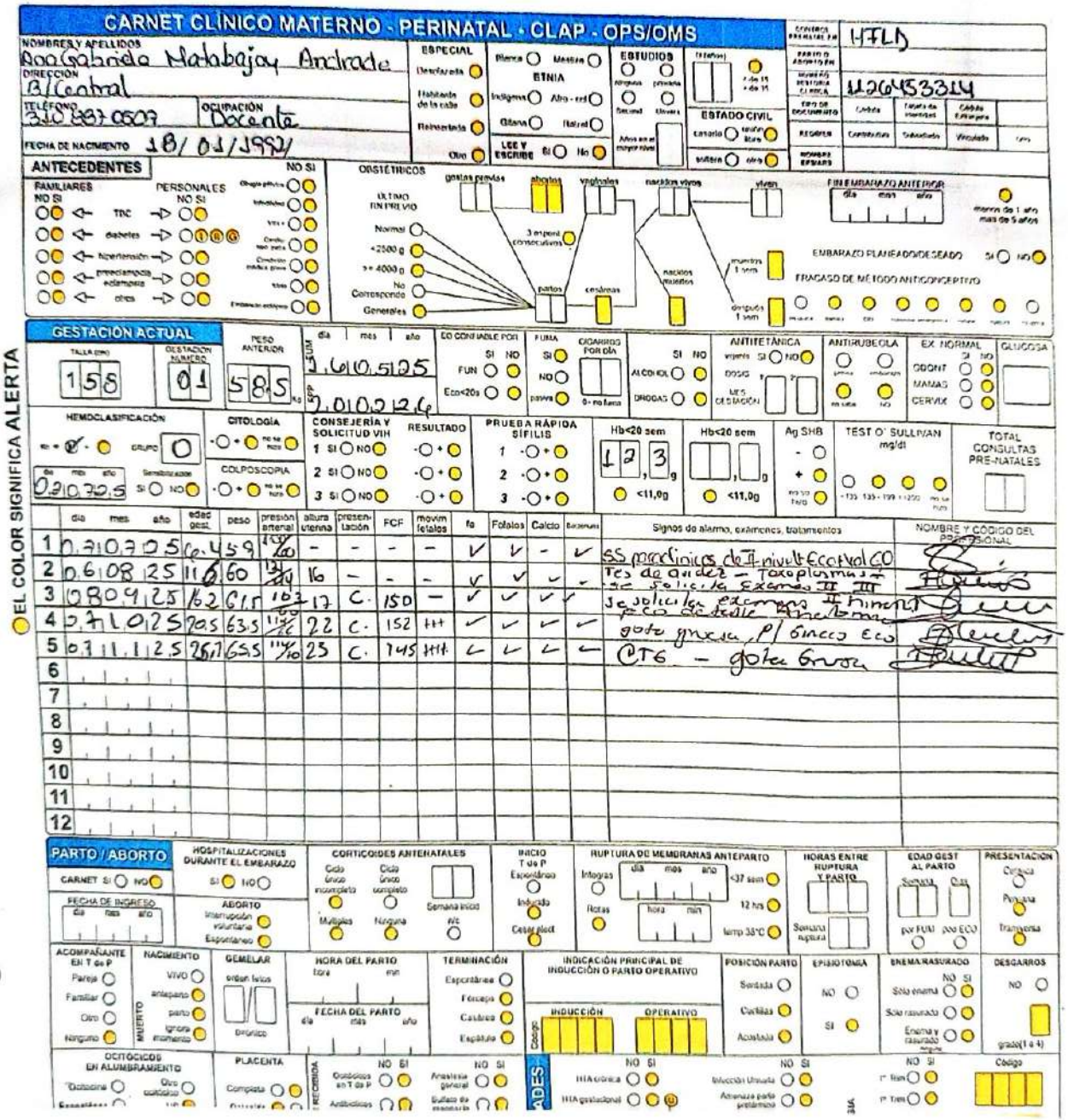
ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	01/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/01/2025 19:40:23	**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

CARNET CLÍNICO MATERNO - PERINATAL - CLAP - OPS/OMS



NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Gabriela Malabajoy Andrade
DIRECCIÓN: B/Central
TELÉFONO: 310 887 0507
OCUPACIÓN: Docente
FECHA DE NACIMIENTO: 18/01/1992
ESPECIAL: Desplazada; Habitante de la calle; Reinsertada; Otro
ETNIA: Blanca; Mestiza; Indígena; Afro - red; Gitana; Raizal
LEE Y ESCRIBE: Sí; No
ESTUDIOS: Ninguno; primaria; Secund.; Univers.; Años en el mayor nivel
ESTADO CIVIL: casado; unión libre; soltera; otro
CONTROL PRENATAL EN: HFLD
NÚMERO HISTORIA CLÍNICA: 1126453314
TIPO DE DOCUMENTO: Cédula; Tarjeta de identidad; Cédula Extranjería; Registro; Contributivo; Subsidiado; Vinculado; Otro; Nombre Apellido

ANTECEDENTES

FAMILIARES (NO SI): TBC; diabetes; hipertensión; preeclampsia eclampsia; otros
PERSONALES (NO SI): Allergia penicilina; Infecciones; Vicios; Cirugías; Cirugías pelvis; Cirugías mamas; Vicios; Transfusión sanguínea

OBSTÉTRICOS
ÚLTIMO PARTO PREVIO: Normal; <2500 g; >= 4000 g; No Corresponde; Generales
gestas previas; abortos; vaginales; nacidos vivos; vivos
3 o más consecutivos
partos; cesáreas; nacidos muertos
FIN EMBARAZO ANTERIOR: día mes año
nacimiento 1 mes; después 1 mes; nacimiento de 1 año a más de 5 años
EMBARAZO PLANEADO/DESEADO: SI NO
FRACASO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO

GESTACIÓN ACTUAL

TALLA (cm): 158
GESTACIÓN NÚMERO: 01
PESO ANTERIOR: 58,5 kg
FUM: día mes año: 5.6.10.5.25
FPP: 9.0.10.2.26
EG CONFIABLE POR: FUN SI NO; Eco<20s SI NO
FUMA: SI NO; pasiva
CIGARRILLOS POR DÍA: 0 - no fuma
SI NO: ALCOHOL; DROGAS
ANTITETÁNICA: vigente SI NO; DOSIS; MES GESTACIÓN
ANTIRUBEOLA: pasada; no sabe; SI; NO
EX. NORMAL: SI NO; ODONT; MAMAS; CERVIX
GLUCOSA
HEMOCLASIFICACIÓN: rh + -; GRUPO: O
Fecha Sensibilización: día 02 mes 10 año 25; SI NO
CITOLOGÍA: - + no se hizo
COLPOSCOPIA: - + no se hizo
CONSEJERÍA Y SOLICITUD VIH: 1 SI NO; 2 SI NO; 3 SI NO
RESULTADO: - +
PRUEBA RÁPIDA SÍFILIS: 1 - +; 2 - +; 3 - +
Hb<20 sem: 12,3 g; <11,0g
Hb<20 sem: , g; <11,0g
Ag SHB: - + no se hizo
TEST O' SULLIVAN mg/dl: - + no se hizo; 135 - 139 - 199 - 1250
TOTAL CONSULTAS PRE-NATALES

	día	mes	año	edad gest.	peso	presión arterial	altura uterina	presentación	FCF	movim fetales	fa	Fetales	Calcio	Bacterias	Signos de alarma, exámenes, tratamientos	NOMBRE Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL
1	07	10	25	6s.4	59	100/60	-	-	-	-	✓	✓	-	✓	SS preclínicos de II nivel Ecotrol CO	
2	06	08	25	11	60	134/74	16	-	-	-	✓	✓	✓	-	Tes de avidez - Toxoplasmosis - se solicita Exámen II III	
3	28	09	25	16	61,5	103/60	17	C.	150	-	✓	✓	✓	✓	se solicita examen II trimestre	
4	07	10	25	20s	63,5	110/70	22	C.	152	+++	✓	✓	✓	✓	gota gruesa, P/ Sinco Eco	
5	03	11	25	25,1	63,5	110/70	25	C.	145	+++	✓	✓	✓	✓	CTG - gota Gruesa	
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																

EL COLOR SIGNIFICA ALERTA

PARTO / ABORTO

CARNET SI NO
FECHA DE INGRESO: día mes año
HOSPITALIZACIONES DURANTE EL EMBARAZO: SI NO
ABORTO: Interrupción voluntaria; Espontáneo
CORTICOIDES ANTENATALES: Ciclo único incompleto; Ciclo único completo; Múltiples; Ninguna; Semana inicio; ¿?
INICIO T de P: Espontáneo; Inducido; Cesárea ppal
RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: Integras; Rotas; día mes año; hora min; <37 sem; 12 hrs; temp 38°C
HORAS ENTRE RUPTURA Y PARTO: Semana; ruptura
EDAD GEST AL PARTO: Semana; Días; por FUM; por ECO
PRESENTACIÓN: Cefálica; Pelviana; Transversa

ACOMPAÑANTE EN T de P: Pareja; Familiar; Otro; Ninguno
NACIMIENTO: VIVO; MUERTO: anteparto, parto, ignora momento
GEMELAR: orden fetos; gemelar
HORA DEL PARTO: hora min
FECHA DEL PARTO: día mes año
TERMINACIÓN: Espontánea; Fórceps; Cesárea; Espátula
INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATIVO: Código; INDUCCIÓN; OPERATIVO
POSICIÓN PARTO: Sentada; Cuclillas; Acostada
EPISIOTOMÍA: NO; SI
ENEMA/RASURADO: NO SI; Solo enema; Solo rasurado; Enema y rasurado
DESGARROS: NO; grado(1 a 4)

OCITÓCICOS EN ALUMBRAMIENTO: Oxitocina; Otro; cuál/cómo
PLACENTA: Completa
RECIBIDA: NO SI; Oxitocicos en T de P; Antibióticos; Anestesia general; Sulfato de magnesio
ADES: Código; NO SI; HTA crónica; HTA gestacional; Infección Urinaria; Amenaza parto pretérmino; 1° Tim; 2° Tim; Código

Powered by CamScanner

CITAS
CONTROLES PROGRAMADOS

DIA	MES	OBSERVACIONES
07	08	2025
06	09	2025
08	10	2025
07	11	2025
07	12	2024

VACUNACIÓN

	DOSIS FECHA
TÉTANO	
INFLUENZA 14	23-08-2025 PM00FR794 HPHD.
TDAP 24	25-10-2025 2CA94C2 HPHD.

PRÓXIMAS CITAS

Municipio de San Miguel - Pulumayo - Barrio el Paraíso - Cra. 7ª Nº 1-36 - / e-mail: hhrontelrizop@yahoo.es

"Gracias Dios mío por tanta Bendición"

AÑO	Nº CONTROL	TEMA	FIRMA DE MEDICO O ENFERMERA	FIRMA DEL USUARIO
		• HABLE CON LA MADRE Y EL ESPOSO SOBRE SUS TEMORES Y COMO ABORDAR POSITIVAMENTE LA MATERNIDAD		
		• EXPLIQUE LOS BENEFICIOS Y VENTAJAS DE LA LECHE MATERNA. • ACONSEJAR A LA MADRE A CONSUMIR MÁS FRUTAS, VERDURAS, LECHE Y SUS DERIVADOS NUEVOS ETC.		
		• RECOMIENDE EL DAÑO GENERAL Y EXPONER LAS MAMAS AL SOL Y AL AIRE. • ESPLUDE QUE EL TAMAÑO DE LOS SENOS Y SU FORMA NO INCLUYEN EN LA CANTIDAD Y CALIDAD DE LECHE MATERNA (REGLA DE ORO).		
		• EXPLIQUE COMO SON GLÁNDULAS MAMARIAS Y SU MECANISMO DE PRODUCCIÓN DE LA LECHE MATERNA. • ENFÁTICE A LA MADRE QUE LA CALIDAD DE LA LECHE MATERNA SIEMPRE ES BUENA INDEPENDIENTE DEL ESTADO NUTRICIONAL.		
		• EXPLIQUE LA IMPORTANCIA DE LA LECHE MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES. • RECORDAR A LA GESTANTE QUE SOLICITE LE COLOQUEN AL BEBE A MAMAR LO MÁS PRONTO QUE SE PUEDA Y LA IMPORTANCIA DEL ALOJAMIENTO CONJUNTO.		
		• ENSEÑAR LA IMPORTANCIA DE ALIMENTAR AL BEBE. DE DÍA. DE NOCHE. LIBRE DEMANDA Y DESPERTARLO SI SE DUERME MÁS DE 2 HORAS		
		• REFUERCE EL PROCESO DEL VÍNCULO AFECTIVO. MEDIANTE ESTIMULACIÓN CON MÚSICA. CARICIAS Y LENGUAJE.		
		• EXPLIQUE MEDIANTE DEMOSTRACIÓN LA TECNICA DE EXTRACCION MANUAL DE LA LECHE MATERNA. • ENSEÑAR COMO CONSERVAR LA LECHE MATERNA. • RECOMENDACIONES PARA LA MADRE QUE REGRESA AL TRABAJO.		
		• INFORMAR A LA MADRE EN DONDE PUEDE SOLICITAR AYUDA CUANDO TENGA PROBLEMAS CON LA LECHE MATERNA • REFORZAR SOBRE SU CAPACIDAD DE AMAMANTAR, RECORDARLE LA IMPORTANCIA DE LA TRANQUILIDAD EMOCIONAL.		
		• INFORMAR A LA MADRE SOBRE LOS DERECHOS LEGALES DE LA LACTANCIA MATERNA • DEMOSTRAR A LA GESTANTE LA POSICION CORRECTA PARA AMAMANTAR.		

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

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA Santander con alma	GESTIÓN DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO EDUCACIÓN DE LA GESTANTE EN LACTANCIA MATERNA	Código: GPM.FR.011
09-9		Versión: 001
		Fecha: 04/02/2022
		Página 1 de 1

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

8
R/V

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	25/07/24	23A84	Edward B
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	23/07/24	23106002	Edward B
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

25/agosto/24

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	23/08/25	P1C079279A	Jenniffer C.
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Ana Gabriela

Apellidos: Matabajoy

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No 1126453314

Fecha de nacimiento: Día 18 Mes 01 Año 1992

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Ana Gabriela

Apellidos: Matabajoy Andrade

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1126453314

Fecha de nacimiento: Día 18 Mes 01 Año 1992

9
R/V

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

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 San Miguel FECHA: DÍA 7 MES 10 AÑO 2025 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Ana Gabriela APELLIDOS Matabajoy Andrade

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 1126453314

FECHA DE NACIMIENTO DÍA:18 MES:01 AÑO1992 / EDAD: 34 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 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)

Le da miedo por su estado de embarazo.

¿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 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: * Anabella Andrade

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

Nombres Ana Gabriela Apellidos Matabajoy Andrade

Tipo de Identificación: RC☐ TI☐ CC☒ CE☐ OTRO☐ Número 1126453314

Firma: _____

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 _____

Si _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. Nº

C.C. Nº

Nombres y apellidos del vacunador: KERLY Jimenez.

Firma

Tipo de Identificación: RC☐ TI☐ CC☐ CE☐ OTRO☐ Número 1075682124.

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS):

DEPARTAMENTO/DISTRITO Putumayo MUNICIPIO: San Miguel.

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


CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.126.445.376

Apellidos
CAICEDO LOPEZ

Nombres
JAIRO ARBEY

Nacionalidad
COL

Estatura
1.65

Sexo
M

Fecha de nacimiento
10 OCT 1985

G.S
O+

Lugar de nacimiento
PUERTO ASIS (PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición
15 OCT 2004, VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)

Firma
Jairo Caicedo

Fecha de expiración
23 MAR 2034


CO

0423926512

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0423926512640 28<<<<<<<<<<
8510105M3403233COL1126445376<7
CAICEDO<LOPEZ<<JAIRO<ARBEY<<<<

11
P/V

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

GOBERNACIÓN
PÚTUMAYO
2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET
RIAS

ADULTÉZ



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor

Nombres y apellidos: Gabriela Andrade.

Doc. de identidad: 1126453374 EPS: Mallamas

Teléfono: 3108870509 Domicilio: B/San felipe

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN AÑOS						
			29-34	35-39	40-44	45-49	50-52	53-55	56-59
ATENCIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Atención por médico general							
		Atención en salud bucal por odontología (1 vez cada 2 años)							
DETECCIÓN TEMPRANA	DETECCIÓN DE CÁNCER	Tamizaje de cáncer de cuello uterino (ADN VPH) (Según esquema)							
		Tamizaje de cáncer de cuello uterino (Citología) (según riesgo y esquema)							
		Tamizaje de cáncer de cuello uterino (Técnicas de inspección visual con ácido acético y lugol) (A partir de los 30 a los 50 en zonas rurales dispersas)							
		Criocauterización de cuello uterino (si aplica)							
		Colposcopia cervicouterina (si aplica)							
		Biopsia cervicouterina (si aplica)							
		Tamizaje de cáncer de mama (mamografía) cada 2 años							
		Tamizaje de cáncer de próstata (PSA) cada 5 años							
	PYP	Tamizaje de riesgo cardiovascular (cada año)							
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción							
		Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción - control							
	HIGIENE ORAL	Profilaxis y remoción de placa bacteriana (1 cada 2 años)							
		Detartraje supragingival (según necesidad)							
	PYP	Vacunación (según esquema vigente)							

RES. 000412 DE 2014

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Ana Gabriela Malabayo Identificado con C.C N° 1126453314 en calidad de: padre o madre ( ), del niño o niña: _____ o Gestante (x) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: chupetines del mañanas, 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 18 Días del mes de 09 del Año 2025.

GRABIELA ANDRADE
Madre o Acudiente
C.C 1126453314

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 4	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 _____, identificado (a) con documento de identidad número _____, 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, Ana Gabriela Matabayoy A, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1126453314, 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, adolescentes y jóvenes 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, adolescentes y jóvenes, y 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 Cielo, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa GIC

Suscriben:

Firma: GRABIELA ANDRADE.
Nombre: GABRIELA A.
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 18 Oct 2025.
Municipio: San Miguel