Fundación
Alma de Vida
Formando con amor de esperanza

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con otografía del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras).
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la 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 48 798
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: 21-04-2025

UDS: Amor y Ternura MUNICIPIO: San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Emerson Kalet Tobar Erazo

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ NUIP No. 1122 344 588

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 21-04-2025 EDAD: 0 meses MUNICIPIO: San Miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: V/ Mesas del Sabalito ESTRATO: 1 ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: ____ NO: X

¿CUAL?: N/A MOTIVO DEL RETIRO: N/A

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

EPS DEL PARTICIPANTE: ____ SUBSIDIADO: __ 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: ____ DESPLAZADO: SI: __ NO:

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: Edison Arley Tobar Jacanamejoy

No. IDENTIFICACION: 1006789290 DIRECCION RESIDENCIA: V/ Sabalito

CELULAR: ____ E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Zuly Jhojanna Erazo

No. IDENTIFICACION: 1122339022 DIRECCION RESIDENCIA: V/ Sabalito

CELULAR: 3203948223 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Zuly Jhojanna Erazo

NUMERO IDENTIFICACION: 1122339022 CELULAR: 3203948223

DIRECCION: V/ Mesas del Sabalito PARENTESCO: Madre

Zuli Erazo
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Omaira Meneses
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.122.344.588

Indicativo Serial 61697973

Datos de la oficina de registro - Clave de acceso

Departamento: [X] Notaría: [ ] Número: [ ] Consulado: [ ] Corregimiento: [ ] Inspección de Policía: [ ] Código: [X] [0] [2]

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) — COLOMBIA — PUTUMAYO — SAN MIGUEL(LA DORADA)

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TOBAR	ERAZO

Nombre(s)

EMERSON KALET

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes ABR Día 21	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número consecutivo de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	25040010129158

Datos de la madre o padre *(Para usos de padres indígenas con línea consanguínea o paterna del mismo sexo, marcar el progenitor que indígena los documentos para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

ERAZO ZULY JHOJANNA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 1.122.339.022	COLOMBIA

Datos de la madre o padre *(Para usos de padres indígenas con línea consanguínea o paterna del mismo sexo, marcar el progenitor que indígena los documentos para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

TOBAR JACANAMEJOY EDINSON ARLEY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.006.789.290	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ERAZO ZULY JHOJANNA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
TI 1.122.339.022	Zuly Erazo

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 autorice
Año 2025 Mes ABR Día 25	ROY EDISON CALDE QUIRAMA - REGIST
Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Edinson Tobar	

25.ABR.2025 - LIBRO DE VARIOS No. 2504/2025.

[redacted]

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 14/05/2025

Ficha: 86757018578000000044

A5

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: EMERSON KALET

Apellidos: TOBAR ERAZO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344588

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 14/11/2017

Última actualización ciudadano: 08/05/2025

Última actualización via registros administrativos:

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

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 No pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122344588
NOMBRES	EMERSON KALET
APELLIDOS	TOBAR ERAZO
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	21/04/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/19/2025 11:42:51	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:

Emerson Kalet

Apellidos:

Tobar Erazo

Fecha de nacimiento:

21 04 2025

Historia Clínica:

1122344588

Barrio / Vereda:

Mesas de Sabalito

Responsable del niño (a):

Zuly Erazo

Teléfono:

3166806158

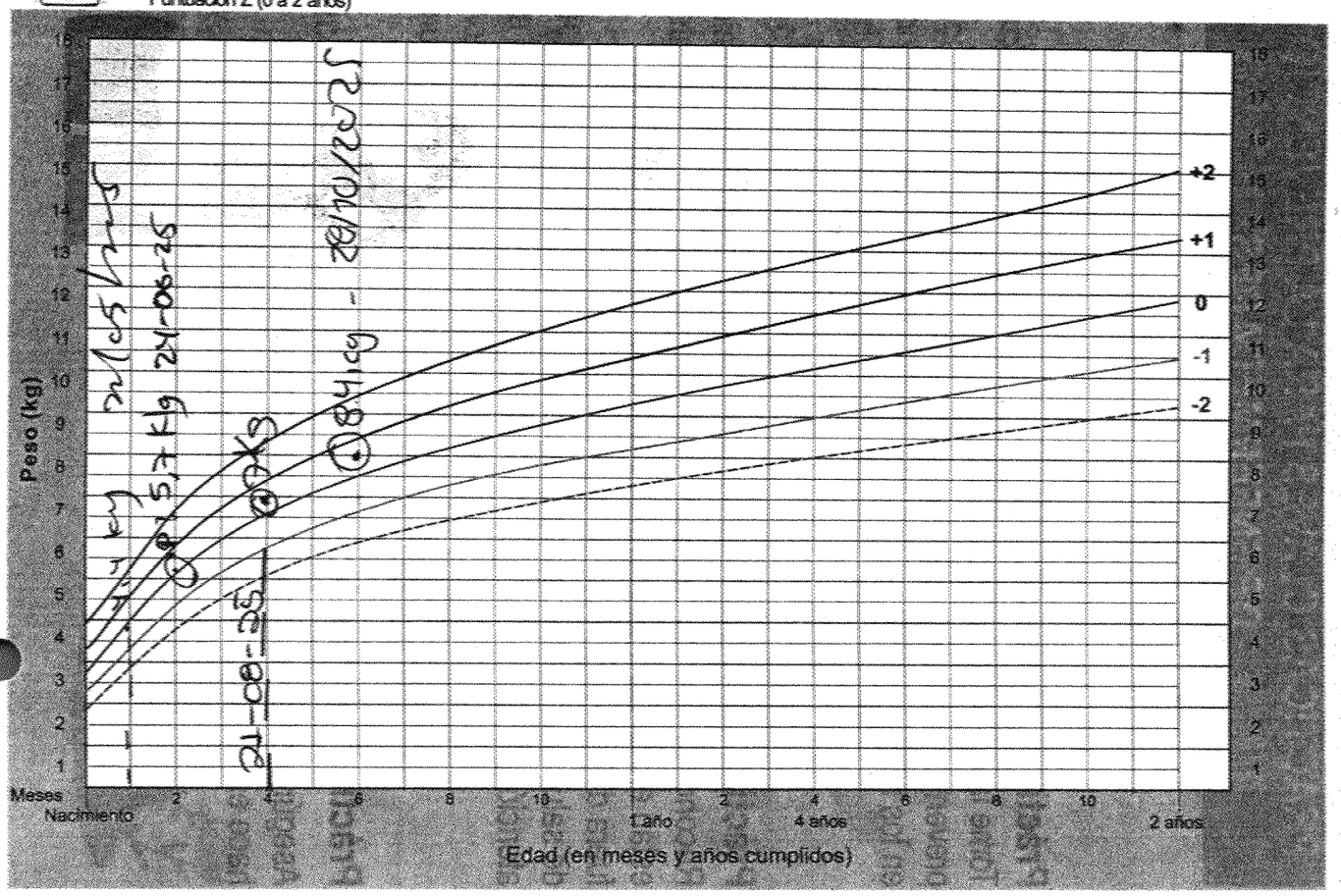
EPS:

Emssanar.



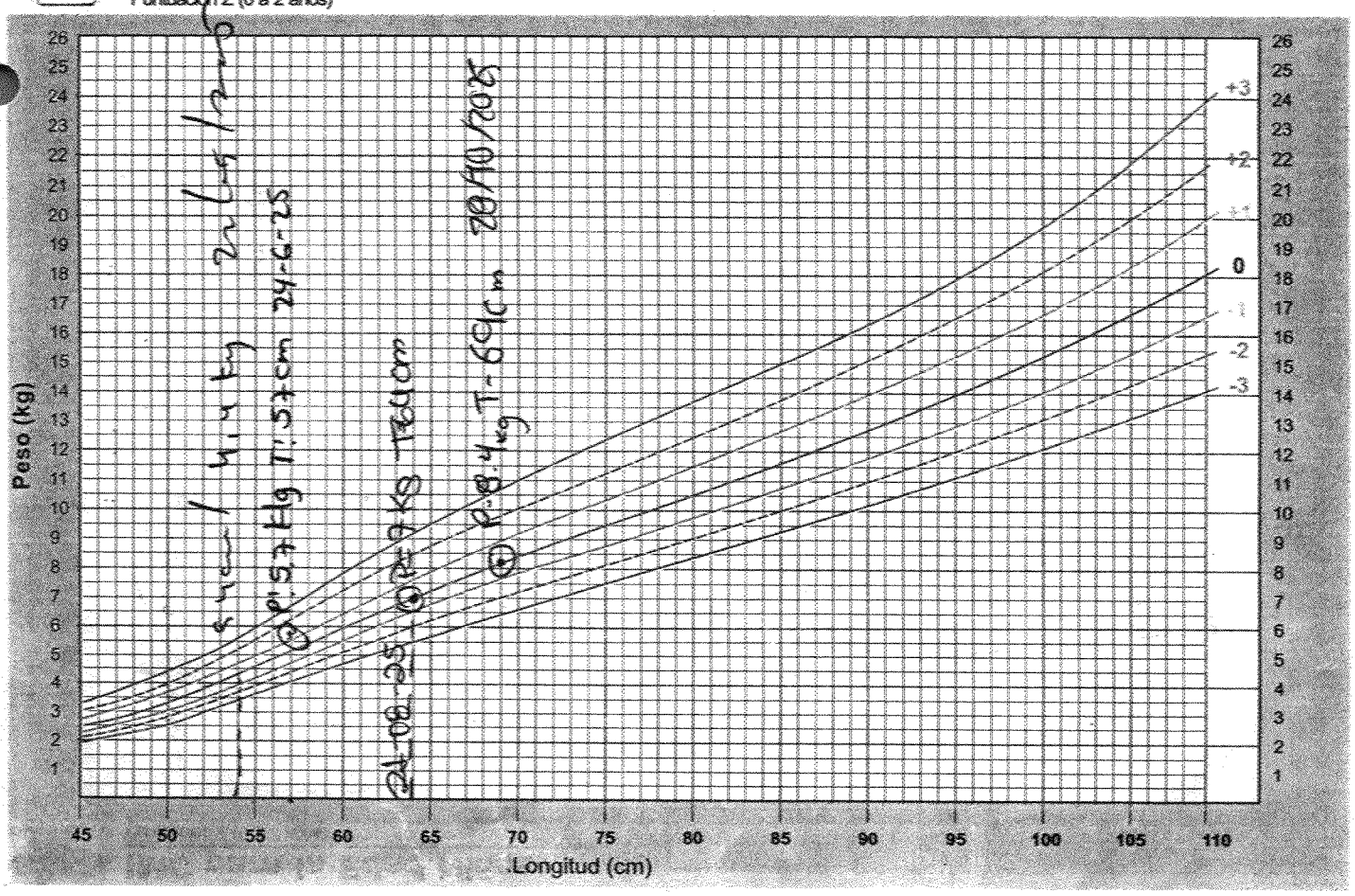
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



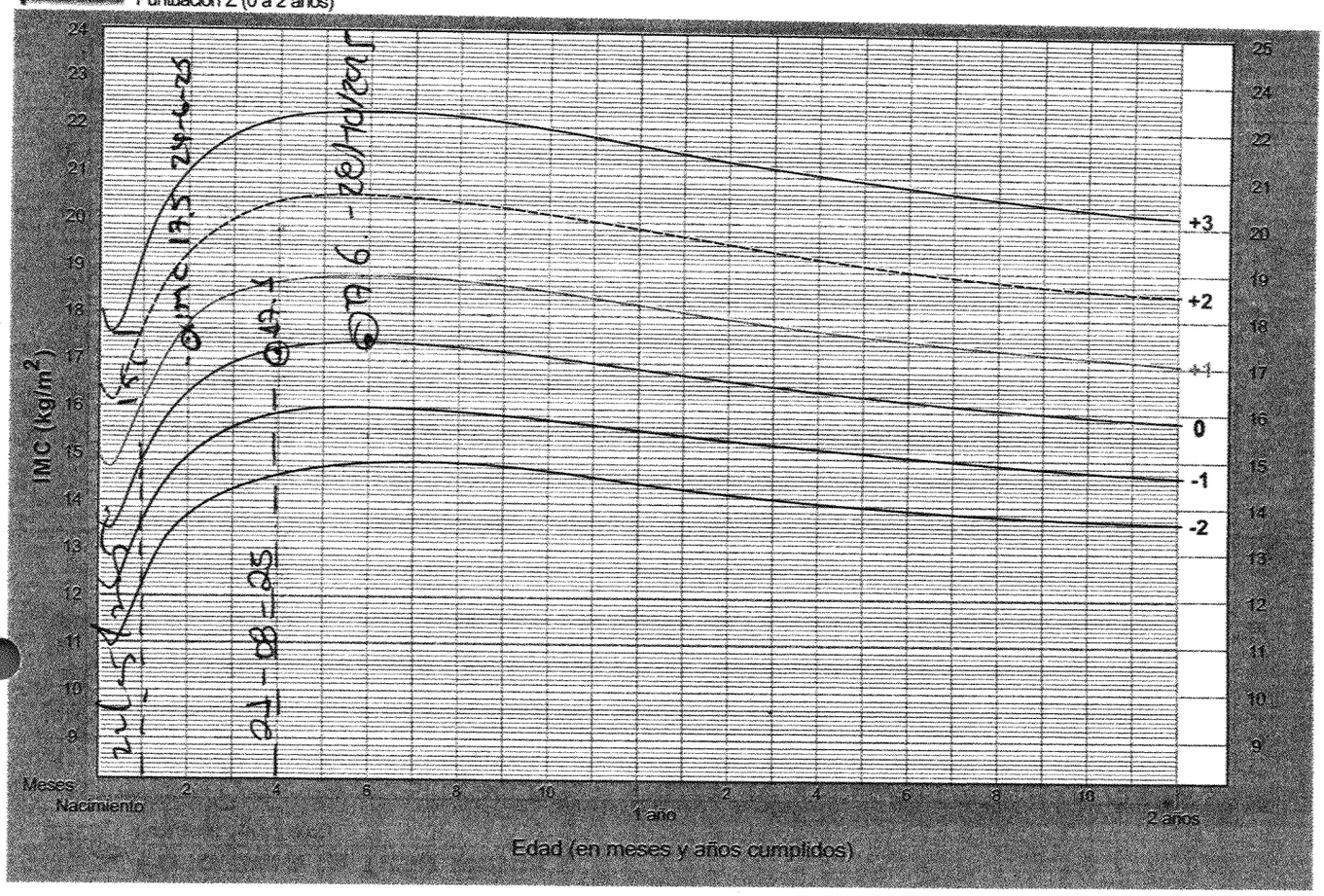
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



IMC para la Edad Niños

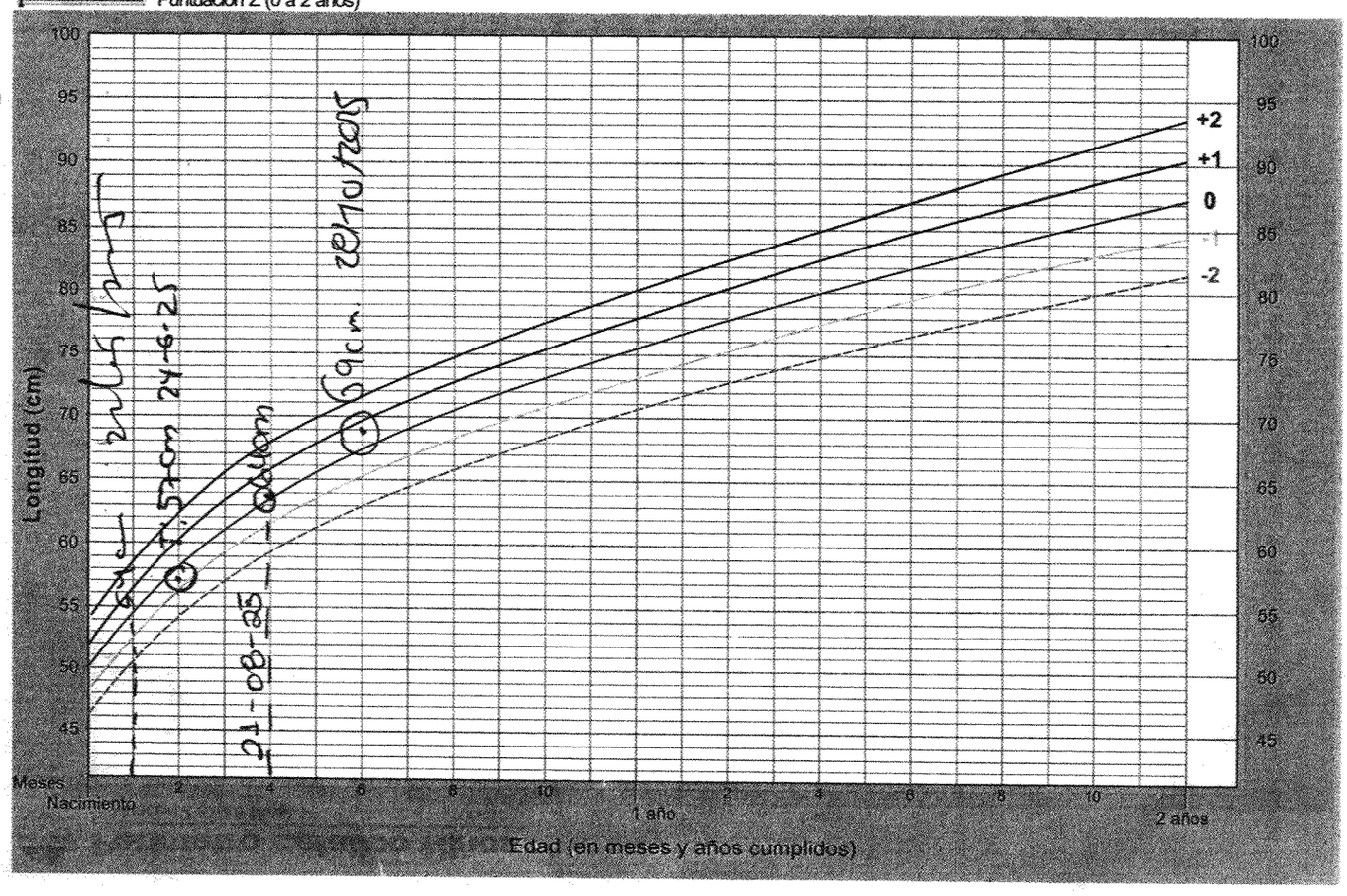
Puntuación Z (0 a 2 años)



(22)

Talla para la Edad Niños

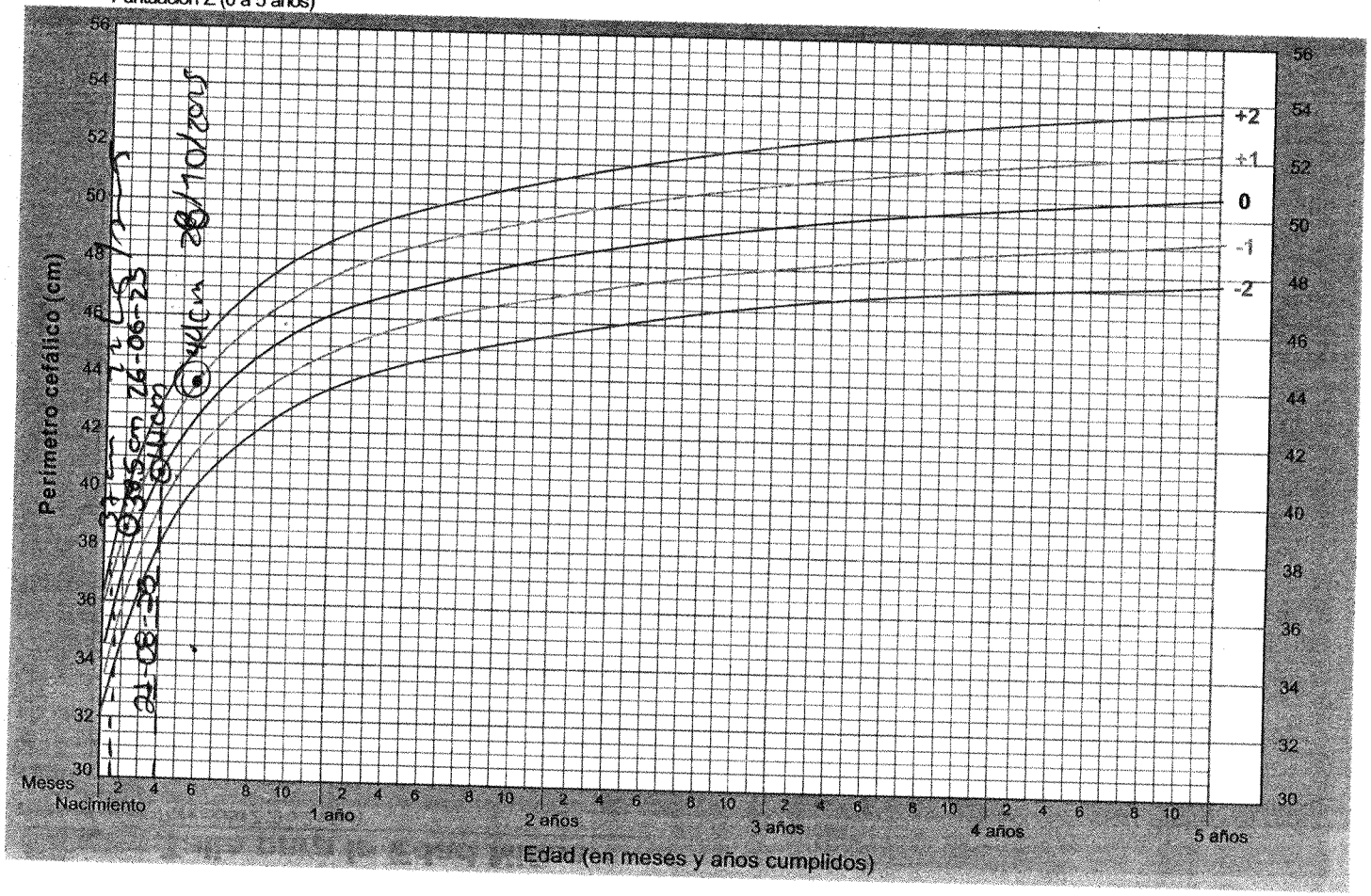
Puntuación Z (0 a 2 años)



(23)

Perímetro cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



24

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
21/5/25	7.4	64	37.	12	15.1	23/06/2025	
24-06-2025	5,7	57	38.5	14.5	17,5	21-08-2025	
21-08-25	7	64	41	15	17.1	21-10-25	
28-10-25	8.4	69	44	16	17.6		

CITAS PROGRAMADAS

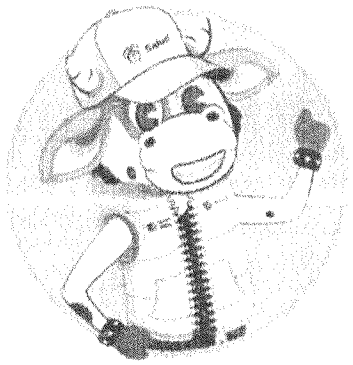
DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
22	05	2025		—	
24.	06	2025	Enfer	SI ✓	Milena C.
31	Agosto	2025	[illegible]	[illegible]	
21	Octubre	2025	Gnt	SI ✓	Rudoly G.
28	Noviembre	2025	Medico		

12
12V

Vacunar **oportunamente** a los niños y niñas con todas las dosis, **disminuye el riesgo** de padecer enfermedades.

Protégelos contra:

Tuberculosis meníngea (BCG), Hepatitis B, Poliomielitis (VIP), Meningitis y otras enfermedades causadas por *Haemophilus Influenzae tipo b*, Difteria, Tosferina, Tétanos (Pentavalente), diarrea por Rotavirus; neumonía, otitis, meningitis bacteriemia causada por Neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, Sarampión, Rubéola, Parotiditis (Triple Viral), Varicela, Hepatitis A, Fiebre Amarilla, Cáncer causado por Virus de Papiloma Humano (VPH) y Covid-19.



Las vacunas son seguras y salvan vidas

¡Ponte al día!

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

ATENCIONES DEFINIDAS MEDIANTE RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018 PARA LA PRIMERA INFANCIA

Seguimiento al Recién Nacido				D	M	A
Tamizaje Neonatal / Tamizaje Neonatal Ampliado	TSH neonatal	Normal:	Alterado:			
	Auditivo OEA/PEAA	Normal:	Alterado:			
	Cardiopatía Congénita Cianógena	Normal:	Alterado:			
	Visual	Normal:	Alterado:			
Atención en salud para la promoción y apoyo a la lactancia materna						
Seguimiento a la atención en salud para la promoción y apoyo a la lactancia materna						

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

Edad	Fecha	Valoración Nutricional				Valoración del Desarrollo												Profesional que atendió el perfil
						Motor Grueso			Motor Fino			Audición y Lenguaje			Personal Social			
		Peso	Talla	PC	Punt Z	A	R	SP	A	R	SP	A	R	SP	A	R	SP	
3 a 5 días. Al mes																		
2 a 3 m.																		
4 a 5 m.																		
6 a 8 m.																		
9 a 11 m.																		
12 a 17 m.																		
18 a 23 m.																		
24 a 29 m.																		
30 a 35 m.																		
3 años																		
4 años																		
5 años																		

A: Desarrollo adecuado para la edad. R: Riesgo de problema en el desarrollo. SP: Sospecha de problema en el desarrollo

A partir de los 6 meses		Un año	
Dos años		Tres años	
Cuatro años		Cinco años	

Tres años		Menor o igual a 20 normal	
Cuatro años		Menor o igual a 20 normal	
Cinco años		Menor o igual a 20 normal	

Suplementación con hierro (Menores de 6 meses con riesgo)	
1 mes	
2 a 3 meses	
4 a 6 meses	

Fortificación casera con micronutrientes en polvo 6 a 23 meses	
6 a 8 meses	
12 a 17 meses	
18 a 23 meses	

Suplementación con micronutrientes (Hierro y Vitamina A)					
2 años					
3 años					
4 años					
5 años					

Desparasitación	
1 año	
2 años	
3 años	
4 años	
5 años	

Tamizaje Visual				
		Resultado		

Educación para la Salud en la Primera Infancia			
Edad	Fecha	Tema	Observaciones

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

LAS VACUNAS SON SEGURAS Y SALVAN VIDAS ¡PONTE AL DÍA!

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Emerson Falet Tobar Erazo

Tipo de Documento				No. de Documento
X	TI	CC	OTRO	1122344588

Fecha de Nacimiento: 21 DÍA / 04 MES / 15 AÑO

Sexo: masculino

Grupo sanguíneo: O RH: +

Peso al nacer: 3000 kg Talla: 45 cm

Dirección: San miguel

Teléfono 1:

Teléfono 2: 316-6806158

Responsable: Zuly Erazo

Municipio de residencia: San miguel

Departamento: putumayo

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

Edad	Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
Recién Nacido	BCG	Única	21	04	25	Serum	0393m A117	HIID				Ed. u. d 18
	Hepatitis B	Recién nacido	21	04	25	Serum	0312 mar A	HIID				Ed. u. d 18
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
2 meses	Poliomielitis	1°	24	06	25	Biological E	2006007		cita			
	*Pentavalente	1°	24	06	25	Serum	28S4 x020C		21	junio	25	
	Rotavirus	1°	24	06	25	GSK	ARUL 650 AM					
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1°	24	06	25	Pfizer	WJ8277					
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
4 meses	Poliomielitis	2°	01	SEP	2025	Biological	24 23003		cita			
	Pentavalente	2°	01	SEP	2025	Serum	28S4 x013E		20 - AGOSTO			
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2°	01	SEP	2025	GSK	HW2963		2025			
	Rotavirus	2°	01	SEP	2025	GSK	ARUL 634AE					
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
6 meses	Poliomielitis	3°	11	NOV	25	Biological E	24 29 006		CITA:			
	Pentavalente	3°	11	NOV	25	Serum	28S4 x017D		01 - Noviembre			
	Influenza estacional	1°							2025			
7 meses	Influenza estacional	2°										
12 meses	Sarampión, Rubéola, Paperas	1°										
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo										
	Varicela	1°										
	Hepatitis A	Única										
	**Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis	1er Refuerzo										
	Pentavalente	1er Refuerzo										
	Sarampión, Rubéola, Paperas	Refuerzo										
	***Fiebre Amarilla	Única				CITA: 9 MESES CUMPLIDOS						
5 años	Poliomielitis	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
A partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH) Tetra ☐ Nona ☐											
Sin rango de edad	Covid-19											
Vacunas												

*Difteria-Tétanos-Tosferina-Hepatitis B-Haemophilus influenzae tipo b **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

13
RIV

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 28 MES 10 AÑO 2025 HORA: 03:00 pm

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Emerson Kalet APELLIDOS Tobar Erazo

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122344588

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 21 MES: 04 AÑO: 2025 / EDAD: 6M. 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 tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar NO accede a la vacuna 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: Zuli Erazo

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

Nombres _____ Apellidos _____

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

Firma: Zuli Erazo

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: Sandy Martinez Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1122338822

Firma Sandy Martinez Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1122338822 Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número Sandy Martinez Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1122338822

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFID.

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Palmar MUNICIPIO: Jamay

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.122.339.022

ERAZO
APELLIDOS

ZULY JHOJANNA
NOMBRES

ZULI ERAZO
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-MAY-2008
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
05-MAY-2026
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G S RH
F
SEXO
02-MAR-2017 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

P-6401800-00691287-F-1122339022-20170325 0054565557A 1 47071124

15


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 41.145.140
ERAZO
APELLIDOS
YULY MILEYDI
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 30-MAY-1983
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
13-AGO-2001 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
00618-1611A 1

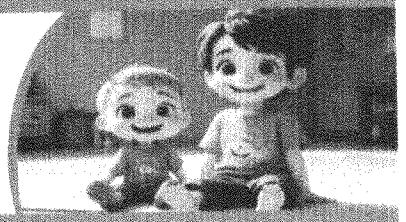
E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraíso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA



E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud

Nombres y Apellidos: Emerson Kulet tobar Erazo

Doc. de Identidad: 1122344588 - EPS: Emssanar

Teléfono: 3203948223 Domicilio: V/Sabulito

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													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología Yohana Daniela Mora 10-25 ODONTÓLOGA 12:28 10-26 TP 032736													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor													
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

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

Yo Zuly Jhojanna Erazo Identificado con C.C N° TI 1122339022 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Emerson Kalet Tobar Erazo o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Amor y Ternura, 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 07 Días del mes de 05 del Año 2025.

Zuli Erazo
Madre o Acudiente
C.C 1122339022

de cero a Siempre

19
R1V

Ciudad La Dorada

Nombre completo de la niña o niño Emerson Kalet Tobar Erazo

Fecha de nacimiento 21 04 2025 N° Documento de Identidad 1122344588

Sexo Masculino ☒ Femenino ○ Fecha de 1er día de atención en el año 11 06 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Omaira Andrea Meneses

Fecha de registro cualitativo 02 09 2025

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

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

Observaciones generales

El niño Segun su edad realiza las actividades, mueve brazos y piernas, inicia a reconocer rostros familiares responde a las voces con sonrisas o sonidos.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

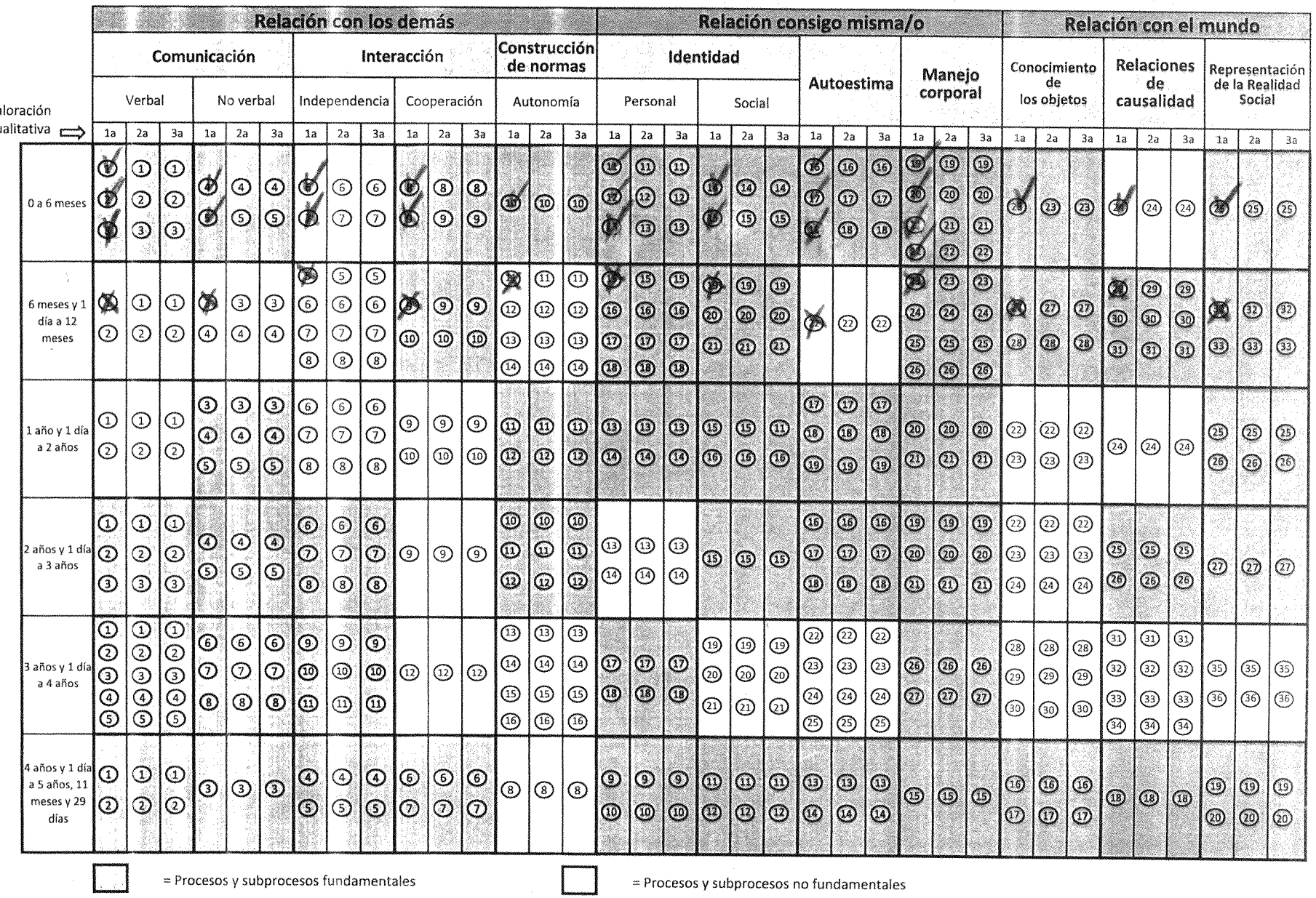
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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


Relación con los demás
Relación consigo misma/o
Relación con el mundo
Comunicación
Interacción
Construcción de normas
Identidad
Autoestima
Manejo corporal
Conocimiento de los objetos
Relaciones de causalidad
Representación de la Realidad Social
Verbal
No verbal
Independencia
Cooperación
Autonomía
Personal
Social
Valoración Cualitativa
1a 2a 3a
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
= Procesos y subprocesos fundamentales
= Procesos y subprocesos no fundamentales

REGISTRO DE NOVEDADES

BIENESTAR FAMILIAR

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL _ SERVICIO EIC

NOMBRE DE LA MAESTRO (A): Omaira Meneses UBICACIÓN SALÓN: Escuela

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Emerson Kalet Tobar IDENTIFICACIÓN: 1122344588 FECHA DE NACIMIENTO: 21 / 04 / 2025

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	COMPROMISO
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN					
01-11-2025	X		09:00		Se le recuerda a la madre que el dia de hoy se le vence las vacunas de los 6 meses y la primera dosis de influenza, lo cual refiere que no podra hacerlo vacunar el dia martes que cuando hay atención por motivos de que se encuentra de viaje donde una hermana y regresa el dia martes 11 de Noviembre y lo hará vacunar.	Zuli Erazo	Omaira M.	Se orienta a la madre sobre la importancia de vacunar al niño a tiempo para garantizarle sus derechos y no atrasar su esquema de vacunacion. El dia 11-Nov - la madre hace entrega del carnet de vacunas pero no fue vacunado de la primera dosis de influenza por terminacion del biologico.		La madre refiere que para el dia 11 de Noviembre se compromete hacer vacunar el niño y entregar la fotocopia.
05-11-2025	X			01:04	El niño no asiste al encuentro por motivos de que se encuentra de viaje con su madre, la madre refiere que asistira al encuentro el proximo 19-de Nov- 2025. También se presenta la novedad de que el niño no cuenta con esquema de vacunas completo ya que no tiene la influenza de los 6 meses.	Zuli Erazo	Omaira M.	Se oriento a la madre por parte de la agente educativa de la importancia de asistir al encuentro ya que es el ultimo de este año. ~o—o—o~ El dia 19-2025 se hace cierre de la novedad el niño asiste con su madre al encuentro.		→ La madre se compromete a asistir de manera puntual al ultimo encuentro.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL _ SERVICIO EIC

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRO (A): Omaira Meneses UBICACIÓN SALÓN: Escuela

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Emerson Kalet Tobar IDENTIFICACIÓN: 1122344588 FECHA DE NACIMIENTO: 21 / 04 / 2025

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	COMPROMISO
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN					
25-08-2025	X			04:00	El niño no cuenta con las vacunas de los cuatro meses, la madre refiere que no lo pudo llevar al hospital porque ella se fracturo el pie y no hay quien más lo lleve.	Zuli Erazo	Omaira M.	por parte de la agente educativa el dia 25-08-2025 se articula con la vacunadora para que lo vacune el dia martes 26-08-2025 en la casa del niño. el dia 26.08-2025 la vacunadora envia mensaje donde refiere que la madre dio a conocer que no lo hara vacunar por que esta de salida a una vereda.	Por parte de la agente ese mismo dia 26-08-2025 se comunica con la madre para saber cuando regresa y hacer vacunar el niño ya que es importante garantizarle esta vacuna y evitar atrasar su esquema de vacunación y garantizarle este derecho el dia 01-09-2025 se hace cierre de la novedad.	- La madre refiere que debio salir de urgencias donde una hermana que el dia lunes 01-09-2025 sale y lo hace vacunar se compromete a entregar las Fotocopias.
21-10-2025	X			02:00	El niño no cuenta con el control de CyD, Odontologia por primera vez, discontinuidad covid-19 y vacunas de los 6 meses acordes a su edad, por motivo de que las anteriores no se las aplico segun su edad por lo tanto sus vacunas estan atrazadas.	Zuli Erazo	Omcara M.	Por parte de la agente educativa el dia 17-10-2025 Se acerco al hospital para solicitar la cita a los controles pendientes donde se la asignaron para hoy 21-10-2025, se procedio a informarle a la madre en horas de la tarde ella refiere que no podra asistir porque se encuentra en una vereda y no saldra el dia 28-10-2025 Se hace sierre de la Novedad de CyD. Odontologia		La madre se compromete a sacar la cita para la proxima semana el dia 29- de octubre y entregar las fotocopias.

2/12/V

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Omaira Meneses NOMBRE UCA: Amor y Ternura

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Emerson Kalet Tobar IDENTIFICACIO: 1.122344588 FECHA DE NACIMIENTO: 21-04-2025

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					
21-04-2025	X		08:00		El Participante no cuenta con documento de identidad, Ficha de Sisbén. la madre solo hace entrega de nacido vivo y refiere que el dia 25 de abril lo hara registrar, de igual manera no cuenta con afiliación a salud.	ZUIP erazo	Omaira Meneses	Por parte de la agente Se oriento a la madre sobre la importancia de garantizar el derecho a la identidad El dia 28-04-2025 se hace cierre de la novedad ya que la madre hace envio del documento de identidad via WhatsApp. El dia 28-04-25 la agente hace la solicitud en linea de la afiliación de la E.P.S. Y el dia 05-05-2025 Se hace cierre de la novedad ya que el participante cuenta con afiliación. El dia 08-05-2025 la agente hace el debido proceso de solicitud del Sisbén, dando como resultado efectivo el dia 14-05- Se hace cierre de la novedad.		- La madre se compromete a cumplir con la documentación solicitada.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Omaira Meneses NOMBRE UCA: Amor y Ternura

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Emerson Kalet Tobar IDENTIFICACIO: 1122344588 FECHA DE NACIMIENTO: 21-04-2025

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					
08-05-2025	X			02:00	El participante no asiste al encuentro, por motivo de que su madre se encuentra en periodo de pos parto, una vez cumpla su dieta se reintegrara a los encuentros.	Zuli Erazo	Omaira Meneses	el dia 08-05-2025 en horas de la tarde despues del encuentro se hace llamada via whatsapp para verificar estado de salud del niño y la madre lo cual refieren estar bien.		-la madre se compromete a informar a la agente en caso de presentar alguna novedad su hijo o ella, y asistir al encuentro una vez cumpla su tiempo de puerperio.
15-05-2025	X			02:00	El participante no asiste al encuentro su madre aún continua en puerperio una vez cumpla asistira a cada uno de los encuentros grupales.	Zuli Erazo	Omaira Meneses	por parte de la agente educativa se hace llamada a la madre para saber como estan lo cual refiere que muy bien. El dia 11-06-2025 se hace cierre de las novedas por puerperio la madre asiste al encuentro con el niño.		- Asistir a los encuentros de junio teniendo en cuenta que ya cumple su puerperio.