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,

	FUNDACION ALMA DE VIDA	Código: FO-GG-012
Fomentando caminos de esperanza Fundación Alma de Vida Salud mental, pedagogía y desarrollo social	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 25/03 /2025



FECHA SOLICITUD CUPO: 24/03/2025 **FECHA INGRESO:** 01/04/2025

UDS: Mi nuevo mundo **MUNICIPIO:** San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Harian José Santacruz Castillo

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ **NUIP No.** 1122344502

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? _____

FECHA NACIMIENTO: 15-10-2024 **EDAD:** 6 meses **MUNICIPIO:** Puerto Asis

DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** Colombia **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: V./ El Sábalo **ESTRATO:** 1 **¿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: Emssanar **SUBSIDIADO:** X **CONTRIBUTIVO:**

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X **DIAGNOSTICO:** _____

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: _____

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: ___ NO: ___ CUAL: _____

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: ___ NO: X CUAL: _____

TIENE SISBEN: SI: X NO: __ PUNTAJE: A5 **DESPLAZADO:** SI: _ NO: X **VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:** SI: _ NO: X **RED UNIDOS:** SI: ____ NO: X

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Dario Ferney Santacruz. **No.**

IDENTIFICACION: 1122339084 **DIRECCION RESIDENCIA:** El Sabalo

CELULAR: — **E.P.S:** Nueva EPS.

OCUPACION U OFICIO: Independiente.

EMPRESA DONDE LABORA: —

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Básica. **PROFESIÓN:** —

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maira Gisell Castillo Dorado **No.**

IDENTIFICACION: 1006789744 **DIRECCION RESIDENCIA:** El Sábalo

CELULAR: 3155964073 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: —

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller. **PROFESIÓN:** —

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Maira Gisell castillo.

NUMERO IDENTIFICACION: 1006789744 **CELULAR:** 3155964073

DIRECCION: V./ El Sábalo **PARENTESCO:** Madre.

Maira Castillo
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE
1006789744

Gerson Canas O.
FIRMA AGENTE EDUCATIVA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.502

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63700520

63700520

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANTACRUZ	CASTILLO

Nombre(s): HARIAN JOSE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes OCT Día 15	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/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	24105011166203

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

Apellidos y nombres completos: CASTILLO DORADO MAIRA GISELL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.006.789.744	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos: SANTACRUZ POPAYAN DAIRO FERNEY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.339.084	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CASTILLO DORADO MAIRA GISELL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.006.789.744	Maira Castillo

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 autoriza
Año 2024 Mes OCT Día 28	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

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

28.OCT.2024 - LIBRO DE VARI ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Adhesivo Copia Registro Civil 37828828-2

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 14/04/2025

Ficha: 867576741052800008568

A5

GRUPO SISBEN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: HARIAN JOSE

Apellidos: SANTACRUZ CASTILLO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344502

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/04/2024

Última actualización ciudadano: 21/11/2024

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 Ni 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	1122344502
NOMBRES	HARIAN JOSE
APELLIDOS	SANTACRUZ CASTILLO
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	16/10/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/02/2025 07:42:48	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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres: Harian Jose

Apellidos: Santacruz Castillo

Fecha de nacimiento: 15 10 2024

Historia Clínica: 1122344502

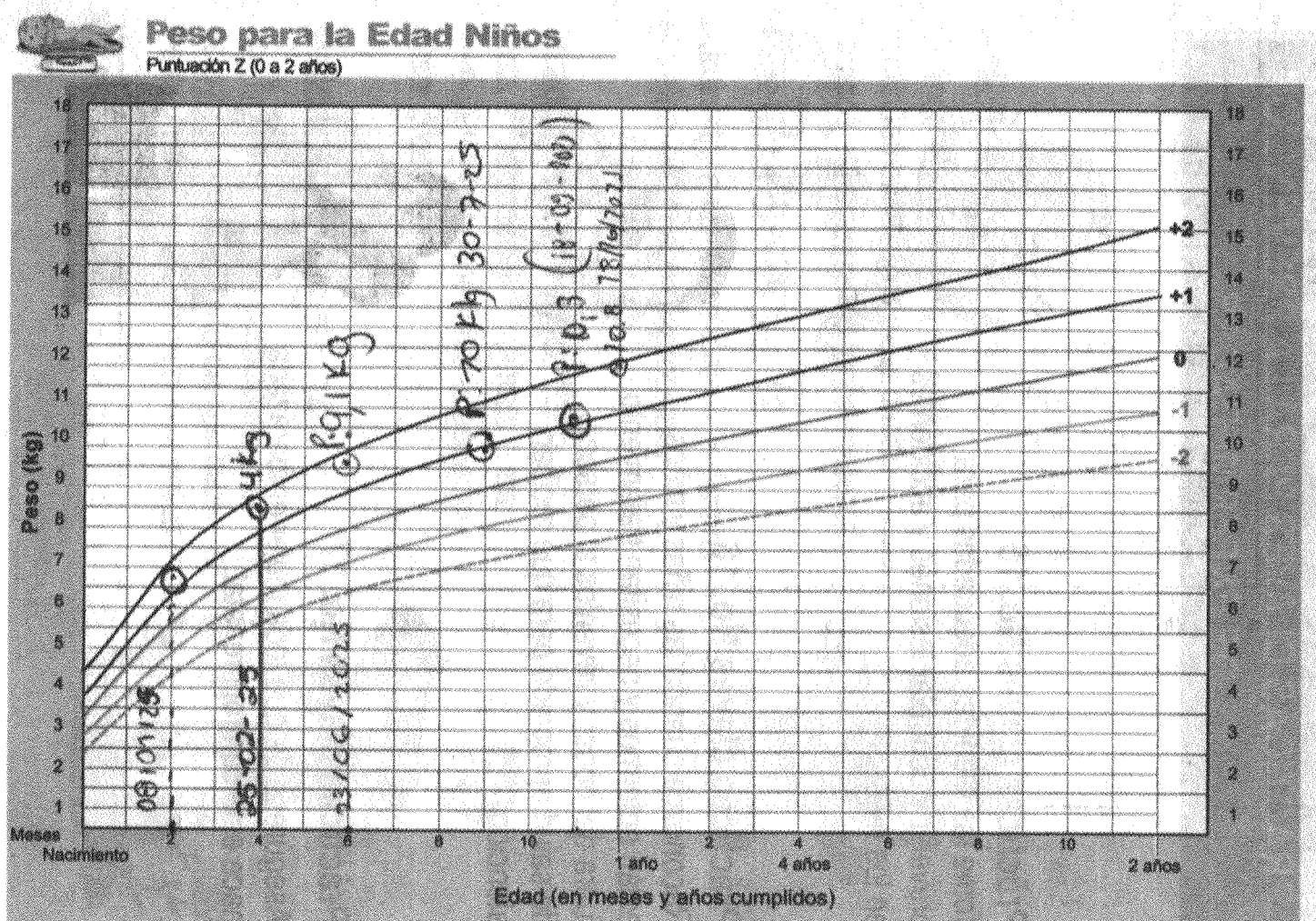
Barrio / Vereda: V/ El Sabalo

Responsable del niño (a): Mayra Castillo

Teléfono:

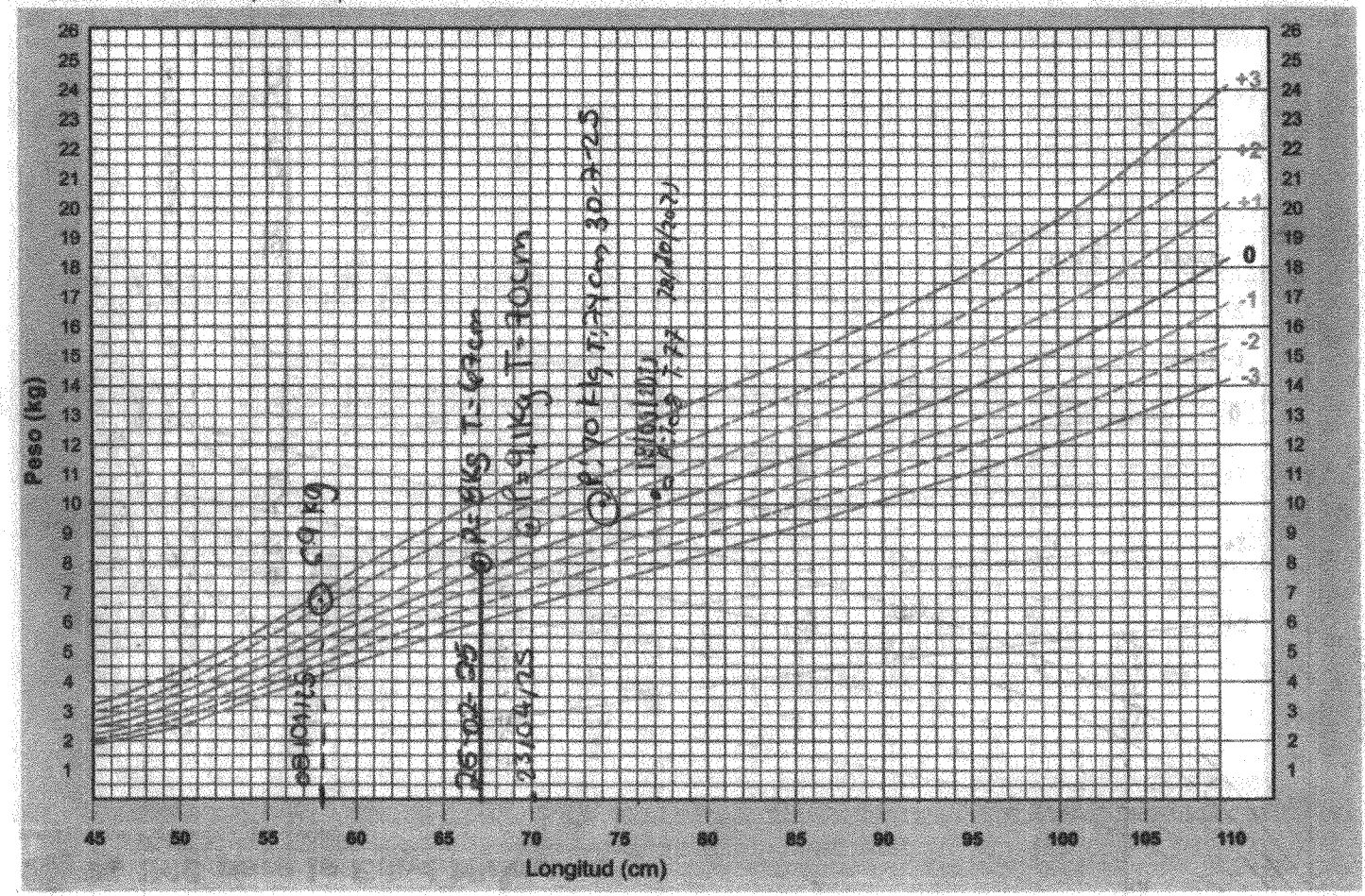
EPS: Emssanar

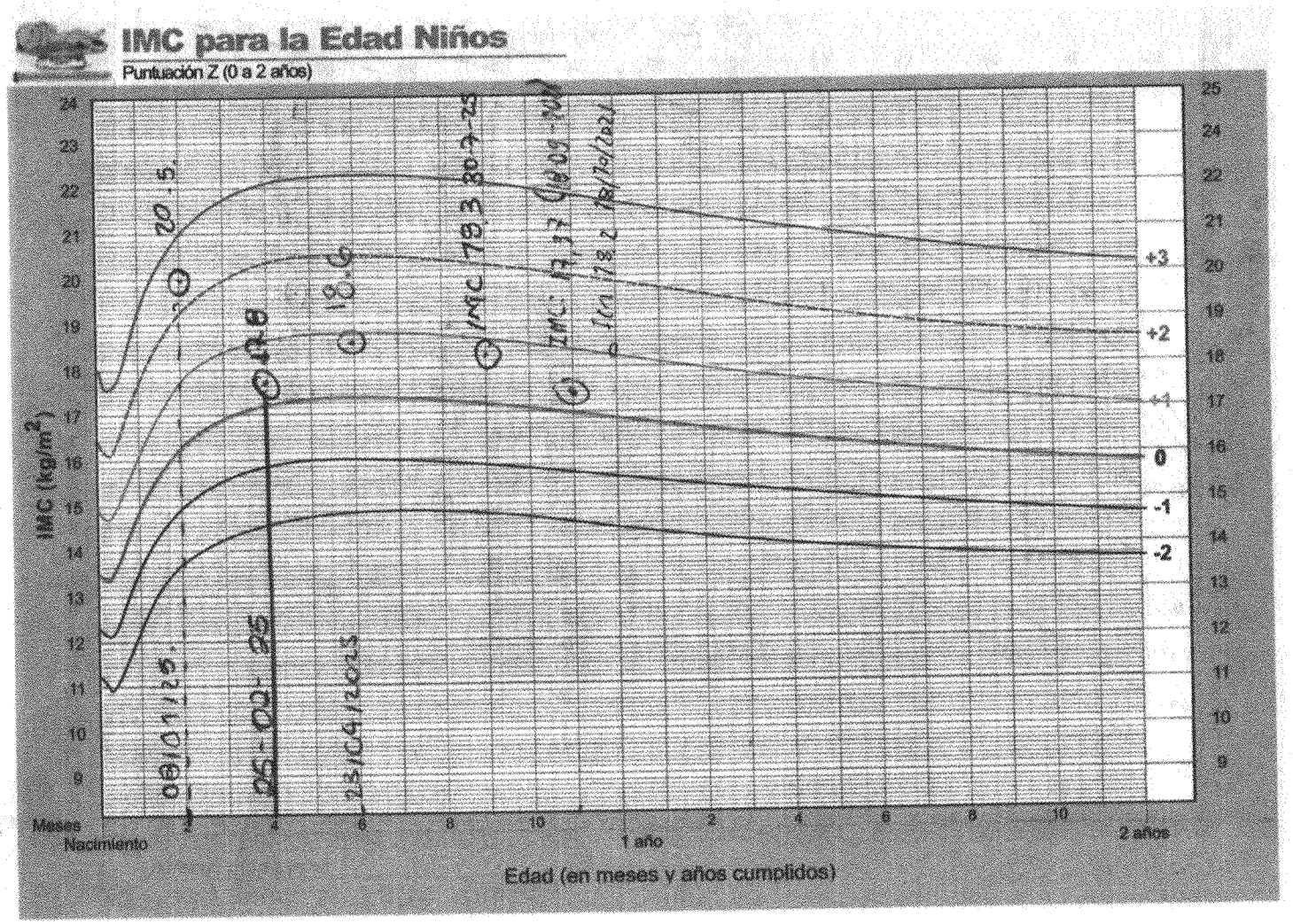



Peso para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Meses
Nacimiento
1 año
4 años
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-1
-2

Peso para la Talla Niños

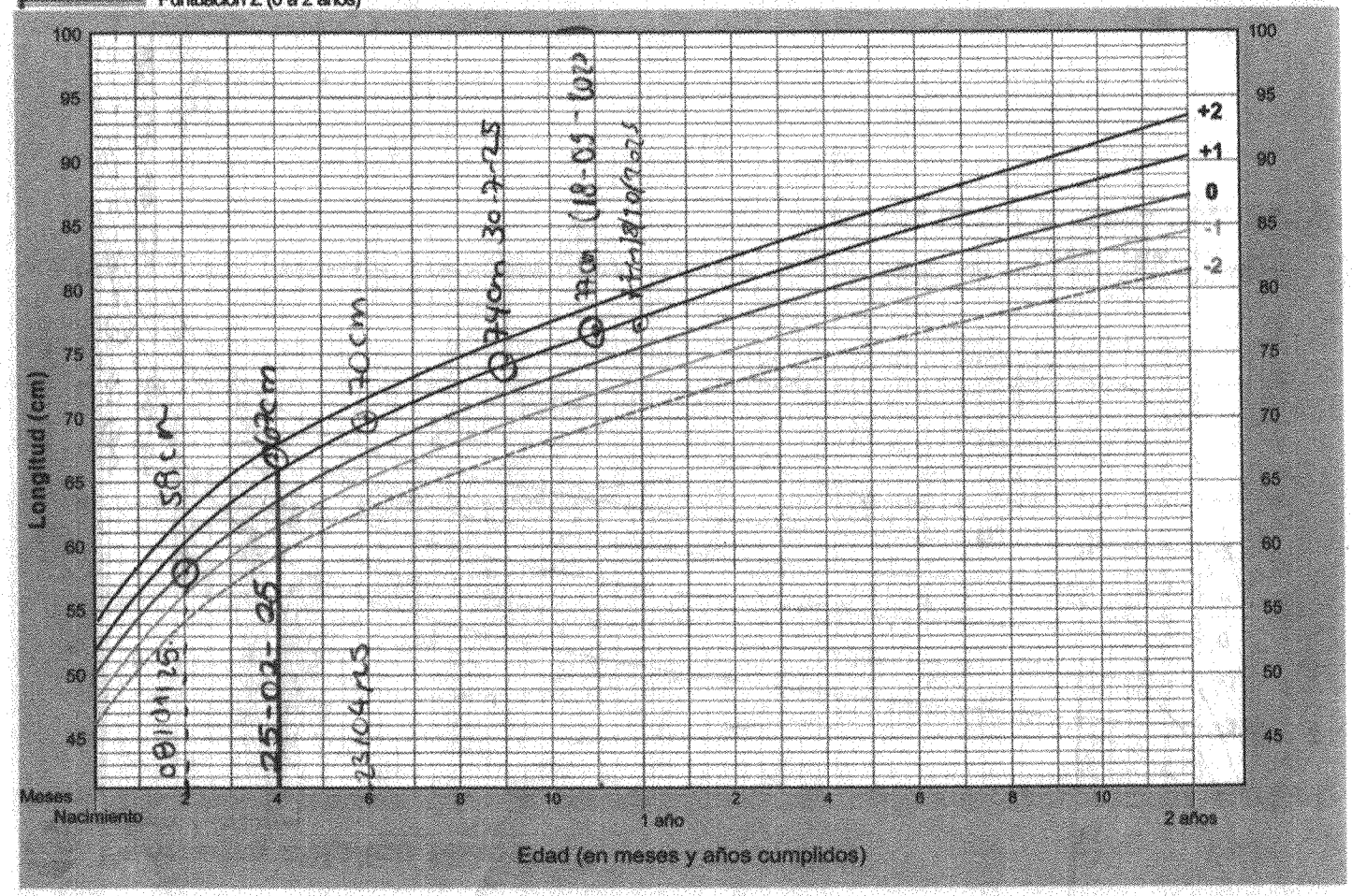
Puntuación Z (0 a 2 años)




IMC para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
IMC (kg/m²)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+3
+2
+1
0
-1
-2
23/09/2023
05-01-25

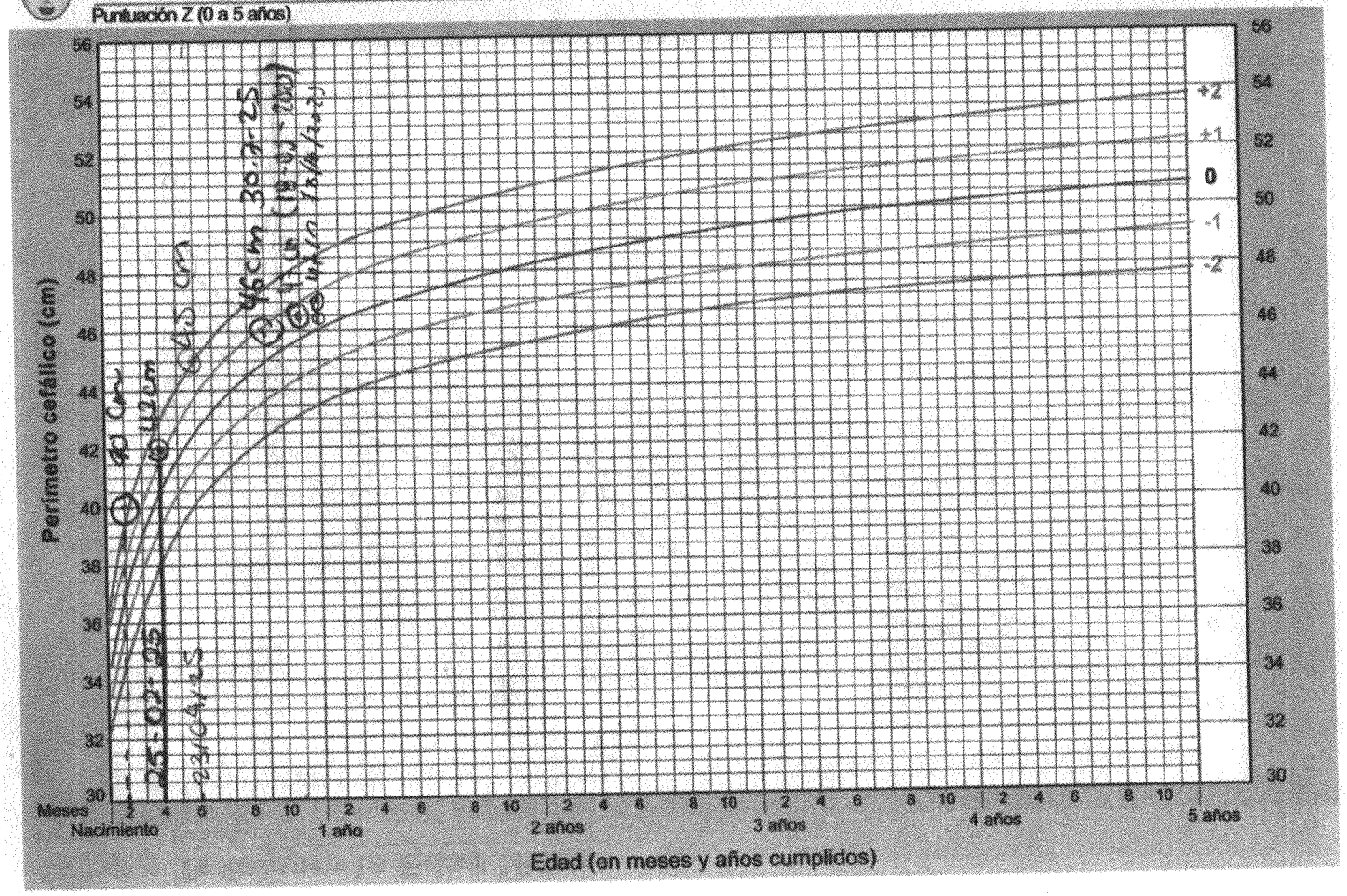
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Perímetro cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



(24)

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
15	Feb	2025.	FC: 25-02-25	Si ✓	
15	Abril	2025	Enf.	Si	P. Lopez
15	Julio	2025	Medico		
30	Julio	2025	Enfer	Si ✓	Milena C
15	Octu	2025	Medico	Si ✓	David Rojas
15	Abril	2026	Enfermera		

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
08/01/25	6.9	58	40	14	20.5	15/02/2025	
25/02/25	8	67	42	16	17.8	15/04/2025	
30-7-2025	10	74	46	16	18.3	15-10-2025	Milena C-
18/10/2025	10.8	77	47	15.5	18.2	15/04/2026	David Rolón

11
R/V

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								

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							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1. entrega			
2. entrega			
3. entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1° entrega						
2° entrega						
3° entrega						
4° entrega						
5° entrega						

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL -AGUDEZA VISUAL

3 años						
4 años						
5 años						

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus inflenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, Fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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

0 meses

2 meses

4 meses

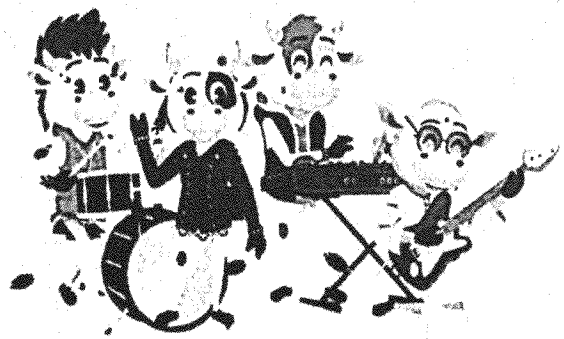
6 meses

7 meses

12 meses

18 meses

5 años



Ministerio de Salud y protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Harian José

Nombre y Apellidos: Sautra Gaz Castillo

Fecha de nacimiento: 15-OCT-24.

N° de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1.122.349.502

Sexo: Masculino.

Grupo sanguíneo: O+.

Peso al nacer: 3820gs / talla: 49cm

Dirección: V/ Sabalo

Teléfono 1: 3155964073

Teléfono 2:

Responsable: Maria Gisell Castillo Doran

Municipio de residencia: San miguel.

Departamento: Putumayo

CC: 1006.789.744.

Busca ya las vacunas
¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos:

Tipo identificación:

No. ID:

Edad	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
Recien nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Unica	15	oct	24	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
	Hepatitis B	Recien nacido	15	oct	24	Serum 1-1	0 3 2 3 Q 0 1 4 B	H. Local f.lo Asis				Aura Jurado
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.°	23	12	24	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°	23	12	24	Biological	2 3 2 7 0 0 3					
	Hepatitis B	1.°	23	12	24	Serum	2 3 5 3 2 0 1 0	E.S.E H.F.D				Kerly Jimenez
	Difteria, tosferina y tetano (DPT)	1.°	23	12	24	Serum	2 3 5 3 2 0 1 0					
	Diarrea por rotavirus	1.°	23	12	24	Serum	2 3 5 0 2 0 1 0					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	23	12	24	GSK	Q P 0 L 0 0 4 1 A 6					
						Pfizer	G X 1 9 1 2					
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.°	03	02	25	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	03	02	25	Biologicals	2 3 9 3 0 0 6					
	Hepatitis B	2.°	03	02	25	Serum	2 8 5 3 X 0 2 0 C	E.S.E H.F.D	CITA: 23-Feb-25			Isabel Arias
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°	03	02	25	Serum	2 8 5 3 X 0 2 0 C					
	Diarrea por rotavirus	2.°	03	02	25	GSK	A P 5 0 L 0 3 9 C					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	03	02	25	Pfizer	H J 5 2 7 7					
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.°	21	04	25	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.°	21	04	25	Biological	2 3 0 6 0 0 1		cita: 03/ Mayo 2025			Eduar 10
	Hepatitis B	3.°	21	04	25	Serum	2 8 3 3 X 0 2 0 C	ESE HFD				Jeniffer.C
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°	21	04	25	Serum	2 8 3 3 X 0 2 0 C					Isabel
	Influenza estacional	1.°	27	06	25	Sequius	P 1 0 0 3 9 3 9 A	HFD				
7 meses	Influenza estacional	2.°	08	08	25	Sequius	P 1 0 0 3 9 3 9 A	HFD	cita 18- octubre 2025			Isabel
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	22	oct	25	Serum	0 1 3 7 2 1 9 C B					Arias
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	22	oct	25	Pfizer	L E 0 0 7 5					
	Varicela	2.°	22	oct	25	Merck	L 0 0 2 9 2 3 7					
	Hepatitis A	Unica	22	oct	25	Msd	9 0 0 2 0 3 1					
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	1.° Refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.° Refuerzo										
	Fiebre amarilla	Unica	08	08	25	Biocine	9 3 0 0 8	HFD	cita: 15- ABRIL 2026			Isabel
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	2. °Refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2. °Refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°										
	Varicela	Refuerzo										
Niños a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
Vacunas complementarias y otras dosis												

busca en todas las vacunas ¡es gratis hasta de covid!

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
R/V

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

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 13 MES 05 AÑO 2025 HORA: 03:00 PM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Harian Jose APELLIDOS Santacruz Castillo.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122344502

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 15 MES: 10 AÑO: 2024 / EDAD: 07 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. 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)
Temor a la reacción y no lo creo necesario.

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Primera dosis [ ] Segunda dosis [ ] 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.

INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES

La vacuna tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 días postparto, siempre que los posibles beneficios superen los posibles riesgos con base en la evaluación clínica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante, lo cual deberá presentar al momento de la vacunación certificación que acredite tal evaluación.

La vacuna que se le está administrando es eficaz para evitar complicaciones severas y muerte en la gestante y el feto por SARS CoV-2 COVID-19

A la fecha no hay pruebas que la vacuna cause efectos adversos importantes para la mujer embarazada, el feto o la placenta, además de los ya observados para la población general

A nivel poblacional son muchos mayores los beneficios de administrar el biológico, sobre los riesgos de llegar a padecer COVID-19 durante la gestación, por el impacto que sobre la salud materna y perinatal produce la infección por SARS-Co-2 y ante el alto riesgo de complicaciones severas, ingreso a UCI, y morbilidad y mortabilidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.

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.

Soy mujer con más de 12 semanas de gestación o durante los 40 días postparto: SI ☐ NO ☐ y en caso afirmativo aporto certificación del médico tratante que acredita evaluación clínica para que obre adjunto a este consentimiento, requisito indispensable para recibir la vacuna.

En consecuencia, decido **ACEPTAR:** ☐ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** ☒ que se me aplique la vacuna

Firma de la persona: Maira Castillo.

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

Nombres Maira Gisell Apellidos Castillo Dorado.

Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1006784744

Firma: Maira Castillo.

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

_____ identificado(a) con C.C ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ número _____

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Edward IB

Firma Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1044684371

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HLD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel

Nota 1: Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar junto con uno de sus padres o su representante legal
Nota 2: Para los menores de 12 años deben firmar sus padres o su representante legal

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.789.744**
CASTILLO DORADO

APELLIDOS
MAIRA GISELL

NOMBRES
Maira Castillo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-MAY-2003**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

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

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401800-01245197-F-1006789744-20210715 **0074**55724A 1 56516104

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 846.002.309-8

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraiso 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:
HARIAN JOSE SANTACRUZ CASTILLO

Doc. de Identidad: 1122344502
EPS: EMSSANAR

Teléfono: 3155984093
Domicilio: V/SABALO

		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						X							
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor						18-10-2025	18-04-2026						
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

Tania Villacorta
ODONTÓLOGA
Reg.: 81 - 881

Dr. Danny Andrés
ODONTÓLOGO
Universidad Antonio Nariño
R.P. 86 - 1627

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Maira Castillo Identificado con C.C N° 1006789744 en calidad de: padre o madre (X), del niño X o niña: Harian José Santacruz o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mi nuevo mundo, 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 01 Días del mes de abril del Año 2025.

Maira Castillo

Madre o Acudiente
C.C 1006789744

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 Harian José Santacruz Castillo, 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Maira Alejandra Castillo, quien suscribe el presente documento, 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	X	Audios	X	Videos		Otros datos personales	X

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

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

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

Los productos autorizados son originados por fundacion Alma de vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Educación inicial Campesina

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: Maira Castillo
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3155964093
Fecha: abril 01-2025.
Municipio: San Miguel

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Harian José Santacruz Castillo

Fecha de nacimiento 15 10 2024 **N° Documento de Identidad** 1122344502

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 02 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Gerson Canas Ocando

Fecha de registro cualitativo 03 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

El niño Harian José muestra un crecimiento físico, emocional, social y cognitivo acorde con su rango de edad, por lo que se concluye que se encuentra en un perfil de desarrollo "esperado"

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Gerson Canas Ocando

Fecha de registro cualitativo 04 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

Hariam muestra buen control postural, se sienta con apoyo, y gatea o se desplaza con intención. Explora objetos con curiosidad y responde a estímulos. Reconoce rostros familiares, expresa emociones, balbucea y responde a su nombre, evidenciando un desarrollo integral acorde con su edad.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

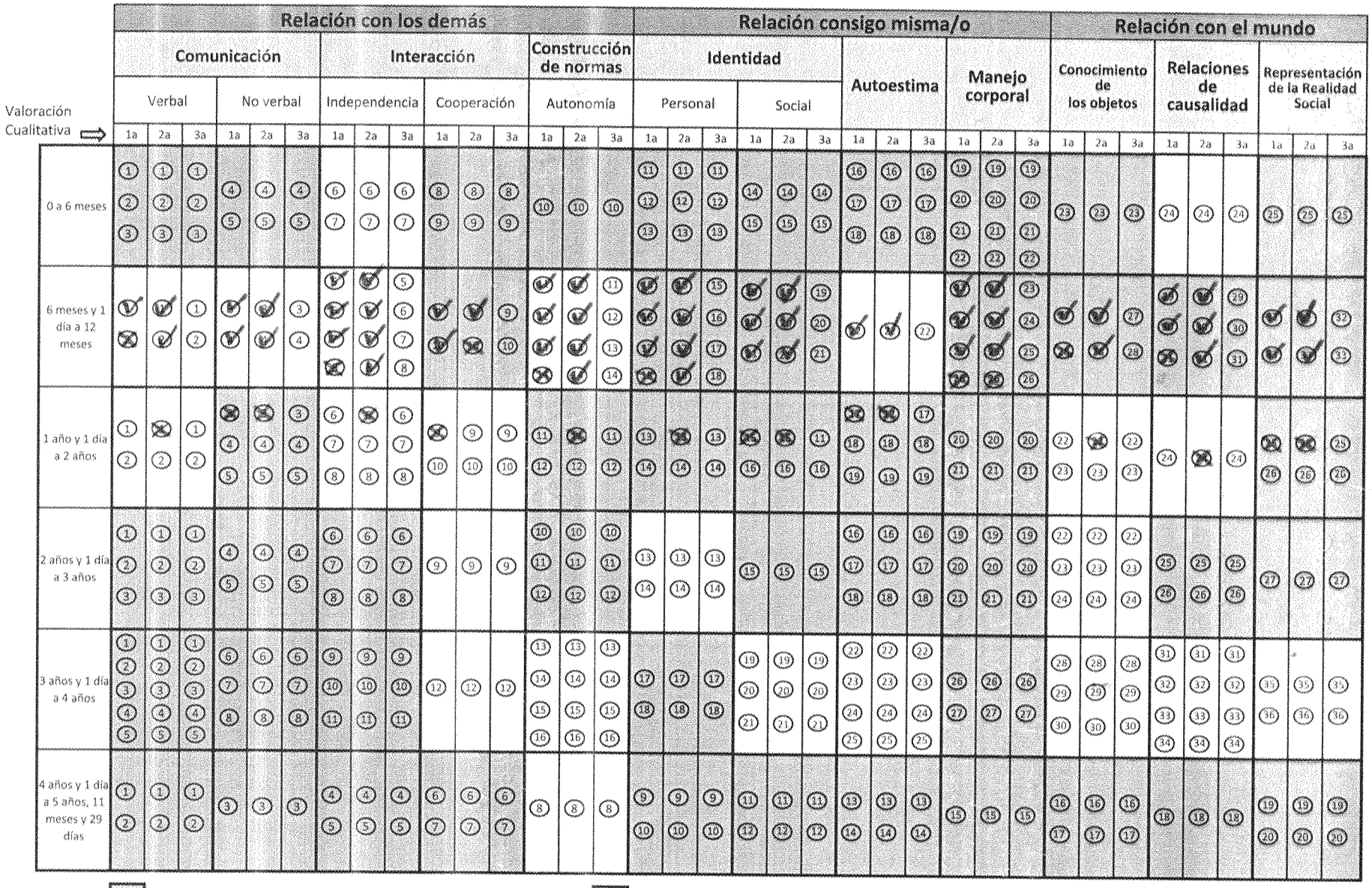
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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


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

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Gerson Canas Ocando NOMBRE UCA: Mi nuevo Mundo

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Harian José Santacruz C. IDENTIFICACIO: 1122344502 FECHA DE NACIMIENTO: 15-10-2024

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					
07-10 2025	X		9		La señora Maira Castillo envía un mensaje solicitando permiso porque no puede asistir al encuentro porque esta operada y no puede moverse mucho.	Maira Castillo	Gerson Canas O.	-a las 09 pm se realizo visita en la casa de la señora, se constata que Harian se encuentra bien y la señora Maira se recupera muy bien de una cirugia.	-se explica a la señora que se realiza la novedad y se está en comunicacion con ella. La señora Maira realiza firma de la novedad y se le da cierre.	- Asistir al proximo encuentro ya que para la fecha del 21 de octubre ya ha terminado la incapacidad que le ordeñó el medico.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

NOMBRE DE LA MAESTRA (O):_____ NOMBRE UCA: _____

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: _____ IDENTIFICACIO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

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