Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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
	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 25/03 /2025

FECHA SOLICITUD CUPO: 27-03-2025 **FECHA INGRESO:** 1-04-2025

UDS: Los Consentidos **MUNICIPIO:** San miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Danna Anisbeth Bentancur Rojas

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO ___ **NUIP No.** 1122344334

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A
N/A

FECHA NACIMIENTO: 30-10-2023 **EDAD:** 1.A **MUNICIPIO:** Mocoa

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

DE RESIDENCIA: V/San Antonio del Cambuj **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: Emssanar **SUBSIDIADO:** X ___ **CONTRIBUTIVO:**

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: ___ NO: X **DIAGNOSTICO:** X N/A

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: X N/A

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

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

TIENE SISBEN: SI: X NO: ___ PUNTAJE: A4 **DESPLAZADO:** SI: X ___ NO:

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

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Wilson Ramiro Bentancur Ortega

No. IDENTIFICACION: 1122339304 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/S. Antonio

CELULAR: 3169455043 **E.P.S:** mallamas

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria **PROFESIÓN:** N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yardiel Stefany Rojas Gaviria

No. IDENTIFICACION: 1124863883 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/S. Antonio

CELULAR: 3169453043 **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: Yardiel Stefany Rojas Gaviria

NUMERO IDENTIFICACION: 1124863883 **CELULAR:** 3169453043

DIRECCION: V/San Antonio **PARENTESCO:** madre

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE
Yardiel Rojas

FIRMA AGENTE EDUCATIVO
FABIANA MEJIA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.334

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63700324

63700324

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** X 6 Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BETANCUR	ROJAS

Nombre(s)
DANNA ARISBETH

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2028 Mes OCT Día 30	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	231063108718514

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

Apellidos y nombres completos
ROJAS GAVIRIA YARDIEL STEFANY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.124.863.883	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos
BETANCUR ORTEGA WILSON RAMIRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.339.307	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
ROJAS GAVIRIA YARDIEL STEFANY

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.124.863.883	Yardiel Rojas

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 2023 Mes NOV Día 17	ROY WILSON CALLE GUTIERREZ - REGIST Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

17.NOV.2023 - LIBRO DE VARIOS No. 71

Adhesivo Copia Registro Civil 35415957-4

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

San Miguel (La Dorada) - Putumayo, 17 de noviembre de 2023
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES.

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 08/09/2025

Ficha: 86001013552200000360

A4

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DANNA ARISBETH

Apellidos: BETANCUR ROJAS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344334

Municipio: Mocoa

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 30/10/2024

Última actualización ciudadano: 30/10/2024

Última actualización vía registros administrativos:

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

A1→A5	B1→B7	C1→C18	D1→D21
Pobreza extrema	Pobreza moderada	Vulnerabilidad	Ni pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: NIXON ESNEIDER LASSO

Dirección: Calle 7 No 6 - 42 Barrio Centro

Teléfono: 4204676 - 4295974 - 3102263549

Correo Electrónico: sisben@mocoa-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	1122344334
NOMBRES	DANNA ARISBETH
APELLIDOS	BETANCUR ROJAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	MOCOA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	30/10/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/08/2025 15:39:23	**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 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



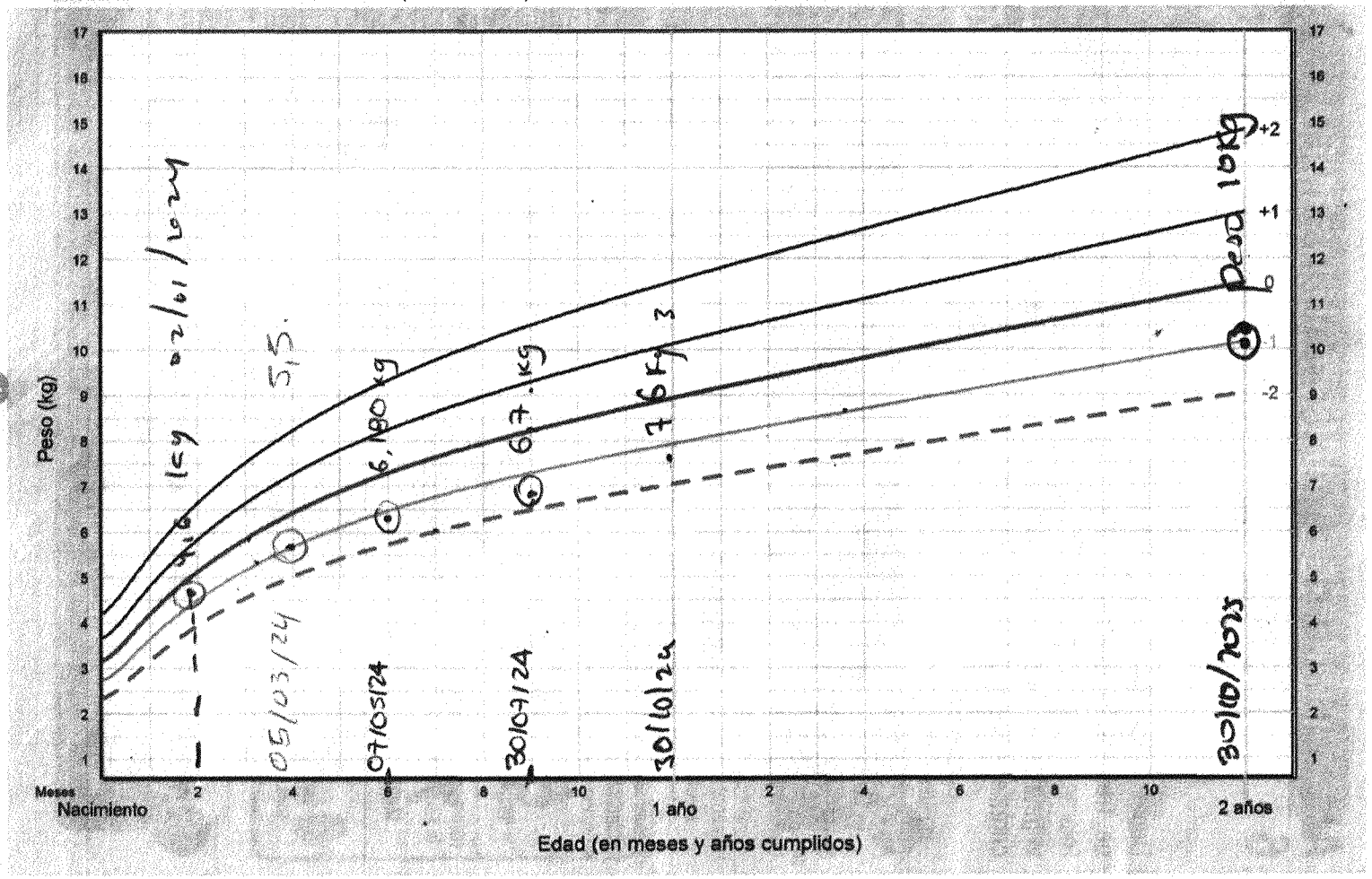
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

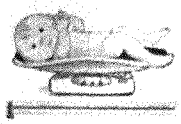
MIS DATOS

Nombres: Danna Arisbeth.	Apellidos: Estefanes Rojas.
Fecha de nacimiento: 30 (DÍA) . 10 (MES) . 2023 (AÑO)	Historia Clínica: 1122344334.
Barrio/Vereda: San Antonio del Cauca	Responsable del niño: Yaridi Estefany Roja
Teléfono:	EPS: EMSSANAR.

Peso para la Edad Niñas

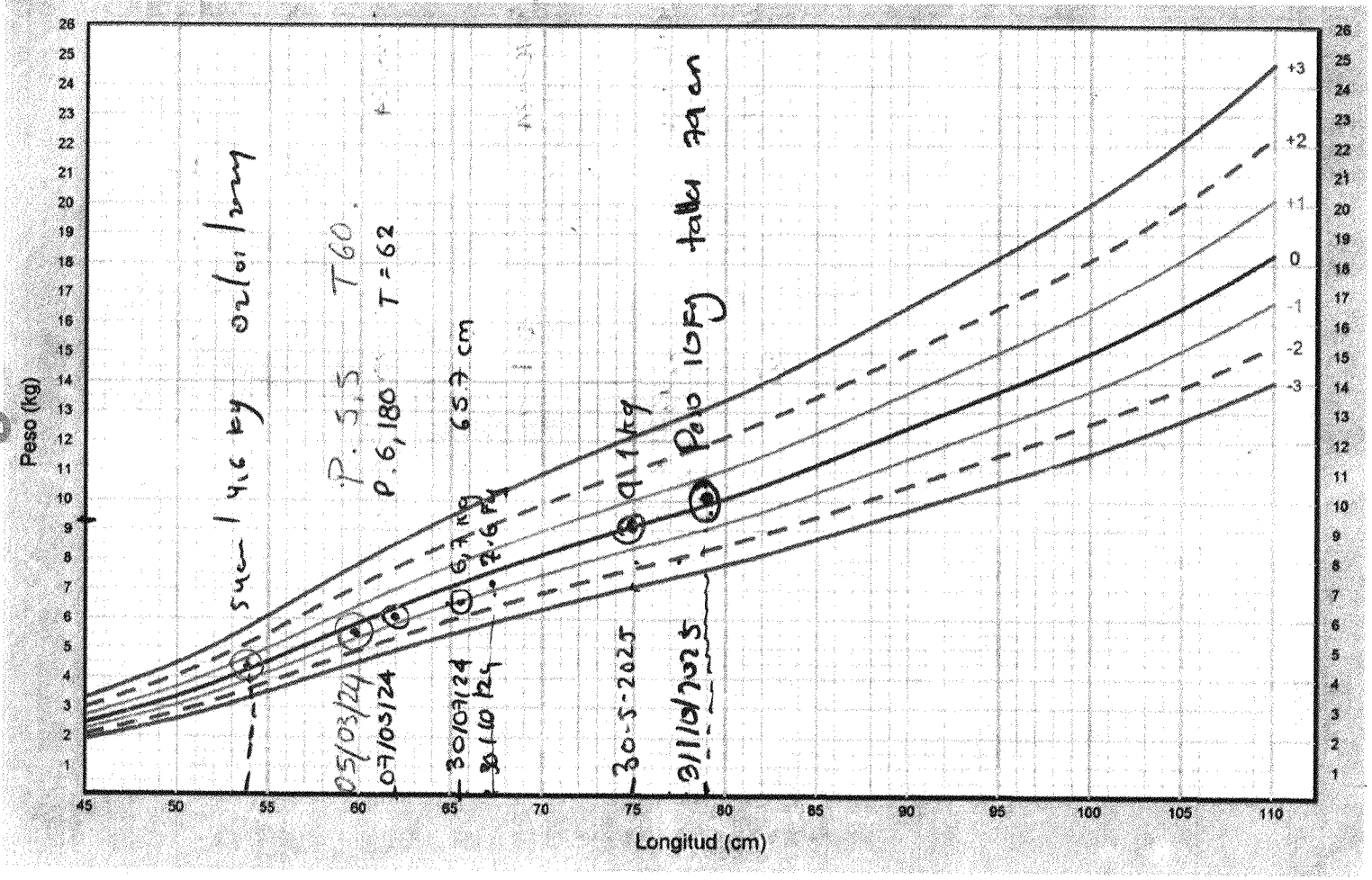
Puntuación Z (0 a 2 años)

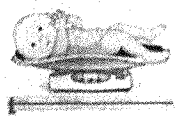




Peso para la Talla Niñas

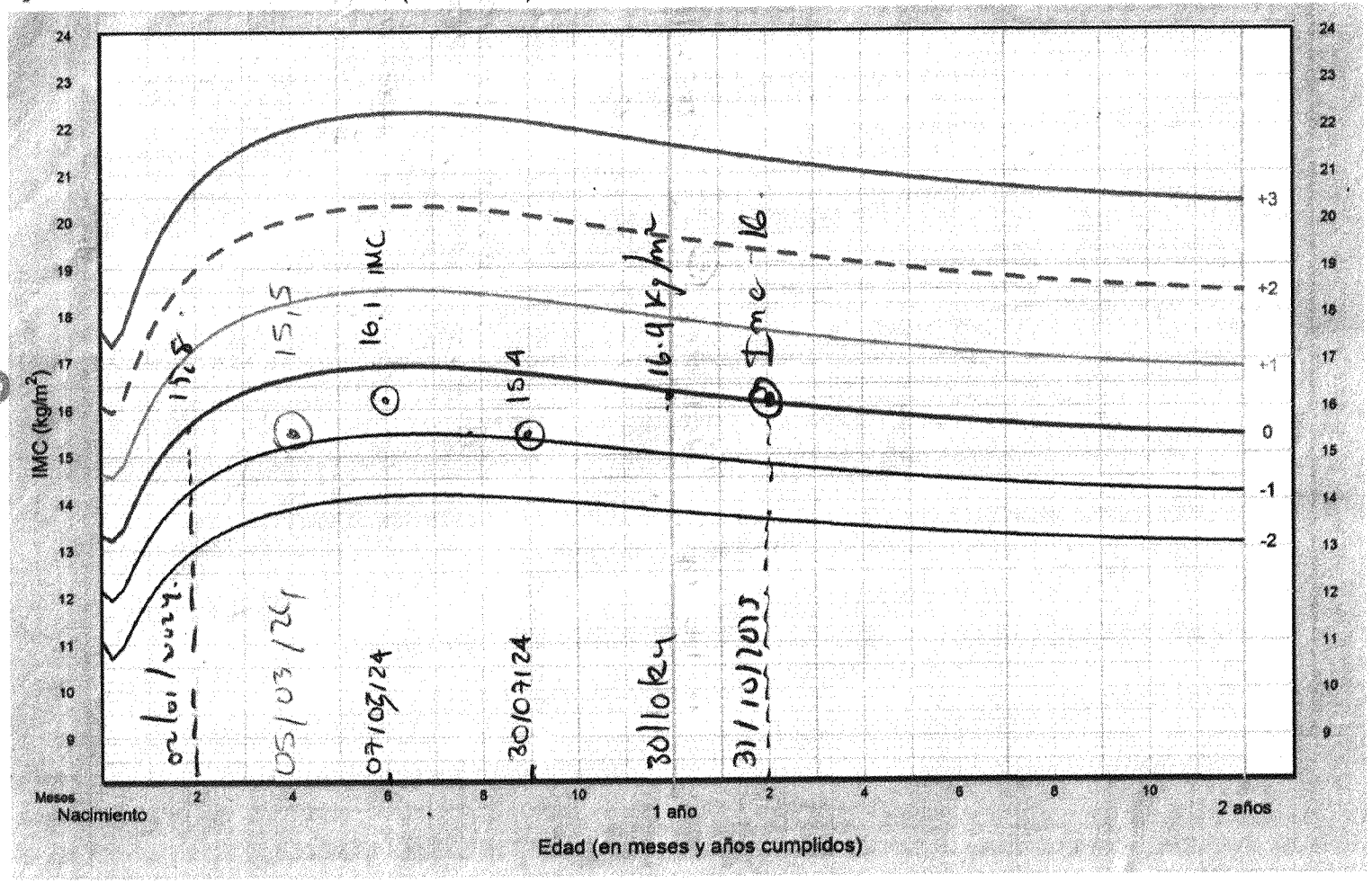
Puntuación Z (0 a 2 años)





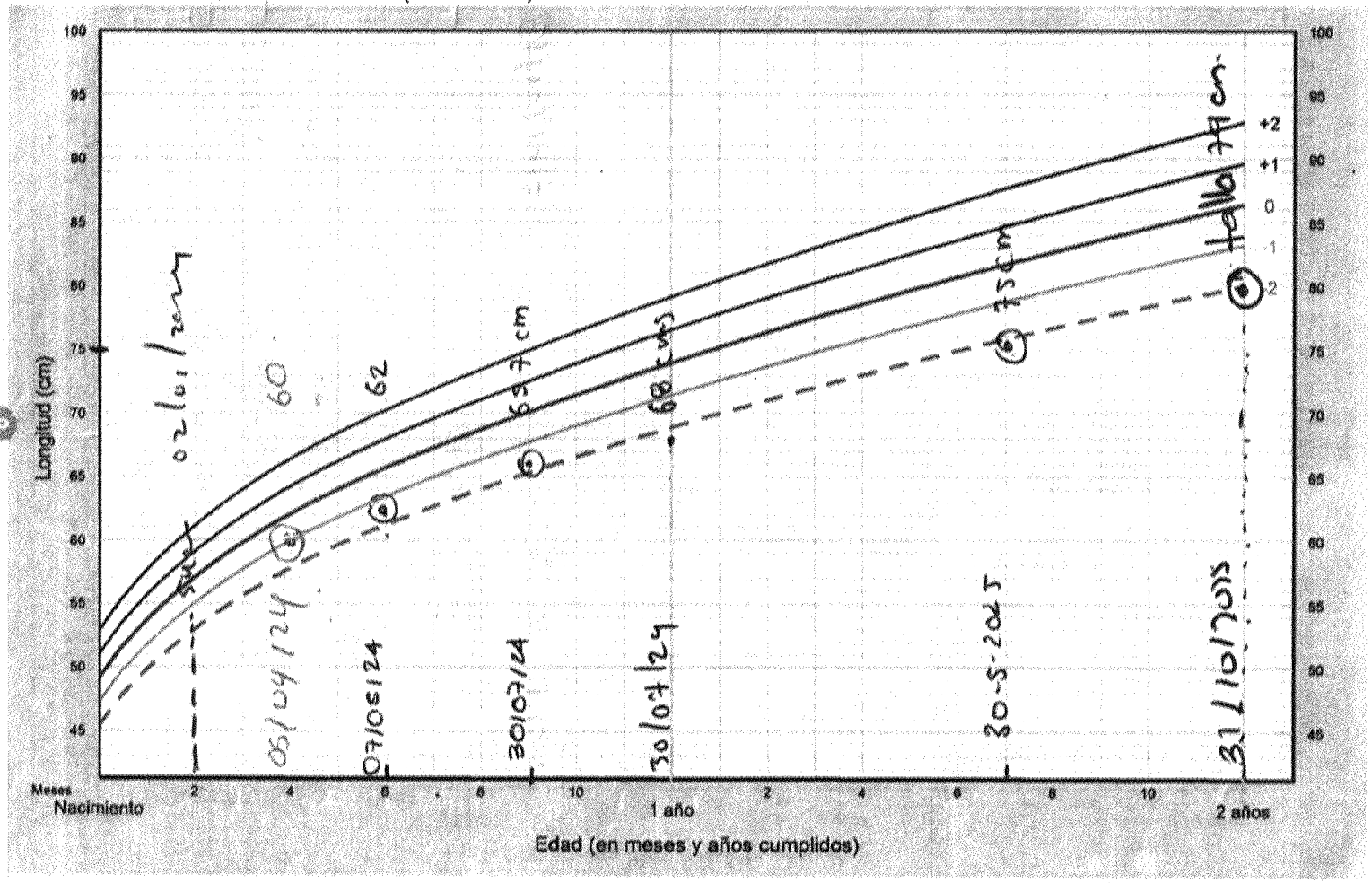
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Talla para la Edad Niñas

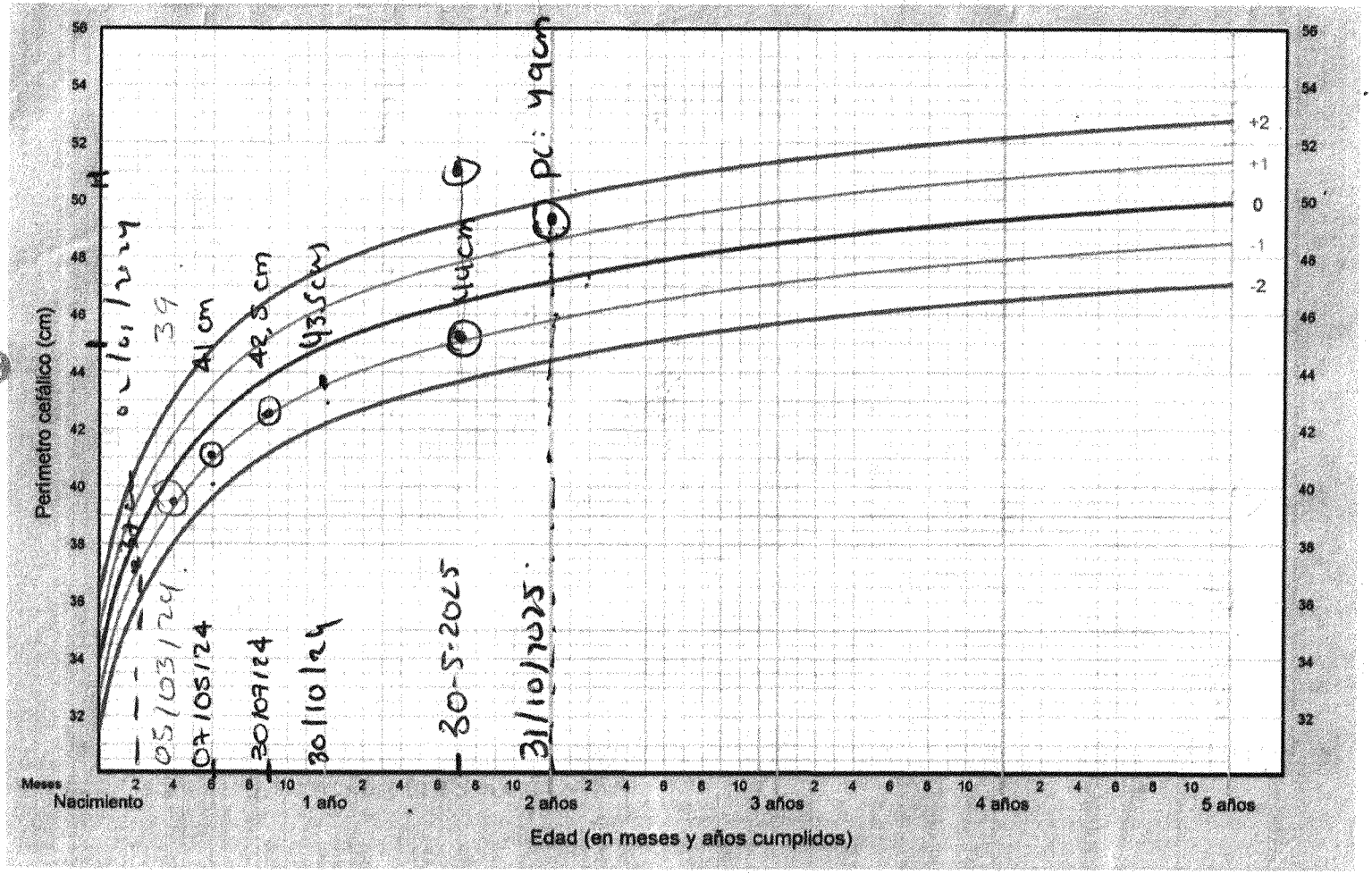
Puntuación Z (0 a 2 años)





Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO SI	ASISTIO NO
02	01	2024	Med	✓	
01	03	2024	Med	✓ Si	Dra. Magaly Cabrera Médico General RM 67027389 Barranquilla
30	Abril	2024	~~Enf~~	✓	Rubieh
30	Julio	2024	Enf	✓	Rubieh
30	Oct.	2024.	Med	✓	
30	May	2025	Enf	✓	
30	Oct	2025	Med	✓	Dra. Eisbeth Yasmara Montiel Ortiz Médico Cirujano Universidad del Norte Médico General TP 1088328549

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
02/01/24.	4,6	54	37.	13.	15,8	01/03/24.	Dra. Magaly Cabrera Médico General R.M. 67027189-Univalle
05/03/24	5,5	60	39	13	15,5	30/04/24	
07/05/24.	6.18	62	41	12	16.1	30/07/24	
30/07/24	6.720	65.7	42.5	13	15.4	30/10/24	
30/05/2025	9.1	75	44		16.8	30-10-2025	Dra. Lineth Xiomara Morales Cetina Universidad Tecnológica de Tuxtla Médico General TP 1088328544
30/10/2025	16.2	79	49	19	16	30-04-2026	

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

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



Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención

Subdirección de Enfermedades Transmisibles

Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles

Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

www.**minsalud**.gov.co @MinSaludCol

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

	D	M	A	D	M	A
1.ª entrega						
2.ª entrega						
3.ª entrega						
4.ª entrega						
5.ª entrega						

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

	D	M	A	SI*	NO*
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO			D	M	A
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	D	M	A

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

Edad	Fecha Día	Fecha Mes	Fecha Año	Valoración Nutricional Peso	Valoración Nutricional Talla	Puntuación Z	Atención en salud por
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

	D	M	A
1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

14
R/U

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

ESE HOSPITAL LUIS H PROGRAMA PAI MOCOA





Carné de Vacunación





Nombres y Apellidos: Danna Axisbeth Betancur Rojas

Tipo de Documento: RC [X] TI [ ] OTRO [ ] — No. de Documento: 1122344334

Fecha de Nacimiento: 30 DÍA / Oct MES / 2023 AÑO

Sexo: Femenino Emb. 39sem.

Grupo sanguíneo: "O" positivo

Peso al nacer: 2.575 Talla: 44.5

Dirección: V/ San Antonio del Alto Comba

Teléfono 1: 3169453063

Teléfono 2:

Responsable: Yaridel Stefany Rojas Gaviria

Municipio de residencia: Los Andes

Departamento: Putumayo

CNV. 231063107185I4

Nombres y Apellidos: Danna Avisbeth Betancur Rojas — Tipo de Indentificación: RC — No. ID: 1122-344334

	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién Nacido						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐		ESE HOSPITAL J.M.H				
	Tuberculosis meníngea (BCG) 2SI.	Única	30	OCT	2023	Serum	03724MA052	PROGRAMA PAI				Marcela Marquez M.
	Hepatitis B M.I.	Recién nacido	30	OCT	2023	Serum	03224009A	MOCOA				Marcela Marquez M.
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	1ª	02	01	24	Biologicos	22330005					
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	02	01	24		2851Y033D		Cita: 02 Mayo 2024			Paula Cardenas.
Pentavalente	Hepatitis B	1ª	02	01	24		1111111111					
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	02	01	24	Serum						
Pentavalente	Diarrea por rotavirus	1ª	02	01	24	GSK	AR0LD93AC	HFLD.				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	02	01	24	Pfizer	FN99L5					
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	2ª	15	03	24	Biologicals.	22330GS					
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	15	03	24	Serum	2852400 9F					Kelly Jimenez
Pentavalente	Hepatitis B	2ª	15	03	24	Serum	2852400 9F					
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	15	03	24	Serum	2852400 9F					
Pentavalente	Diarrea por rotavirus	2ª	15	03	24	GSK.	AR01D750AA	AFLD.				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	15	03	24	Pfizer	FN9925					
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐			Cita: 15-Mayo 2024.			
	Poliomielitis (VIP)	3ª	15	Mayo	2024	Bithoven	22330054					
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	15	Mayo	2024	Serum	2852X014B					Ana Vargas Gomez
Pentavalente	Hepatitis B	3ª	15	Mayo	2024	Serum	2852X014B					
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	15	Mayo	2024	Serum	2852X014B					
	Influenza estacional	1ª	15	Mayo	2024	Butantan	24U0097a					
7 meses	Influenza estacional	2ª	18	Junio	2024	Butantan	24U0097a	/00 HFLD				Isabel. A.
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	30	Oct	2024	Serum	013 2NO7UA.	ESE HJMH				Yadyl Romero
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	30	Oct	2024	Prevenar	X027612	ESE HJMH	CITA 30-OCT 2024			Yadyl Romero
	Varicela	1ª	30	Oct	2024	Merck	X027613	ESE HJMH Maco				Yadyl Romero
	Hepatitis A	Única	30	Oct	2024	Sinovac	2022070445.	ESE HJMH Maco				Yadyl Romero
	*Influenza estacional	Anual	30	mayo	2025	Sciavo	P1007927794	ESE HJ.M.H.				Camila M.
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	30	mayo	2025	Bithoven	24 0 6007	ESE HJ.M.H.				Camila M.
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo	30	mayo	2025	Serum	2853X027A.	ESE HJ.M.H.				Camila M.
	**Fiebre Amarilla	Única	30	Oct	2024	Biomanguinhos	231VEC005Z	ESE HJMH				Yadyl Romero
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	30	mayo	2025	Serum	0733M120.	ESE HJ.M.H.				Camila M.
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo				Cita - al cumplir 5 años						
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª										
		2ª										
		3ª										
Sin rango de edad	Covid-19	1ª										
		2ª										
		1er Refuerzo										
		2do Refuerzo										
Vacunas complementarias y otras dosis												

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

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos

15
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 San miguel FECHA: DÍA 8 MES 8 AÑO 2025 HORA: 03:00 Pm

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Danna Alisbeth APELLIDOS Betancur Rojas

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122344334

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 8 MES: 10 AÑO: 2023 / EDAD: 1, años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel. 3169453043

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)

miedo a la reacción

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar 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: Yandel Rojas

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

Nombres Yandiel Stefany Apellidos Rojas Gaviria

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126863883

Firma: Yandel Rojas

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 _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N°

C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Jenifer Yulieth Cabezas Meneses

Firma Jenifer Cabezas Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446069

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFUD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel.

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.124.863.883

ROJAS GAVIRIA

APELLIDOS

YARDIEL STEFANY

NOMBRES

Yardiel Stefani Rojas

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-1996

MOCOA
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

13-NOV-2014 MOCOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

P-6400100-00978387-F-1124863883-20180213 0059492555A 2 9903111399

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.339.307
BETANCUR ORTEGA
APELLIDOS
WILSON RAMIRO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-NOV-1988

SAN MIGUEL (LA DORADA)
SAN MIGUEL(LA DORADA) (PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

12-NOV-2008 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6401800-00156475-M-1122339307-20090517 0011507358A 1 25625121

ODONTOLOGIA INTEGRAL

CERTIFICADO ODONTOLOGICO

NOMBRE: DANNA ARISBETH BETANCUR ROJAS

DOCUMENTO: RC 1122344334

EDAD: 1 AÑO 8 MESES

FECHA DE ASITENCIA 21/07/2025

FECHA DE NACIMIENTO: 30/10/2023

Yo STEPHANNY ORTEGA odontóloga egresada de la Universidad Cooperativa de Colombia campus Pasto con registro profesional 52-570 certifico que la paciente de 1 año y 8 meses, asiste a consulta odontológica en compañía de su madre YARDIEL ROJAS. Al examen clínico se observa 16 piezas dentales en boca totalmente sanas, encías color rosado, mordida escalón mesial derecho e izquierdo. Lengua aspecto saburral, leve apiñamiento en el sector anterior inferior. Se realiza índice de placa bacteriana, profilaxis, y aplicación de flúor.

Se da indicaciones de higiene oral a la madre.

ODONTOLOGIA INTEGRAL

Stephanny Ortega
ODONTÓLOGA
Reg. 52 - 570

Stephanny Ortega

Odontóloga UCC

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Yardiel Stefani Rojas G Identificado con C.C N° 1.124.863.883 en calidad de: padre o madre (Madre), del niño o niña: Danna Annsbeth betancur R o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: los Consentidos, me comprometo a cumplir con los siguientes lineamientos:

1. Llevar personalmente o enviar con un adulto responsable debidamente autorizado, al niño o niña al encuentro en el horario establecido.
2. En caso de inasistencia, se debe diligenciar una excusa por una justa causa, dirigida a la maestra responsable de la unidad con anticipación.
3. En caso de que el usuario tenga cita o control médico, informar con anticipación a la maestra responsable para su registro.
4. Cuando el usuario vaya a llegar tarde al encuentro por una justa causa informar oportunamente a la maestra.
5. Participar y colaborar en todas las actividades programadas por la unidad comunitaria de atención, y el servicio ofrecido por el ICBF y la Fundación Alma de vida, pues estas son con el objetivo de mejorar la atención del niño o niña y sus familias.
6. Cuando tenga alguna queja, reclamo o sugerencia, seguir el CONDUCTO REGULAR: Maestra, Psicosocial o Auxiliar de enfermería, coordinador, Fundación e ICBF, teniendo en cuenta:
   - ✓ Hacerlo en el momento en el que ocurra el motivo o causa de la queja, reclamo o sugerencia.
   - ✓ Hacerlo con respeto, buenos modales y fines constructivos, que contribuyan al mejoramiento del servicio que ofrece a unidad de atención.
   - ✓ Tratarlo sólo en unidad, con la persona que corresponda de acuerdo al Conducto Regular y nunca hacer comentarios dañinos en la calle.
   - ✓ También se puede hacer a través del Buzón de Sugerencias.
7. Revisar los complementos nutricionales en el momento de entrega por parte de la maestra y reportar inmediatamente si se presenta novedades.

Se firma en San Miguel, a los 02 Días del mes de Abril del Año 2025.

Yardiel Rojas
Madre o Acudiente
C.C 1.124.863.883

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 DANNA ARISBETH BETANCUR ROJAS, identificado (a) con documento de identidad número 1122344334 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, YARDIEL STEFANI ROJAS GAVIRIA, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1124863883, 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 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 Fundación 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 EIC

Suscriben:

Firma: Yardiel Rojas
Nombre: Yardiel Stefani Rojas.
Calidad - Titular: MADRE Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 316 945 3043
Fecha: 02- ABRIL 2025
Municipio: SAN MIGUEL

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): FABIAN MEJIA NOMBRE UCA: Los Consentidos

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Dana Anisbeth Betancur R IDENTIFICACIO: 1122344334 FECHA DE NACIMIENTO: 30-10-2023

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					
13-05-2025	X			02:00 pm	se le manifiesto a la madre que debe hacerle Poner la Vacuna de la influenza ya que el biologico se encuentra disponible, tambien se le informa que esta vencido y el control y desarrollo, tambien esta vencido higiene oral	Yarichel Rojas	FABIAN MEJIA	Se sensibiliza a la madre Para que lleve a la usuaria hacer aplicar la vacuna.	La madre manifiesta haber llevado a la niña hacer Poner la Vacuna e higiene oral y hace entrego de documentos que soportan que si se le realizo los controles. 22.06.2025 se cierra novedad.	La madre se compromete a acudir al hospital a hacer Poner la vacuna a la niña, tambien a sacar las citas y hacer le hacer los controles

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

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

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

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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San miguel La Dorada

Nombre completo de la niña o niño Danna Arisbeth Betancur Rojas.

Fecha de nacimiento 30 10 2023 **N° Documento de Identidad** 1.122 344 334

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador FABIAN ORLANDO MEJIA

Fecha de registro cualitativo 03 04 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

Danna Arisbeth Betancur es una niña que participa de juegos elementales con los demas compañeros, sigue con la mirada cuando una persona señala algo con el dedo y reacciona a los estados de animo y sentimientos de los demas

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador FABIAN ORLANDO MEJIA

Fecha de registro cualitativo 07 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

Danna Arisbeth Betancur es una niña que le gusta compartir con los demas compañeros, es cariñosa, jugetona, tambien le gusta pintar con vinilos y crayolas. le encanta estar en compañia de sus Padres.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

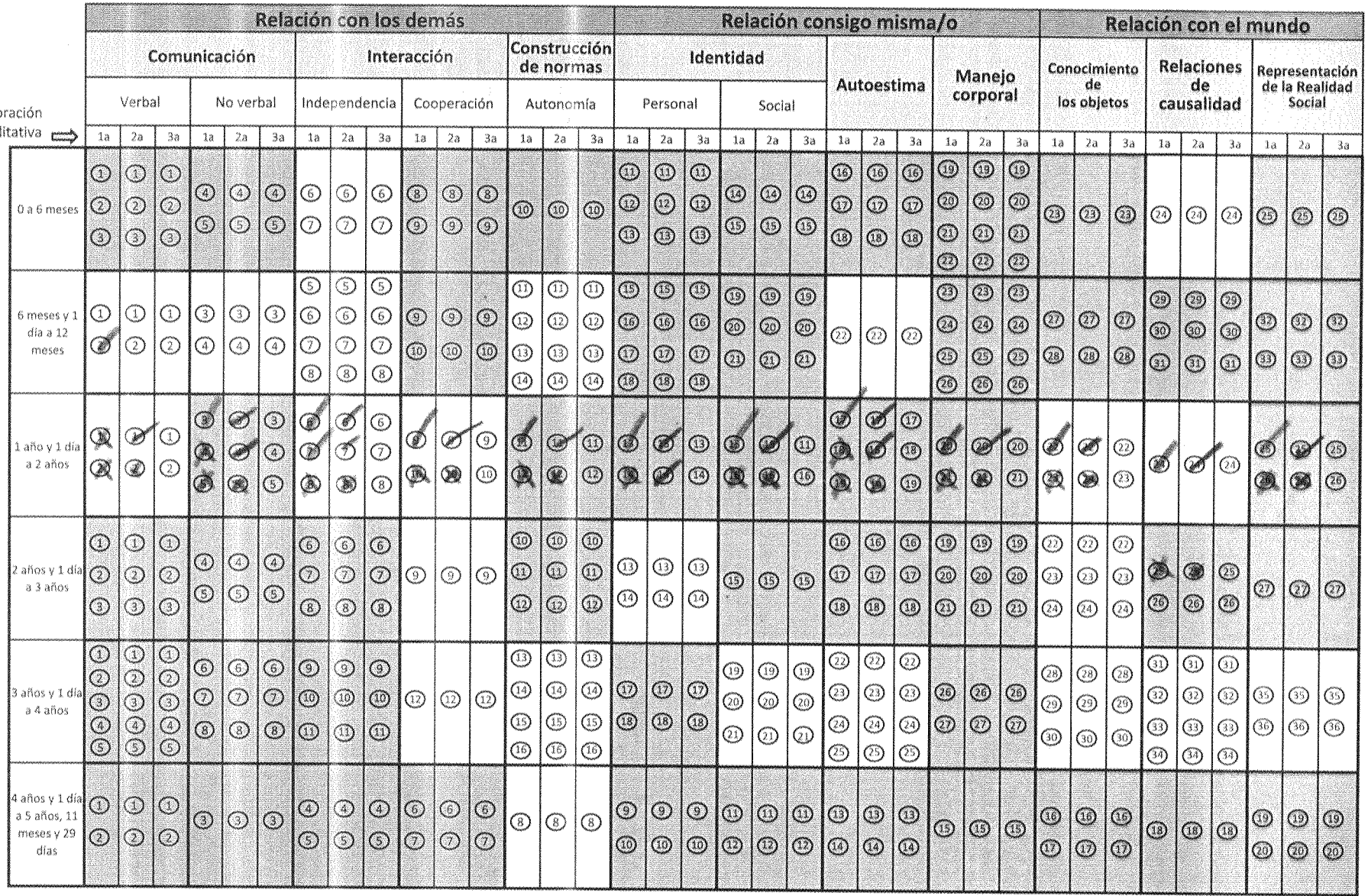
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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)***



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL