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: 26-03-2025 **FECHA INGRESO:** 1-04-2025

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE: Dilan Yadiel Burbano Jamioy

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO ___ **NUIP No.** 1.126961791

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

N/A

FECHA NACIMIENTO: 13-08-2023 **EDAD:** 1A **MUNICIPIO:** San miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** Colombia **DIRECCION DE RESIDENCIA:** Cabildo San fidel **ESTRATO:** ___ **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: ___ NO: X

¿CUAL?: X N/A **MOTIVO DEL RETIRO:** X N/A

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

EPS DEL PARTICIPANTE: mallamas **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: ___ NO: X PUNTAJE: ___ **DESPLAZADO:** SI: ___ X NO:

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

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: X NO: ___ CUAL: Inga

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Milton Alcairo Burbano molina

No. IDENTIFICACION: 1.089 295 057 **DIRECCION RESIDENCIA:** Cabildo San fidel

CELULAR: 302 74 79897 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Eidy Jamioy Jamioy

No. IDENTIFICACION: 1.122 542 429 **DIRECCION RESIDENCIA:** Cabildo San fidel

CELULAR: 302 746 9897 **E.P.S:** mallamas

OCUPACION U OFICIO: Ama de Casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Eidy Jamioy Jamioy

NUMERO IDENTIFICACION: 1.122 342 429 **CELULAR:** 302 746 9897

DIRECCION: Cabildo San fidel **PARENTESCO:** madre

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Eidy. Y. Jamioy

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

FABIAN MEJIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO

Número: N 34896444-8

NUIP 1.126.461.741

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco [X]

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

BURBANO JAMIOY DILAN YADIEL

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)										Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	3	Mes	A	G	O	Día	1 3	MASCULINO	B +

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

COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)

Fecha de Inscripción (Mes en letras)										Indicativo serial
Año	2	0	2	3	Mes	A	G	O	Día	2 3	0063698631

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

JAMIOY JAMIOY EIDY YURAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.342.429	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

BURBANO MOLINA MILTON ALBEIRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.089.295.037	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

BURBANO MOLINA MILTON ALBEIRO

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.089.295.037

Espacio para notas

VALIDO PARA ASUNTOS VALIDO

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA) | Código: Y 7 A

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año 2 0 2 3 Mes A G O Día 2 3

Nombre y firma del funcionario

MONICA YENY LOPEZ GOMEZ (E)

Registrador del Estado Civil

Libertad y Orden

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYOMUNICIPIO DE SAN MIGUEL
CABILDO INDIGENA SAN FIDEL KIMSAYAKO
RESOLUCION 0093 DEL 21 DE JUNIO DEL 2017

EL SUSCRITO GOBERNADOR DEL CABILDO INDIGENA SAN FIDEL KIMSAYAKO DEL PUEBLO INGA EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES CONSTITUCIOANALES Y EN ESPECIAL AS CONFERIDAS EN LA LEY 89 DE 1890 LEY 21 DE 1991

CONSTANCIA

hace constar que: Dilan Yadiel Borbano Jamioy Número de identificación 1126461741 expedida en Valle del Guamuez, indígena y se encuentra inscrito dentro del censo 2024 del cabildo San Fidel Kimsayako etnia (INGA)

Se expide a solicitud del (a) interesado(a) para trámites CORRESPONDEINTES.

Para constancia de lo anterior, se firma en el Cabildo indígena San Fidel Kimsayako a los 2 Días del mes de abril del 2025.

Miguel Angel Perenguez
MIGUEL ANGEL PERENGUEZ
C.C. N° 87513595 de Cumbal
Cel 316 9144035

Miguel Angel Perenguez
C.C 87 513 595 Cel: 316 914 4035
Gdor. Cabildo San Fidel
Pueblo Inga

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	1126461741
NOMBRES	DILAN YADIEL
APELLIDOS	BURBANO JAMIOY
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

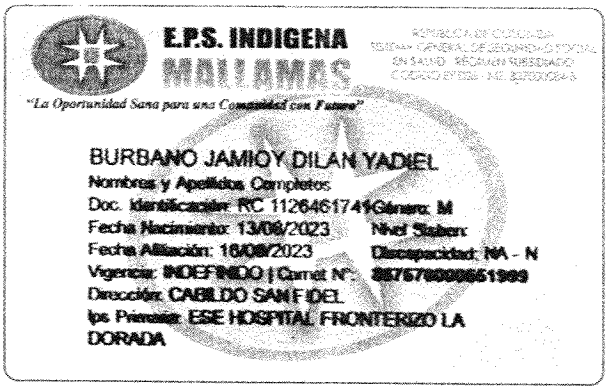
ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	18/08/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/07/2025 18:27:35	**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

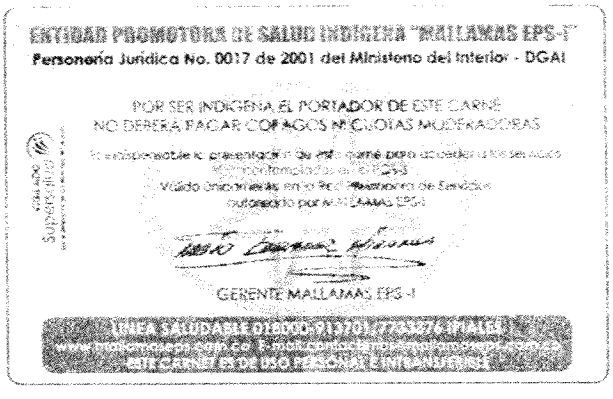
TCIOX



E.P.S. INDIGENA MALLAMAS

"La Oportunidad Sana para una Comunidad con Futuro"

BURBANO JAMIOY DILAN YADIEL
Nombres y Apellidos Completos
Doc. Identificación: RC 1126461741 Género: M
Fecha Nacimiento: 13/08/2023 Nivel Sisben:
Fecha Afiliación: 16/08/2023 Discapacidad: NA - N
Vigencia: INDEFINIDO | Carnet N°: 8675780000651999
Dirección: CABILDO SAN FIDEL
Ips Primaria: ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA



ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD INDIGENA "MALLAMAS EPS-I"
Personería Jurídica No. 0017 de 2001 del Ministerio del Interior - DGAI

POR SER INDIGENA EL PORTADOR DE ESTE CARNE
NO DEBERA PAGAR COPAGOS NI CUOTAS MODERADORAS

Vigilado Supersalud

GERENTE MALLAMAS EPS-I

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Dilan Yadiel

Apellidos: Burbano Jamioy

Fecha de nacimiento: 13 | Agosto | 2023

Historia Clínica:

Barrio/Vereda: Cabildo San Fidel

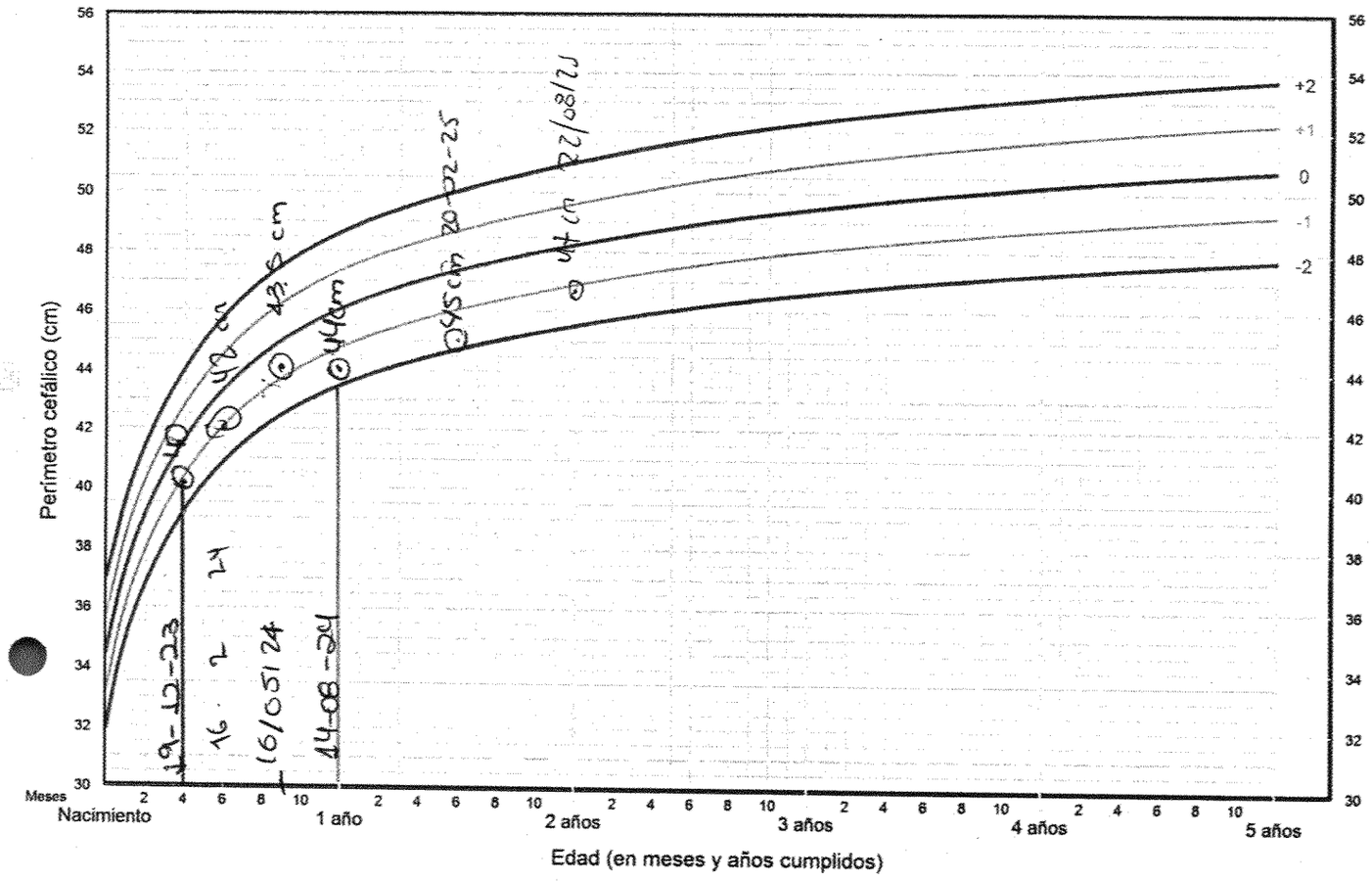
Responsable del niño:

Teléfono:

EPS: Mallamas

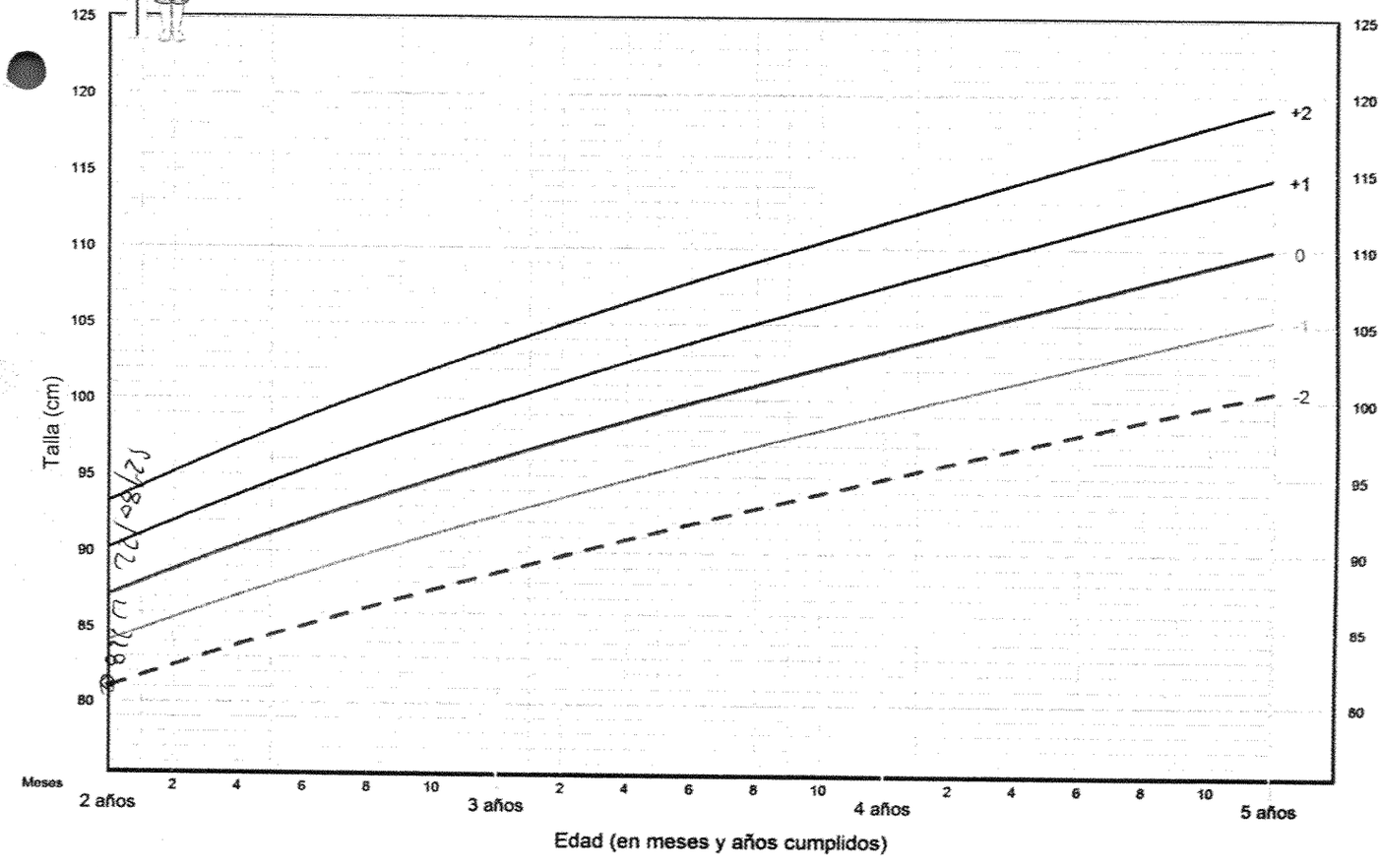
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



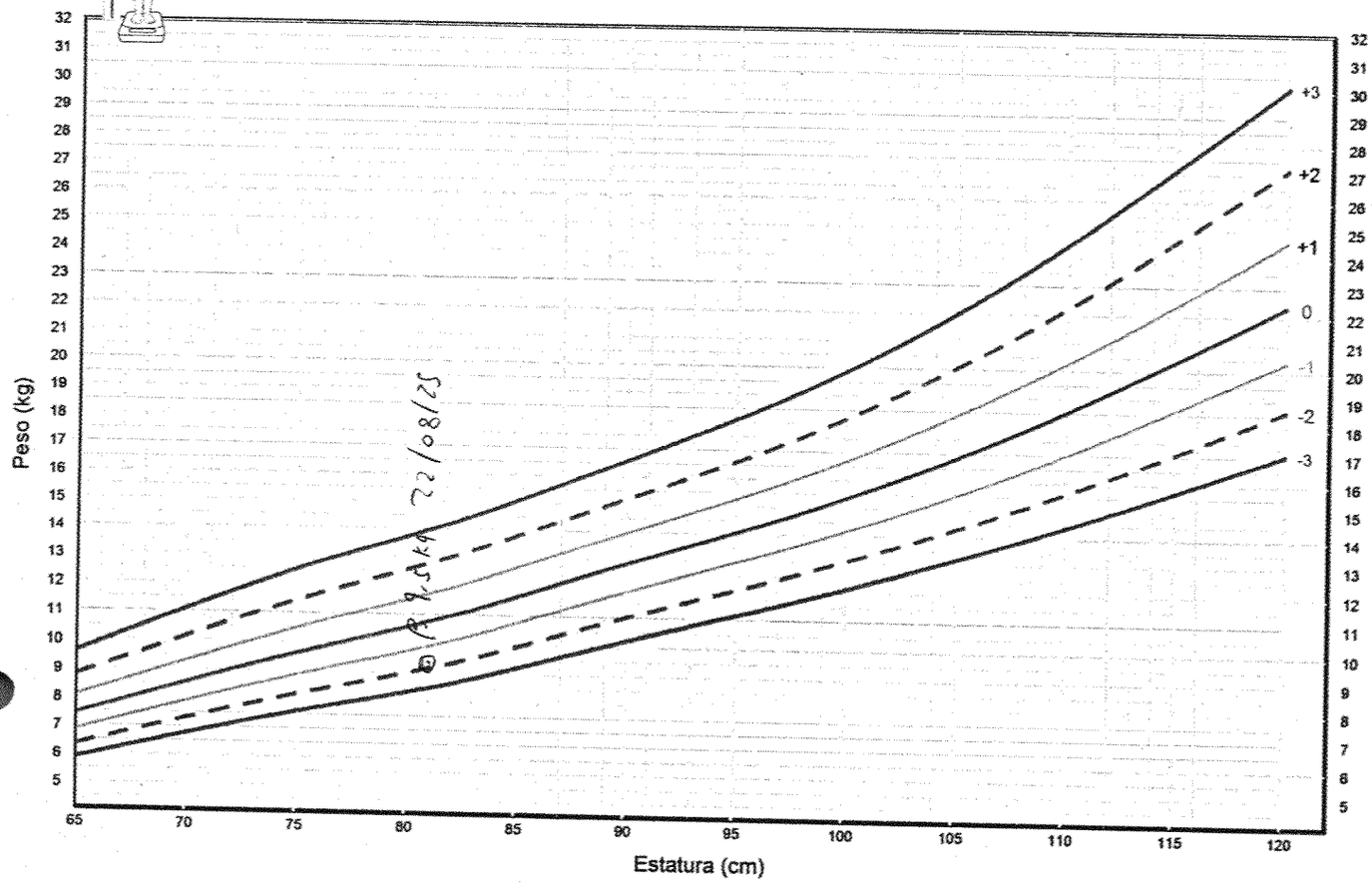
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



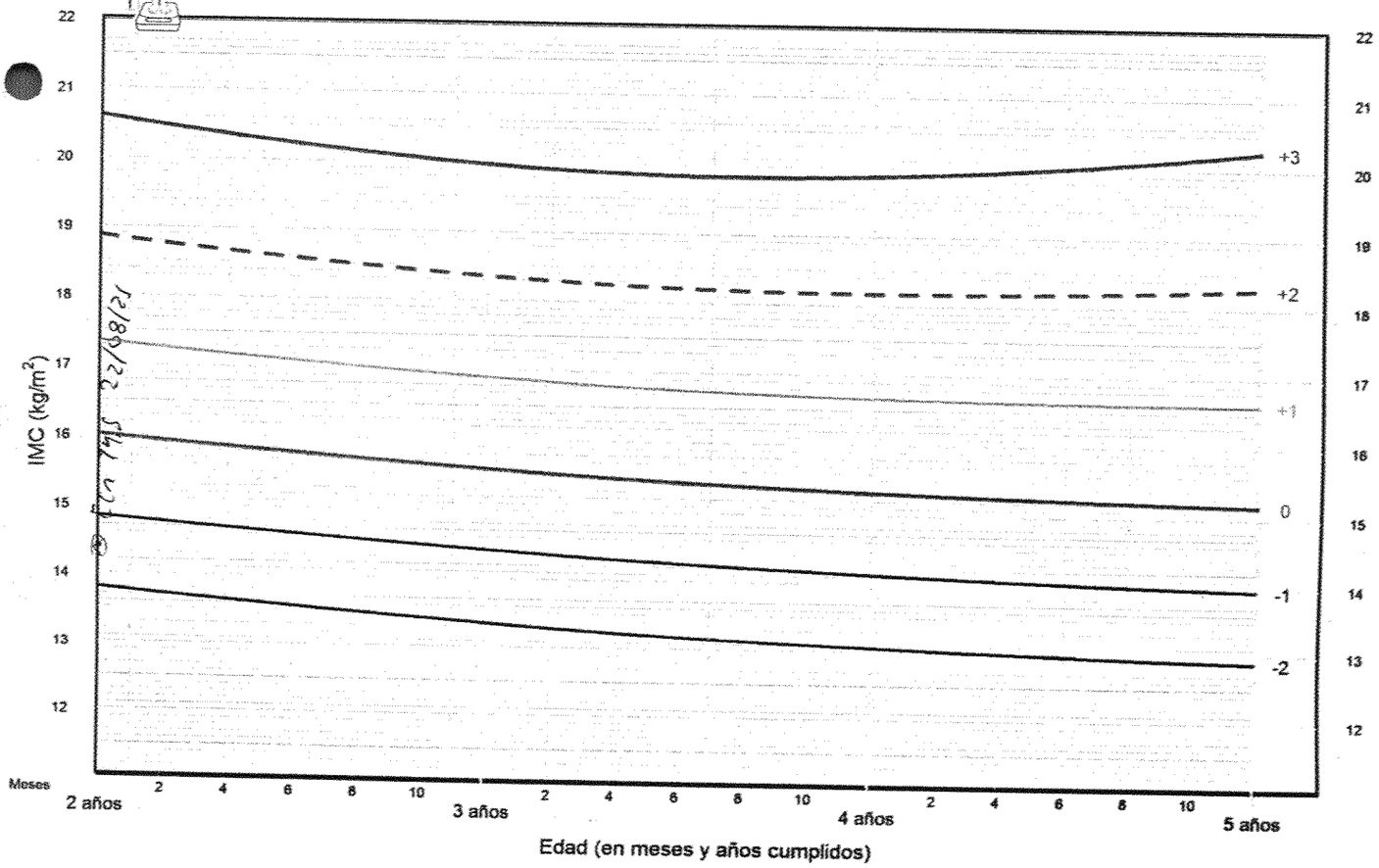
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
13	Febrero	2024	Enf.	Sí.	
13	Agosto	2024	Med.	Si	V
20	Febrero	2025	Enf	SI V Milena C-	
13	Agosto	2025	Medico	SI V David Nosiki	
13	Febrero	2026	E.n.f.		

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
19-12-23	7	66	40		16.1	13-02-24	
16. 2. 24	8.10	65	42	14	19.2	16. 5. 24	
16-05-24	8,5	70	43.5	14	17.3	13-8-24	
14-08-24	9.1	73	44	15	17.1	13-08-25	
20-02-2025	9.9	77	45	14	16.7	13-08-25	Milena C.
22/08/2	9.5	81	47	16	14.5	12/02/26	David Nosiki

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					
	Cardipopatía 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.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m			
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 influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria 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:



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

Nombre y Apellidos: Dilan Borbano

Fecha de nacimiento: 13-08-2023

Nº de certificado de nacido vivo: 230856106027 24

Registro civil: 1.126.461 741

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: B positivo

Peso al nacer: 2.600 Talla: 52 cm

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Eidi Jamioy

Municipio de residencia: Pojfomayo

Departamento: San Miguel

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
Recién nacido			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	13	08	23	Serum	037 1MA 093	HFLD			2	Karen A
	Hepatitis B	Recién nacido	13	08	23	Serum	032 300 1 37	HFLD			2	Karen A
2 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	18	10	23	Biologicals	923A001					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	18	10	23	Serum	285 1 4 0 3 3 C	HFLD	2	10		Jeniffer Cabezas
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	18	10	23	Serum	285 1 4 0 3 3 C					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	18	10	23	Serum	285 1 4 0 3 3 C		4	13	10	
	Diarrea por rotavirus	1.ª	18	10	23	GSK	ARG LDA 66 AB					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	18	10	23	Pfizer	FY9 925					
4 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	18	12	23	BLUG	223400 1		Cita 18-Diciembre 2023			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	14	12	23	Serum	285 1 4 0 3 3 C	HFLD				Jeniffer Cabezas
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	14	12	23	Serum	285 1 4 0 3 3 C					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	14	12	23	Serum	285 1 4 0 3 3 C					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	14	12	23	GSK	ARG LDA 66 AB					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	14	12	23	GSK	FC4C425					
6 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	19	02	24	Biological	223005		Cita 19-FEBRERO 2024			Jeniffer Cabezas
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	19	02	24	Serum	285 2 X 0 0 3 A	HFLD				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	19	02	24	Serum	285 2 X 0 0 3 A					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	19	02	24	Serum	285 2 X 0 0 3 A					
	Influenza estacional	1.ª	16	05	24	Butantan	240 9 7 9 / 00	HFLD				
7 meses	Influenza estacional	2.ª	21	06	24	Butantan	240 9 7 9 0 0	HFLD	CITA: 13-AGOSTO 2024			Jeniffer.
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	14	08	24	Serum	013 2N0 74 A					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	14	08	24	Pfizer	653 9 12					
	Varicela	2.ª	14	08	24	Merck	X01 9 14					Kerly Jimenez
	Hepatitis A	Única	14	08	24	HSO	202 2 0 1 0 05	HFLD				
	Influenza estacional	Anual	21	05	25	Segirus	P90 0 79 1 B 42					
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	20	02	25	Biological	232 8 0 0 6	HFLD				EDAR I
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	20	02	25	Serum	265 3 X 0 2 U B	HFLD	CITA: 19-Feb-25			EDAR I.
	Fiebre amarilla	Única	14	08	24	FIOCRUZ	231 V F C 0 0 5 Z	H.F.L.D				Kerly Jimenez
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	20	02	25	Serum	013 2N0 74 A	HFLD				EDAR I.
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª							CITA! 5 AÑOS CUMPLIDOS			
Vacunas complementarias y otras dosis												

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

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: 03:15 Pm

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Dilan Yadiel APELLIDOS Burbano Jamioy

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.126 961 741

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 13 MES: 08 AÑO: 2023 / EDAD: 1, años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas TEL. 302 796 9897

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 Vacuna

¿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: Gidy Jamioy

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

Nombres Gidy Yuioni Apellidos Jamioy Jamioy

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.122 342 429

Firma: Gidy Jamioy

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 Yuleth 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): UFU

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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.122.342.429**

JAMIOY JAMIOY

APELLIDOS

EIDY YURAN

NOMBRES

Eidy. Y Jamioy

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **16-MAY-1998**

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

1.50 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **F** SEXO

24-MAY-2016 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-6401800-00837347-F-1122342429-20160621 **0050**2040**3**5A 1 46164699

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.089.295.037**
BURBANO MOLINA

APELLIDOS
MILTON ALBEIRO

NOMBRES

milton Burbano

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-SEP-1997**

BARBACOAS
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

15-ENE-2016 RICAURTE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2310900-00789808-M-1089295037-20160217 **00484**23925A 1 46126605

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) o AÑOS (A)													
			5 días	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	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 bucal por odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor				15-03-24			23-08-24						
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana				15-09-24			23-08-24						
		Aplicación de sellantes (según criterio)							25-08-2023						
	V	Vacunación													

Verónica Cordoba
NIT: 1124 12[illegible]
HIGIE[illegible]

Tania Villacorta
ODONTOLOGA
Reg.: 81 - 801

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

CONSTRUCCIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

Servimos con amor

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Dilan Yadiel Borbano.

Doc. de identidad: 1126461741 EPS: Mallamas.

Teléfono: 316 492 2674 Domicilio: Caulo San Fide

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Eidy Yurani Jamioy Identificado con C.C N° 1.122.342.429 en calidad de: padre o madre (Madre), del niño o niña: Dilan Yadiel Burbano Jamioy 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.

Eidy Y Jamioy
Madre o Acudiente
C.C 1.122.342.429

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 DILAN YADIEL BURBANO JAMIOY, identificado (a) con documento de identidad número 1126461741, 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, EIDY YULIANI JAMIOY JAMIOY, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122342429 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

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 AIMA 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 ELC

Suscriben:

Firma: EIDY . Y. JAMIOY
Nombre: EIDY YULIANI JAMIOY JAMIOY
Calidad - Titular: MADRE Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 317 746 0593
Fecha: 02 - ABRIL 2025
Municipio: SAN MIGUEL

COPIA NO CONTROLADA

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

MODALIDAD PROPIA INTERCULTURAL, EIC_SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

UCA: Los Consentidos
Tipo Documento: RC X CC__ TI__ Otro__ Numero de documento: 1126461741
Nombres y apellidos: Dilan Yadiel Burbano Jamioy

FECHA DE TOMA	EDAD	PESO	TALLA	PB	DIAGNOSTICO
9/07/2025	1 y 10 Meses	9.4	79.5	14	Riesgo de Desnutricion Aguda
12/08/2025	1 y 11 Meses	9.7	79.5	14	Riesgo de Desnutricion Aguda
09/09/2025	2 y 1 Mes	9.7	80	14.2	Riesgo de Desnutricion Aguda

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPESINA "EIC"

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: _____ **IDENTIFICACIÓN:** _____ **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	COMPROM
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPESINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

ÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Dilan Yadiel Barbano Jaimes IDENTIFICACIÓN: 1.126.461.791 FECHA DE NACIMIENTO: 13-08-2023

O D	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
)	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					

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: DiLan Yadiel Bubano T. IDENTIFICACIO: 1.126.961.791 FECHA DE NACIMIENTO: 13-08-2023

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			03:45	Se le manifiesta a la madre que debe hacerle Poner al usuario el biologico de la influenza, ya que se encuentra disponible.	Eidy y Jamby	FABIAN MEJIA	Se sensibiliza a la madre de la importancia de hacerle Poner los Vacunas a los niños.	La madre hace entrega de la copia del carnet de vacunas donde se evidencia que ya tiene el biologico de la influenza 10-06-2025 Se cierra la novedad	La madre se compromete a llevar al niño al centro hospitalario Para que le coloquen la vacuna.
20-08-2025	X			1:30	Se le informa via llamada telefonica a la madre del usuario que el Carnet de Control y desarrollo tiene Vencidas las fecha eic Para el dia 15 de agosto	Eidy Jamby	FABIAN MEJIA	Se sensibiliza a la madre que Por favor saque la cita y llevar al niño a hacerle el Control de Crecimiento y desarrollo.	La madre asiste al hospital en compañia del niño y le realizan el Control y desarrollo el dia 22 de agosto del 2025 se cierra novedad.	La madre se compromete a sacar la cita en el hospital y llevar al niño al Control

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Dilan Yadiel Buibano Jamioy 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					
9/09/25	X			2:50	Se realiza toma de Peso y talla del menor dilan yadiel Buibano quien se encuentra en Riesgo de desnutricion Aguda Se informa a la madre del Diagnostico del menor	Edy Y. Jamioy	Viviana Hann	Se continua seguimiento de peso y talla, se recomienda a la madre buenos habitos de alimentacion, en cantidades suficientes y varias veces al dia		la madre se compromete a continuar con los cuidados de alimentacion del niño, llevarlo a los controles de crecimiento y desarrollo
07-10-2025	X			3:50	se le informa via llamada telefonica a la madre del niño Dilan Yadiel que ya tiene vencido el Control de higiene oral que Por favor se acerque al hospital a sacar la cita Para que atiendan al niño.		FABIAN MEJIA	se sensibiliza a la madre del usuario Dilan que Por favor Se que la cita y lleve al niño a hacerse el control de higiene oral		La madre manifiesta que no puede salir al Pueblo Por motivos economicos manifiesta que en este dias hay una brigada en el cabildo que mejor lo lleva a la brigada que le queda mejor Para el dia 8-10-2025

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 Dilan Yadiel Burbano Jamioy

Fecha de nacimiento 13 08 2023 **N° Documento de Identidad** 1.126 461 741

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 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 participa de juegos elementales con sus demas compañeros necesitando menos la compañia de un adulto en su motricidad salta con los 2 pies juntos, tiene mejor manejo y habilidad con sus manos, y sabe expresar con su cuerpo las emociones.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Fabian orlando Mesia

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

Dilan Yadiel Burbano es un niño alegre y le gusta estar siempre a lado de su madre juega pero siempre cerca de ella cuando un niño le pide un juguete el siempre le presta y juega con el amiguito.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

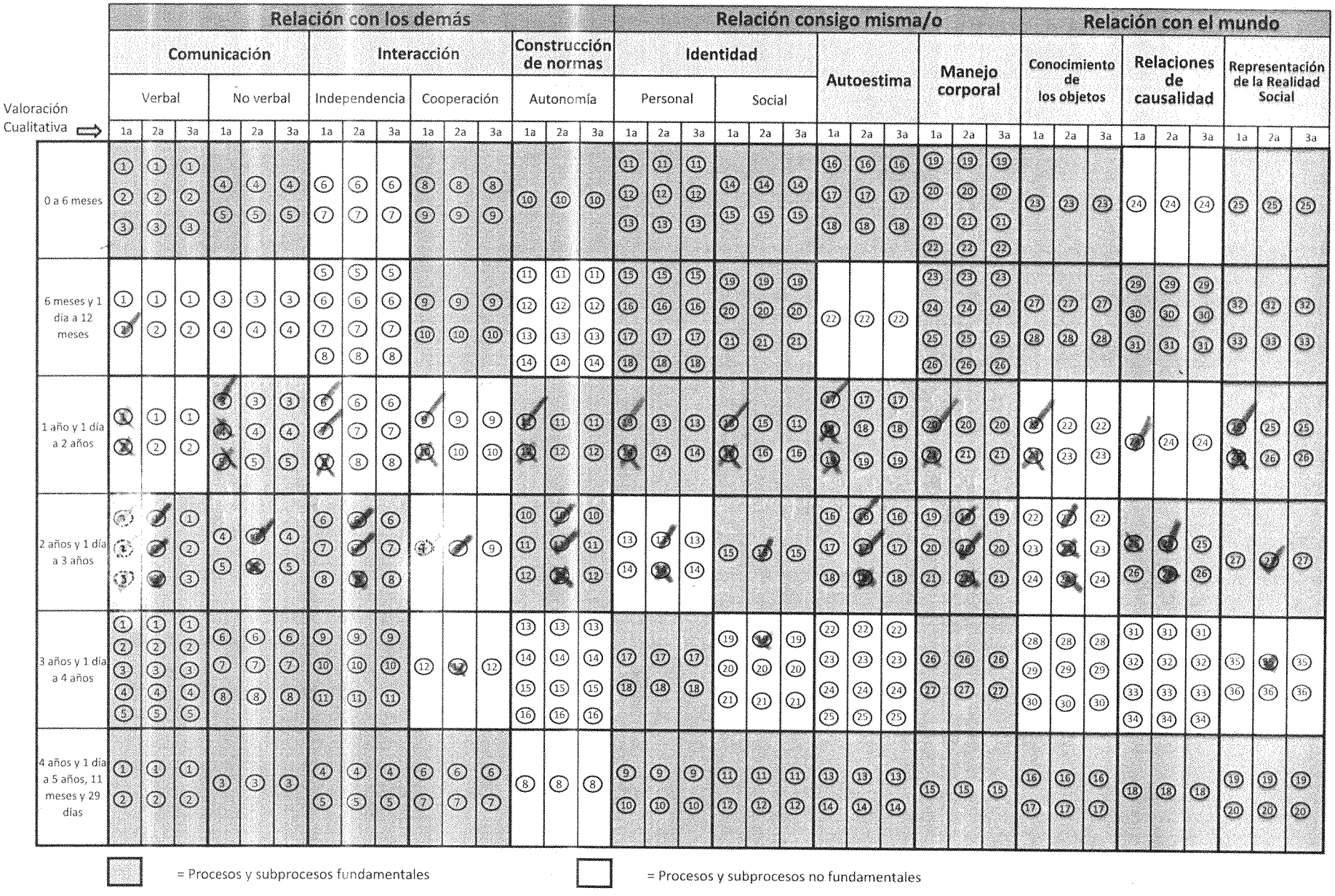
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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