Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con otografía del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras).
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar X en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización) ___SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7) ___Pertenecientes a Res UNIDOS ___Pertenecientes a Familias en Acción ___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición ___Remitidos por SNBF ___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado) ___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.) ___Niños y niñas con discapacidad. ___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión. ___Población migrante en condición de vulnerabilidad. ___Activos en ruta de reincorporación.
5	Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente: (ADRESS)
6	Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo).
6	Copia del carnet de vacunación.
7	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
8	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
9	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
10	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
11	Fotocopia de un recibo de servicios públicos domiciliarios cuando sea necesario (aplica para zona urbana y en zona rural solo si se cuenta con servicios públicos)
12	Certificado de asistencia a consulta de salud bucal (Niños y niñas mayores de 6 meses)
13	Certificado del examen de agudeza visual (Niños y niñas mayores de 4 años)
14	Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años)
15	Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal.
16	Formato de veracidad de la información ficha de caracterización.
17	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
18	Formato de autorización uso de imágenes.
19	Planilla seguimiento nutricional
20	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
21	Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa,

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

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

FECHA SOLICITUD CUPO: 29-04-2025 FECHA INGRESO: 1 mayo 2025

UDS: los Consentidos MUNICIPIO: San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
JHOAN ALEXANDER ERAZO GUANGA

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ NUIP No. 1.122343 683

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 06-04-2021 EDAD: 4 A MUNICIPIO: SAN MIGUEL

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: Vereda El Sabalo ESTRATO: A2 ¿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: MALLAMAS SUBSIDIADO: X CONTRIBUTIVO:

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X DIAGNOSTICO: N/A

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

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

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

TIENE SISBEN: SI: X NO: __ PUNTAJE: A2 DESPLAZADO: SI: __ NOX

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: ____ NO: X RED UNIDOS: SI: ____ NO: X

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Melciro Aldemar Eraso Flores

No. IDENTIFICACION: 87 028 427 DIRECCION RESIDENCIA: V/ Sabalo

CELULAR: 322 330 27 32 E.P.S: EMSSANAR

OCUPACION U OFICIO: AGRICULTOR

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: PRIMARIA PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: lisuey Yisela Guanga Sanchez

No. IDENTIFICACION: 1.130.144.623 DIRECCION RESIDENCIA: V/ Sabalo

CELULAR: 322 330 27 32 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: lisuey Yisela Guanga Sanchez

NUMERO IDENTIFICACION: 1.130.144623 CELULAR: 322 330 27 32.

DIRECCION: V/ Sabalo PARENTESCO: MADRE

lisdey Yisela Guanga — FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FABIAN MEJIA — FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.122.343.683

Indicativo Serial 61318431

61318431

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ]

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
ERAZO	ZUANGA

Nombre(s)

JHOAN ALEXANDER

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año [ ] Mes [ ] Día [ ]	MASCULINO	[illegible]	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	1648107[illegible]

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

ZUANGA SANCHEZ LISVET YISELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.130.144.[illegible]	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

ERAZO FLOREZ HELCIRO ALDEMAR

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 87.[illegible]	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ERAZO FLOREZ HELCIRO ALDEMAR

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 87.[illegible]	Aldemar Erazo

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2021 Mes ABR Día 12	[illegible]

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 08/09/2025

Ficha: 86757674952700001065

A2

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JHOAN ALEXANDER

Apellidos: ERASO GUANGA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343683

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/09/2021

Última actualización ciudadano: 01/04/2024

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	1122343683
NOMBRES	JHOAN ALEXANDER
APELLIDOS	ERASO GUANGA
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	06/04/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/08/2025 15:36:13	**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: JHOAN ALEXANDER	Apellidos: ERAZO GUANGA
Fecha de nacimiento: 06 (DÍA) / 04 (MES) / 2021 (AÑO)	Historia Clínica: 1122343683
Barrio/Vereda: V / SABALO	Responsable del niño: Lisbeth Guango.
Teléfono: 3223302932	EPS: (115) Mallamas.

CONDICIONES DEL NIÑO(A) AL NACER

Necesidad de reanimación: SI ☐ NO ☐

APAGAR al minuto:_____ APAGAR a los 5 minutos:_____

Peso: 4000 Talla: 50 Perímetro Cefálico: _____

Ictericia: _____ Antes de 24 horas: _____ Después de 72 horas: _____

¿Estuvo en fototerapia? SI ☐ NO ☐ ¿Dónde?_____

Grupo sanguíneo: O+

Perímetro braquial

¿Estuvo hospitalizado? SI NO

¿Dónde? *UCI **UCE CUNA

¿Cuánto tiempo?_____

Diagnostico: _____

TSH: _____ Resultado:_____

ANTES DE SALIR DE LA CLÍNICA

¿Le aplicaron las vacunas? SI NO

¿A qué tiempo de nacimiento comenzó la lactancia materna?

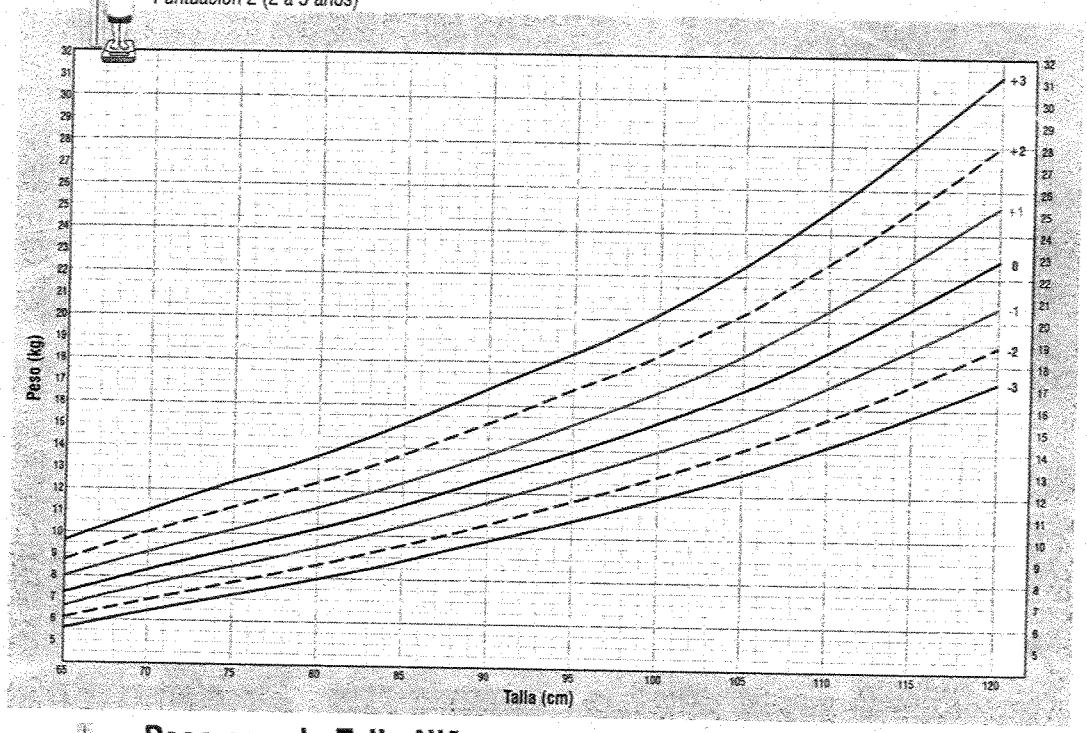
Antes de la hora SI NO

Después de la hora SI NO

Antes de salir de la clínica SI NO

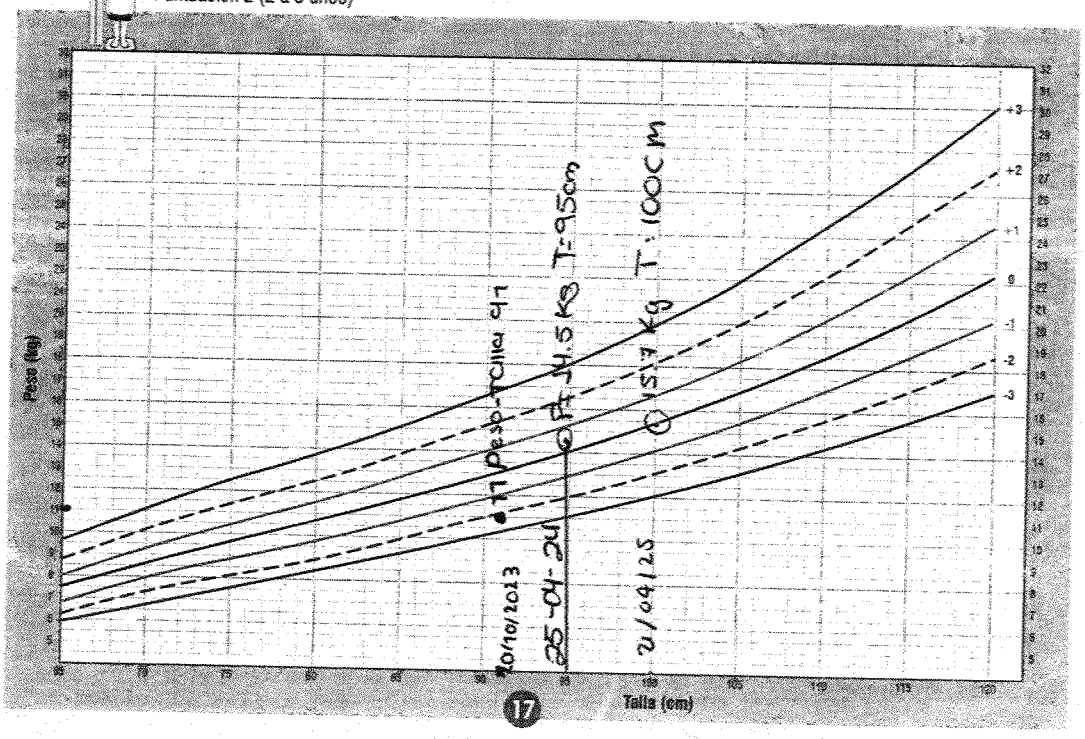
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



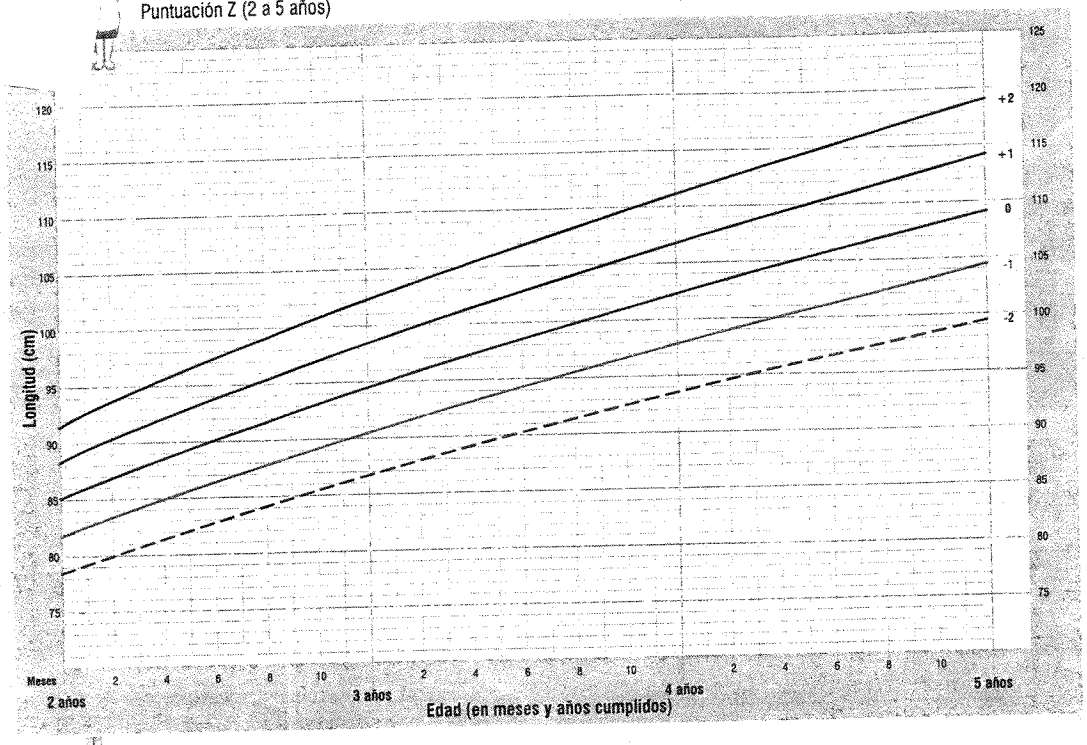
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



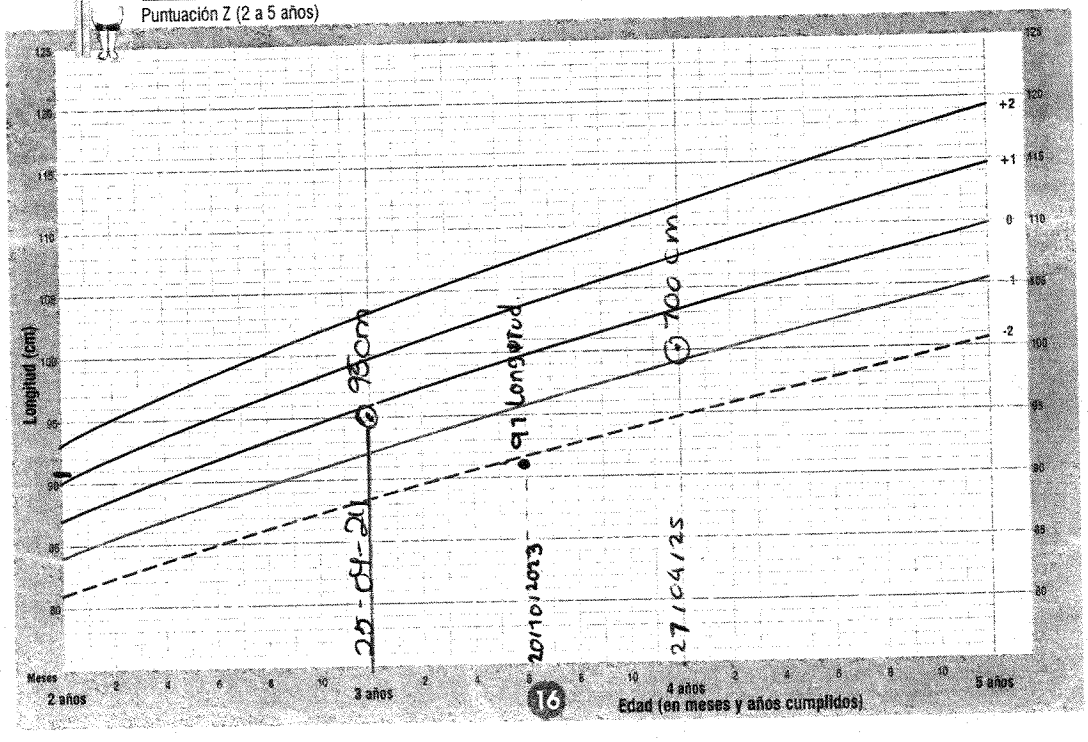
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



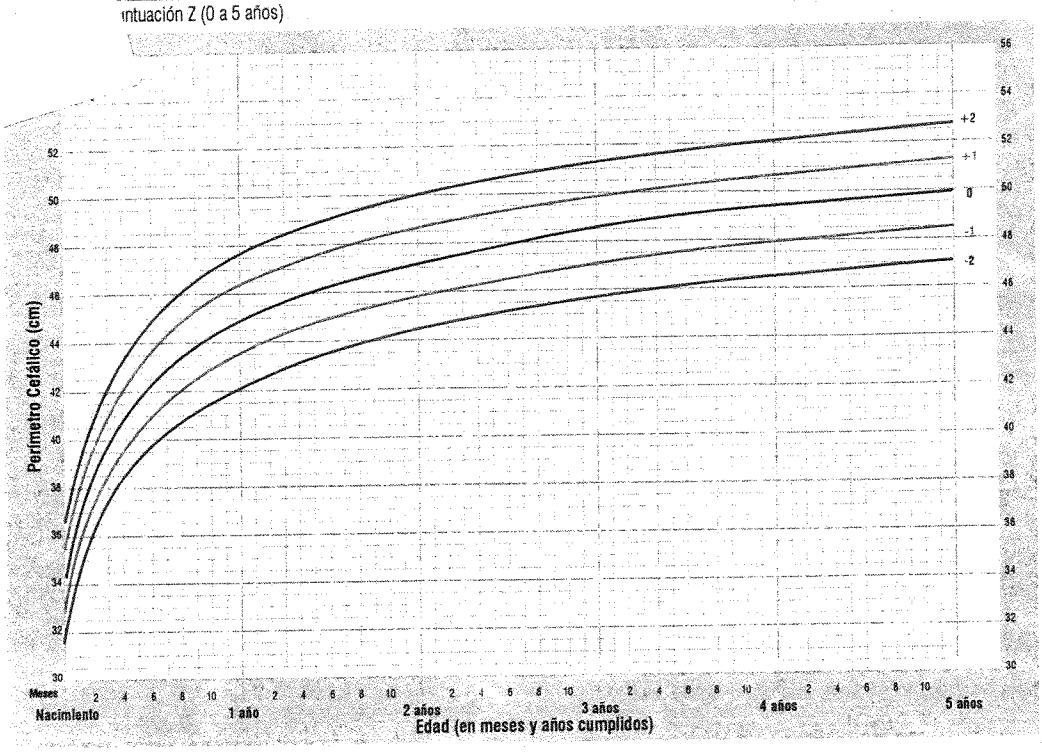
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



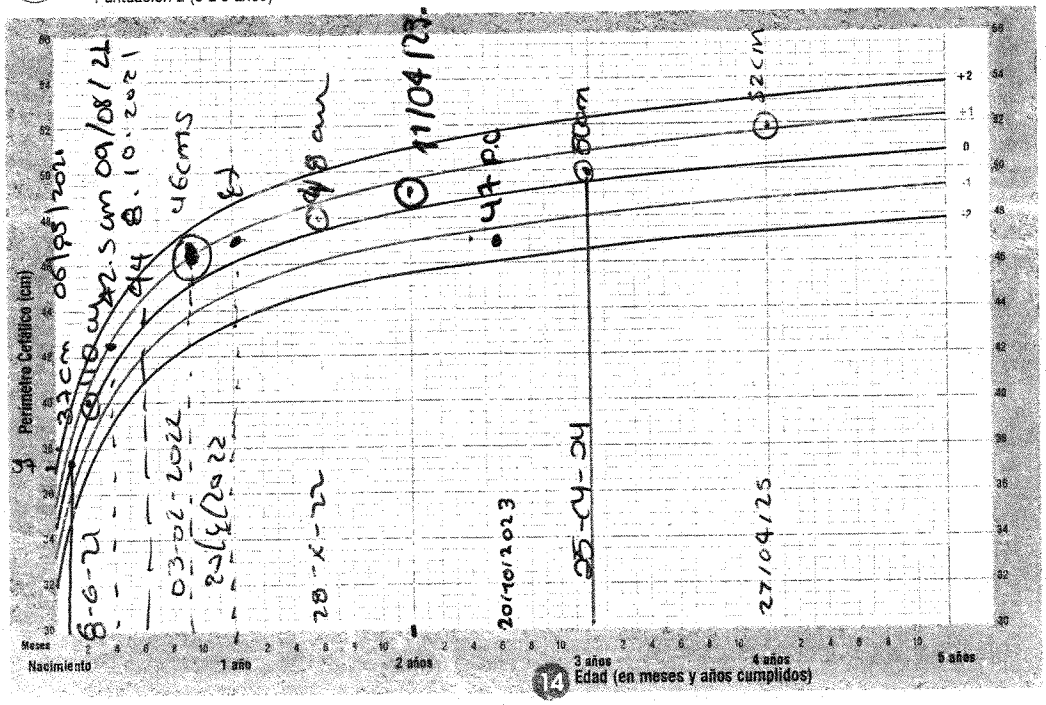
Perímetro Cefálico Niñas

ntuación Z (0 a 5 años)



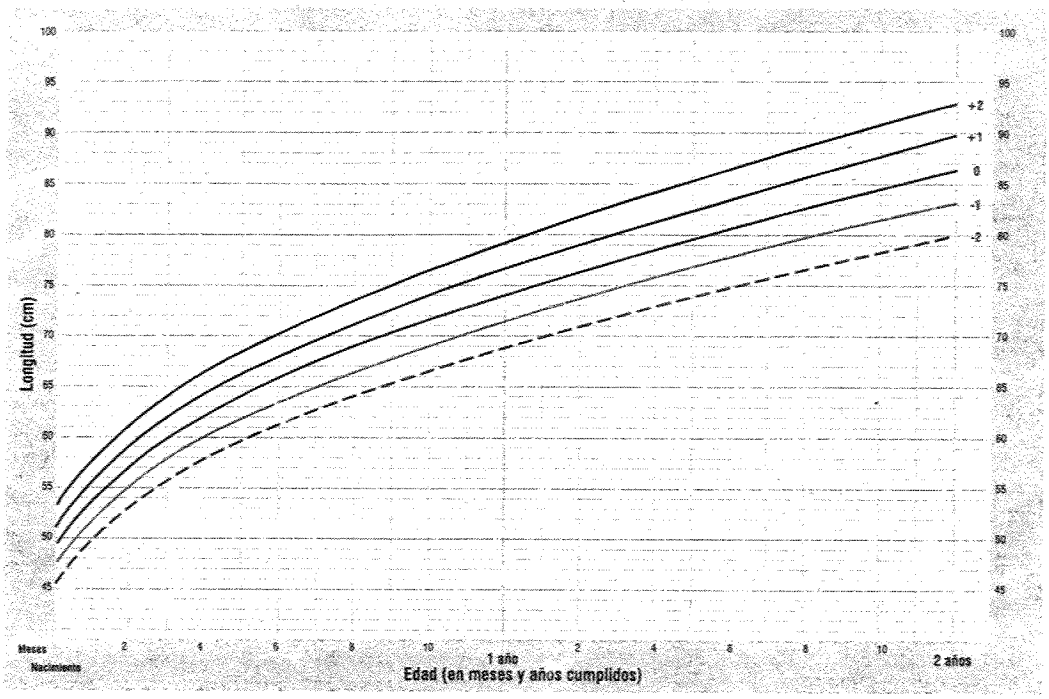
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



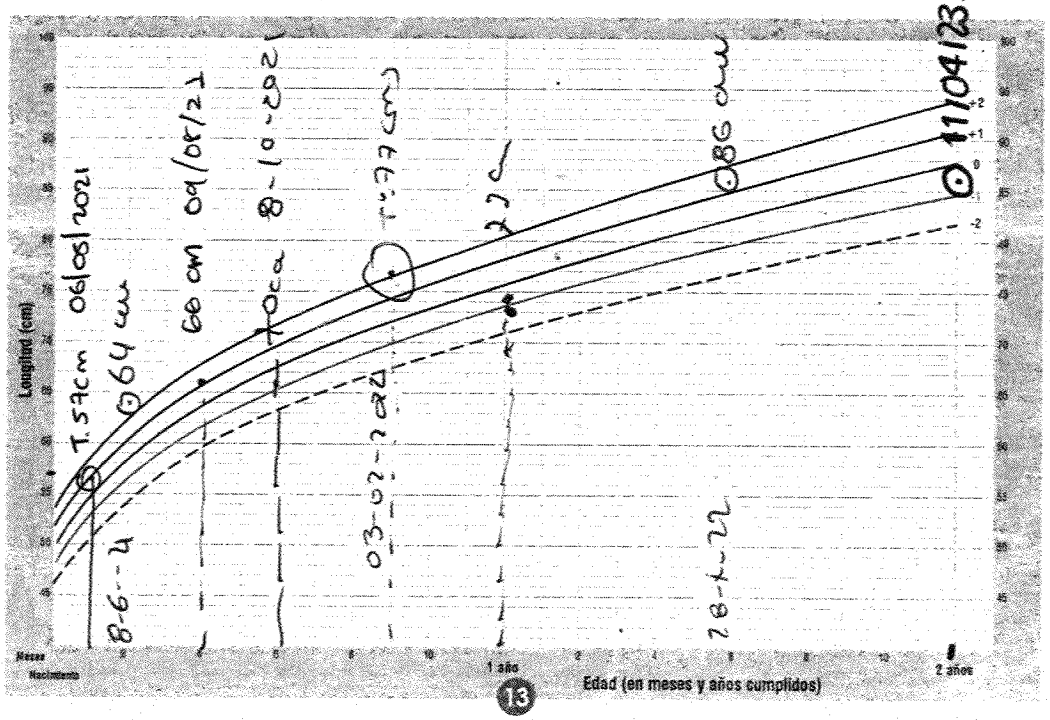
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Talla para la edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO SI	ASISTIO NO
07	Junio	2021	ENFERMERIA	Si ✓	
09	agosto	2021	Medico	Si ✓	
09	octubre	2021	Enferm	Si ✓	
10	Enero	2022	Enferm	Si ✓	
06	Abril	2022	Medico		
20	oct	2022	ENF	Si ✓	
06	Abril	2023	Medico	✓	
06	OCT	2023	ENF	✓ Si	
06	Abril	2024	Enf	✓ Si	
06	Abril	2025	Enf		
27	Abril	2025	Enf	Si	P. Lopez
06	Abril	2026	Medico		

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRAT

IDENTIFICACION E INSCRIPCION TEMPRANA

Al momento de nacer — Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

nte el primer mes de vida — Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA

dad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
meses			
meses			
meses			
12 meses			
16 meses			
20 meses			
24 meses			
30 meses			
36 meses			
48 meses			
50 meses			
56 meses			
72 meses			
78 meses			
84 meses			
s (1)			
s (2)			
s			

s los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina da 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de rdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

dad	Fecha	Edad	Fecha
s		42 meses	
es		48 meses	
es		54 meses	
es		60 meses	
es		66 meses	

todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento acer para estudio de hipotiroidismo.

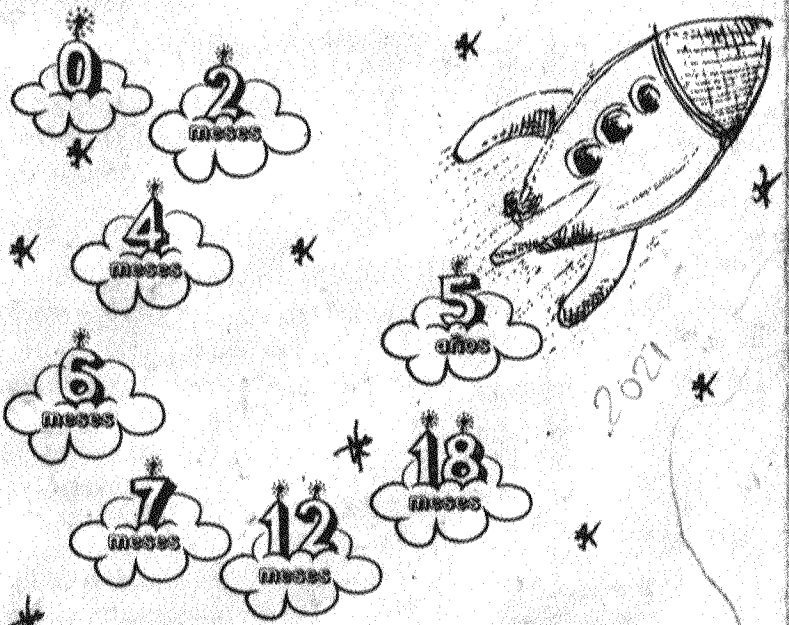
reportado TSH:	
verificación:	
ional que verificó:	

Exíjalo

Vacunar oportunamente con tod... dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

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



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI — Porque en vida hay que protegerla hoy

de cero a Siempre — ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

13
R/N

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al dí se la ponemos f

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Jhoan Alexander Eiza
Fecha de nacimiento: 6 - Abril - 202
Nº de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: 1122343683
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: _____
Peso al nacer: _____
Dirección: Vl El Sabalo
Teléfono: 3223302782
Responsable: Gisela Guang
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumaya
CC: 1.130.114.623

2021

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPI PARA T

	Me protege de	Dosis	Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vac
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Tuberculosis B.C.G.	Única	07-04-21	Serum	037[illegible]	HFID		Taiya G.
	Hepatitis B	Recién nacido	07-04-21	Serum	032[illegible]	HFID		Taiya G.
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	1ª	09-06-21	Biological	2017[illegible]	HFID		Taiya G.
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	09-06-21	Serum	28[illegible]	HFID	Cita: 09-Junio-21	Taiya G.
	Rotavirus	1ª	09-06-21	GSK	A20[illegible]	HFID		Taiya G.
	Neumococo	1ª	09-06-21	GSK	A[illegible]	HFID		Taiya G.
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	2ª	09-08-21	Seru	2017[illegible]	HFID	Cita: 09-Agosto 2021	Ana Leguiz
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	09-08-21	Biol	28[illegible]	HFID		Ana Leguiz
	Rotavirus	2ª	09-08-21	GSK	A[illegible]	HFID		Ana Leguiz
	Neumococo	2ª	09-08-21	GSK	A[illegible]	HFID	Cita: 09-Oct-2021	Ana Leguiz
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	08-10-2021	Seru	2017[illegible]	HFID		Ana Leguiz
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	08-10-2021	Biolo	28[illegible]	HFID		Ana Leguiz
7 Meses	Influenza	1ª	08-10-2021	Seru	V[illegible]	HFID		Ana Leguiz
	Influenza	2ª	09-11-21	Serum	V[illegible]	HFID		Ana Leguiz
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	19-5-22	Serum	018[illegible]	HFID	Cita: 08-11-2021	Seoim M.
	Fiebre Amarilla	1ª	19-5-22	Fiocruz	L21[illegible]	HFID		
	Neumococo	Refuerzo	19-5-22	GSK	A[illegible]	HFID		
	Influenza	Anual	19-5-22	GC	V[illegible]	HFID	Cita: 6-Abril-22	Seoim M.
	Hepatitis A	ÚNICA	19-5-22	MSD	V[illegible]	HFID		
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	29-12-22	Serum	2827[illegible]	HFID		Yuliac
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	29-12-22	Biolo	2[illegible]	HFID		Yuliac
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	11-04-23	Serum	018[illegible]	HFID		Kaven A.
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª		Cita 5 AÑOS				
	VPH	3ª						
Vacunas Complementarias Otras dosis	Varicela	1d	19-5-22	Merck	V[illegible]	HFID		Seoim M.
	Sarampion y Rubeola	1/8/2022	Seruin	[illegible]		HFID		Edwar I.

Estas vacunas son gratuitas

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

14
R/1

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: 3 Pm

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Jhoan Alexander APELLIDOS Eraso Guanga

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122343683

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 6 MES: 04 AÑO: 2021 / EDAD: 4, años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas Tel. 3223302432

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: Yisela Sanchez

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

Nombres Jisvey Yisela Apellidos Guanga Sanchez

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.130 144623

Firma: Yisela Sanchez

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: Jeniffer Yuliceth Cabezas Meneses

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HAZO

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 1.130.144.623
GUANGA SANCHEZ
APELLIDOS
LISVEY YISELA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 16-NOV-1998
ORITO
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
17-NOV-2016 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 87.028.427
ERASO FLOREZ
APELLIDOS
MELCIRO ALDEMAR
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 07-JUL-1976
SAN LORENZO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
B+
G.S. RH
M
SEXO
13-JUL-1995 TAMINANGO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

17
R/V

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCI**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.309-6

Mi prioridad es tu salud...



Nombres y Apellidos: Jhoan Alexander Giraldo Guarnizo
Doc. de Identidad: 1122343683
EPS: Mallamas
Teléfono: 3223302732
Domicilio: Verada Sabalo

PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS			FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) Ó AÑOS (A)													
			5 DIAS	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												21-4-2025	
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor												23-4-2025	
		Profilaxis y remoción de placa												23-4-2025	
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)												23-4-2025	
	V	Vacunación													

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg. 22083
Universidad de Caldas

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600493-2011

Agudeza visual 20/20 Normal 21-4-2025

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Lisvey Yisela Guanga Identificado con C.C N° 1.730.144.623 en calidad de: padre o madre (Madre), del niño o niña: Jhoan Alefander Erazo 6 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 07 Días del mes de mayo del Año 2025.

Lisdey Yisela Guanga
Madre o Acudiente
C.C 1.730.144.623

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 JHOAN ALEXANDER ERASO GUANGA, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.343.683, 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, LISDEY YISELA GUANGA SANCHEZ quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.130.144.623, 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 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 ECC

Suscriben:

Firma: lisdey yisela guanga
Nombre: lisdey yisela guanga sanchez
Calidad - Titular: Madre Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 1.122.343.683
Fecha: 01 - mayo - 2025
Municipio: San Miguel

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.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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					

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 Jhojan Alexander Erazo Buanga

Fecha de nacimiento 06 04 2021 **N° Documento de Identidad** 1.122.343.683

Sexo Masculino ◉ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 01 05 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Fabian Orlando Mejia

Fecha de registro cualitativo 12 08 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

Jhojan Alexander Erazo Buanga Participa activamente de las diferentes actividades que se realizan en los diferentes encuentros, realiza dibujos y muestra a su madre sus trabajos, le gusta jugar e integrarse con los demas niños que estan en su entorno.

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 Día 14 Mes 11 Año 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 Jhojan Alexander es un niño un poco timido con algunos adultos, le gusta Jugar con los demas niños, Participa activamente de las tareas, realiza dibujos en Compañia de su hermana.

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)***

Valoración Cualitativa ⇨	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																	
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a		1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10		11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14		15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12		13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	15 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12		13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24	22 23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16		17 18	17 18	17 18	19 20 21	19 20 21	19 20	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2	1 2	1 2	3	3	3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8	8	8		9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17	16 17	16 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20

▭ = Procesos y subprocesos fundamentales

▭ = Procesos y subprocesos no fundamentales