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:** -04-2025

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Jhojan Estiven Perenguez Jamioy

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO ___ **NUIP No.** 1122343680

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

N/A

FECHA NACIMIENTO: 21-05-2021 **EDAD:** 4.A. **MUNICIPIO:** Plu Asis

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: X N/A **DESPLAZADO:** SI: X NO:

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

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: miguel Angel Perenguez Pianda

No. IDENTIFICACION: 87513595 **DIRECCION RESIDENCIA:** Cabildo San fidel

CELULAR: 3169149035 **E.P.S:** mallamas

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: X N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Edilma Jamioy Jamioy

No. IDENTIFICACION: 41119779 **DIRECCION RESIDENCIA:** Cabildo San fidel

CELULAR: 3177460393 **E.P.S:** mallamas

OCUPACION U OFICIO: Ama de Casa

EMPRESA DONDE LABORA: X N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Edilma Jamioy Jamioy

NUMERO IDENTIFICACION: 41119779 **CELULAR:** 3177460393

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

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE
Edilma Jamioy

FIRMA AGENTE EDUCATIVO
FABIAN MEJIA

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 1220591

NUIP 1.122.343.680

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
PERENGUEZ JAMIOY JHOJAN ESTIVEN

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

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Fecha de Inscripción (Mes en letras)										Indicativo serial
Año	2	0	2	1	Mes	A	B	R	Día	0	9	0061318428

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
JAMIOY JAMIOY EDILMA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 41.119.779	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
PERENGUEZ PIANDA MIGUEL ANGEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 87.513.595	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
PERENGUEZ PIANDA MIGUEL ANGEL

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 87.513.595

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado
País - Departamento - Municipio
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) | Código X 6 4

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)										
Año	2	0	2	1	Mes	A	B	R	Día	0	9

Adhesivo Oficina Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
26209207-6

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
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: Jhojan Estiben Pereguez Jamioy **Número de identificación** 1122343680 expedida en La Dorada, 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 04 del 2025.

Miguel Angel Pereguez
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	1122343680
NOMBRES	JHOJAN ESTIVEN
APELLIDOS	PERENGUEZ 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	21/03/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/08/2025 15:35:26	**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

6

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 CARNÉ
NO DEBERÁ PAGAR COPAGOS NI CUOTAS MODERADORAS

Es indispensable la presentación de éste carné para acceder a los servicios contemplados en el POS-S
Válido únicamente en la Red Prestadora de Servicios autorizado por MALLAMAS EPS-I

VIGILADO Supersalud

GERENTE MALLAMAS EPS -I

LINEA SALUDABLE 018000 913701 / 7733376 IPIALES
www.mallamasepsi.com.co E-mail: contactenos@mallamasepsi.com
ESTE CARNÉ ES DE USO PERSONAL E INTRANSFERIBLE

E.P.S. INDIGENA MALLAMAS

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD REGIMEN SUBSIDIADO
CODIGO EPS-I - NIT. 837000084-6

"La Oportunidad Sana para una Comunidad con Futuro"

PERENGUEZ JAMIOY JHOJAN ESTIVEN
Nombres y Apellidos Completos **EXCENTO DE PAGO**
Doc. Identificación: RC 1122343680 Género: M
Fecha Nacimiento: 21/03/2021 Nivel Sisben: N
Fecha Afiliación: 21/03/2021 Discapacidad: Ninguna
Vigencia: INDEFINIDO | Carnet N°: **867570000468109**
Dirección: CABILDO SAN FIDEL
Ips Primaria: ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

CARNET DE CONTROL

Niño y Niña SANOS

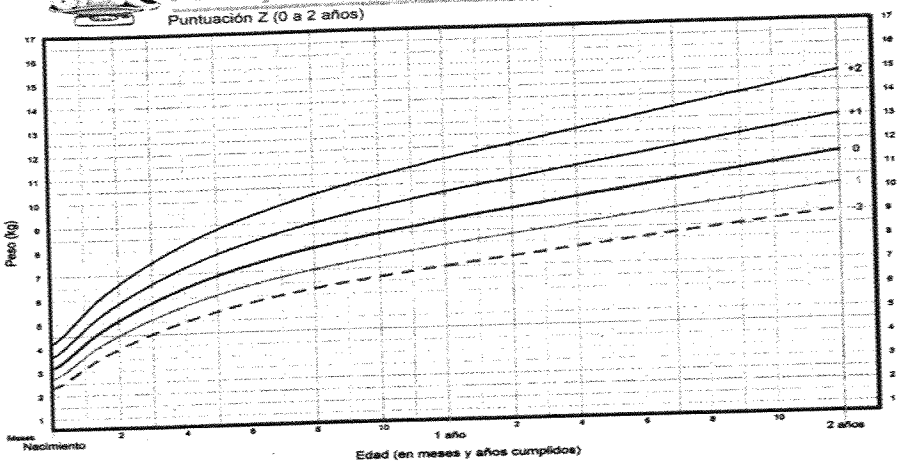


Mis Datos

Nombres: Jhojan Estiven	Apellidos: Perdomo Jamioy
Fecha de Nacimiento: 21 | 03 | 2021	Historia Clínica: 1.122.348.680
Barrio/Vereda: Cabildo San Fidel	Responsable del Niño: Edilma Jamioy
Teléfono:	EPS: Mallamas

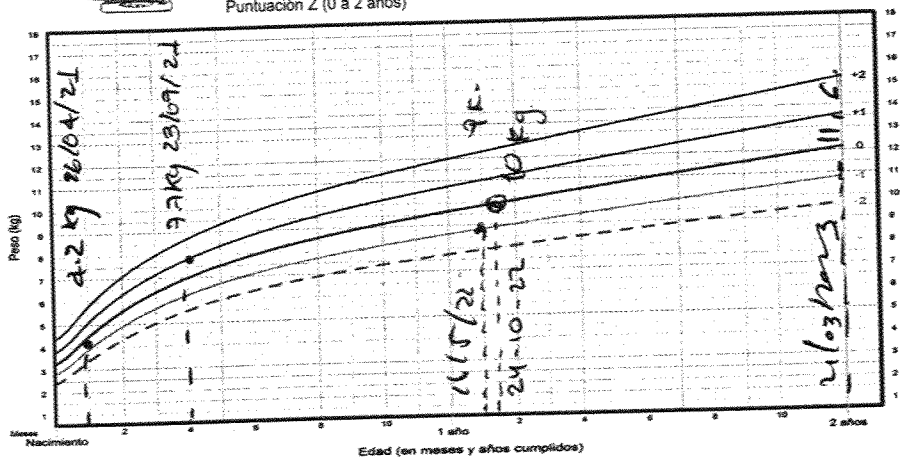
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

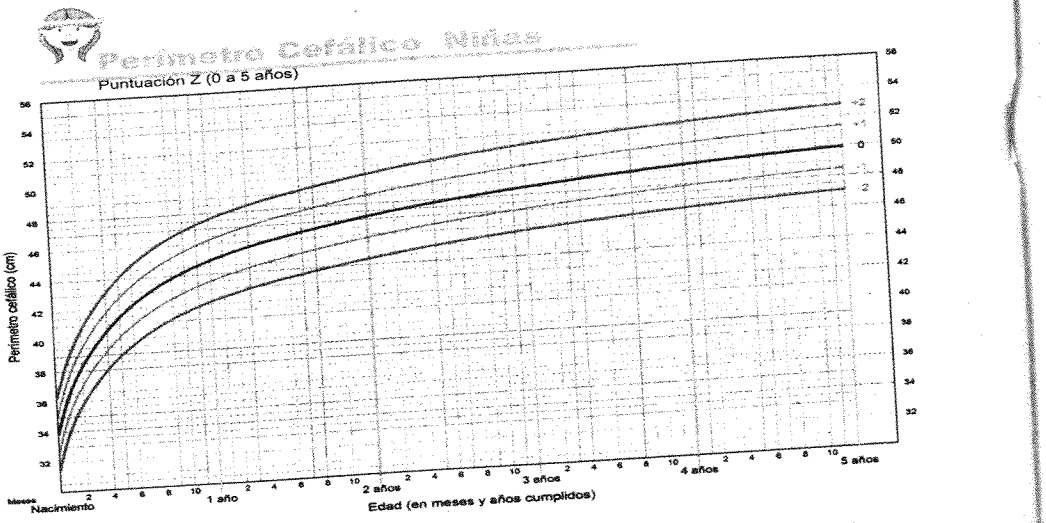


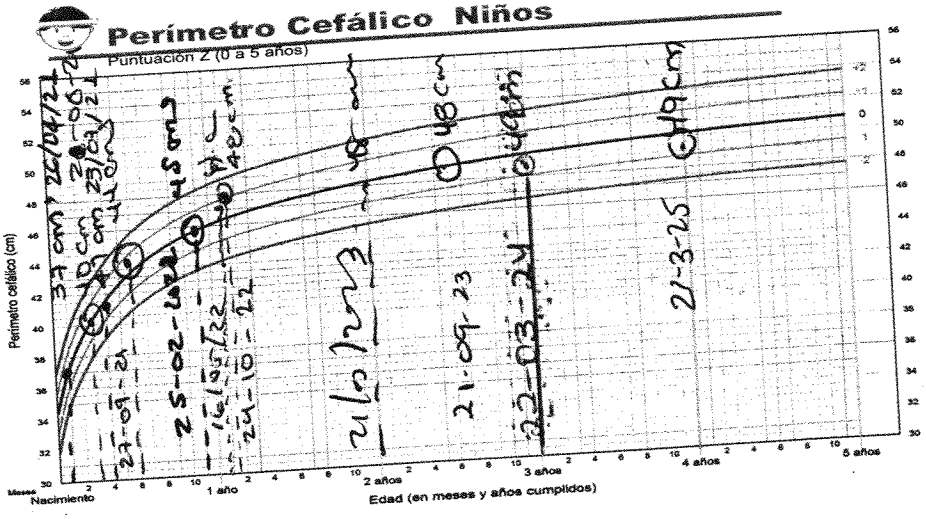
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

Talla para la Edad Niños

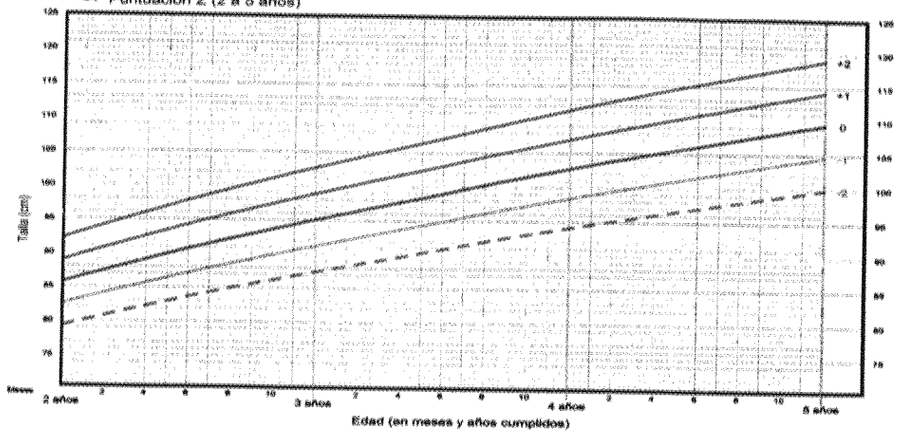
Puntuación Z (0 a 2 años)


Perímetro Cefálico Niñas
Puntuación Z (0 a 5 años)
Perímetro cefálico (cm)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)


Perímetro Cefálico Niños
Puntuación Z (0 a 5 años)
Perímetro cefálico (cm)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

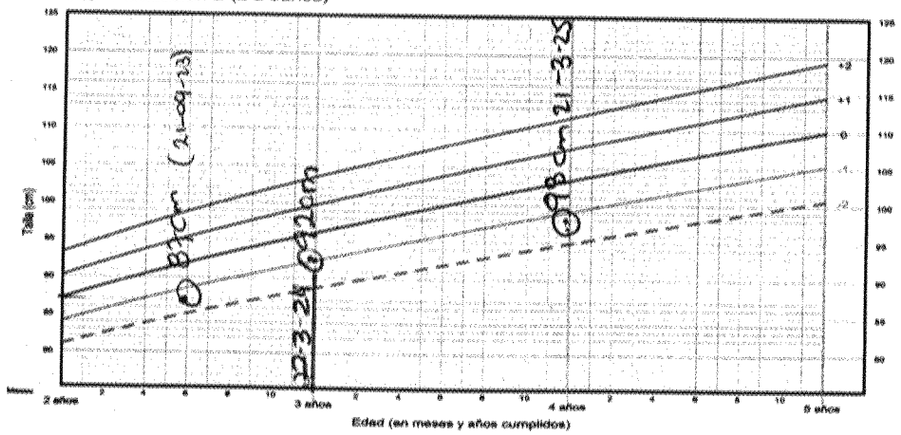
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



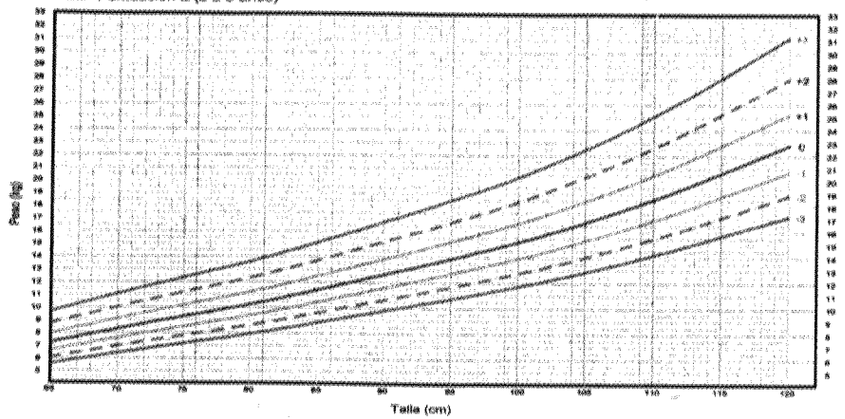
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



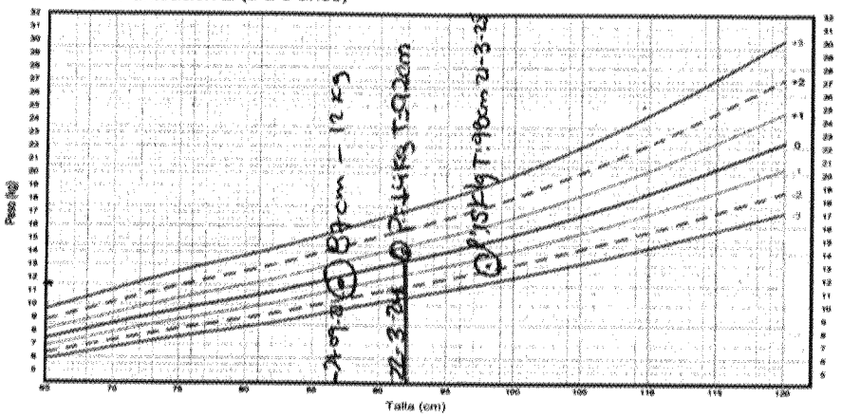
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



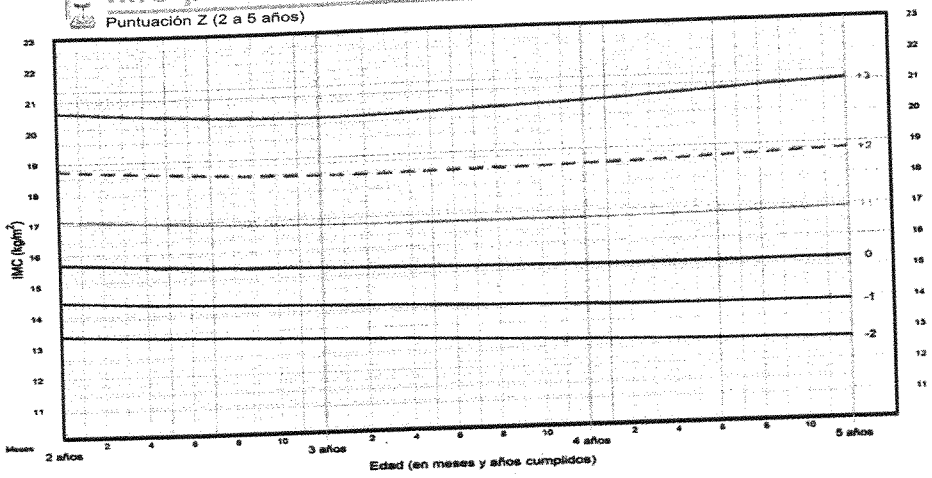
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



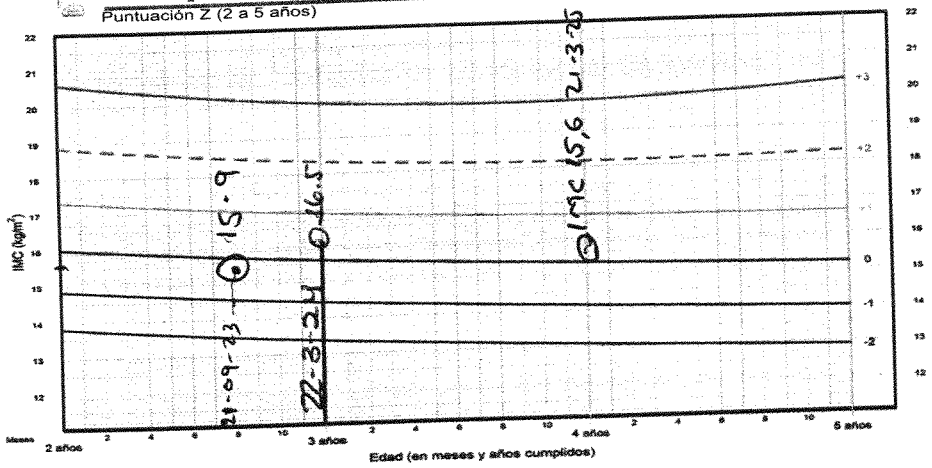
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO SI	ASISTIO NO
26	04	2021	Ingreso	SI ✓	
27	JUNIO	2021	Enf	SI ✓	
23	Julio	2021	Medico	SI ✓	
23	Sep	2021	Enf	SI ✓	
21	Diciembre	2021	Enferm	Si	
21	Mayo	2022	Medico		
26	oct.	2022	~~Enf.~~	Si	
21	marzo	2023	Medico		
21	09	2023.	Enf	SI ✓	
21	03	2024	Médico	SI ✓	
21	03	2025	Enf	SI ✓ Milena C.	
21	03	2026	Medico		

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer **Fecha:**

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida **Fecha:**

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

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

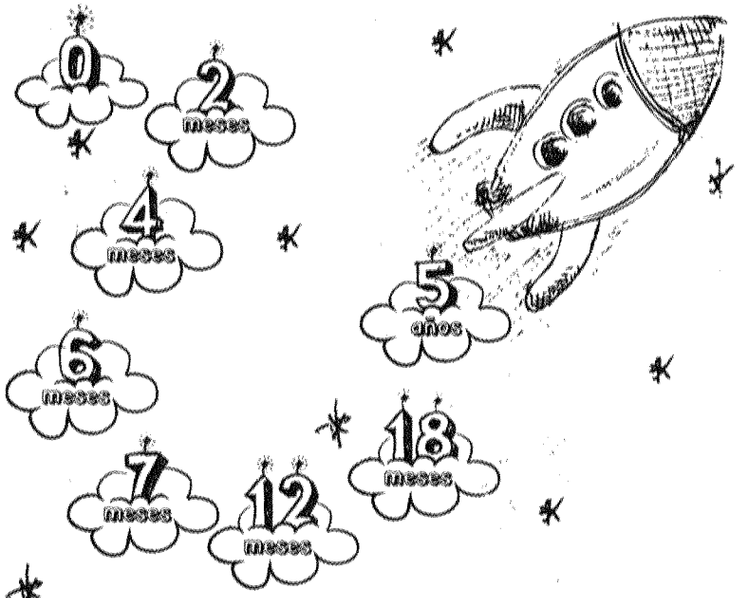
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

Vacunar oportunamente con todas las 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 mi vida hoy que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

14
R/V

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Jamioy Perenguez Johan Stiven
Fecha de nacimiento: 21-MAR-021
Nº de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: 1.122.393.680
Sexo: M
Grupo sanguíneo: _____
Peso al nacer: 3215 Talla 51 cm
Dirección: Valle del Guamuez Sector
Teléfono: 3177460893
Responsable: Edilma Jamioy
Municipio de residencia: la Dorada
Departamento: Putumayo
C.C: 41119771 FPD 115

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Cita 2 meses cumplidos

Nombre: _____ **Registro Civil:** _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación (Día Mes Año)	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita (Día Mes Año)	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Tuberculosis B.C.G.	Única	22-Mar-21	Serum	03706008	H Local pto A		Tirzna H.
	Hepatitis B	Recién nacido	22-Mar-21	Serum	03200008A	H Local pto A		Tirzna H.
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	1ª	04-06-2021	Sanofi	2012004	HFD		Ana Leguizamo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	04-06-2021	Biological	E3540A21	HFD		Ana Leguizamo
	Rotavirus	1ª	04-06-2021	GSK	ARROC772AF	HFD		Ana Leguizamo
	Neumococo	1ª	04-06-2021	GSK	BDNB200BA	HFD		Ana Leguizamo
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	2ª	17-08-21	Biological	2017004	HFD	Cita 04-06-2021	Sandy M
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	17-08-21	Serum	2015004	HFD		Sandy M
	Rotavirus	2ª	17-08-21	GSK	ARROC772AF	HFD		Sandy M
	Neumococo	2ª	17-08-21	GSK	ADDNB308BA	HFD		Sandy M
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	09-Nov-21	Serum	2971004	HFD	Cita! 17-Sept-2021	Paula Cosanova
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	09-Nov-21	Biological	283CXCRSA	HFD		Paula Cosanova
	Influenza	1ª	16105-22	Sanofi	V5022007	HFD		Edwin B
7 Meses	Influenza	2ª	16-11-22	Green	V5022007	HFD		Sandy Martinez Enfermería Tec. CC. No. 1122336822
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	22-3-22	Serum	0180N133	HFD	Cita 21-03-22	
	Fiebre Amarilla	1ª	22-3-22	Sanofi	T8624	HFD		
	Neumococo	Refuerzo	22-3-22	GSK	ASPN331JB A	HFD		
	Influenza	Anual	22					
	Hepatitis A	ÚNICA	22-3-22	MSD	V01C227	HFD		Daniela Casanova Tec. Enfermería CC. No. 1007728227
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1' Refuerzo	16-11-2022	Serum	28210012B	HFD		
	Polio (Oral - IM)	1' Refuerzo	16-11-2022	Biological	21401410	HFD	Cita 09-Nov 2022	
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	26-4-23	Serum	0131N108A	HFD		Karla Jimenez
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	SR Varicela	RF 1º	15/05/22 22-3-22	Serum Merck	1312 20 V006772	HFD HFD	Cita 5 AÑOS	Sandy Martinez Enfermería Tec. CC. No. 1122336822

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.

15
B/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: 3 Pm

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Jhojan Estiven APELLIDOS Perez Guez Jamioy

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122343680

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 21 MES: 03 AÑO: 2021 / EDAD: 4, años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE mallamas Tel. 323626 6352

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 a 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: Edilma Jamioy

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

Nombres Edilma Apellidos Jamioy Jamioy

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 41119 729

Firma: Edilma 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 _____

	Firma del Rogado	
Huella dactilar o plantar del Rogante	C.C. N°	C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Jeniffer Yuleth 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): HFID

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.

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

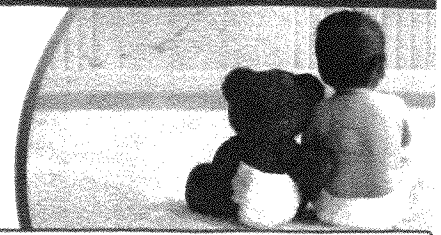
GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Jhojan Stiven Perdomo Juniay

Doc. de identidad: 1122343680 EPS: Nallamed

Teléfono: 3177460393 Domicilio: Cabildo Sanfidel

PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS			FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)													
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 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											22-3-24		
		Atención en salud por enfermería								Proximo	control	24	marzo	2025	
		Atención en salud bucal por odontología											22-03-24		
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor											16-may-24		
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana												21-nov-24	
		Aplicación de sellantes (según criterio)													
	V	Vacunación													

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg 22083
Universidad de Caldas

Parto en Usual 20/20 Normal 22-3-24

Regreso oral 16 noviembre 2024 proximo cita


REPUBLICA DE COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 41.119.779
JAMIOY JAMIOY
APELLIDOS
EDILMA
NOMBRES
Edilma Jamioy
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 11-AGO-1979
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50
B+
F
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
08-MAR-2001 VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-2303700-00519921-F-0041119779-20131129
00380 2114A 1
40655559

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO
87.513.595
PERENGUEZ PIANDA

APELLIDOS
MIGUEL ANGEL

NOMBRES

Miguel Angel Perenguez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 13-ABR-1973
CUMBAL
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

02-DIC-1998 CUMBAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2303700-00254713-M-0087513595-20100910 0023842047A 2 34352545

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Edilma Jamioy Jamioy Identificado con C.C N° 41779 779 en calidad de: padre o madre (Madre), del niño o niña: Jhojan estiven Perenguez 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.

Edilma Jamioy
Madre o Acudiente
C.C 41779. 779

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 JHOJAN ESTIVEN PERENGUEZ JAMIOY, identificado (a) con documento de identidad número 1122343680. 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, EDILMA JAMIOY JAMIOY, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 41119779, 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 ETC

Suscriben:

Firma: Edilma Jamioy
Nombre: Edilma Jamioy
Calidad - Titular: MADRE Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 317 746 0393
Fecha: 02- ABRIL 2025
Municipio: SAN MIGUEL

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					

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					

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 Estiven Perenguez Jamioy

Fecha de nacimiento 21 05 2021 **N° Documento de Identidad** 1.122 345.680

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

Jhojan Estiven Perenguez Participo activamente en las experiencias Pedagogicas, Juego y Comparte con los Pares, realiza dibujos y hace descripcion de ellos, manifiesta emociones en diferente acontecimientos se compadre fortaleciendo sus destrezas y habilidades.

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

Estiven es un niño atento y cariñoso tanto con sus Padres como demas personas que lo rotean le gusta participar en las diferentes actividades que se realiza en la casita. le gusta compartir con las demas personas niños su vereditа.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

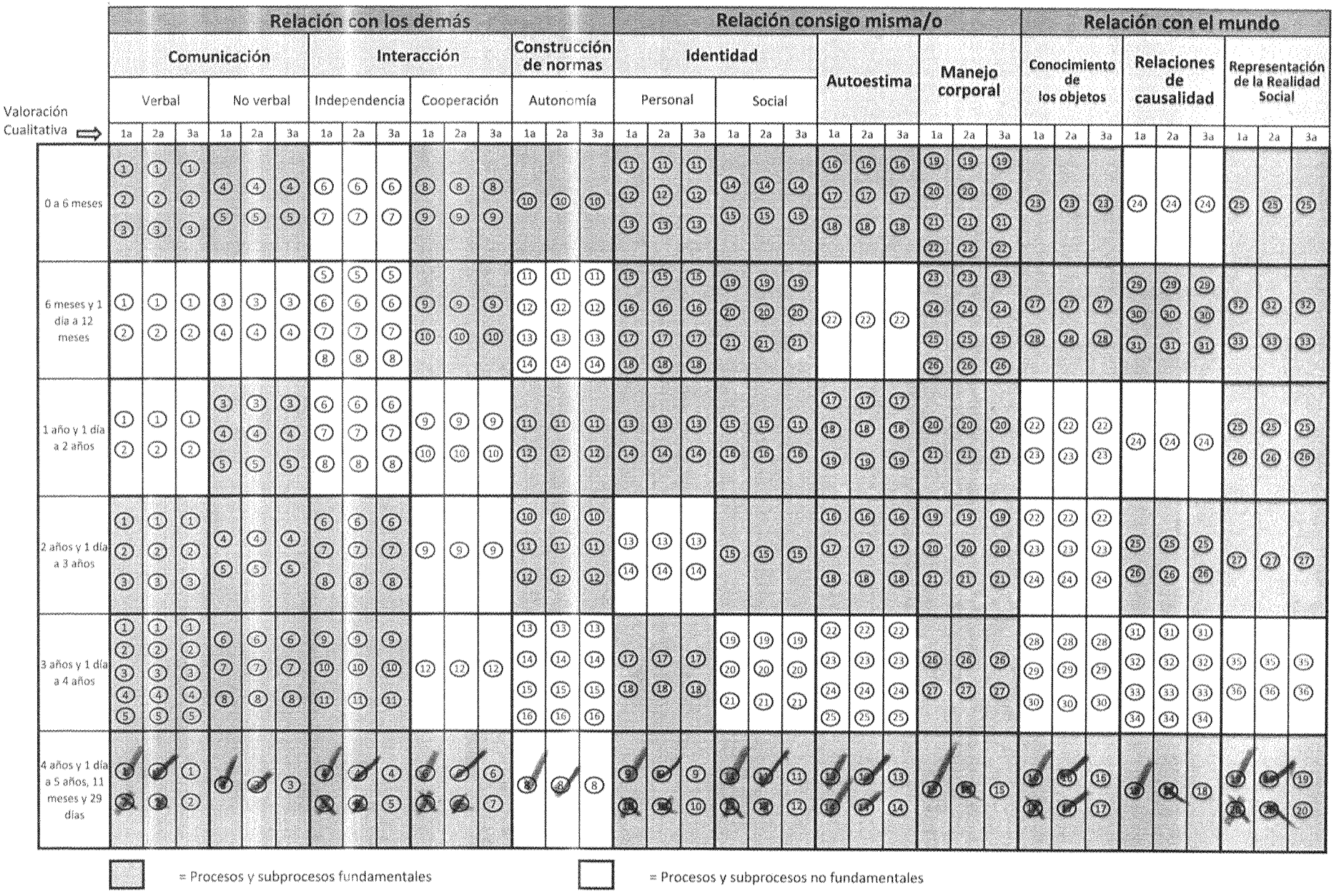
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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