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: 265 0/2024



FECHA SOLICITUD CUPO: 28/03/2023 FECHA INGRESO: 01/04/2025

UDS: Solecitos MUNICIPIO: San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
HEYLEN DIA CLAROS SIERRA

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1126461958

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? NA

FECHA NACIMIENTO: 30-11-2023 EDAD: 1 MUNICIPIO: San Miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: Palmira mandur ESTRATO: 1 ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: X NO: __

¿CUAL?: DIMF MOTIVO DEL RETIRO: NA

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: NA

EPS DEL PARTICIPANTE: Emssanar SUBSIDIADO: X CONTRIBUTIVO:

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X DIAGNOSTICO: NA

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: NA

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: NA

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: NA

TIENE SISBEN: SI: Y NO: __ PUNTAJE: A4 DESPLAZADO: SI: __ NO: X

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

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: __ NO: X CUAL: NA

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: lorenzo claros renza

No. IDENTIFICACION: 1126453238 DIRECCION RESIDENCIA: P/ Mandur

CELULAR: 3227326564 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: NA

NIVEL DE ESCOLARIDAD: NA PROFESIÓN: NA

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Estefania sierra Pinto

No. IDENTIFICACION: 1148437987 DIRECCION RESIDENCIA: P/ Mandur

CELULAR: 3227526564 E.P.S:

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: NA

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: NA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: NA

NUMERO IDENTIFICACION: NA CELULAR: NA

DIRECCION: NA PARENTESCO: NA

Estefania Sierra Pinto
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

ANDREA LOPEZ.
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

3215927434
llama

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.126.461.958

Indicativo Serial 63699161

63699161

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** Y 7 A

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

REGISTRADURIA DE VALLE DEL GUAMUEZ - COLOMBIA - PUTUMAYO - VALLE DEL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CLAROS	SIERRA

Nombre(s)

HEYLEN DAIA

Fecha de nacimiento											Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año	2	0	2	3	Mes	N	O	V	Día	3	0	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	NO.2312301076333

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

SIERRA PINTO ESTEFANIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 1.148.437.987	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

CLAROS RENZA LORENZO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.126.453.238	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CLAROS RENZA LORENZO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.126.453.238	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2024 Mes ENE Día 10	CARMEN PATRICIA CASANOVA YANDI
	Nombre y firma

dispapeles 60395

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A3

Fecha de consulta: 01/10/2025

Ficha: 86865049478000015117

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: HEYLEN DAIA

Apellidos: CLAROS SIERRA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1126461958

Municipio: Valle del Guamuéz

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/12/2023

Última actualización ciudadano: 10/05/2024

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**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: BELSY MILDRED GOMEZ ERASO

Dirección: Calle 7 No 5 - 20

Teléfono: 4282059 - 3134307915

Correo Electrónico: sisben@valledelguamuez-putumayo.gov.co

5

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	1126461958
NOMBRES	HEYLEN DAIA
APELLIDOS	CLAROS SIERRA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	VALLE DEL GUAMUEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	01/02/2025	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/01/2025 19:53:00	**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.

CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
04	Julio	2024	8:00 am		
2	Octubre	2024	8:00 am Inf		
30	11	2024	—	—	
09	12	2024	8:00	✓	
(05)30	05	2025	Jch		
2	Dic	2025	8:00 am Nidia		

E.S.E
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús



Nombres: Hoylen Daia.
Apellidos: Claros Sierra.
Fecha de nacimiento: 30 - Nov - 2023.
Lugar de nacimiento: pto Asis plyo
Identificación: RC. 1126.961.955.
Barrio/vereda: Loro ocho.
Responsable del niño: Stefania Sierra.
N° de Teléfono: 3166439891
E.P.S.: (A.C) 11B
Grupo Sanguíneo: ot

¡Mamita Segura! Lo mejor de nosotros para ti

IAMI INSTITUCION AMIGA DE LA MUJER Y LA INFANCIA

AIEPI Porque mi vida hay que protegerla hoy

PESO
TALL
REAN
PRUE
1 ra l
2 da

DA
APE
NOI
FEC
GR
EN
CO
CO
C
S

E.S.E. **Hospital**
Sagrado Corazón de Jesús

Nombre del menor: Heylen Dara Claros S

Identificación del menor: RC 1126461958

FECHA	PESO	TALLA	DX	FIRMA PROFESIONAL
16/04/24	7.1 Kg	64 cm	Adecuado	[illegible]
4-07 24	8 Kg	69 cm	Adecuado	[illegible]
6/06/25	10-1 kg	78 cm	Adecuado	[illegible]

APGAR FAMILIAR

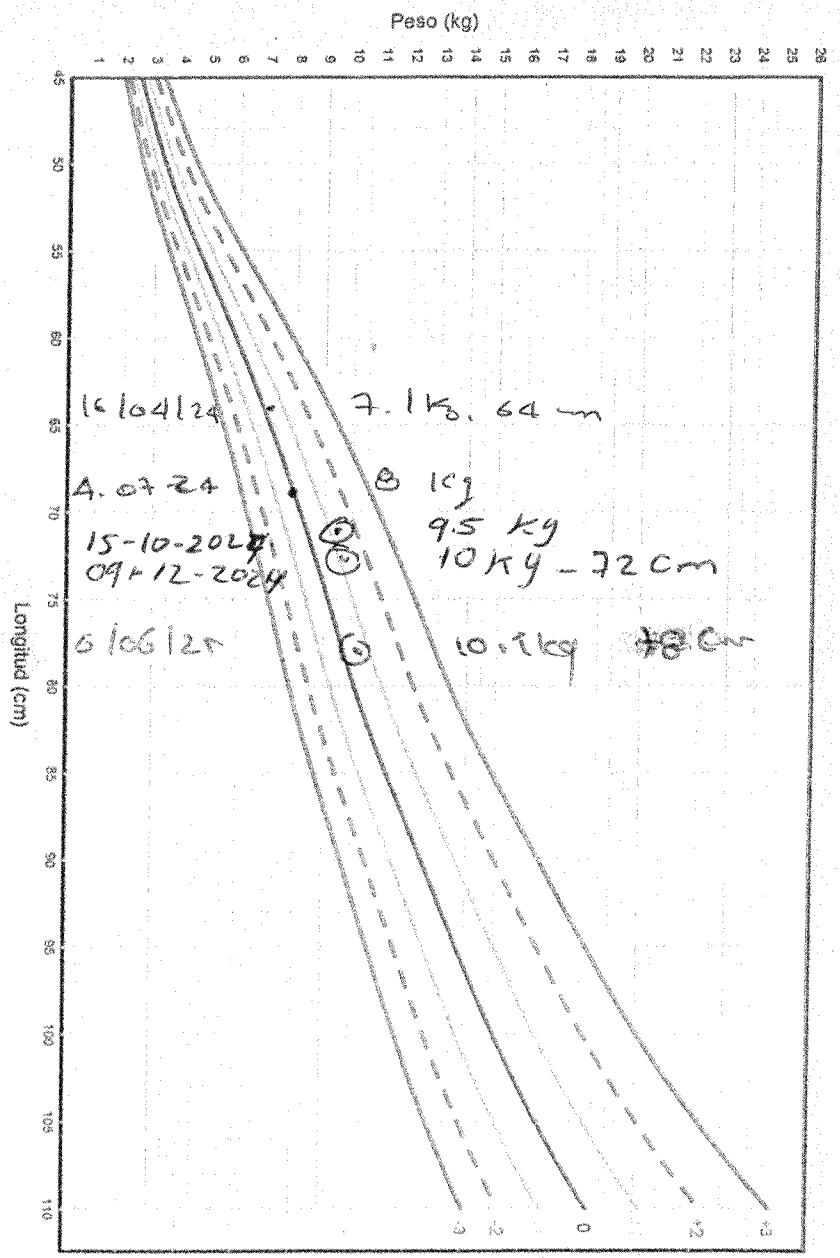
El APGAR FAMILIAR evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto y Recursos.

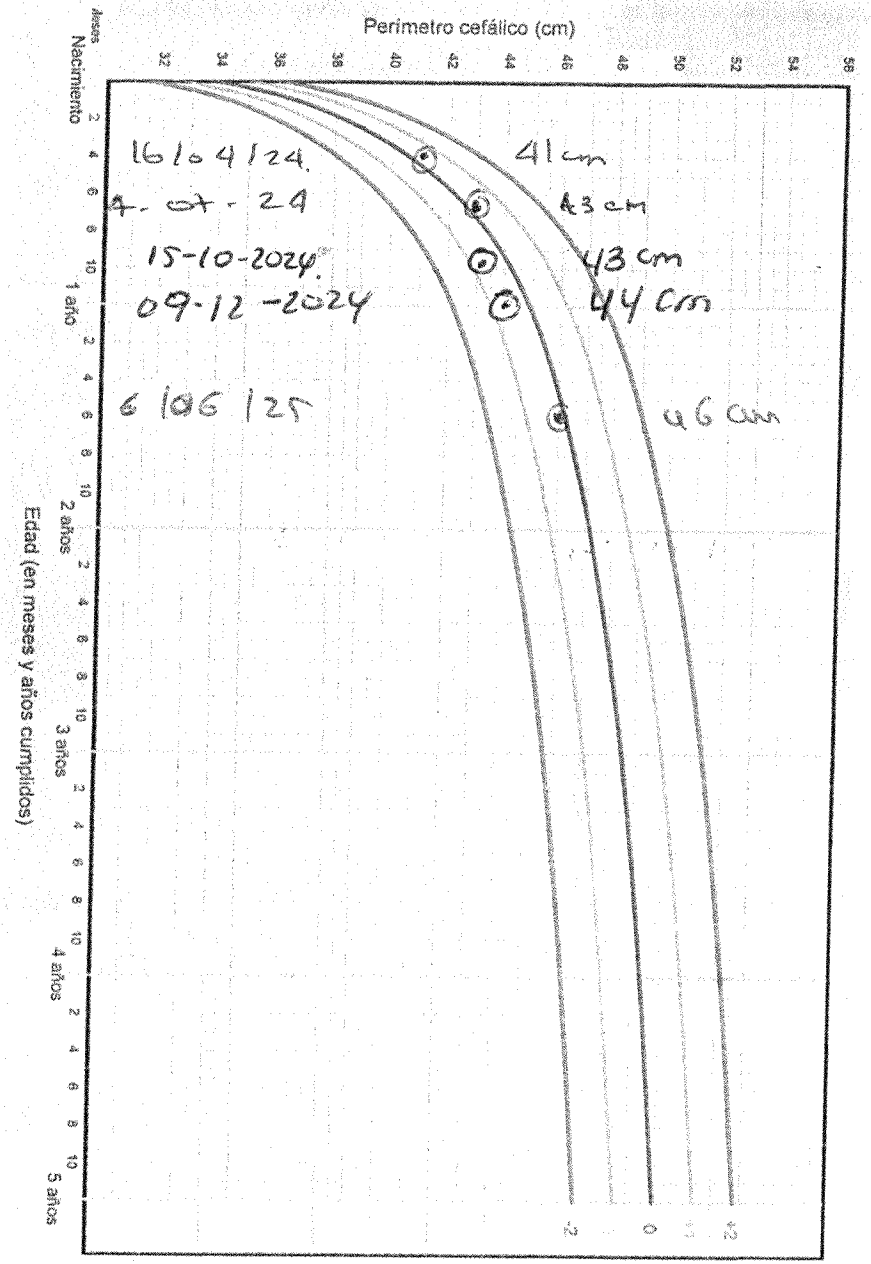
FUNCIÓN	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					✓
Me satisfacela participación que mi familia brinda y permite					✓
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					✓
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza y amor					✓
Me satisface como compartimos en familia: El tiempo para estar juntos Los espacios en la casa El dinero					✓

Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:
0: Nunca
1: Casi nunca
2: Algunas veces 3: Casi siempre
4. Siempre

Interpretación del puntaje:
-Normal: 17-20 puntos
-Disfunción leve: 16-13 puntos
-Disfunción moderada: 12-10 puntos
-Disfunción severa: Menor o igual a 9

FECHA DE VALORACIÓN	RESULTADO	INTERPRETACIÓN	CONDUCTA	FIRMA PROFESIONAL
16/04/24	18 puntos	Flra Fx	Educación	Duque.


Peso (kg)
Longitud (cm)
16/04/24
4.07.24
15-10-2024
09-12-2024
6/06/25
7.1kg, 64 cm
8 kg
9.5 kg
10 kg - 72 cm
10.2kg
Puntuación Z (0 a 2 años)


Perímetro cefálico (cm)
Edad (en meses y años cumplidos)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
16/04/24.
4.07.24
15-10-2024.
09-12-2024
6/06/25
41 cm
43 cm
43 cm
44 cm
46 cm
Puntuación Z (0 a 5 años)

Peso (kg)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
Puntuación Z (0 a 2 años)
+2
+1
0
-2
16/04/24
4.07.24
15-10-2024
09-12-2024
6/06/25
7.1 kg
8 kg
9.3 kg
10.1 kg

Longitud (cm)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
Puntuación Z (0 a 2 años)
+2
+1
0
-2
16/04/24
4.07.24
15-10-2024
09-12-2024
6/06/25
64 cm
69 cm
71 cm
72 cm

IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

72
RIV

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					
	Cardiopatia Congénita Compleja	Normal		Alterado					
	Visual	Normal		Alterado					
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA									

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

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL -AGUDEZA VISUAL

3 años	D	I	A		
4 años	D	I	A		
5 años	D	I	A		

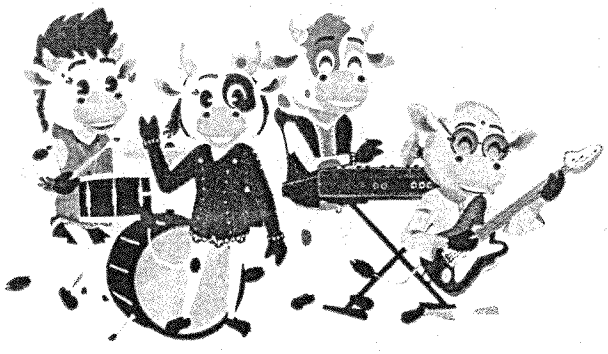
*Menor o igual a 20 normal

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

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

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

0 meses
2 meses
4 meses
6 meses
7 meses
12 meses
18 meses
5 años



Ministerio de Salud y protección Social

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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Ed Claros Sierra.
Fecha de nacimiento: 20 NOV 23.
N° de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1.126.461.95
Sexo: Femenino 39 sem
Grupo sanguíneo: O Positivo
Peso al nacer: 3295.g. 150 cm.
Dirección: [illegible]
Teléfono 1: [illegible]
Teléfono 2:
Responsable: Estefanía. Sierra.
Municipio de residencia: Valle Guamuez.
Departamento: Putumayo

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: Heylen Daia Claros Tipo identificación: RC No. ID: 1.126461958

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 ap. del vacunador
Recién nacido	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐											
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	30	Nov	23	Serum I. I	0 3 7 2 M A 0 5 2	H local p/c Asv				Maria
	Hepatitis B	Recien nacido	30	Nov	23	Serum I. I	0 3 2 2 Y 0 0 9 A	H local p/c Asv				Maria
2 meses	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.°	30	Ene	2024	Bilthoven	2 2 3 3 0 0 5	HSCJ				Leonisa Gimez C.C. 1117 AUX. ENFERME
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	1.°	30	Ene	2024	Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A	HSCJ				
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	1.°	30	Ene	2024	Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A	HSCJ				
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°	30	Ene	2024	Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A	HSCJ				
	Diarrea por rotavirus	1.°	30	Ene	2024	GSK	A R 0 L D 7 5 0 A A	HSCJ				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	30	Ene	2024	Pfizer	F H 9 9 2 5	HSCJ				Leonisa
4 meses	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐								30 marzo 2024			
	Poliomielitis (VIP)	2.°	30	Mar	2024	Bilthoen.	2 2 3 3 0 0 5	HSCJ				Ludivia Criollo Ma Reg No 8740-1 AUX ENFERME
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	2.°	30	Mar	2024	Serum	2 8 5 2 Y 0 0 9 F	HSCJ				
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	2.°	30	Mar	2024	Serum	2 8 5 2 Y 0 0 9 F	HSCJ				
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°	30	Mar	2024	Serum	2 8 5 2 Y 0 0 9 F	HSCJ				
	Diarrea por rotavirus	2.°	30	Mar	2024	GSK	A R 0 L D 7 9 3 A C.	HSCJ				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	30	Mar	2024	Pfizer	G J 8 6 3 6	HSCJ				Ludivia
6 meses	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.°	4	Junio	2024	Bill	2 2 3 3 0 0 5	HSCJ	30 Mayo 2024			Leon
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	3.°	4	Junio	2024	Serum	2 8 5 2 4 0 1 1 A	HSCJ				Leon
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	3.°	4	Junio	2024	Serum	2 8 5 2 4 0 1 1 A	HSCJ				Leon
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°	4	Junio	2024	Serum	2 8 5 2 4 0 1 1 A	HSCJ				Leon
	Influenza estacional	1.°	4	JUNIO	2024	Butantan	2 4 0 0 9 4 9	HSCJ				Leonisa
7 meses	Influenza estacional	2.°	4	Julio	2024	Butantan	2 4 0 0 9 4 9	HSCJ	4 Julio 2024			
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	05	12	24	Serum	0 1 3 2 N 0 7 4 B	HFD				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	05	12	24	Pfizer	6 X 1 9 1 2	HFD	30 Noviem bre 2024			
	Varicela	2.°	05	12	24	Merck	X 0 2 7 3 5 3	HFD				
	Hepatitis A	Única	05	12	24	MSD	2 0 2 2 0 7 0 4 5	HFD				
	Influenza estacional	Anual	12	05	25	Sequirus	P 1 0 8 7 9 2 7 9 4	HFD				Isabel
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	1.° Refuerzo	5	Jun	25	Bill.	2 4 0 6 0 0 1		CITA			Leonisa
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.° Refuerzo	3	Jun	25	Serum.	2 8 5 3 X 0 2 1 F		04- JUNIO			Leonisa
	Fiebre amarilla	Única	05	12	24	Fiocruz	2 3 1 0 7 C 0 0 8 F	HFD	2025.			Isab
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	2. °Refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2. °Refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	5	Jun	2025	Serum	O 1 3 J M 1 20		30 Noviemb re 2028			Leonisa G
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
Vacunas complementarias y otras dosis												

Busca en las vacunas las gratis hasta de 18 años

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.

30 NOVIEMBRE 2024

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
Servimos con amor

NIT. 846.002.309-9

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-COV-2 / COVID-19

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos | Minsalud

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 14 MES 04 AÑO 2025 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Heylen Daia APELLIDOS Claros Sierra

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.126.467.958

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 30 MES: 11 AÑO: 2023 / EDAD: 1 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación. Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

Refiere miedo a la reacción de 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 Covid-19 Primera dosis [ ] Segunda dosis [ ] dosis única [ ] Ninguna dosis
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES

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

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

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

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

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

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

Firma de la persona: Estefania Sierra Pinto

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

Nombres Estefania Apellidos Sierra Pinto

Tipo de Identificación: CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.148.437.987.

Firma: Estefania Sierra Pinto

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar _____, identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma

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

de _____

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

Firma del Rogado
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador:

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLB

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.148.437.987

Apellidos
SIERRA PINTO

Nombres
ESTEFANIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.53

Sexo
F

Fecha de nacimiento
06 AGO 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
MONTELÍBANO (CORDOBA)

Fecha y lugar de expedición
27 AGO 2024, SAN MIGUEL(LA DORADA)

Firma

Fecha de expiración
28 AGO 2034

00
053572873

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL053572873664018<<<<<<<<<<
0608060F3408283COL1148437987<1
SIERRA<PINTO<<ESTEFANIA<<<<<<<

para pase lizbeth



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.126.453.238**

CLAROS RENZA

APELLIDOS

LORENZO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **08-JUL-1992**

VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

13-JUL-2010 VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

R-6402800-00639940-M-1126453238-20141112 0041017469A 1 42888566

76
RIV

CONTROL DE CITAS

Este carné es un documento de identificación como usuario de los servicios del Hospital; tratelo con cuidado y no lo pierda pues su duplicado tiene un valor de $2.000

Debe ser puntual en el cumplimiento de su cita de Higiene Oral. Si no se presenta en la hora fijada perderá su turno y tendrá que sacar una nueva cita.

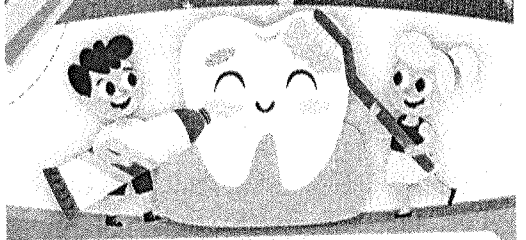
De la asistencia a su cita depende del éxito del tratamiento.

Si por atender a un usuario de cuidado urgente, usted sufre alguna demora en ser atendido, rogamos nos excuse.

Calidad y oportunidad en los servicios

E.S.E.
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús

HIGIENE ORAL



NOMBRES Y APELLIDOS
Iteylen Claus S

IDENTIFICACIÓN | N°. HISTORIA CLÍNICA
1776461958 | 116

DOMICILIO
V/ duo 7

¡Una buena higiene oral para una salud total!

CP	F	S	D	PRÓXIMA CITA	PRÓXIMA CITA
✓	✓			6 - junio 2025	6 - 12 2025
					Adriana Chaves Higienista Oral 21108966

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Estefanía Sierra Pinto Identificado con C.C N° 1.148.437.987 en calidad de: padre o madre (madre), del niño o niña: Hayen Daira Duran Sierra o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Solecitos, 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 14 Días del mes de Abril del Año 2025.

Estefanía Sierra Pinto
Madre o Acudiente
C.C 1148437987

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 Heylen Dara Clarys Sierra, identificado (a) con documento de identidad número 1126461958, 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, Estefanía Sierra Pinto, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1148437987 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 Fundación Alma de vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa EJE.

Suscriben:

Firma: Estefanía Sierra Pinto
Nombre: Estefanía Sierra Pinto
Calidad - Titular: Madre Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3227526564
Fecha: 14-04-2025
Municipio: San Miguel Putumayo

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

79
R1v

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Lisbeth Diaz G. NOMBRE UCA: Solecito s

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Heylen Dara Claros Sierra IDENTIFICACIO: 1.126.461.958 FECHA DE NACIMIENTO: 30-11-2023

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					

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					

de cero a Siempre

Ciudad La Dorada - San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Heylen Daira Claros Sierra

Fecha de nacimiento 30 11 2023 **N° Documento de identidad** 1.176.461.958

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** 14 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Lisbeth Daniela Diaz Guerrero

Fecha de registro cualitativo 15 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

Se evidencia que Heylen Daira presenta diferentes destrezas y habilidades, realiza actividades acordes a su rango de edad como: usa palabras para comunicar como se siente, camina solo, sigue con la mirada cuando una persona señala algo.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Lisbeth Diaz Guerrero

Fecha de registro cualitativo 16 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

Heylen Daira realiza actividades acordes a su rango de edad como: comienza a usar la cuchara o el tenedor para comer, le gusta estar con otros niños, le gusta escuchar cuentos y canciones, comparte objetos o juguetes con otros niños.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

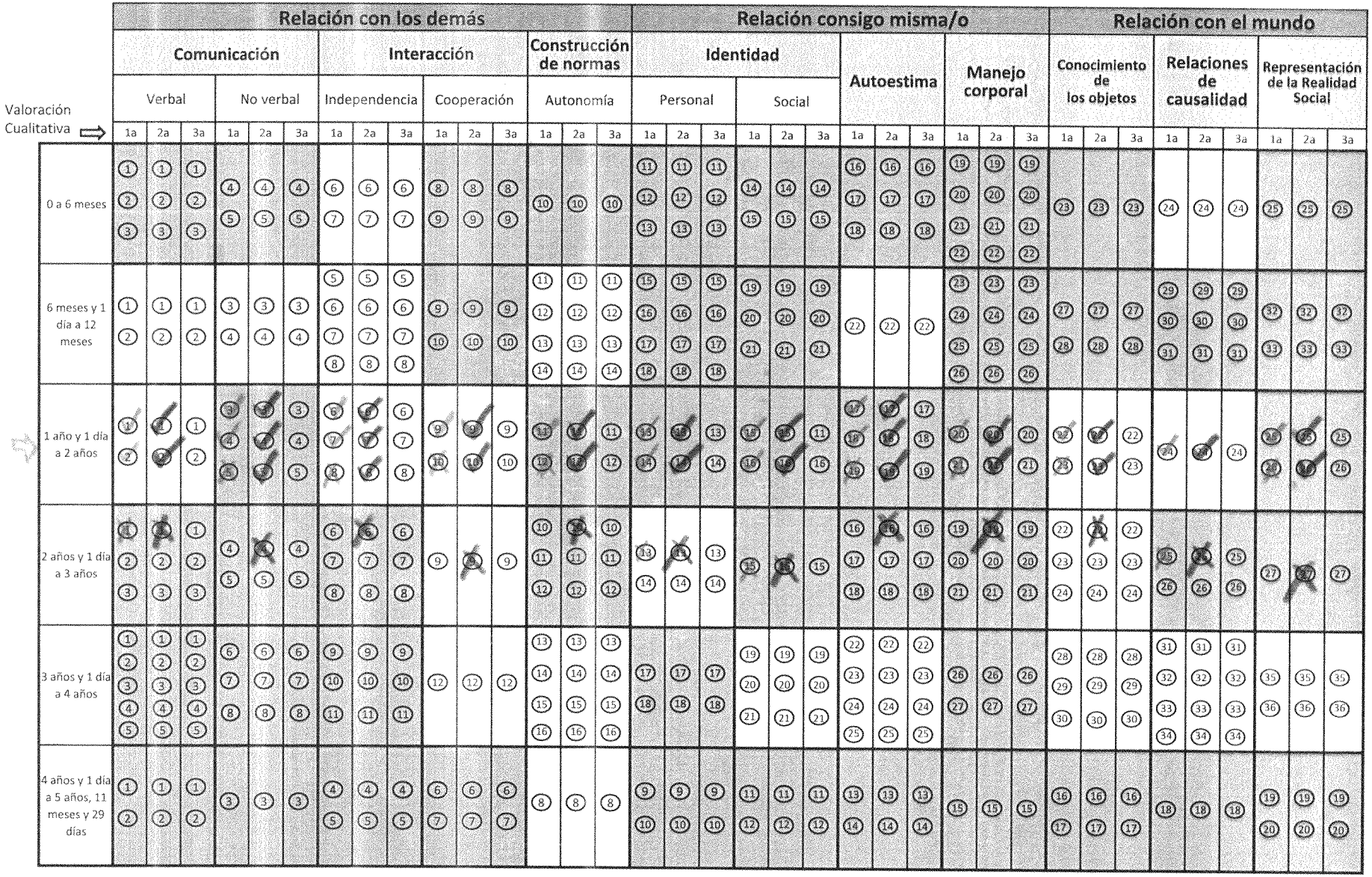
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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
Comunicación
Interacción
Construcción de normas
Relación consigo misma/o
Identidad
Autoestima
Manejo corporal
Relación con el mundo
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