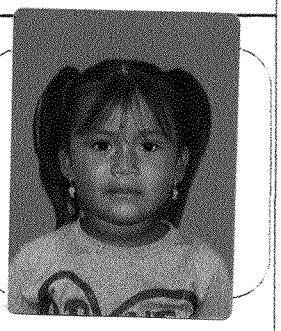
Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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: 28/03/2025 **FECHA INGRESO:** 01/04/2025

UDS: Soledtos **MUNICIPIO:** San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE: Didi Thalia Motumbajoy Criollo

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1241.442.766

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 22-Sep-2021 **EDAD:** 3 años **MUNICIPIO:** Cali

DEPARTAMENTO: Valle del cauca **PAIS:** Colombia **DIRECCION DE RESIDENCIA:** Vl. El Vetano **ESTRATO:** 1 **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: X NO: ____

¿CUAL?: DIME. **MOTIVO DEL RETIRO:** N/A

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

EPS DEL PARTICIPANTE: Emssanar **SUBSIDIADO:** X **CONTRIBUTIVO:**

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X **DIAGNOSTICO:** 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: A3 **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: N/A

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: N/A

No. IDENTIFICACION: N/A **DIRECCION RESIDENCIA:** N/A

CELULAR: N/A **E.P.S:** N/A

OCUPACION U OFICIO: N/A

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Leidy Carolina Motumbajoy Criollo

No. IDENTIFICACION: 1.125.179.919 **DIRECCION RESIDENCIA:** Vl. Elvetano

CELULAR: 3135258523 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Claudia Milena Criollo Gonzalez

NUMERO IDENTIFICACION: 41.745.444 **CELULAR:** 3135955432

DIRECCION: Vl. El vetano **PARENTESCO:** Abuela

leydy carolina.
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1241442766

Indicativo Serial 62110689

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI NOTARIA 17 CALI

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MUTUMBAJOY	CRIOLLO

Nombre(s): DIDI THALIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes SEP Día 22	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección): COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
TESTIGOS	

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: MUTUMBAJOY CRIOLLO LEIDY CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI No. 1125179919	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:

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
SIN INFORMACIÓN	

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CRIOLLO GONZALEZ CLAUDIA MILENA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 41145444	claudia criollo

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: CORTES BALLESTEROS ELIZABETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 69030423	NO Firma.

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: VALLESTEROS GLADYS MARICELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 31436011	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes JUL Día 15	MARIA FERNANDA MENDOZA PATIÑO (E) NOTARIO DEL CIRCULO DE CALI
	Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA

. SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

4

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A3

Fecha de consulta: 01/10/2025

Ficha: 867576741052800008985

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DIDI THALIA

Apellidos: MUTUMBAJOY CRIOLLO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1241442766

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/05/2024

Última actualización ciudadano: 23/05/2024

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: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-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	1241442766
NOMBRES	DIDI THALIA
APELLIDOS	MUTUMBAJOY CRIOLLO
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	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	26/04/2024	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/01/2025 19:56:29	**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.

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

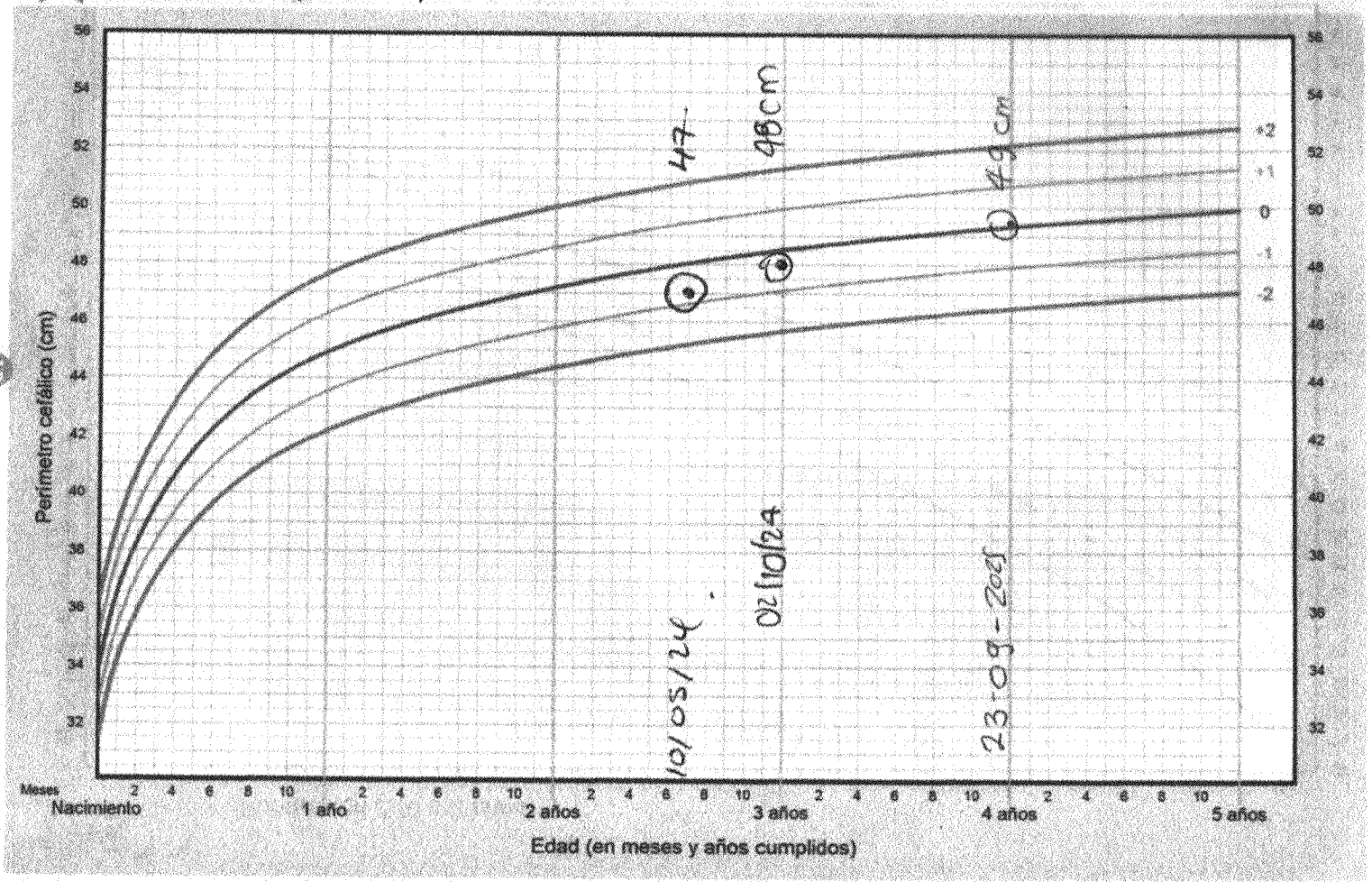
MIS DATOS

Nombres: Didi Thalia	Apellidos: Mutumbajoy Criollo
Fecha de nacimiento: 22 (DÍA) | 09 (MES) | 2021 (AÑO)	Historia Clínica: 1241442766
Barrio/Vereda: V/el Vetano	Responsable del niño: Leidy Mutumbajoy
Teléfono: 3135258523	EPS: Emssanar

7
R1V

Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



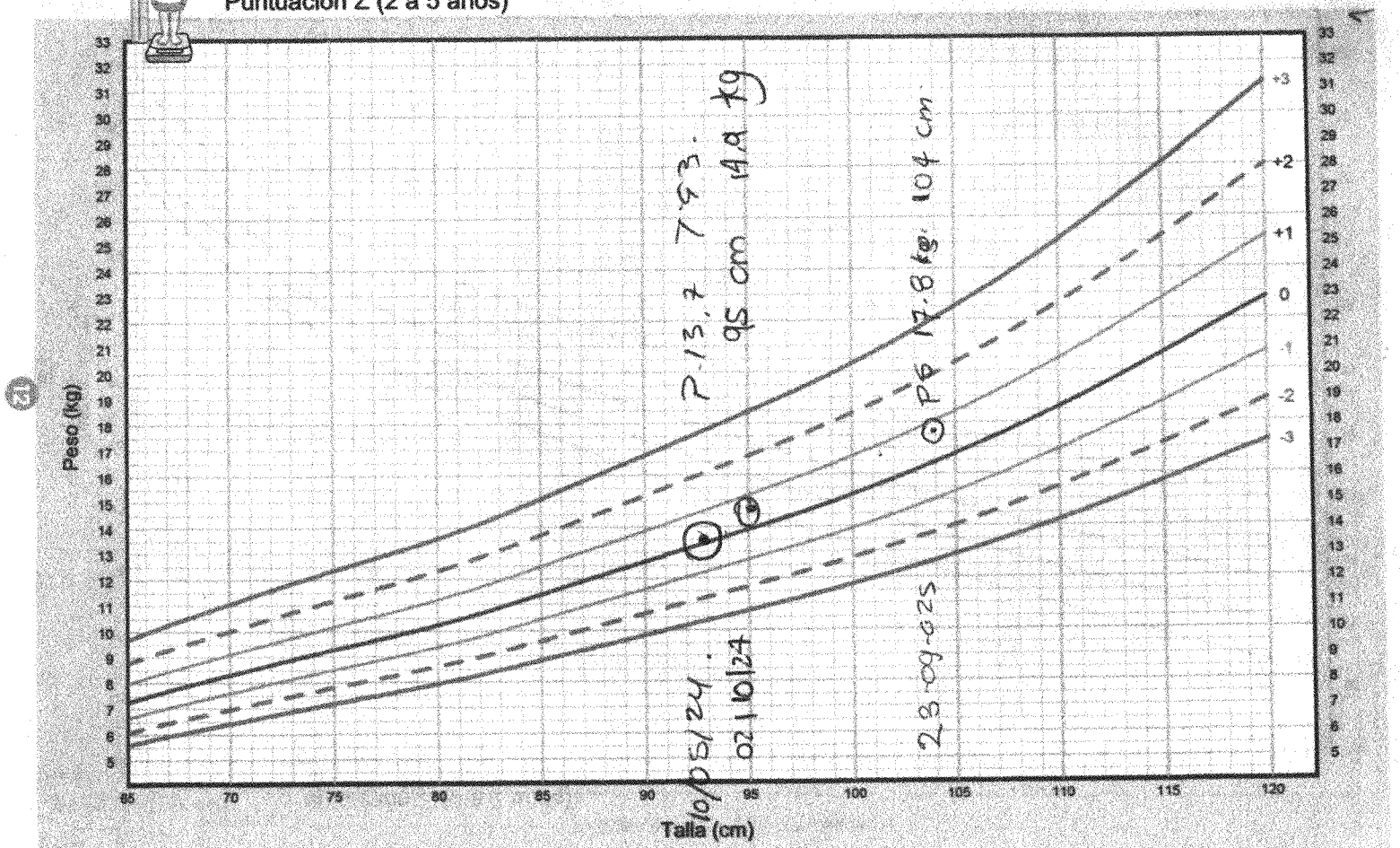


Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

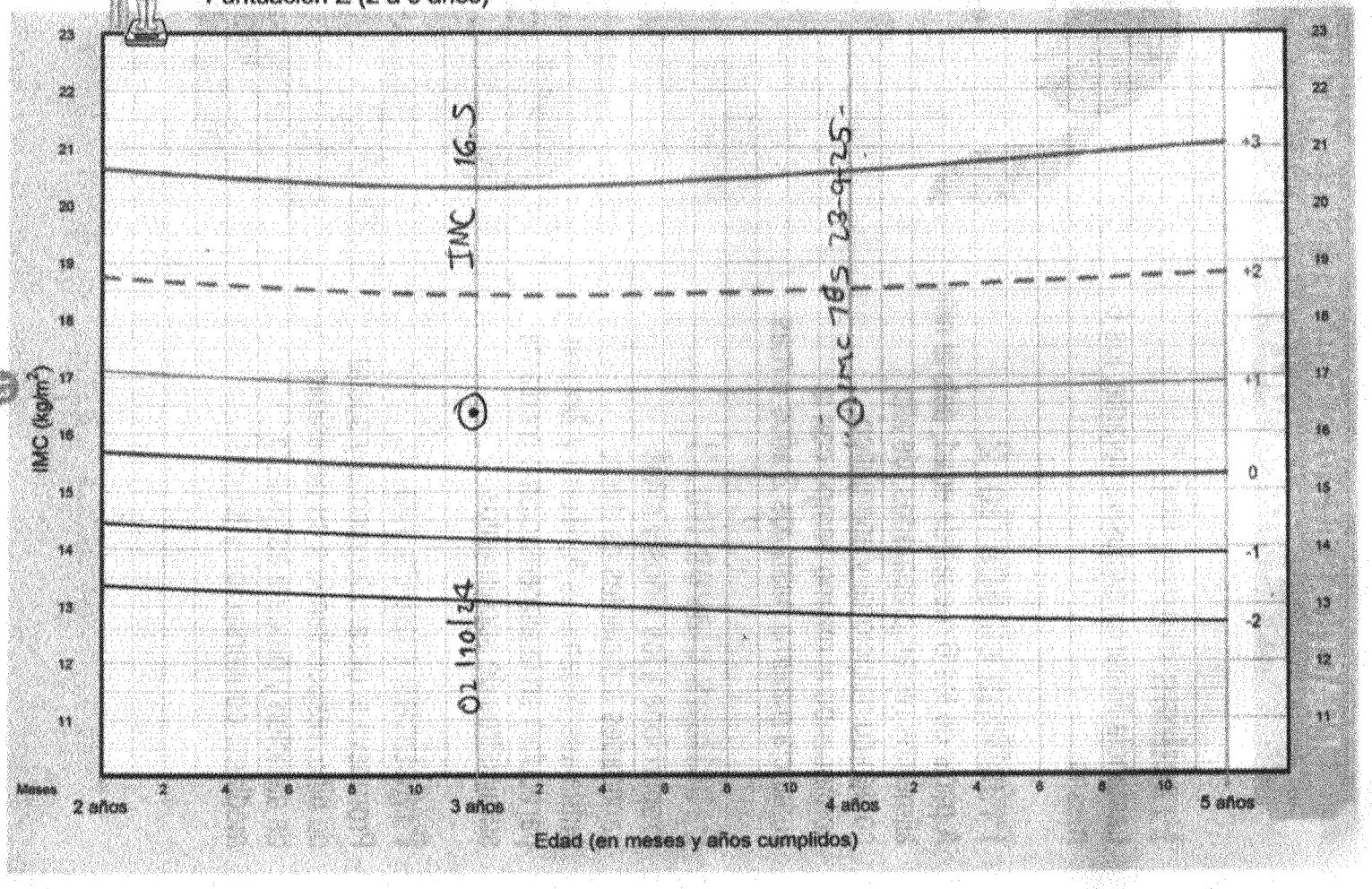
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO SI	ASISTIO NO
10	Mayo	2024	Medico	si ✓	Dra. Magaly Cabrera Médico General R.M. 67027189-Univalle
22	Sept	2024	Med.	✓	Julissa A Vargas
23	Sept	2025	Enfermo	si ✓	Milena C
22	septiembre	2026	Medico	Cita	

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
10/05/24	13,7	93	47	16	15,8	22/09/24	Dra. Magaly Cabrera Médico General R.M. 67027189-Univalle
02/10/24	14,9	95	48	16	16.5	22/09/25	Julissa A. Vargas
22-09-2025	17.8	104	49	17	16,5	22-09-2026	Milena C

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

Tuberculosis meningea, Hepatitis B, Poliomielitis, Meningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus Influenzae tipo B, Difteria, Tosferina, Tétanos, Diarrea por rotavirus; Neumonía, Otitis, Meningitis bacteriemia causada por Neumococo, Enfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, Sarampión, Rubéola, Parotiditis, Varicela, Hepatitis A, Fiebre Amarilla y Virus del Papiloma Humano.



Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

Ministerio de Salud y Protección Social

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

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

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							
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado							
	Visual	Normal		Alterado							

ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA											

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años										5/*	NO *
4 años										5/*	NO *
5 años										5/*	NO *

*Menor o igual a 20 normal

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega											
2.ª entrega											
3.ª entrega											

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL



Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: bdi Thalia Mutumbajoy Cnollo

[x] [ ] [ ] Tipo de Documento: 1.291.942.766 No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 21 09 2021

Sexo: femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: Talla:

Dirección:

Teléfono 1: 3135258523

Teléfono 2:

Responsable: Mutumbajoy Cnollo Jenly Carolina

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

1.125.779.919.

Nombres y Apellidos: _____ **Tipo de Indentificación** _____ **No. ID:** _____

	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Numero de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién Nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	29	03	21	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Hepatitis B	Recién nacido	27	07	21	Serum	0 3 7 9 0 8 9					
						Serum	0 3 2 6 0 7 1 A	HMUS.				poola c.
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	1ª	27	10	21	Biologicals	2 0 1 7 0 0 4					
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	27	10	21	Serum	2 8 5 0 4 0	H.F.C.D.				Lida.
	Hepatitis B	1ª	27	10	21	Serum	2 8 5 0 4 0					
	Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	27	10	21	Serum	2 8 5 0 4 0					
	Diarrea por rotavirus	1ª	27	10	21	GSK	A P O L C 7 7 4 A					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	27	10	21	Pfizer	A 5 P N 3					
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	2ª	10	05	22	Biologicals	2 0 1 7 0 0 4					
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	10	04	22	Serum	2 8 5 0 4 0					
	Hepatitis B	2ª	10	04	22	Serum	2 8 5 0 4 0					
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	10	04	22	Serum	2 8 5 0 4 0	P.J Condor				Lido.
	Diarrea por rotavirus	2ª	Pierde por la edad									
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	11	04	22	Pfizer.	A 5 P N 3					
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	3ª				Pierde						
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	10	05	22	Serum	2 8 5 0 4 0					
	Hepatitis B	3ª	10	05	22	Serum	2 8 5 0 4 0	P.J Condor				Lido.
	Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	10	05	22	Serum	2 8 5 0 4 0					
	Influenza estacional	1ª	11	04	22	Butantan	U 3 3 7 3					
7 meses	Influenza estacional	2ª	10	05	22	Butantan	U 3 3 7 3	P.J Condor				Lido.
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	22	11	22	Serum	0 1 3 0 N 1 5 14					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	10	05	22	Pfizer.	A 5 P N B	Cenaci				Cenaci
	Varicela	1ª				Pierde.						
	Hepatitis A	Única				Pierde.						
	*Influenza estacional	Anual	29	05	24	Butantan	3 9 0 0 9 7 4 00	HTLN				Isabel M
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	18	02	23	Serum	2 0 9 0 3 2 2					
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo	16	02	23	Serum	2 2 1 1 0 0 6 2 1 B	P.J Condor				Lida.
	**Fiebre Amarilla	Única	26	11	23	Sanofi	U 3 10 3 6	P.J Condor.				Lido.
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	10	11	22	Serum	0 1 8 0 N 1 5 14	P.J Condor.				Lida
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª										
		2ª										
		3ª										
Sin rango de edad	Covid-19	1ª										
		2ª										
		1er Refuerzo										
		2do Refuerzo										
Vacunas extramurales y otras dosis												

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

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

11
RN

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 Didi Thalia APELLIDOS Mutumbajoy Criollo

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [x] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.241.442.766

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 22 MES: 09 AÑO: 2021 / EDAD: 3 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)

Refrere 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 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: leydy carolina

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

Nombres Leidy Carolina Apellidos Mutumbajoy Criollo

Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.125.179.979

Firma: leydy carolina

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): HUD

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

12

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
MUTUMBAJOY CRIOLLO

NUIP 1.125.179.919

Nombres
LEIDY CAROLINA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
F

Fecha de nacimiento
16 JUN 2005

G.S
O+

Lugar de nacimiento
PUERTO GUZMAN (PUTUMAYO)

Fecha y Lugar de expedición
09 FEB 2024, SAN MIGUEL(LA DORADA)

Firma
Leidy Carolina

Fecha de expiración
09 FEB 2034

CO

0396043 92

REGISTRADOR NACIONAL
Hernan Penagos Giraldo

ICCOL039604392464018<<<<<<<<<<
0506166F3402096COL11251799 19<6
MUTUMBAJOY<CRIOLLO<<LEIDY<CARO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **41.145.444**

CRIOLLO GONZALEZ

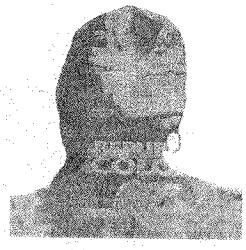
APELLIDOS

CLAUDIA MILENA

NOMBRES

claudia criollo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-ABR-1983**

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-MAR-2003 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-6401800-00874818-F-0041145444-20161230 0052935605A 2 47066827

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

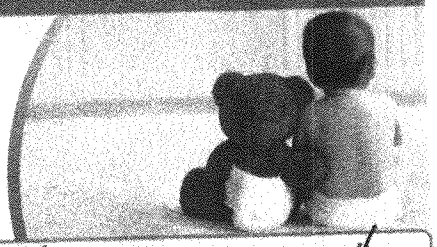
GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Didi Matabanoy Giraldo

Doc. de identidad: 1241427166. EPS: 118

Teléfono: 3135288523 Domicilio: U/ Betania

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														
		Atención en salud por enfermería														
		Atención en salud bucal por odontología														
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna														
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor								18-05-24		25-11-2024	26-NOV-2025			
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana								0-11-24		26-NOV-2025	26-NOV-2025			
		Aplicación de sellantes (según criterio)								18-05-24		25-11-2024	26-NOV-2025			
	V	Vacunación														

Yuly Vanessa Correa Rodriguez
ENFERMERA PROFESIONAL
C.C 1094929731

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

Agudeza visual -> Normal 20/20 Normal

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Leidy Carolina Mutumbajoy Identificado con C.C N° 1.125.179.979 en calidad de: padre o madre (Madre), del niño o niña: Didi Thalia Mutumbajoy Criollo 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.

leidy carolina mutumbajoy C.
Madre o Acudiente
C.C 1125179979

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 Didi Thalia Mosquera Criollo, identificado (a) con documento de identidad número 1121442766, 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, Leidy carolina Mosquera criollo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1125179219, 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 EJC.

Suscriben:

Firma: leidy carolina
Nombre: leidy carolina
Calidad - Titular: Mad.c Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3135258523
Fecha: 14-04-2025
Municipio: San Miguel. putumayo.

COPIA CONTROLADA

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

17 RIV

NOMBRE DE LA MAESTRO (A): _____ **UBICACIÓN SALÓN:** _____

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

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

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	COMPROMISO
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN					

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad La Dorada - San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Didi Thalia Matamba Cadlo

Fecha de nacimiento 22 09 2021 **N° Documento de Identidad** 1.241.442.766

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Lisbeth Ocal 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 la niña Didi Thalia presenta diferentes destrezas y habilidades realizando actividades acordes a su rango de edad. como: pregunta el porque de las cosas, aprende y le gusta intentar nuevos juegos o actividades Nuevas.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Lisbeth Ocal 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

Didi thalia realiza actividades acordes a su rango de edad como: realiza dibujos y hace una descripción de lo que dibujo, reconoce las diferencias físicas entre un hombre y mujer, no se lastima a propósito. no se evidencian dificultades en su desarrollo

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

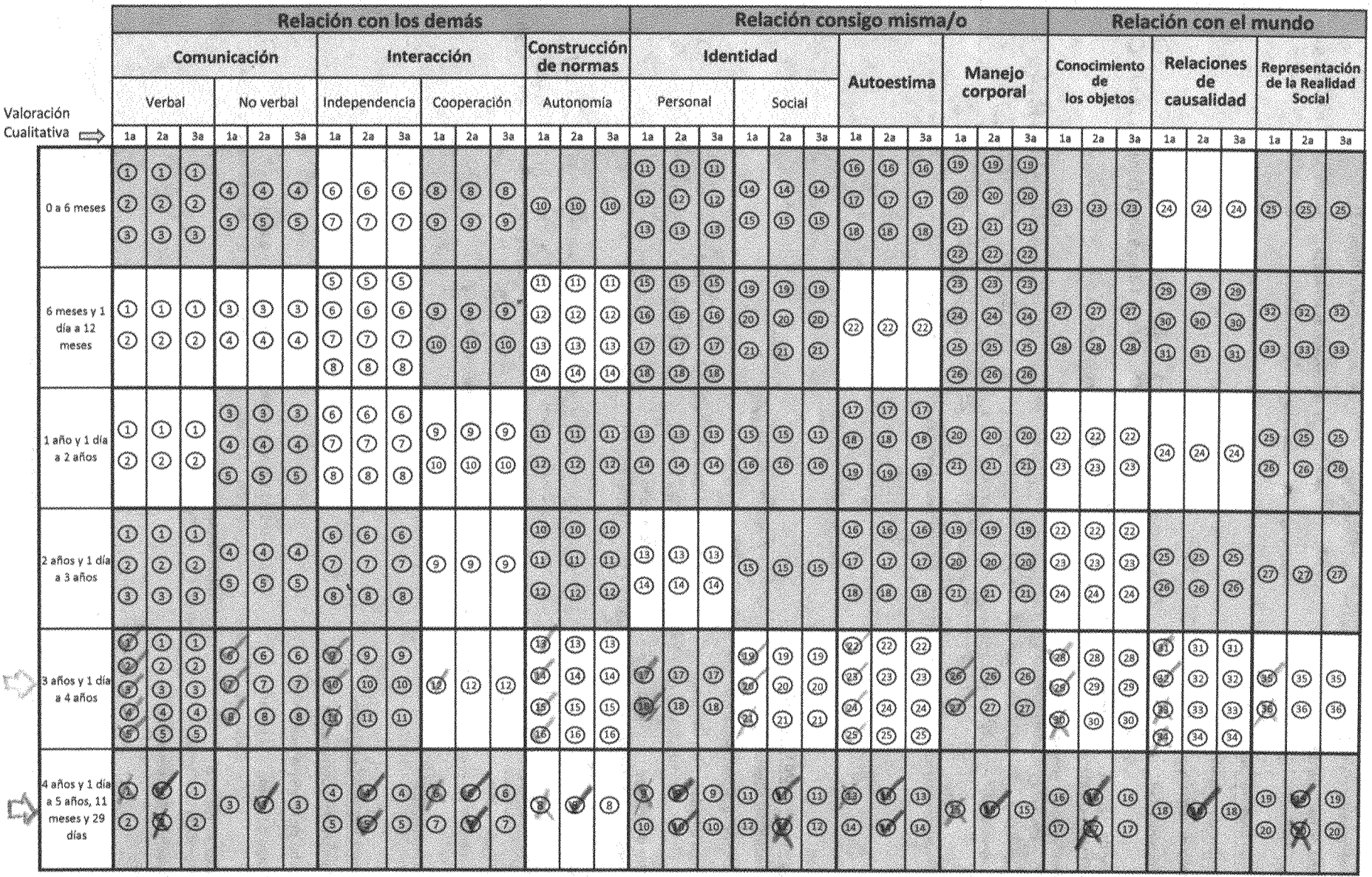
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

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



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL