Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

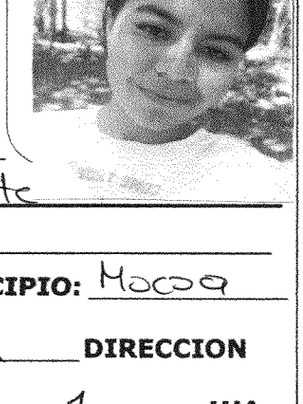
LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

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: 28/10/2025 **FECHA INGRESO:** 1/nov/2025

UCA: Mrs Angelitos **MUNICIPIO:** San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Jessica Tandioy Mavisoy

TIENE REGISTRO CIVIL: SI__ NO X **NUIP No.** CC. 1006948858

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? Madre Gestante

FECHA NACIMIENTO: 19/11/2000 **EDAD:** 24 años **MUNICIPIO:** Mocoa

DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** Colombia **DIRECCION DE RESIDENCIA:** V/ Espinal **ESTRATO:** 1 **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: _____ NO: X

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

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

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

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

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

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

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

TIENE SISBEN: SI: X NO: __ PUNTAJE: B4 **DESPLAZADO:** SI: X NO:

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: X NO: _____ **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: 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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Josue Rodrigo Montenegro

NUMERO IDENTIFICACION: 1006850378 **CELULAR:** 3138146415

DIRECCION: V/ Espinal **PARENTESCO:** Conyuge

Jessica Tandioy
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Alba Bravo
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.006.948.858



Apellidos
TANDIOY MAVISOY

Nombres
JESSICA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.50

Sexo
F

Fecha de nacimiento
19 NOV 2000

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
MOCOA (PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición
26 NOV 2018, SOACHA

Fecha de expiración
21 MAYO 2035

Firma

Jessica Tandioy

.CO

062175948

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL062175948615247<<<<<<<<<<<
0011190F3505218COL1006948858<2
TANDIOY<MAVISOY<<JESSICA<<<<<<

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B4

Fecha de consulta: 29/10/2025

Ficha: 867576741052800012164

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **JESSICA**

Apellidos: **TANDIOY MAVISOY**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **1006948858**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **07/05/2025**

Última actualización ciudadano: **07/05/2025**

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 MONTE**

Dirección: **Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libert**

Teléfono: **4210537 - 32131387**

Correo Electrónico: **sisben@sanmiguel-putumayo.gov**

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1006948858
NOMBRES	JESSICA
APELLIDOS	TANDIOY MAVISOY
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	01/02/2025	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/29/2025 22:07:53	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

-3176686873 → Maternas
-2134769618 → Ginecología

CARNET CLÍNICO MATERNO - PERINATAL - CLAP - OPS/OMS

EL COLOR SIGNIFICA ALERTA

NOMBRES Y APELLIDOS: Yesica Fandiño Revisoy
DIRECCIÓN: V. Los Prados.
TELÉFONO: 2138146415 OCUPACIÓN: Ama de casa.
FECHA DE NACIMIENTO: 19/11/2000

ESPECIAL: Gestante; Puérpera de 6 semanas; Adolescente; Otro
ETNIA: Indígena; Afro-; Gitano; Raizal
ESTUDIOS: Ninguno; Primaria; Secundaria; Técnico; Universitario; Años aprobados: 11
ESTADO CIVIL: Casada; Unión libre; Soltera; Otro
LEE Y ESCRIBE: SI; No
IDENTIFICACIÓN: H.F.L.D
NÚMERO HISTORIA CLÍNICA: 1006948858
ORIGEN: Cabecera; Resto Municipal; Cabecera Lejana; Área rural dispersa; Otro
ACUDIENTE: Compañero; Esposo; Madre; Otro
NOMBRE ACUDIENTE: Hollman

ANTECEDENTES

FAMILIARES: TBC; diabetes; hipertensión; malformaciones congénitas; cáncer; otros
PERSONALES: Cirugías; Hipertensión; Diabetes; Cáncer ginecológico; Cardiopatía; Asma; Trastornos convulsivos; Otros

CONSEJERÍA

Gestas anteriores: 0; abortos: 0; vaginales: 0; cesáreas: 0; vivos: 0
Último parto: Normal; <2500 g; >= 4000 g; Más de una gestación; Gemelar
2 o más partos consecutivos
Muertos 1 sem; Muertos 1 mes; Nacidos muertos
Vivos: Presente; Ausente; Después 1 sem
Fin embarazo anterior: día mes año; menos de 1 año; más de 5 años
EMBARAZO PLANEADO/DESEADO: SI; No
FRACASO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO: Ninguno; Hormonal; DIU; Barrera; Esterilización; Natural; Otro

GESTACIÓN ACTUAL

Valvulares: 150
Gestación múltiple: 01
Peso anterior: 61
FPP: día 05 mes 10 año 25
Es confiable FPP: SI; NO; FUM; Eco<20s
FUMA: SI; NO; Cuántos
CIGARRILLOS/DÍA: Cantidad
ALCOHOL: SI; NO
DROGAS: SI; NO
ANTITETÁNICA: Vigente SI; NO; Dosis; Mes gestación
ANTIRRUBEOLA: Vacuna; Virus
EX. NORMAL: SI; NO; Orina; Vaginal; Mamas; Cervix
GLUCOSA: 83.

HEMOCLASIFICACIÓN: Rh +; -; Grupo: O; Fecha día mes año; Semana tratamiento
CITOLOGÍA: Fecha día mes año; Resultado
COLPOSCOPIA: Fecha día mes año; Resultado; Semana tratamiento
CONSEJERÍA Y SOLICITUD VIH: 1 SI; NO; 2 SI; NO; 3 SI; NO
RESULTADO: 1 -; +; 2 -; +; 3 -; +
PRUEBA RÁPIDA SÍFILIS: 1 -; +; 2 -; +; 3 -; +
Hb<20 sem: 11,8 g; <11,0g
Hb<28 sem: g; <11,0g
Ag SHB: -; +; Fecha día mes año
TEST O'SULLIVAN: mg/dl; 1: <135; 2: 135 - 155; 3: >155; Fecha día mes año
TOTAL CONSULTAS PRE-NATALES

	día	mes	año	edad gest.	peso	presión arterial	altura uterina	presentación	FCF	movim. fetales	Ig	Edema	Calcio	Hierro	Signos de alarma, evidencias, tratamientos	NOMBRE Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL
1	2	11	25	11	63	110/8	15	—	-	—	V	V	V	V	Vol. Ecología, Hipertensión Arterial, Sífilis	Dr. Oscar
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																

PARTO / ABORTO

CARNET: SI; NO
FECHA DE INGRESO: día mes año
HOSPITALIZACIONES DURANTE EL EMBARAZO: SI; NO
ABORTO: Interrupción voluntaria; Espontáneo
CORTICOIDES ANTENATALES: Ciclo dosis incompleto; Ciclo dosis completo; Semana dosis; Múltiples; Ninguno; NS
INICIO T de P: Espontáneo; Inducido; Cesárea
RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: día mes año; Hora; min; <37 sem; 12 hrs; Hemp 38°C
HORAS ENTRE RUPTURA Y PARTO: Semanas; Ruptura
EDAD GEST AL PARTO: Semana; Días; por FUM; por ECO
PRESENTACIÓN: Cefálica; Pelvica; Transversa
ACOMPAÑANTE: En T de P: Pareja; Familiar; Otro; Ninguno
NACIMIENTO: VIVO: antepuerto; parto; cesárea anteparto; MUERTO
GEMELAR: ambos fetos; Gemelar
HORA DEL PARTO: hora; min
FECHA DEL PARTO: día mes año
TERMINACIÓN: Espontánea; Fórceps; Cesárea; Espátula
INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATIVO: Causa; INDUCCIÓN; OPERATIVO
POSICIÓN PARTO: Sentada; Cuclillas; Acostada
EPISIOTOMIA: NO; SI
ENEMA/RASURADO: NO; SI; Sólo enema; Sólo rasurado; Enema y rasurado
DESGARROS: NO; grado I; II; III; IV
OCITÓCICOS EN ALUMBRAMIENTO: Oxitocina; Cito cedicus; Espontáneo; NO
PLACENTA: Completa; Retenida
LIGADURA CORDÓN: <30s; 30s 1m; >1m
SE HIZO PARTOGRAMA: SI; NO
ATENDIÓ PARTO: Médico; Enf.; Auxil.; Estud.; Enfga.; Otro
MEDICACIÓN RECIBIDA: Corticoides ant T de P; Antibiótico; Antifebril; Oxitocina; Antiviral; Antiparasitario; Sulfato de magnesio; Transfusión; Sangre; Derivados; Terapia
NOMBRE Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL
ENFERMEDADES: Ninguna; VIH; Hipertensión gestacional; Preeclampsia; Eclampsia; Cloroquina refractaria; Diabetes; Anemia; Infección Urinaria; Amenaza parto prematuro; RCIU; Ruptura prematura de membranas; Corioamnionitis; Otras; Código
HEMORRAGIA: 1er Trim; 2do Trim; 3er Trim; Posparto; Infección puerperal; Código

RECIÉN NACIDO

SEXO DEL RN: Femenino; Masculino; Indefinido
PESO AL NACER: g; menor 2500g
TALLA AL NACER: mm
PERÍMETRO CEFÁLICO AL NACER: mm
EDAD GESTACIONAL CONFIABLE: Semanas; Días EG; FUM; ECO; ESTIMADA
PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL: Adecuado; Pequeño; Grande
APGAR: 1er min; 5to min
HEMOCLASIFICACIÓN: GRUPO; Rh +; -; Sensibilizado; NO; SI
REANIMACIÓN: NO; SI; Ninguna; Ventilación con bolsa y máscara; Intubación ET; Masaje cardiaco; Adrenalina; Ninguna de las anteriores
FALLECE EN SALA DE PARTO: NO; SI
REFERIDO: Ninguno; Peso al nacer; Otro motivo
DEFECTOS CONGÉNITOS: NO; SI; cuáles; Ninguno; Código
TAMIZACIÓN NEONATAL: VDRL; TSH; audición; ojos/rojo; reflejo rojo; cardiaco; Normal; Anormal; no se hizo; Pend. result.; SI; NO; cuáles
ATENDIÓ NEONATO: Médico; Enf.; Auxil.; Estud.; Enfga.; Otro
NOMBRE Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL
Vitamina K: SI; NO
Profilaxis oftálmica: SI; NO

EGRESO RN

día mes
Vivo; Muerto; Con patología; Sin patología; Malformación diagnosticada; Malformación no diagnosticada
EDAD DÍAS AL EGRESO: <1 día
LACTANCIA: exclusiva; parcial; fórmula
VACUNAS: Ninguna; NO; SI; polio; BCG; Hepatitis B
PESO AL EGRESO (g)
NUIP del certific. nacido vivo
NOMBRE Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL

EGRESO MATERNO

día mes
Estancia posparto: < 6 horas; Entre 6 y 12 hrs; Entre 12 y 24 hrs; >= 24 horas
Vacunas: NO; SI; Ninguna
ANTIRRUBEOLA POST PARTO: NO; SI
ANTICONCEPCIÓN: Ninguno; DIU; natural; Hormonal; oral; Barrera; Ligadura tubárica; referida
NOMBRE Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL

CITAS
CONTROLES PROGRAMADOS

DIA	MES	OBSERVACIONES
21-10-23		Ingreso a CPN.
21- Nov.		Control.

CONTROLES DE LABORATORIOS

	1ER TRIMESTRE		2DO TRIMESTRE		
EXAMEN	FECHA	RESULTADO	FECHA	RESULTADO	
Hemoglobina / Hematocrito					
Prueba rápida Sífilis					
Prueba rápida VIH					
Prueba rápida Hepatitis B					
Urocultivo					
Test de O'Sullivan / Carga Glucosa					
Gota gruesa					
Toxoplasma IgG					
Toxoplasma IgM					
Chagas					
Rubeola					
Tamizaje Estreptococo Grupo B					
Ecografía Obstétrica					
Otros					

URGENCIAS - HOSPITALIZACIONES

FECHA	SERVICIO	DIAGNÓSTICO	TRI

VACUNACIÓN

	DOSIS FECHA
TÉTANO	
14 sem INFLUENZA	
24/5 sem TDAP	

PRÓXIMAS CITAS

ALTURA DEL FONDO UTERINO SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL

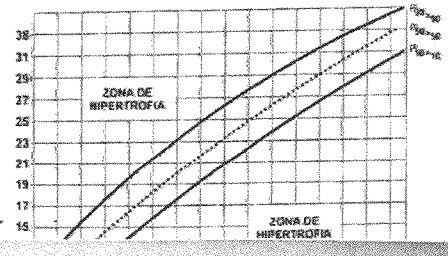
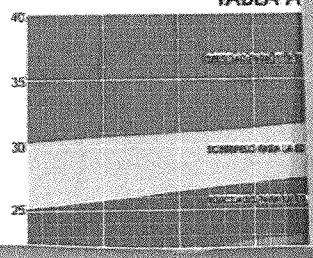


TABLA A



OBSERVACIONES: Invito a Curso Maternidad y paternidad segura Viernes. 10:00 am a 11:4 am.

8

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 1e7d3c55-d3f5-4c13-8a2e-ca89e888bf0c

Nombres y apellidos / Full name: **JESSICA TANDIOY MAVISOY**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 0 0 6 9 4 8 8 5 8**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **19/11/2000**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3209024022**

Correo electrónico / e-mail: **vacunacionhfld@gmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
VPH	Primera	16	5	2013		H022245	SAN FRANCISCO CENTRO DE SALUD LOS ANGELES	
VPH	Segunda	14	11	2013		J006461	SAN FRANCISCO CENTRO DE SALUD LOS ANGELES	
COVID JANSSEN	Única	8	8	2021	Janssen	213A21A	CENTRO DE SALUD LOS ANGELES	MARIA DEL ROSARIO CHICUNQUE DEJOY
COVID JANSSEN	Primer Refuerzo	24	3	2022	Janssen	202G21A	CENTRO DE SALUD SANTIAGO RENGIFO	LIA CAROLINA MURIEL
Fiebre Amarilla	Única	1	7	2025	Sanofi Pasteur	Y3D19	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	MARIA FRANCELINA ORDOÑEZ ERAZO - CC1126450926 - Activo

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

9
RIV

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 San Miguel FECHA: DÍA 1 MES 11 AÑO 2025 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES JESSICA APELLIDOS TANDIOY MAVISOY

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 1006948858

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 19 MES: 11 AÑO: 2000 / EDAD: 25 años Cel - 3138146415

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas.

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

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

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

Miedo a la reacción

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Ninguna 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: Jessica Tandioy

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

Nombres Jessica Apellidos Tandioy Mavisoy

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1006948858

Firma: Jessica Tandioy

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: Jenifer Yulieth Cabezas Meneses

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): EFFD

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 JUVENTUD

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor

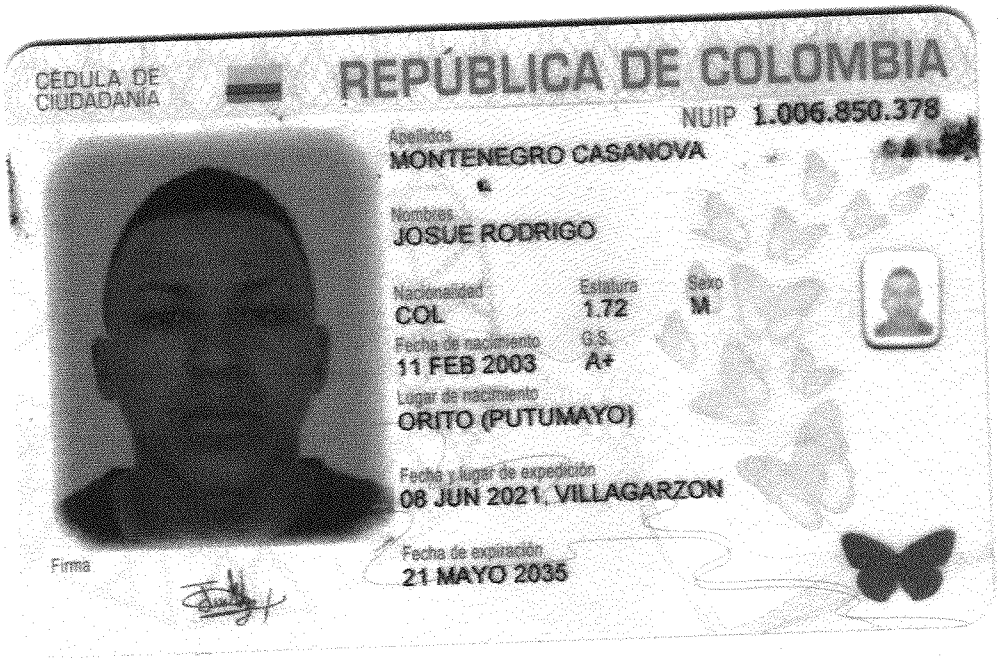


Nombres y apellidos: Jessica tandioy Mavisoy

Doc. de identidad: 1006948858 EPS: Mallamas

Teléfono: 3138146413 Domicilio: B/ los prados

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN AÑOS										
			18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Atención por médico general											
		Atención en salud bucal por odontología (1 vez cada 2 años)			Tatiana Daniela Paez ODONTOLOGA TP 032736				C:21-10-2025 R:21-10-2026				
DETECCIÓN TEMPRANA	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Tamizaje de cáncer de cuello uterino (Citología) de acuerdo al riesgo (según riesgo y esquema)											
		Colposcopia cervicouterina (si aplica)											
		Biopsia cervicouterina (si aplica)											
	TMCV	Tamizaje de riesgo cardiovascular											
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría anticoncepción - (según riesgo)											
		Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría anticoncepción - control (según riesgo)											
	ODONTOLOGÍA	Profilaxis y remoción de placa bacteriana											
		Detartraje supragingival											
	—	Vacunación (según esquema vigente)											



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.006.850.378

Apellidos
MONTENEGRO CASANOVA

Nombres
JOSUE RODRIGO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.72

Sexo
M

Fecha de nacimiento
11 FEB 2003

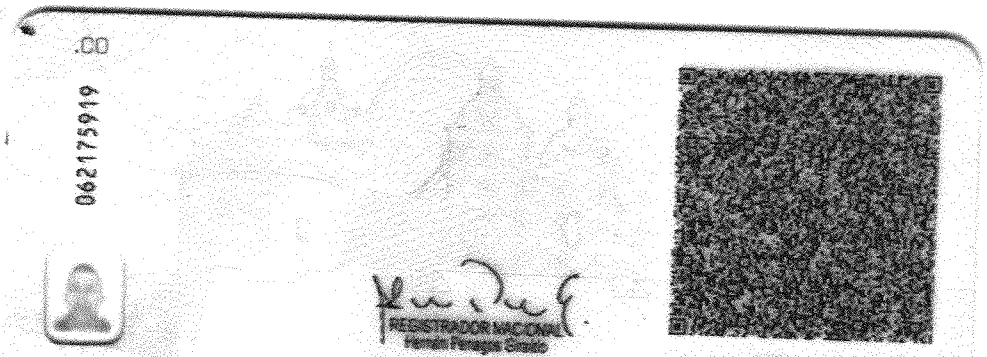
G.S.
A+

Lugar de nacimiento
ORITO (PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición
08 JUN 2021, VILLAGARZON

Fecha de expiración
21 MAYO 2035

Firma



.CO

062175919

REGISTRADOR NACIONAL
Fernán Penagos Giraldo

ICCOL062175919864030<<<<<<<<<<
0302117M3505218COL1006850378<1
MONTENEGRO<CASANOVA<<JOSUE<ROD

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Jessica Tandioy Identificado con C.C N° 1006948858 en calidad de: padre o madre ( ), del niño o niña: _____ o Gestante (X) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mis Angelitos, 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 1 Días del mes de noviembre del Año 2025.

Jessica Tandioy

Madre o Acudiente
C.C 1006948858

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F10.MO6.PP	21/05/2019
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PARTICIPACIÓN	Versión 4	Página 1 de 2

Yo, Jessica Tandioy, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006948878 obrando en calidad de:

Padre		Madre gestante	x	Cuidador	

De la niña, niño o adolescente, _____, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) ___, TI____, CE____, número_____, manifiesto que:

Sí	x	No	

AUTORIZO a la niña, niño o adolescente a participar en la oferta de la Dirección de Niñez y Adolescencia
Con la suscripción de este permiso manifiesto que me informaron que, durante la participación, en la oferta de la Dirección de Niñez y Adolescencia se:

1. Captarán, tomarán, almacenarán y editarán imágenes personales o fotografías de los participantes
2. Realizarán videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
3. Divulgarán y publicarán 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, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como 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, 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, 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.

Suscriben:

Firma: Jessica Tandioy
Nombre: Jessica Tandioy
Calidad - Titular: _____ Representante legal: x
Teléfono de contacto: 3139146415
Fecha: 1 noviembre 2025
Municipio: San Miguel

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 4	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 _____, identificado (a) con documento de identidad número _____, 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		Audios		Videos		Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:
Yo, Jessica Tandioy, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006948858, 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	

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, adolescentes y jóvenes 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, adolescentes y jóvenes, y 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 V.da, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa E.I.C

Suscriben:

Firma: Jessica Tandioy
Nombre: Jessica tandioy
Calidad - Titular: _____ Representante legal: x
Teléfono de contacto: 3138146415
Fecha: 1 noviembre 2025
Municipio: San Miguel

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): ALBA NIDIA BRAVO ROSERO NOMBRE UCA: MIS ANGELITOS

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Jessica Tandioy IDENTIFICACIO: 1006948858 FECHA DE NACIMIENTO: 19/nov/2000

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): ALBA NIDIA BRAVO ROSERO NOMBRE UCA: MIS ANGELITOS

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Jessica Tandioy IDENTIFICACIO: 1006948858 FECHA DE NACIMIENTO: 19/nov/2000

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					