LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

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

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



FECHA SOLICITUD CUPO: 26-03-2024 **FECHA INGRESO:** 01/04/2025
UDS: Mi Mundo Magico 1 **MUNICIPIO:** San Miguel
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE: Jose Alexander Barrera Cardozo
TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO ___ **NUIP No.** 1126143943.
¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A
FECHA NACIMIENTO: 17-09-2020 **EDAD:** 4 Años **MUNICIPIO:** ___
DEPARTAMENTO: ___ **PAIS:** Ecuador **DIRECCION DE RESIDENCIA:** V/ Dios Peña. **ESTRATO:** uno **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: ___ NO: ___
¿CUAL?: ___ **MOTIVO DEL RETIRO:** ___
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: 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: 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: Neira Fernanda Barrera Cardozo
No. IDENTIFICACION: 1122340436 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/ Dios Peña
CELULAR: 3228137744 **E.P.S:** Emssanar
OCUPACION U OFICIO: Estudiante
EMPRESA DONDE LABORA: N/A.
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller **PROFESIÓN:** Aux Enfermeria.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Neira Fernanda Barrera
NUMERO IDENTIFICACION: 1122340436 **CELULAR:** 3228137744
DIRECCION: V/ Dios Peña. **PARENTESCO:** Madre.

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE
Neira F Barrera

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP	1126143993

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **57312017**

3

* 57312017 *

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
			X			Y 4 Z

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

ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BARRERA	CARDOZO

Nombre(s)

JOSE ALEXANDER

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes SEP Día 17	MASCULINO	O	+

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

ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	2150665244

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

XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
XXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXX

Datos del padre o madre (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

BARRERA CARDOZO NEIRA FERNANDA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1122340436	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BARRERA CARDOZO NEIRA FERNANDA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1122340436	

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2021 Mes MAY Día 04	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Otro (comentario) : Nota no se imprime huellas circular 082 del 28 de agosto de 2020 emitida por el

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

4

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: **22/10/2025**

Ficha: **86757009480500000107**

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **JOSE ALEXANDER**

Apellidos: **BARRERA CARDOZO**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1126143993**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **25/11/2017**

Última actualización ciudadano: **05/05/2021**

Última actualización vía registros administrativos: **25/11/2023**

***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**

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

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	1126143993
NOMBRES	JOSE ALEXANDER
APELLIDOS	BARRERA CARDOZO
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	01/04/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/22/2025 07:10:03	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO			
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA			
Al momento de nacer	Fecha:		
PRIMER CONTROL MÉDICO			
Durante el primer mes de vida	Fecha:		
SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA			
Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

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

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

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

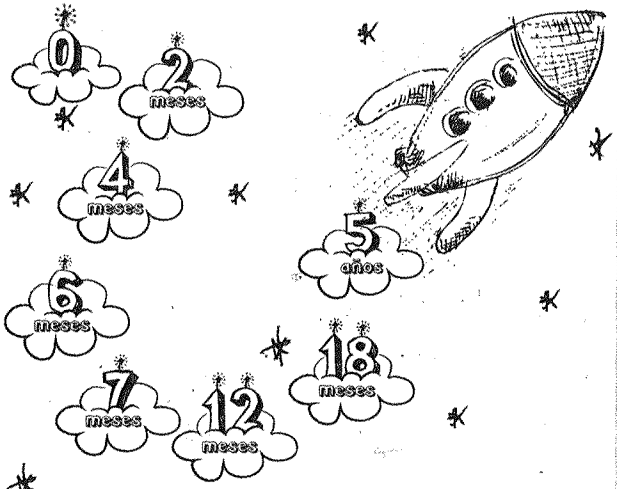
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

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

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



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

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

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

AIEPI
Porque mi vida hoy que protegerla hoy

de cero a Siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: José Alexander Becerra Carolo20
Fecha de nacimiento: 17 sept 2020
Nº de certificado de nacido vivo: 2150663244
Registro civil: 3.993
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: o+
Peso al nacer: 3000
Dirección: Dg 1 Penz
Teléfono:
Responsable: Nelia Fernandez Becerra
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: José Alexander Bolivia Cordero **Registro Civil:** 1126143993

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única	18 sept 20	Serum	03766023	Ecuador		Lic Clara.
	Hepatitis B	Recién nacido	18 sept 20	Serum	032B13007	Ecuador		Lic Clara
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª	27 NOV 2020	BIOMCALS	20170041	Ecuador		Técnica
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	27 NOV 2020	BIOMCALS	20594021B	Ecuador		Tania
	Rotavirus	1ª	27 NOV 2020	B S K	ARVAC769AA	Ecuador		Tania
	Neumococo	1ª	27 NOV 2020	B S K	ASPNB3088B	Ecuador		Tania
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	8 Junio 2021	BIOMCALS	20170041	PS Afiliador		
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	8 Junio 2021	BIOMCALS	20594021B	PS Afiliador		
	Rotavirus	2ª	8 Junio 2021	B S K	ARVAC769AA	PS Afiliador		
	Neumococo	2ª	8 Junio 2021	B S K	ASPNB3088B	PS Afiliador		
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	18 Agosto 2021	BIOMCALS	20170041	PS Afiliador		Técnico Alint Cabrera.
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	18 Agosto 2021	Serum	20594021B	PS Afiliador		
	Influenza	1ª	18 Agosto 2021	Sanofi	U3 C13	PS Afiliador		
7 Meses	Influenza	2ª	3 NOV 2021	SANOFI	U3 C13	PS Afiliador		
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	3 NOV 2021	Serum	CIZOW53A	PS Afiliador		
	Fiebre Amarilla	1ª	3 NOV 2021	SANOFI	U3 N09	PS Afiliador		
	Neumococo	Refuerzo	3 NOV 2021	B S K	ASPNB7188A	PS Afiliador		
	Influenza	Anual	19-Julio-2021	Sinovac	V5022008	PS Afiliador		Alino Casanova.
	Hepatitis A	ÚNICA	3 NOV 2021	N S D	7012958	PS Afiliador		Alino Casanova
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	17-08-22	Serum	28210012B	HILD		Paola C.
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	06-09-2022	Serum		HILD		Paula C.
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo	22-09-25	Biomical	22110052A	HILD		Keth Jimenez
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo	22-09-25	Biomical	24230DB	HILD		Keth Jimenez
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	23-6-23	Serum	0123W014	Ecuador		Natali Sanchez
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	UNICA	3 NOV 2021	MERCK	T026903	PS Afiliador		
	SR	Unica	06-09-22	Serum	0122W064	HILD		Paula Vasquez
	Varicela	Unica	22-09-25	Merck	300025	HILD		Keth Jimenez

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

CARNET DE CONTROL

Niño y Niña SANOS



Mis Datos

Nombres: Jose Alexander #2

Apellidos: Barrero Caidoso

Fecha de Nacimiento: 17 DÍA | Sept MES | 2020 AÑO

Historia Clínica: 1126143993

Barrio/Vereda: Dios Peña

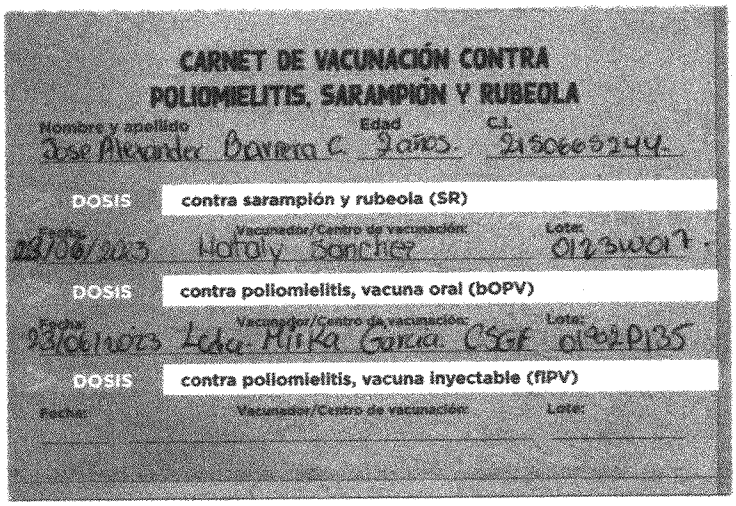
Responsable del Niño: Neiro Barrero

Teléfono: 314 3910617

EPS: 118

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO	
				SI	NO
08	07	2021	8 enf	Si	
09	Octubre	2021	Medico		
26	Diciembre	2021			
04	04	2022	ente		
17	Sapti	2022	MD		
20	Septiembre	2023	23-03-2023	Enfermeria	
17	Septiembre	2023	Medico	FC:21-0	
18	Septiembre	2024	Enf.	Si	
18	Septiembre	2025	Enf.		
22	09	2025	FC 1	✓	
17	09	2026.			



CARNET DE VACUNACIÓN CONTRA
POLIOMIELITIS, SARAMPIÓN Y RUBEOLA

Nombre y apellido: Jose Alexander Bravo C. Edad: 9 años C.I. 21506653244

DOSIS: contra sarampión y rubeola (SR)

Fecha: 23/06/2023 Vacunador/Centro de vacunación: Hotaly Sanchez Lote: 0123w017

DOSIS: contra poliomielitis, vacuna oral (bOPV)

Fecha: 23/06/2023 Vacunador/Centro de vacunación: Lcda. Mirka Garcia CSGF Lote: 01324135

DOSIS: contra poliomielitis, vacuna inyectable (fIPV)

Fecha: Vacunador/Centro de vacunación: Lote:

9
env

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

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

NIT. 846.002.309-9

CIUDAD La dorada - Putumayo FECHA: DÍA 16 MES 04 AÑO 2095 HORA: 9:00 AM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Jose Alexander APELLIDOS Barrera cardozo

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1126483493

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: MES: AÑO: / EDAD: 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)

¿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 aplicada
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 dusrante 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**: ☐ qué se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR**: ☒ que se me aplique la vacuna

Firma de la persona: Neira Fernanda Barrera

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

Nombres Neira Fernanda Apellidos Barrera Cardozo

Tipo de identificación: CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1122340436

Firma: Neira Fernanda Barrera

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. Nº

Firma del Rogado
C.C. Nº

Nombres y apellidos del vacunador: Sindy M

Firma: Tipo de Identificación: CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1122336822

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLO

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Santander MUNICIPIO: Sanmiguel.

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

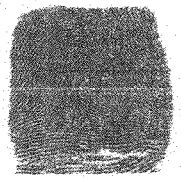
70

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.340.436
BARRERA CARDOZO
APELLIDOS
NEIRA FERNANDA
NOMBRES

Neira Fernanda Barrera
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 13-MAY-1993
CURILLO
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
16-SEP-2011 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-0401800-00343932-F-1122340436-20111031 0023644A 1 25662608

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT 846.002.309-9

Mi prioridad es tu salud...



Nombres y Apellidos: Jose Alexander Barrera Calderon
Doc. de Identidad: 1126143993
EPS: Emssanar
Teléfono: 3228137747
Domicilio: Viposo, perq

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	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4A	5A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor													
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Lizeth Jiménez Trujillo
Salud Pública
Profesional Especializado
Dirección Salud de Caldas

Apgar 20/20 18-9-24 Normal

Apgar 01 mayo - 2026 Normal

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Neira Fernanda Barrera Identificado con C.C N° 1122340436 en calidad de: padre o madre (madre.), del niño o niña: Jose Alexander Barrera o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mi Mundo Magico 1, 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 16 Días del mes de Abril del Año 2025.

Neira Fernanda Barrera
Madre o Acudiente
C.C 1122340436

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 Jose Alexander Barrera cardozo, identificado (a) con documento de identidad número 1126143993, 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, Neiva Fernanda Barrera cardozo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1192340436, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por Fundacion alma de vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa E.I.C

Suscriben:

Firma: Neiva Fernanda Barrera.
Nombre: Neiva Fernanda Barrera cardozo
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3228137747
Fecha: 16 - Abril - 2025
Municipio: San. miguel

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 Jose Alexander Barrera Cardozo

Fecha de nacimiento 17 09 2020 **N° Documento de Identidad** 1.126.193.993

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 16 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Sandra Mera.

Fecha de registro cualitativo Día 17 Mes 04 Año 2025

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

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

Observaciones generales

Alexander es un niño que le gusta realizar dibujos sobre el papel, Propone a su grupo actividades que le gustan aunque en ocasiones aun se le dificulta reconocer los personajes de la historia la vida local y nacional.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Sandra Mera

Fecha de registro cualitativo Día 20 Mes 10 Año 2025

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

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

Observaciones generales

Alexander Propone a su grupo familiar actividades que le gustan realizar; en ocaciones Plapea con otros niños juegos de roles, en ocaciones se le dificulto. Permanecer haciendo actividades por mas de 15 minutos.

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

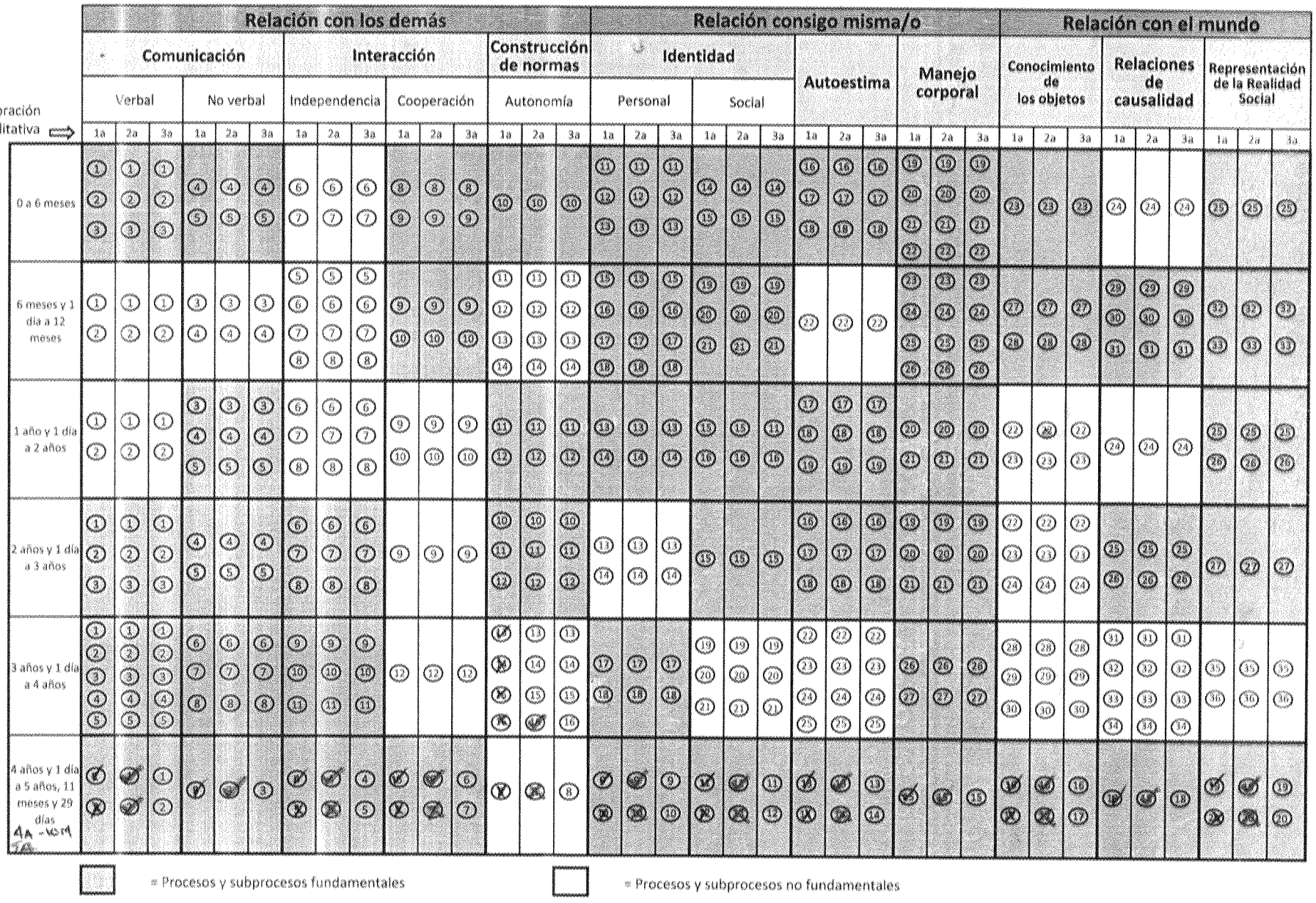
Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

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)***

Alexander



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL