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 (Categoria entre A 01 hasta C7) ___Pertenecientes a Res UNIDOS ___Pertenecientes a Familias en Acción ___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición ___Remitidos por SNBF ___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado) ___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.) ___Niños y niñas con discapacidad. ___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión. ___Población migrante en condición de vulnerabilidad. ___Activos en ruta de reincorporación.
5	Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente: (ADRESS)
6	Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo).
6	Copia del carnet de vacunación.
7	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
8	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
9	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
10	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
11	Fotocopia de un recibo de servicios públicos domiciliarios cuando sea necesario (aplica para zona urbana y en zona rural solo si se cuenta con servicios públicos)
12	Certificado de asistencia a consulta de salud bucal (Niños y niñas mayores de 6 meses)
13	Certificado del examen de agudeza visual (Niños y niñas mayores de 4 años)
14	Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años)
15	Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal.
16	Formato de veracidad de la información ficha de caracterización.
17	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
18	Formato de autorización uso de imágenes.
19	Planilla seguimiento nutricional
20	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
21	Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa,

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

FECHA SOLICITUD CUPO: 26-03-2025 **FECHA INGRESO:** 01/04/2025

UDS: Mi Mundo Magico 7 **MUNICIPIO:** San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Dashly Yuxley Santacruz Abad.

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1126144735

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 26/06/2023 **EDAD:** 1AÑO **MUNICIPIO:** _____

DEPARTAMENTO: _____ **PAIS:** Ecuador. **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: Vl Dios Peña **ESTRATO:** Uno. **¿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: Nueva EPS **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: A2. **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: Robinson adimer Santacruz lagos.

No. IDENTIFICACION: 1004635706 **DIRECCION RESIDENCIA:** Vl Dios peña

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

OCUPACION U OFICIO: Agricultor.

EMPRESA DONDE LABORA: N/A.

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Diana Katherine Abad Mutumbajoy.

No. IDENTIFICACION: 1.126.138.416 **DIRECCION RESIDENCIA:** Vl Dios peña.

CELULAR: _____ **E.P.S:** Nueva EPS.

OCUPACION U OFICIO: Ama de Casa.

EMPRESA DONDE LABORA: N/A.

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Diana Katherine Abad.

NUMERO IDENTIFICACION: 1126138416 **CELULAR:** 316743

DIRECCION: Vl Dios Peña. **PARENTESCO:** Madre.

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Diana Abad.

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **64355092**

NUIP **1126144735**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANTACRUZ	ABAD

Nombre(s)

DASHLY YASLEY

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes JUN Día 26	FEMENINO	A	+

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

ECUADOR , SUCUMBIOS , LAGO AGRIO -NUEVA LOJA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	nui-2150781355

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

SANTACRUZ LAGOS ROBINSON ODILMER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1004635706	COLOMBIANA

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

ABAD MUTUMBAJOY DIANA KATHERINE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1126138416	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ABAD MUTUMBAJOY DIANA KATHERINE

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1126138416	Diana Abad

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 2024 Mes MAY Día 17	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
ROBINSON ODILMER SANTACRUZ LAGOS Robinson Firma	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

4

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

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

Ficha: **867576741052800009198**

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **DASHLY YASLEY**

Apellidos: **SANTACRUZ ABAD**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1126144735**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **10/07/2024**

Última actualización ciudadano: **10/07/2024**

Última actualización via registros administrativos: **28/11/2024**

***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

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	1126144735
NOMBRES	DASHLY YASLEY
APELLIDOS	SANTACRUZ ABAD
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	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	19/07/2024	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/22/2025 06:38:46	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.

CARNET DE CONTROL

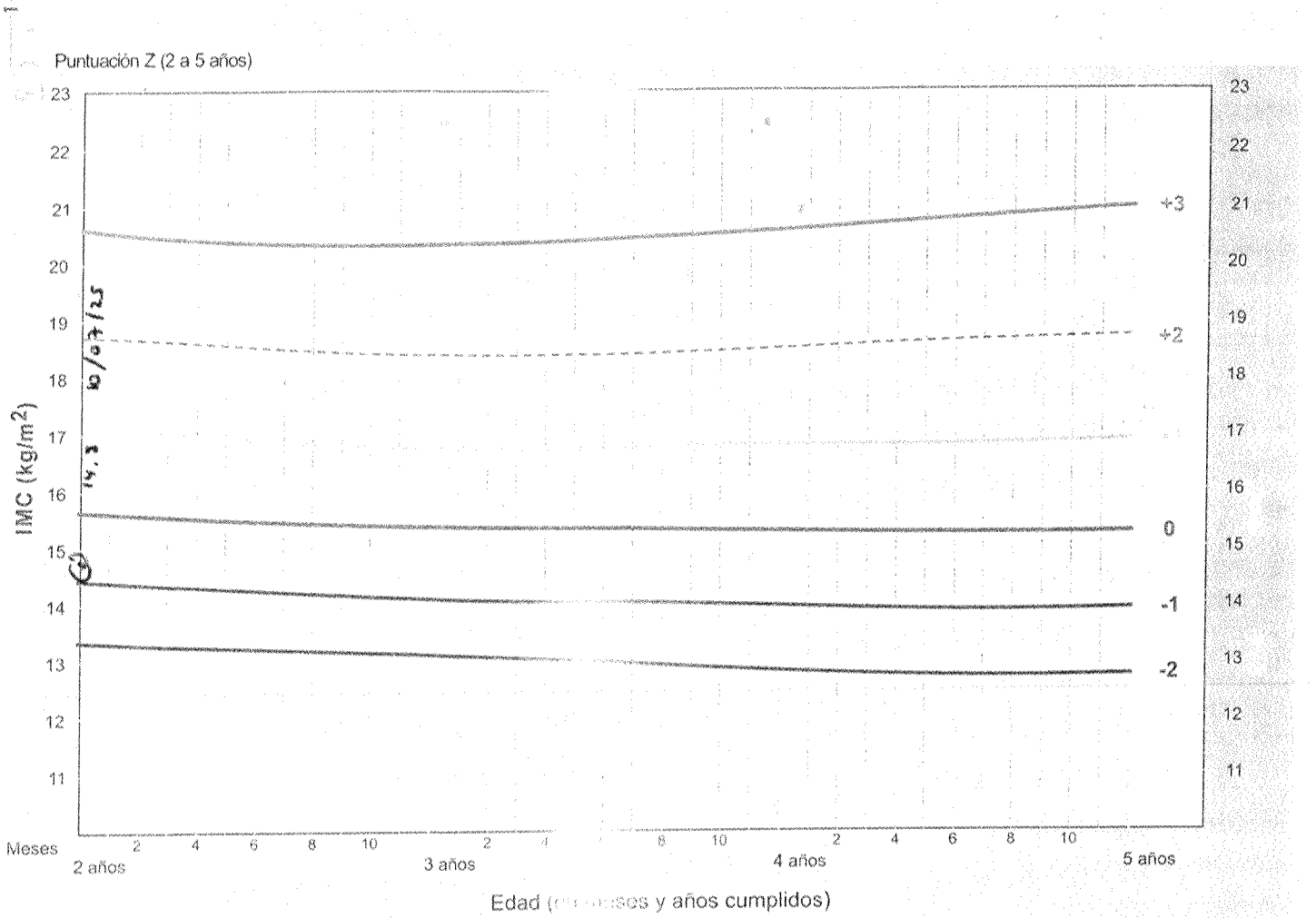
NIÑO Y NIÑA

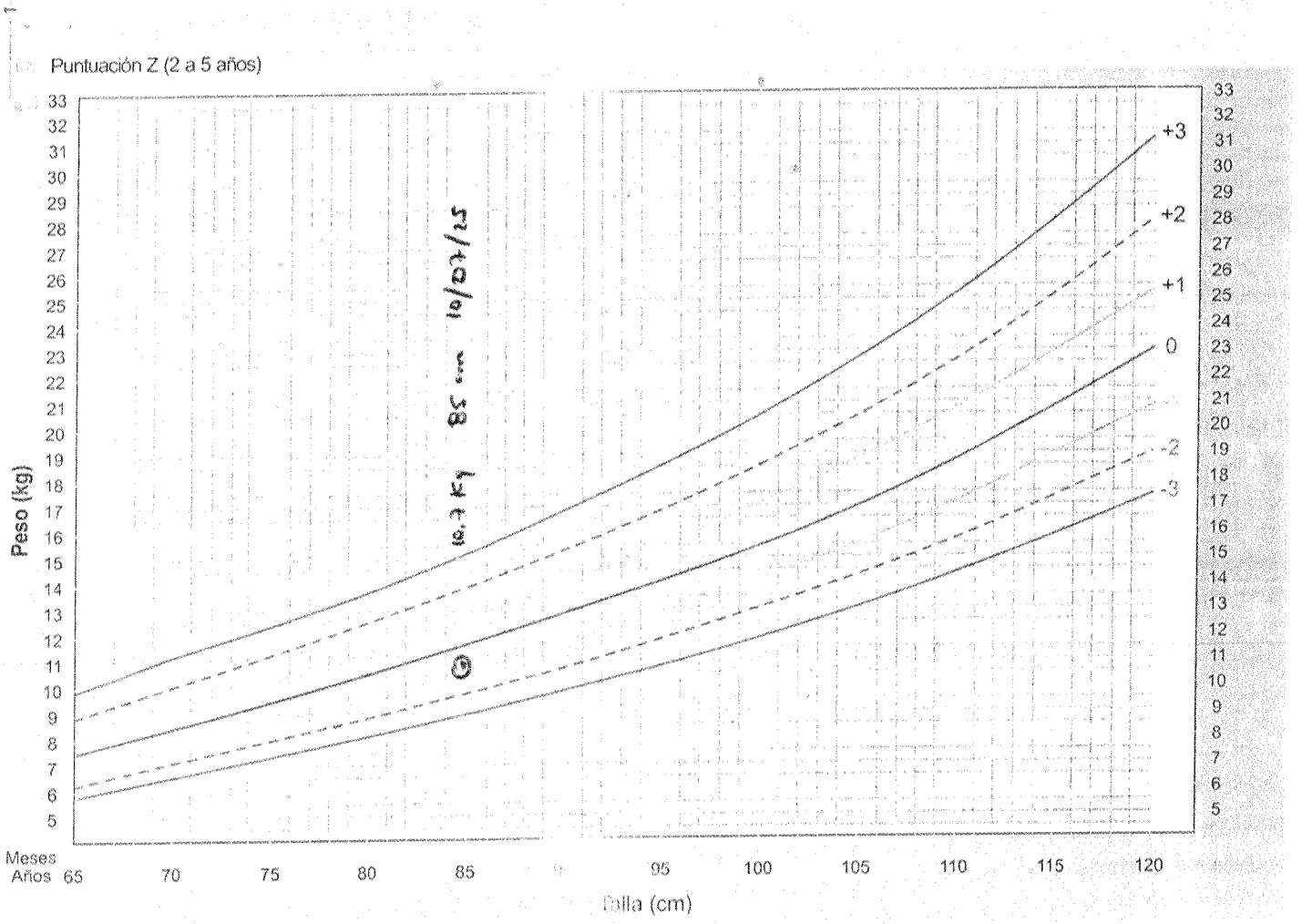
...Sanos

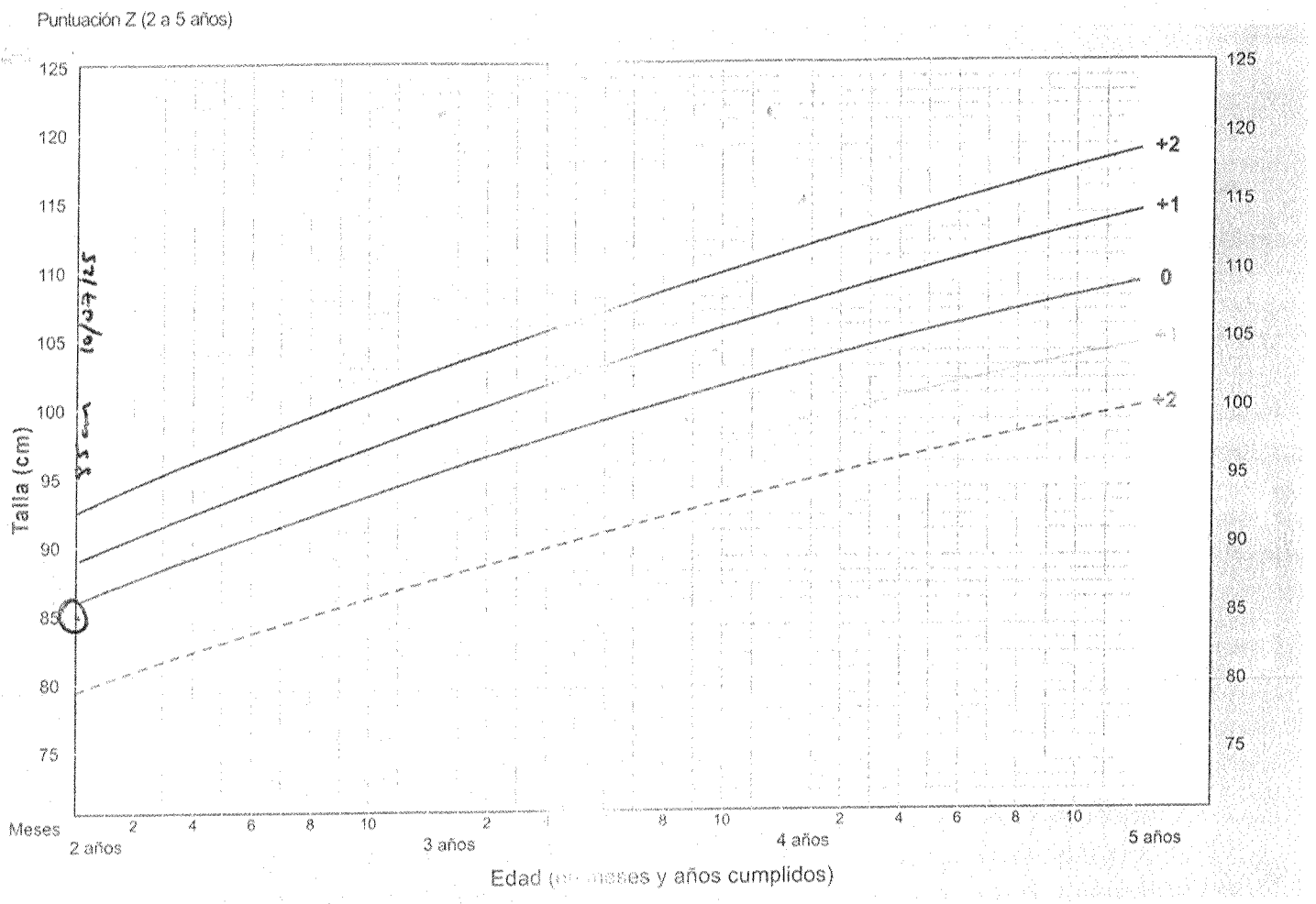


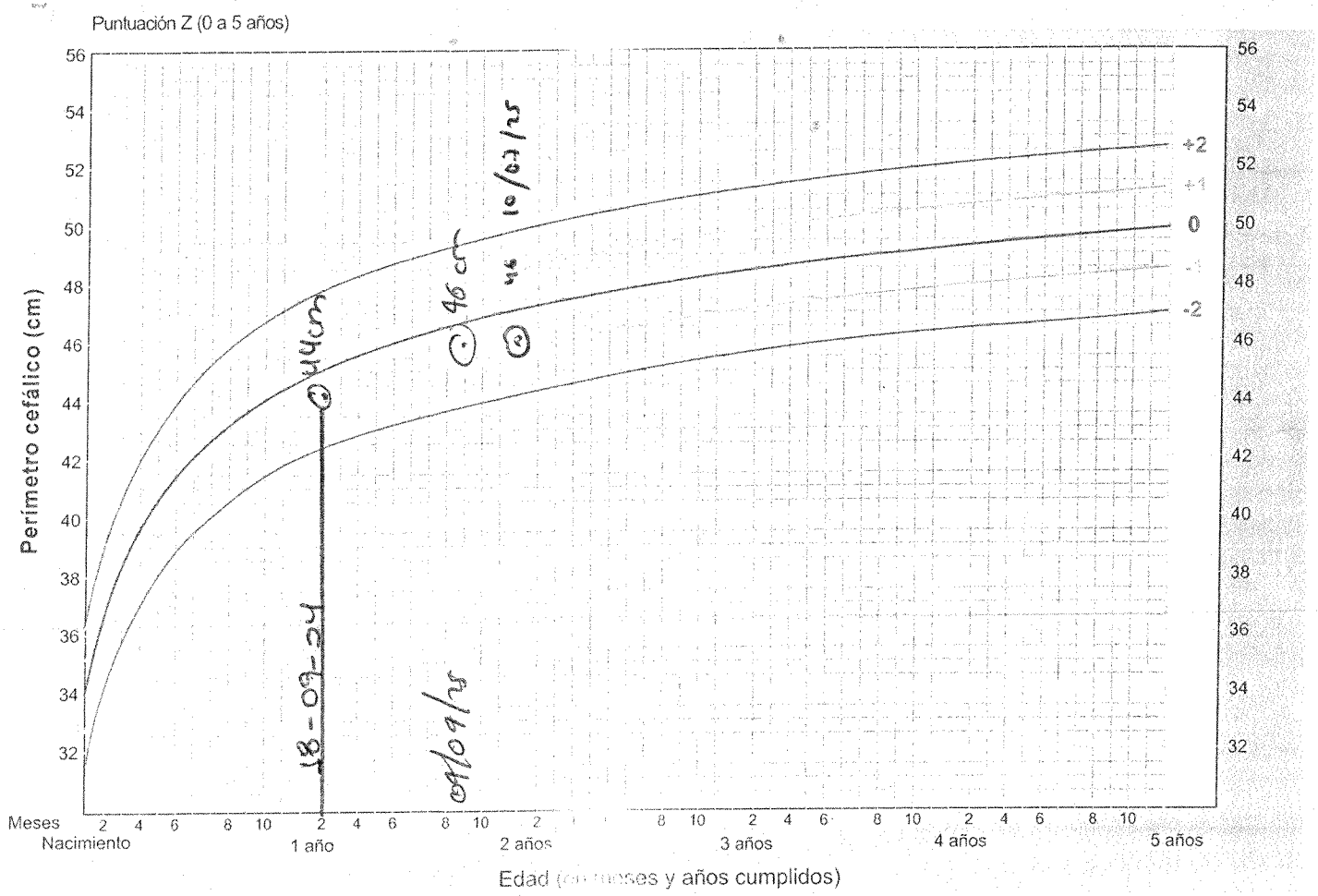
MIS DATOS

Nombres: DASHIY YASLEY	Apellidos: SANTACRUZ ASAD
Fecha de nacimiento: 26 DÍA | 06 MES | 2023 AÑO	Historia Clínica: 1126144735
Barrio/Vereda: V/ DIOS PEÑA	Responsable del niño: DIANA ASAD
Teléfono:	EPS: NUEVA EPS


Puntuación Z (2 a 5 años)
IMC (kg/m²)
+3
+2
0
-1
-2
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (meses y años cumplidos)


Puntuación Z (2 a 5 años)
Peso (kg)
Meses
Años
65
70
75
80
85
95
100
105
110
115
120
Talla (cm)
+3
+2
+1
0
-2
-3
10,2 Kg 85 cm 10/07/25


Puntuación Z (2 a 5 años)
125
120
115
110
105
100
95
90
85
80
75
Talla (cm)
+2
+1
0
-1
-2
Meses
2
4
6
8
10
2
8
10
2
4
6
8
10
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)


Puntuación Z (0 a 5 años)
Perímetro cefálico (cm)
56
54
52
50
48
46
44
42
40
38
36
34
32
+2
+1
0
-1
-2
18-09-24
04/09/25
10/03/25
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
18-09-24	9	74	44	15	16.4	26-12-24	
04/04/25	10.2	80	46	16	15.9	26/00/25	
10/07/2025	10.7	85	46	75	14.8	26-12-2025	Dayana Cuevas

35

12

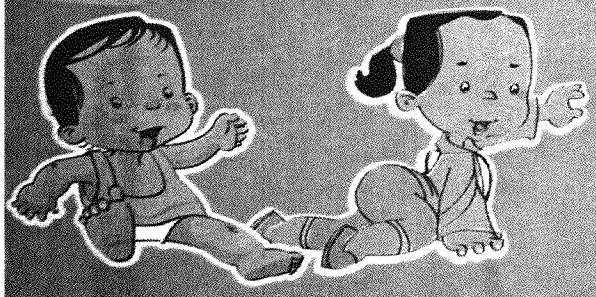
CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
26	12	2024	Enf.		
09	Abril	2025	enf	Si	P. Lobo
26	Junio	2025	Med.		
10	07	2025	med.		
26	12	2025	Jefe		

Médico General
1006995742

13
RIV

NIÑO/ NIÑA



Guíese por el código de color

- **Salud infantil, crecimiento y desarrollo en niñas y niños menores de 5 años.**
- **Esquema de vacunación.**

HCU:

CC/CI Madre: 2 1 1 0 1 1 8 1 6 5 5

CC/CI Niño/niña: 2 1 5 0 7 8 1 3 5 5

Nombres: RN

Apellidos: Santacruz Abad

Discapacidad: Si .... No .... Tipo ....

Fecha de nacimiento: 26 (Día) 06 (Mes) 2023 (Año)

Teléfono domicilio: ....

Teléfono celular: ....

Dirección domicilio: ....

Via Quito Km 8

Nombre de la madre/padre: ....

Abad Malamajoy Diana Katherine

Zona: ....

Provincia: Sucumbíos

Cantón: Lago Agrio

Parroquia: Nueva Loja

Establecimiento de salud: HGNUE

Ministerio de Salud Pública: [X]

Seguro de la Policía: [ ]

Seguro de las Fuerzas Armadas: [ ]

IESS: [ ]

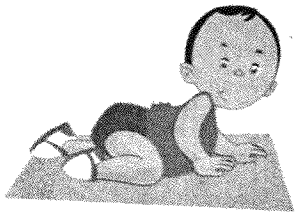
Seguro Social Campesino: [ ]

Otro: [ ]

Esquema de vacunación

Influenza estacional

Edad optima de vacunación	Vacunas	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
6 a 11 meses	Influenza estacional	1 dosis	4	01	2024	6m	P100592399	M 6	C.S 6 F
		2 dosis (al mes de la primera)	4	02	24	7m	P100592399	D S	C S6-F
12 a 23 meses (1 a 2 años)		Una dosis	15	06	25	23M	P100792744	Kelly Jimenez	HFLO
24 a 35 meses (2 a 3 años)		Una dosis							
36 a 47 meses (3 a 4 años)		Una dosis							
48 a 59 meses (4 a 5 años)		Una dosis							



Tipo de vacuna	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
*BCG (Meningitis)	Dosis única	Dentro de las 24 horas	24	03	24	8m	0873MA003	Lic J T	CS6F
HB cero (Hepatitis B)	1° dosis	Dentro de las 24 horas				Recien			
**Rotavirus (Diarrea)	1° dosis	2 meses	04	10	23	3m	AROWD493AC	Lic. V.P.	C.S.G.F.
	2° dosis	4 meses	04	12	23	5m	AROLD640BA	Lic. VP	C.S.G.F
***Pentavalente (Difteria, Tosferina, Tétanos Hepatitis B, Meningitis, Neumonia)	1° dosis	2 meses	04	10	23	3m	22010532 2A	Lic. V.P.	C.S.G.F
	2° dosis	4 meses	4	12	23	5m	22010532 2B	Lic VP	C.S.G.F
	3° dosis	6 meses	4	01	23	6m	22010532 2B	Lic. VP	C.S.6F
****fIPV (Poliomielitis)	1° dosis	2 meses	04	10	23	3m	2239001	Lic. V.P.	C.S.G.F
	2° dosis	4 meses	4	12	23	5m	2239001	Lic. VP	C.S.G.F
bOPV (Poliomielitis)	3° dosis	6 meses	4	01	23	6m	1802P135	Lic VP	C.S.G.F
Neumococo conjugada (Neumonia, Meningitis, Otitis)	1° dosis	2 meses	04	10	23	3m	ASPNB346AB	Lic. V.P.	C.S.G.F
	2° dosis	4 meses	4	12	23	5m	ASPNB356AA	Lic VP.	C.S.G.F
	3° dosis	6 meses	4	01	23	6m	ASPNB356AA	Lic VP	C.S.G.F

*BCG dosis única: se administrará hasta los 11 meses 29 días.

**Rotavirus. La primera dosis es hasta los 3 meses 29 días. La segunda dosis podrá administrarse hasta los 7 meses de edad (7 meses 29 días).

***En caso de reacción anafiláctica o alergia a la vacuna pentavalente, colocar vacuna HB pediátrica en el mismo esquema que pentavalente.

****El intervalo entre fIPV (1) y fIPV (2) debe ser de 8 semanas

Registro de vacunación

Niños y niñas de 12 a 23 meses

Tipo de vacuna	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
SRP (Sarampión, Rubeola, Parotiditis)	1° dosis	12 meses	29	6	24	1años	015INO06	Lic. CM	C.S.G.F.
	2° dosis	18 meses	09	01	25	1a6m	0154W008	Lic P.C	CS6F
Fiebre amarilla	1° dosis	12 meses	29	6	24	1año	X3D891V	Lic. CM	C.S.G.F.
Varicela	1° dosis	15 meses	26	09	24	1a3m	V0423001	Lic P.A	C.S.G.F
DPT (Difteria, Tosferina, Tétanos)	1° refuerzo (4° dosis completa DPT)	18 meses	04	01	25	1a6m	22110324A	Lic. P.A	C2GF
bOPV (Poliomielitis)	1° refuerzo (4° dosis)	18 meses	09	01	25	1a6m	68D2302A	Lic P.A	CS6F

14
RN

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

NIT. 846.002.309-9

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos · Minsalud

CIUDAD La Dorada - Putumayo FECHA: DÍA 16 MES 04 AÑO 2025 HORA: 9:00 AM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Dashly yasley APELLIDOS Santa Cruz Abad

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

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 26 MES: 03 AÑO: 2023 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE NUEVA EPS

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 Covid - 19 Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] ó 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.

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: Robinson Santacruz

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

Nombres _____ Apellidos _____

Tipo de Identificación: RC☐ TI☐ CC☐ CE☐ OTRO☐ Número _____

Firma: _____

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

C.C. N°

C.C. N°

Huella dactilar o plantar del Rogante

Nombres y apellidos del vacunador:

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFUD

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.

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.126.138.416



Apellidos
ABAD MUTUMBAJOY

Nombres
DIANA KATHERINE

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.56	F

Fecha de nacimiento
18 JUN 2003

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
SUCUMBIOS-LAGO AGRIO-GENERAL FARFAN(ECUADOR)

Fecha y lugar de expedición
06 MAR 2023, SAN MIGUEL(LA DORADA)

Firma

Diana Abad

Fecha de expiración
06 MAR 2033

.CO

01739638 9

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

IC COL0173963898 64018<<<<<<<<<<
0306182F3303067COL1126138416<4
ABAD<MUTUMBAJOY<<DIANA<KATHERI

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.635.706**

SANTACRUZ LAGOS

APELLIDOS

ROBINSON ODILMER

NOMBRES

Robinson

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-ENE-2003**

POLICARPA
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	**AB+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-NOV-2022 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401800-01333322-M-1004635706-20221209 **00928**71200A 2 56938568

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

ADMINISTRACIÓN PUTUMAYO 2020-2023

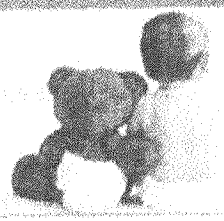
JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Sembramos con amor



Nombres y apellidos: Daniela Pastor Santacruz

Doc. de identidad: 1126140035 EPS: Nueva EPS

Teléfono: 3223112660 Domicilio: Dos Patio

PROTECCIÓN ESPECÍFICA		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) o AÑOS (A)													
			5 DIAS	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 materna													
	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor							18-09-24 X 3 meses 18-12-24		20-10-25 20-01-26	20-04-26 20-07-26			
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana										10-2025			
		Aplicación de sellantes (según criterio)													
		Vacunación													

Stephanny Ortega
ODONTÓLOGA
Reg. 50-570

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Robinson Santacruz Identificado con C.C N° 1.004.635.706 en calidad de: padre o madre (Padre.), del niño o niña: Dashly Yasley santacruz A 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.

Robinson Santacruz.

Madre o Acudiente
C.C 1.004.635.706.

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 Dashly Yasley Santacruz Abad., identificado (a) con documento de identidad número 1.116.199.735, 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, Diana Katherine Abad Mutumbajoy quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.116.138.916, 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: Robinson
Nombre: Robinson
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 316 7439138
Fecha: 16-04-2025
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 Dashly Yasley Santacruz Abad

Fecha de nacimiento 26 06 2023 **N° Documento de Identidad** 1.126.144.735.

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 01 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

Dashly usa las Palabras si o no apropiadamente como respuesta a una Pregunta, aun se le dificulta reconocer el objeto real Para sus juegos de representacion.

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

Dashly imita las acciono que realiran los adultos cercanos. Utiliza de manera arropiada los objeto de uso cotidiano camina solo Pa todos los lugares.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

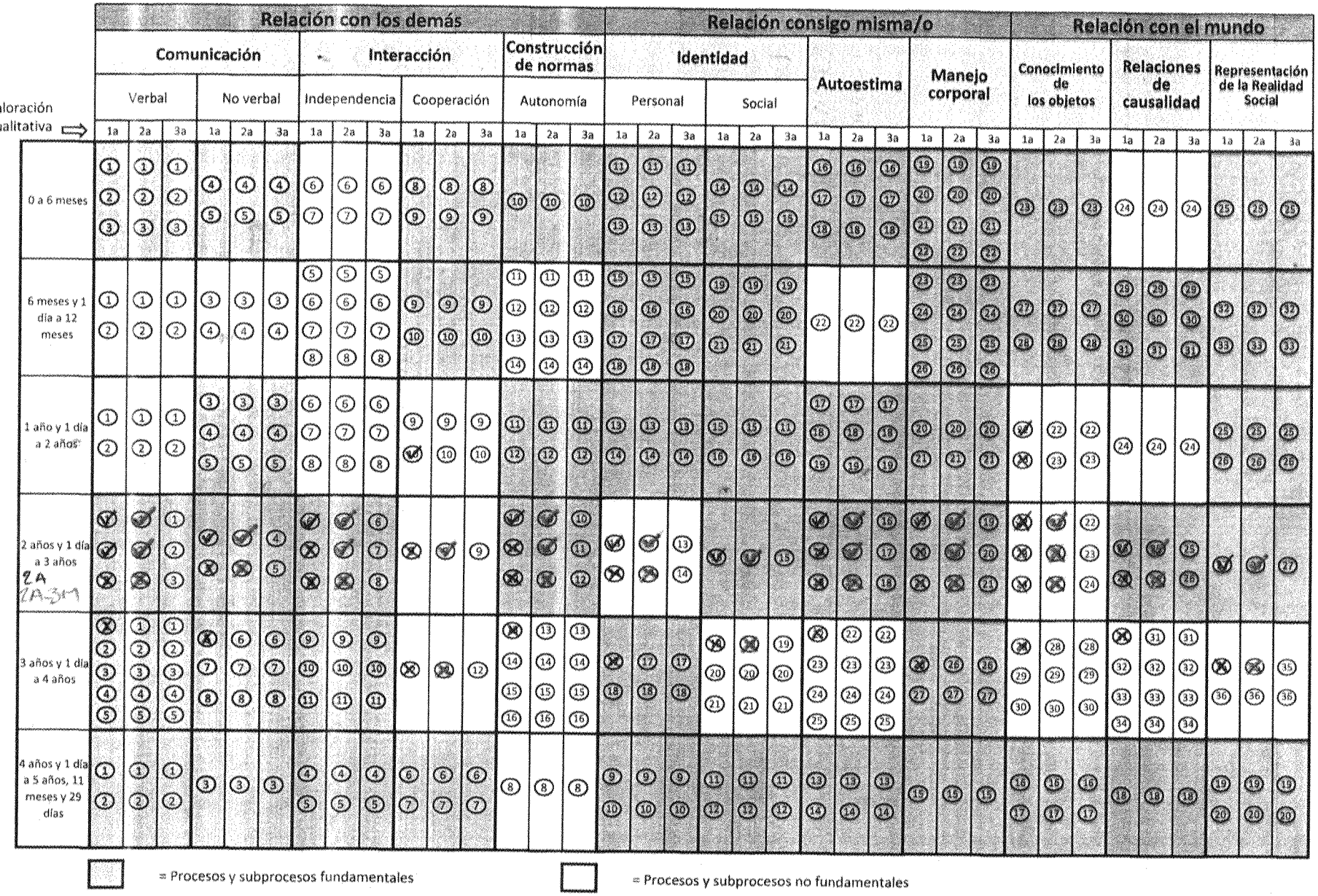
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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


Relación con los demás
Relación consigo misma/o
Relación con el mundo
Comunicación
Interacción
Construcción de normas
Identidad
Autoestima
Manejo corporal
Conocimiento de los objetos
Relaciones de causalidad
Representación de la Realidad Social
Verbal
No verbal
Independencia
Cooperación
Autonomía
Personal
Social
Valoración Cualitativa
1a 2a 3a
0 a 6 meses
6 meses y 1 día a 12 meses
1 año y 1 día a 2 años
2 años y 1 día a 3 años
3 años y 1 día a 4 años
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días
= Procesos y subprocesos fundamentales
= Procesos y subprocesos no fundamentales