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: 26/03/2025 FECHA INGRESO: 01/04/2025

UDS: Mi Mundo Mágico 1 MUNICIPIO: San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Yoseph Fernando Quiroz Benavides

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1122343680

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 16/02/2021 EDAD: 4 Años MUNICIPIO: San Miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: colombia DIRECCION DE RESIDENCIA: V/ Dios Peña. 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: ___

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: X NO: ___ CUAL: Intolerancia a la lactosa

TIENE SISBEN: SI: X NO: ___ PUNTAJE: B4 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: Jeimar Yeferson Quiroz Narvaez

No. IDENTIFICACION: 1006788847 DIRECCION RESIDENCIA: V/ Dios Peña

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

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: N/Agricultor.

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Esteysi Dahila Benavides Guzman

No. IDENTIFICACION: 1193341453 DIRECCION RESIDENCIA: V/ Dios Peña

CELULAR: 3209500925 E.P.S: Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: Ama de casa.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Esteysi Dahila Benavides Guzman

NUMERO IDENTIFICACION: 1193341453 CELULAR: 3209500925

DIRECCION: V/ Dios peña PARENTESCO: Madre.

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE
Esteysi Benavides

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 1220528

NUIP 1.122.343.620

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
QUIROZ BENAVIDES YOSEPH FERNANDO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	1	Mes	F	E	B	Día	0	7	MASCULINO	O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	1	Mes	F	E	B	Día	1	6	0061318366

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
BENAVIDES GUZMAN ESTEYSI DALILA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.341.453	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
QUIROZ NARVAEZ JEIMAR YEFERSON

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.788.847	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
QUIROZ NARVAEZ JEIMAR YEFERSON

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.788.847

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) — Código X 6 2

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)											
Año	2	0	2	1	Mes	F	E	B	Día	1	6

26209032-9

Nombre y firma del funcionario
ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

4

Sisbén

Registro válido

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

Ficha: **86757040482100000082**

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **YOSEPH FERNANDO**

Apellidos: **QUIROZ BENAVIDES**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1122343620**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **22/11/2017**

Última actualización ciudadano: **06/06/2022**

Última actualización via registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: **MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO**

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

Teléfono: **4210537 - 3213138790**

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

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	1122343620
NOMBRES	YOSEPH FERNANDO
APELLIDOS	QUIROZ BENAVIDES
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	07/02/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/22/2025 06:49:27	**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.

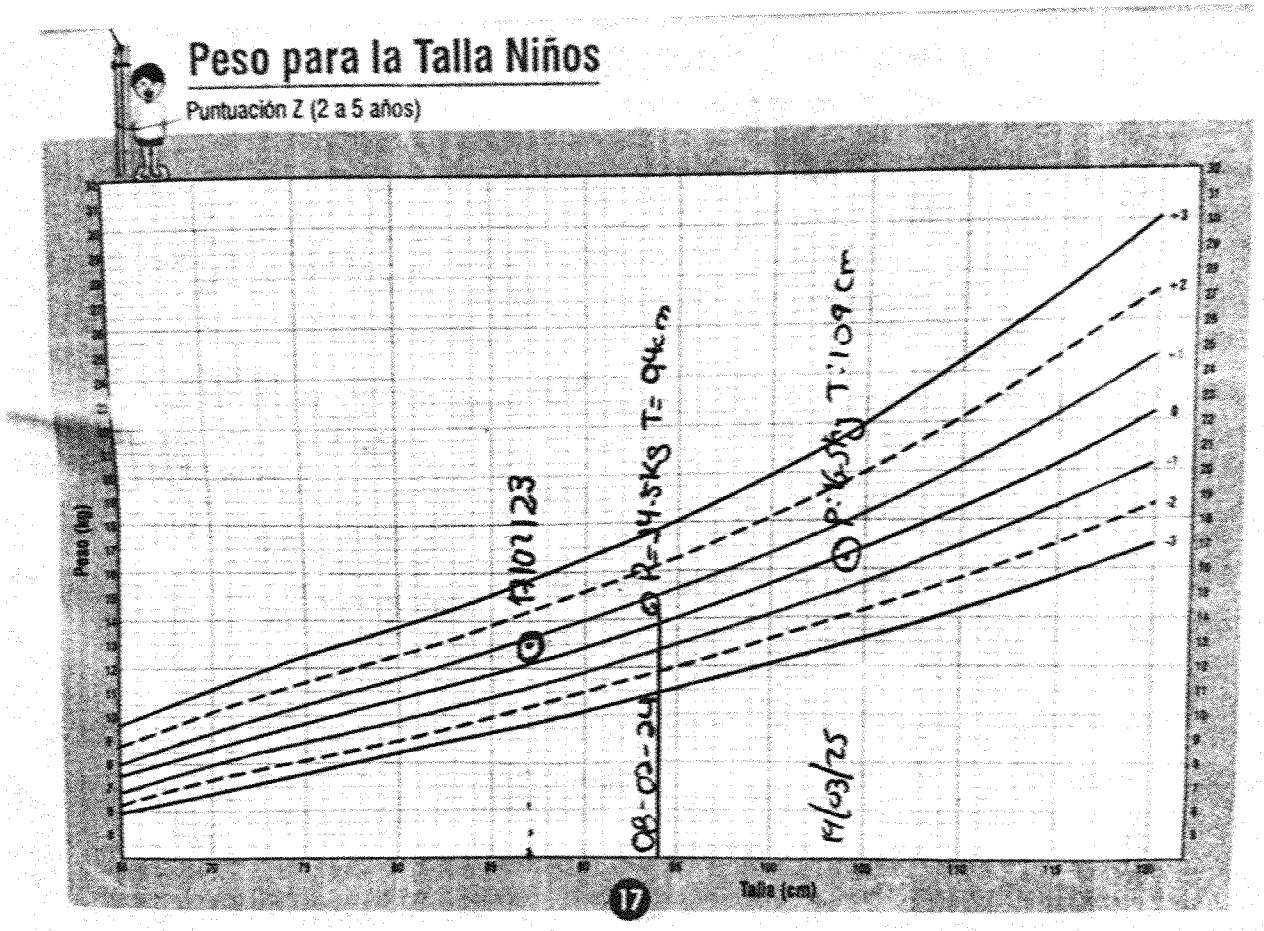
La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

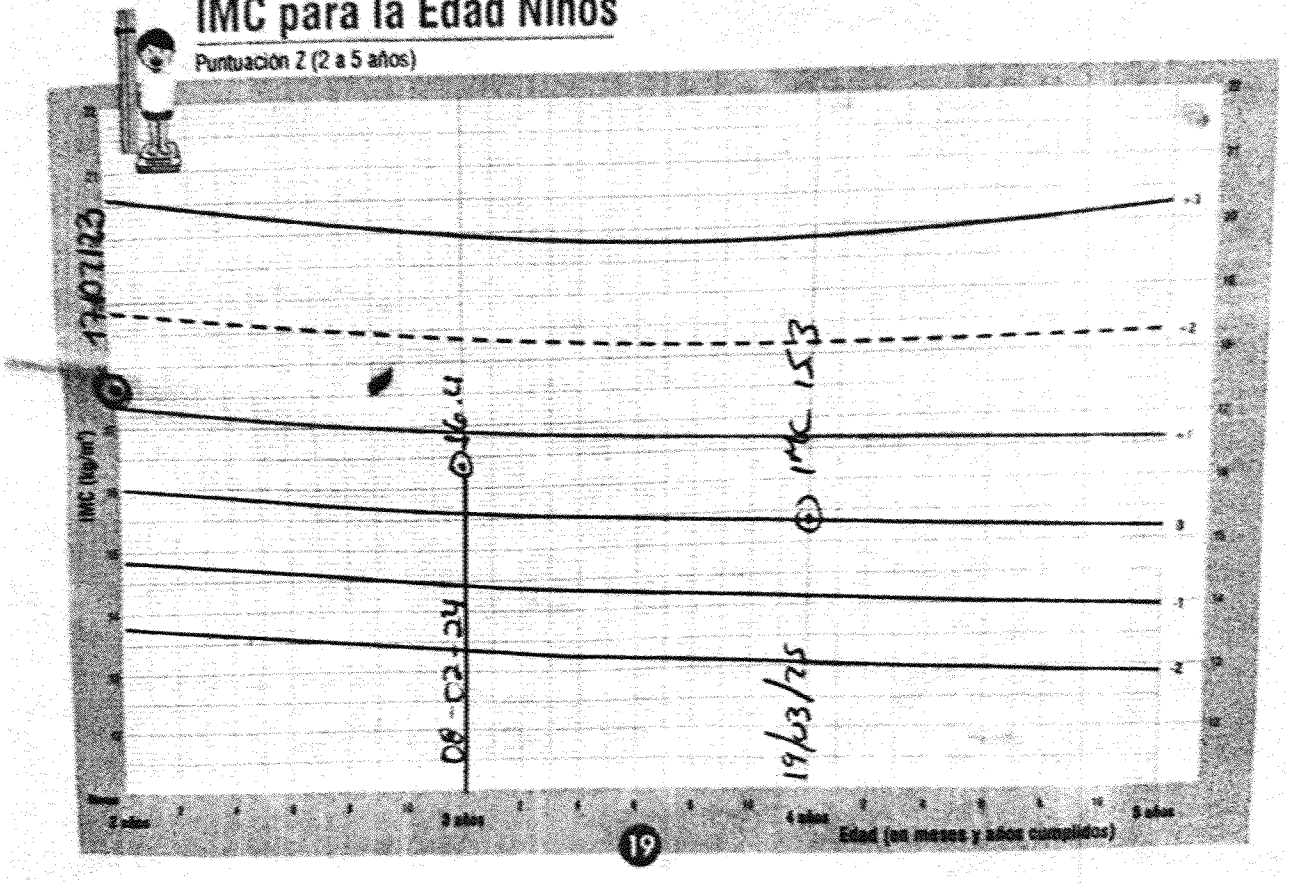
Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
25	Junio	2021	MEDICO ~~ENFERMERIA~~	si ✓	
28	SEPTIEMBRE	2021	x ENFERM		
09	AGOSTO	2022	x ENF	si ✓	
07	Febrero	2023	Medico	si ✓	
07	Febrero	2024	Médico	si ✓	
~~07~~	Febrero	2025	Enf.		
19	marzo	2025	Enf	si	Plafon
07	febrero	2026	Med.		

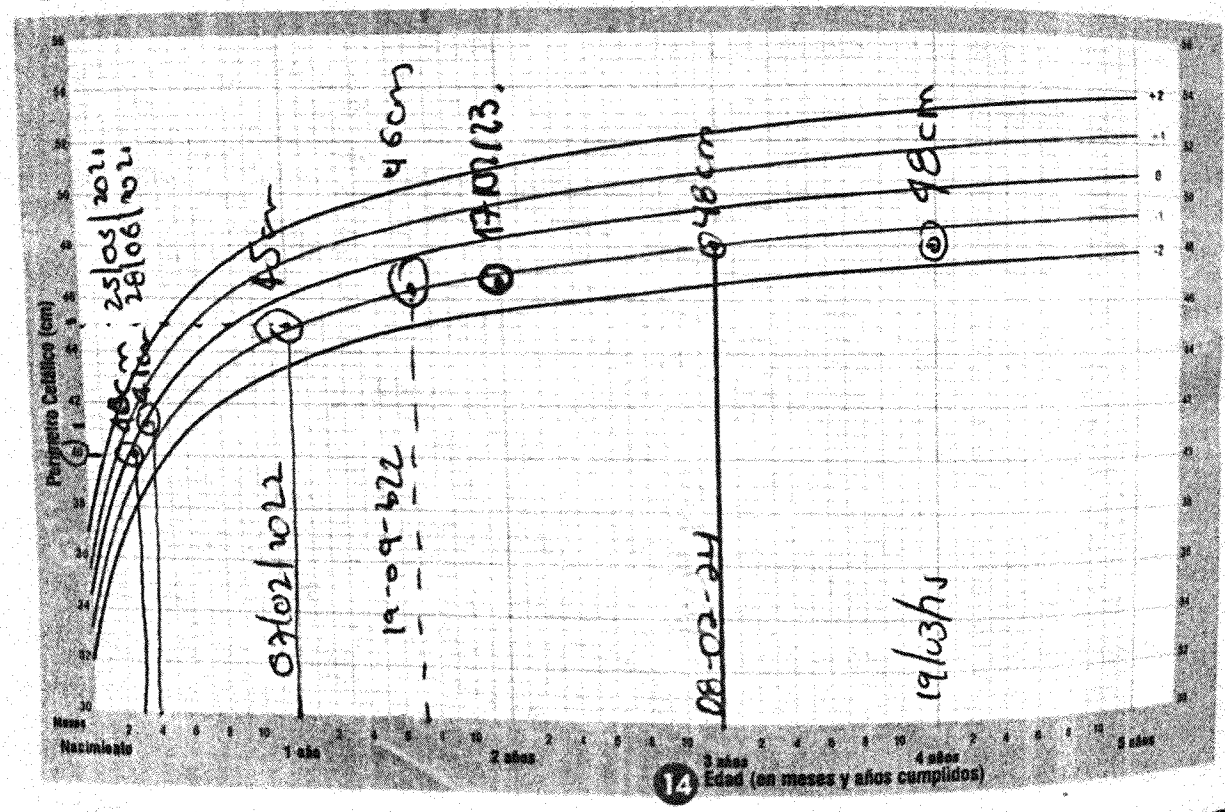

Peso para la Talla Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Peso (kg)
Talla (cm)
17/07/23
R=34.5KG T= 94cm
08-02-24
P:16.5KG T:109 cm
14/03/25
+3
+2
+1
0
-1
-2
-3
17


IMC para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
IMC (kg/m²)
Edad (en meses y años cumplidos)
17/07/23
16.4
08-02-24
IMC 15.3
19/03/25
+3
+2
+1
0
-1
-2
19

Perímetro Cefálico Niños

Yosel

Puntuación Z (0 a 5 años)

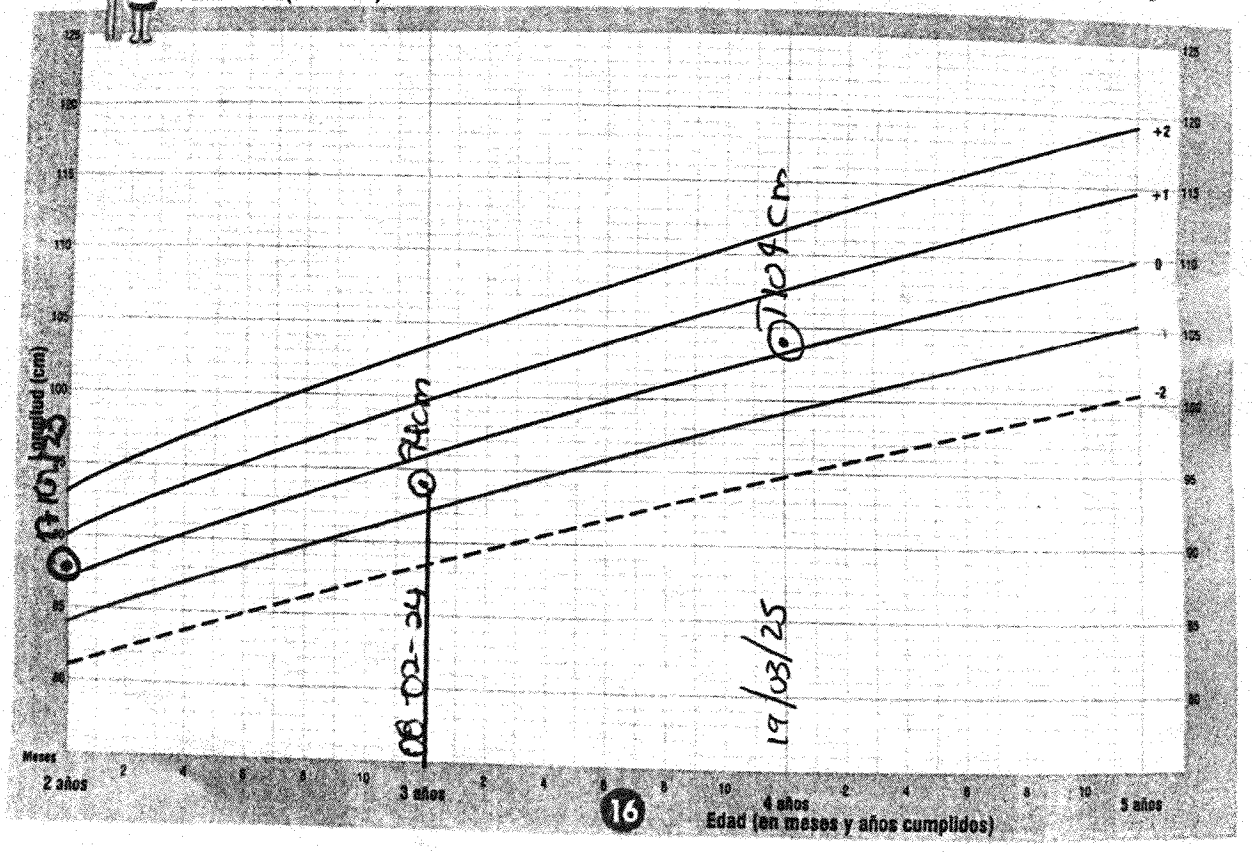


14

Talla para la edad Niños

Yosel

Puntuación Z (2 a 5 años)



16

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO									
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado					
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado					
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado					
	Visual	Normal		Alterado					
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA									

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

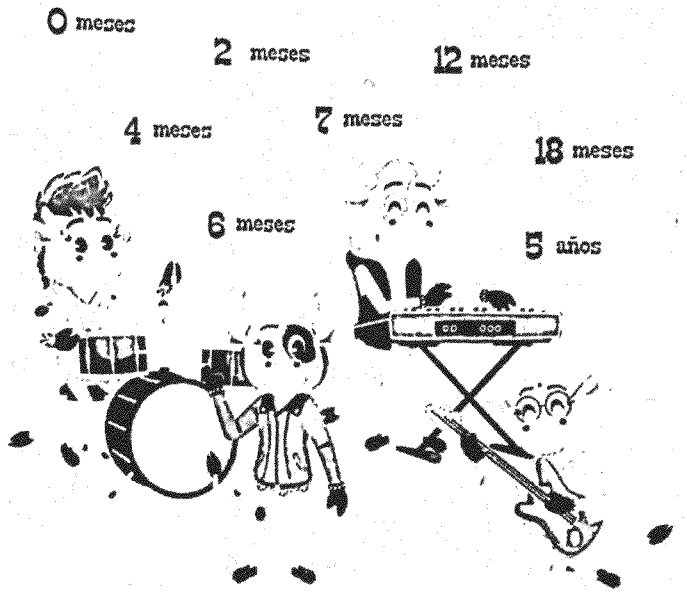
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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



Ministerio de Salud y Protección Social

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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Josep Fernando Quiroz B.

Fecha de nacimiento: 07/02/2021

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1122343620

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: Talla:

Dirección: V/ Dios peña

Teléfono 1: 3224269736

Teléfono 2:

Responsable: Esteysi Dalila Benavidez

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos:

Tipo identificación:

No. ID:

Edad	Me protege de,	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	08	02	2021	Serum	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ 03961650	HFLD				Ana legarda
	Hepatitis B	Recién nacido	08	02	2021	Serum	03829002A	HFLD				Ana legarda
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	08	04	2021	Serum	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ 20170011	HFLD				Talya G
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	08	04	2021	Serum	28591021B	HFLD				Talya G
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	1.ª	08	04	2021	Serum	28591021B					Talya G
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	08	04	2021	Serum	28591021B					Talya G
	Diarrea por rotavirus	1.ª	08	04	2021	GSK	ARDLC70 9A	HFLD				Talya G
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	08	04	2021	GSK	ASPNB2B8A	HFLD				Talya G
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	24	06	2021	Serum	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ 20170011	HFLD				Ana legarda
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	24	06	2021	Biolo	28591021	HFLD				Ana legarda
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	2.ª	24	06	2021	Biolo	28591021	HFLD				Ana legarda
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	24	06	2021	Biolo	28591021	HFLD				Ana legarda
	Diarrea por rotavirus	2.ª	24	06	2021	GSK	ARDLC77F	HFLD				Ana legarda
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	24	06	2021	GSK	ASPNB308	HFLD				Ana legarda
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	27	OCT	2021	Biological	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ 20170011	IPS Afiliador				Marcos Cosenova
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	27	OCT	2021	Serum	28950K01 8EEA	IPS Afiliador				Marcos cosenova
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	3.ª	27	OCT	2021	Serum	28950K01 8EEA	IPS Afiliador				Marcos cosenova
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	27	OCT	2021	Serum	28950K01 8EEA	IPS Afiliador				Marcos cosenova
	Influenza estacional	1.ª	27	OCT	2021	Sanofi	V3C13	IPS Afiliador				Marcos Cosenova
7 meses	Influenza estacional	2.ª	17	12	2021	Sanofi	V3C13	HFLD				Talia G.
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	24	02	2022	Serum	01301131 3B	HFLD				Talia G.
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	24	02	2022	Serum	ASPNB3151 3BA	HFLD				Talia G.
	Varicela	2.ª	24	02	2022	Merck	V06727	HFLD				Talia G.
	Hepatitis A	Única	24	02	2022	MSD	V61622 6	HFLD				Talia G.
	Influenza estacional	Anual	05	04	22	Green	U50 2 2 2 0 08	HFLD				Denis J.
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	03	04	23	Serum	22906012	HFLD				Talia
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	03	04	23	Serum	2851XOU0C	HFLD				Talia
	Fiebre amarilla	Única	24	02	2022	Serum	T3RNO	HFLD				Talia G.
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	03	04	23	Serum	01301N10 3A	HFLD				Marcos
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis	SR	Unica	05	09	2022	Serum	01220N063	HFLD				Dennis Novoa

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

9
RIV

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 Yoseph Fernando APELLIDOS Quiroz Benavides.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122343690

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 07 MES: 02 AÑO: 2021 / EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE HALLAMAS

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 (linfadenopatia); 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: _____

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 _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

_____
C.C. N°

_____
C.C. N°

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): HPUD

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.

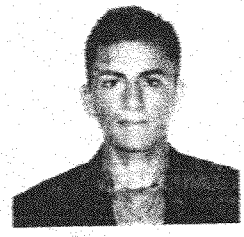
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.006.788.847

QUIROZ NARVAEZ
APELLIDOS

JEIMAR YEFERSON
NOMBRES

Jeimar
FIRMA





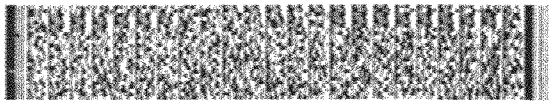
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-DIC-1997
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

18-DIC-2015 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



I<-6401800-007933279-M-1006788847-20160114 0048012300A 1 46159796

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO **1.122.341.453**

BENAVIDES GUZMAN

APELLIDOS

ESTEYSI DALILA

NOMBRES

ESTEYSI BENAVIDES.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-FEB-1996**

COLON
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-FEB-2014 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-6401800-00570157-F-1122341453-20140507 **0038**351848A 1 41679670

RECOMENDACIONES

Vaste a su médico tratante inmediatamente si:

Cepillese los dientes minimo 3 veces al dia y

Mantenga una dieta balanceada y

Acondicionese a esos seres bellos en esta tapiteria y

UAMI

SECRETARIA DE SALUD DE LA ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.

SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA

SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTA D.C.

SUBDIRECCION DE SALUD PUBLICA

SALUD EN CASA

SIN CARNET DE ASESORIA ORAL

EPS: Ugllamas

Nombres: Joselh Fernando

Apellidos: Quiroz Benavide

Sexo: M F Fecha de Nacimiento: 07 02 21

Identificación: RC 1122343620

Dirección: N.A.C

Salud en Casa

FECHA	ENFERMEDAD PERIODONTAL				ENFERMEDAD PULPAR				CITA
	CP	GI	P	MO	P	C	R	D	
24-02-22	X		X		X			24	Agosto 2022
03-07-22	X		X		X			05	03 - 23
23-1-23	X		X		X			23	03 Octubre 23
11-10-23	X		X		+			17	01 - 24
15-01-24	X	X	X	X	X			1	Septiembre - 24
14-10-24	X	X	X	X	X			14	10 - 24
08-03-25	X	X	X	X	X			08	03 - 25
20-10-25	X	X	X	X	X			20	10 - 25

Carrera 7 No. 32-16 Piso 1 Bogotá D.C.
Teléfono: 3239300 Ext. 2000
Línea gratuita nacional 018000 112137
www.bogota.gov.co
Info: Línea 195

Juliana Carolina Cardenas Cortes
C.C. 1.010.223.112
T.P. 1.010.223.112

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

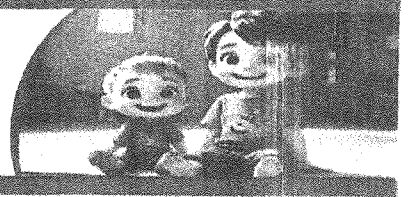
Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.309-6

Mi prioridad es tu salud...



Nombres y Apellidos: Yoseph Fernando Quiroz Benavides
Doc. de Identidad: 1122343620
EPS: Nallamos
Teléfono: 3209500425
Domicilio: el Dios Peña

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	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general											8-2-24		
		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											15 Abril 2024	08-03-2025	
		Profilaxis y remoción de placa											16-Abril-25	11-2025	
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)												20-10-2025	
	>	Vacunación												20-04-2026	

Lizeth Jimenez Trujillo
Enfermera Profesional
RCS 22983
Universidad de Caldas

Agudeza visual 20/20 Normal 8-2-24.

20 de Abril 2026

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Esteysi Dalila Benavides Identificado con C.C N° 1134145 3 en calidad de: padre o madre (MADRE), del niño o niña: Yoseph Fernando Quiroz 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 7, 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.

Esteysi Benavides
Madre o Acudiente
C.C 1.122.347.453

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 Yoseph Fernando Quiroz Benavides, identificado (a) con documento de identidad número 1122343690, 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, Esteysi Dalila Benavides Guzman quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122341453, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

La autorización comprende:

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

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

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

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

Suscriben:

Firma: Esteysi Benavides
Nombre: Esteysi Dalila Benavidez Guzman
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3224269736
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 Yoseph fernando Quiroz Benavides

Fecha de nacimiento 04 02 2021 **Nº Documento de Identidad** 1122343620

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Sandra Mora

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

Yosep Reconoce las diferencias fisicas entre un hombre y una mujer; utiliza los elementos como pelotas, bastones triciclo controlando fuerza y direccion aun no reconoce personajes de la historia de tradicion local.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Sandra Mora

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

Yoseph es un niño que le gusta Preparar a su grupo familiar o de Compañeros actividades que le gustan, ya reconoce las diferencia fisicas entre un Hombre y una Mujer se le Dificulta acatar segunda.

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)***

Valoración Cualitativa ⇨	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																	
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a		1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10		11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21 22	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14		15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12		13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	15 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12		13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24	22 23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 ✓ 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16		17 18	17 18	17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días 4A - 5M	✓ ✗	✓ ✗	1 2	✓	✓	3	✓ ✗	✓ ✗	4 5	✓ ✗	✓ ✗	6 7	✗	✗	8		✓ ✗	✓ ✗	9 10	✓ ✗	✓ ✗	11 12	✓ ✗	✓ ✗	13 14	✓	✓	15	✓ ✗	✓ ✗	16 17	✓ ✗	✓ ✗	18	✓ ✗	✓ ✗	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales