LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

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

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

FECHA SOLICITUD CUPO: 26-03-2025 FECHA INGRESO: 26-03-2025

UDS: Mis tiernos Amiguitos 1 MUNICIPIO: San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Linda Aylin Chica Mesa

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1127 082 666

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 25-01-2024 EDAD: 1 año MUNICIPIO: Mocoa

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION DE RESIDENCIA: V/ San Francisco ESTRATO: 0 ¿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: 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: A1 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: __ 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: Yany Miley Mesa Delgado

No. IDENTIFICACION: 1122 340 986 DIRECCION RESIDENCIA: V/ San Francisco

CELULAR: 313 628 5302 E.P.S: Emssanar.

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachillerato PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Yany Miley Mesa Delgado

NUMERO IDENTIFICACION: 1122340986 CELULAR: 3136285302

DIRECCION: V/ San Francisco PARENTESCO: Madre

Yany Mesa Delgado
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.127.082.666

Indicativo Serial 63698456

63698456

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE VILLAGARZON - COLOMBIA - PUTUMAYO - VILLAGARZON

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CHICA	MESA

Nombre(s)

LIRIA SILIN

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024	Mes ENE	Día 25	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO MOCOA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	2401411038171

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen las declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MESA DELGADO YANY MILEY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.340.986	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CHICA LOICAMA ORLANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 18.188.032	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MESA DELGADO YANY MILEY

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.340.986	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2024 Mes FEB Día 12	MYRIAM DEL CARMEN VARGAS RODRIGUE
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

4

Registro valido

Fecha de consulta: 30/09/2025

Ficha: 86757675477800000255

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LINDA AYLIN

Apellidos: CHICA MESA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1127082666

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 24/09/2025

Última actualización ciudadano: 24/09/2025

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

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

5

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1127082666
NOMBRES	LINDA AYLIN
APELLIDOS	CHICA MESA
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	25/01/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/30/2025 18:03:21	**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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:
Linda Aylin

Apellidos:
Chica Mesa

Fecha de nacimiento:
25 01 2024

Historia Clínica:
1127082666

Barrio / Vereda:
V/ San Francisco

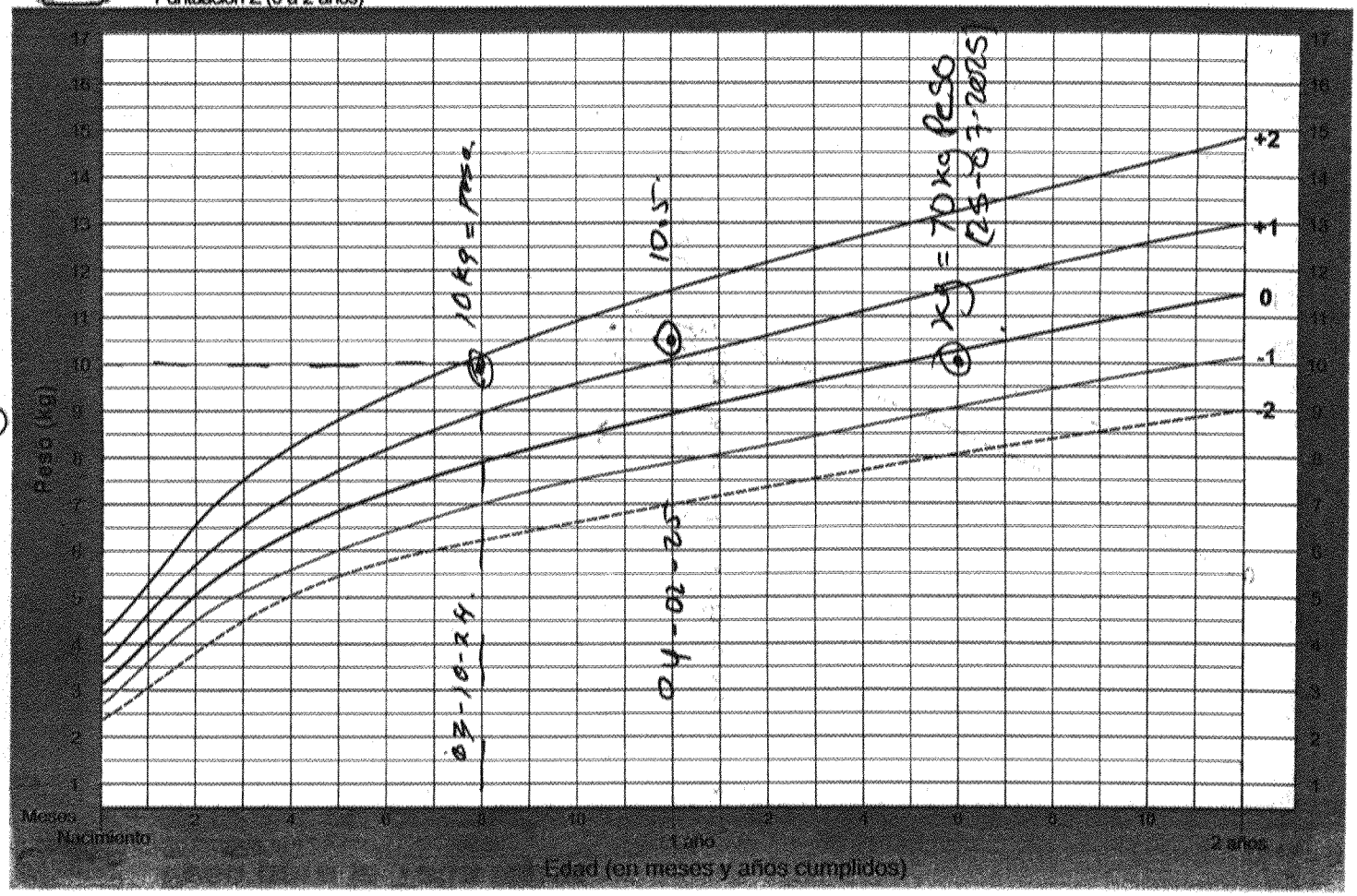
Responsable del niño (a):
Yan Mesa

Teléfono:

EPS:
Emssanar

Peso para la Edad Niñas

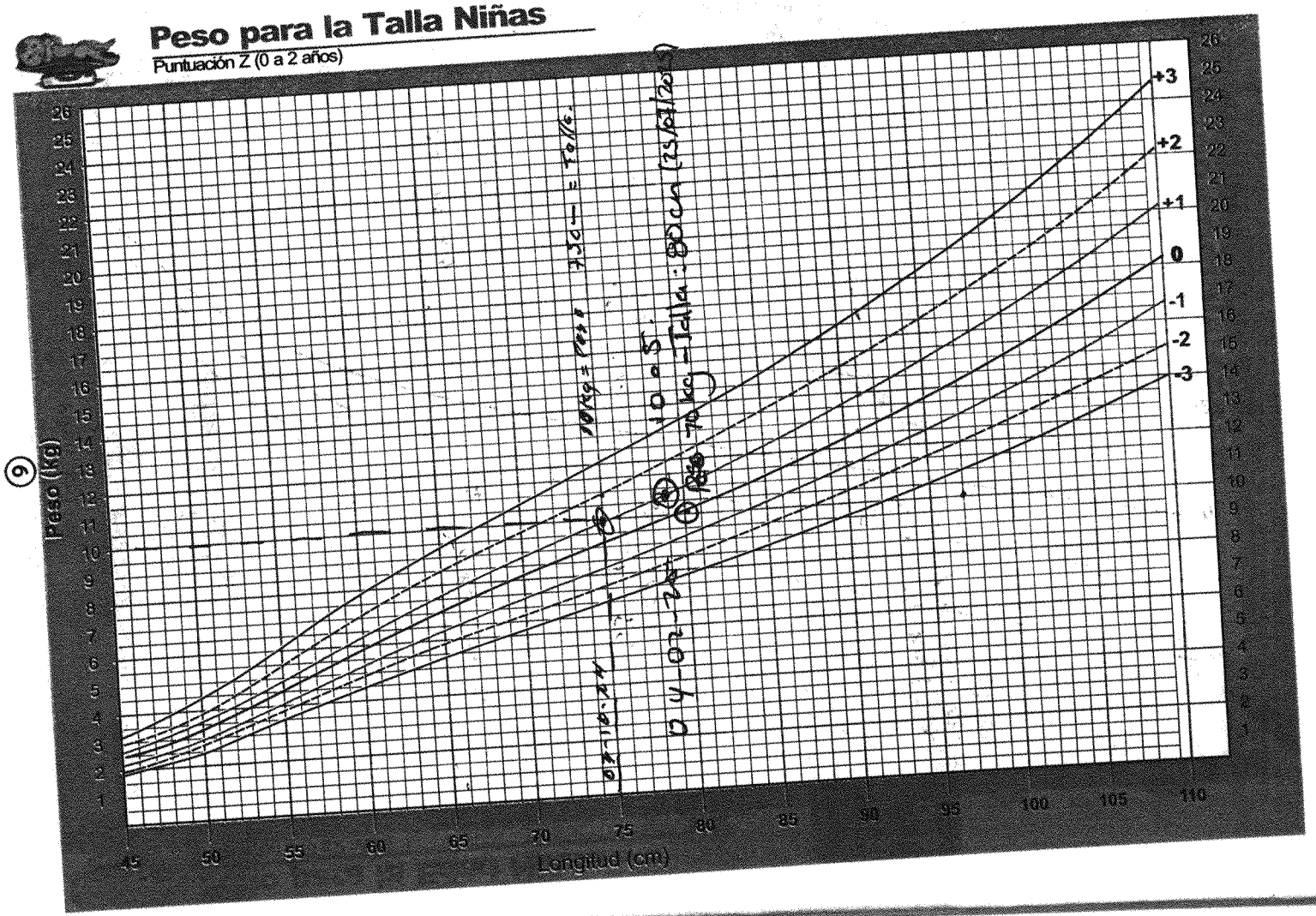
Puntuación Z (0 a 2 años)



(5)

Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

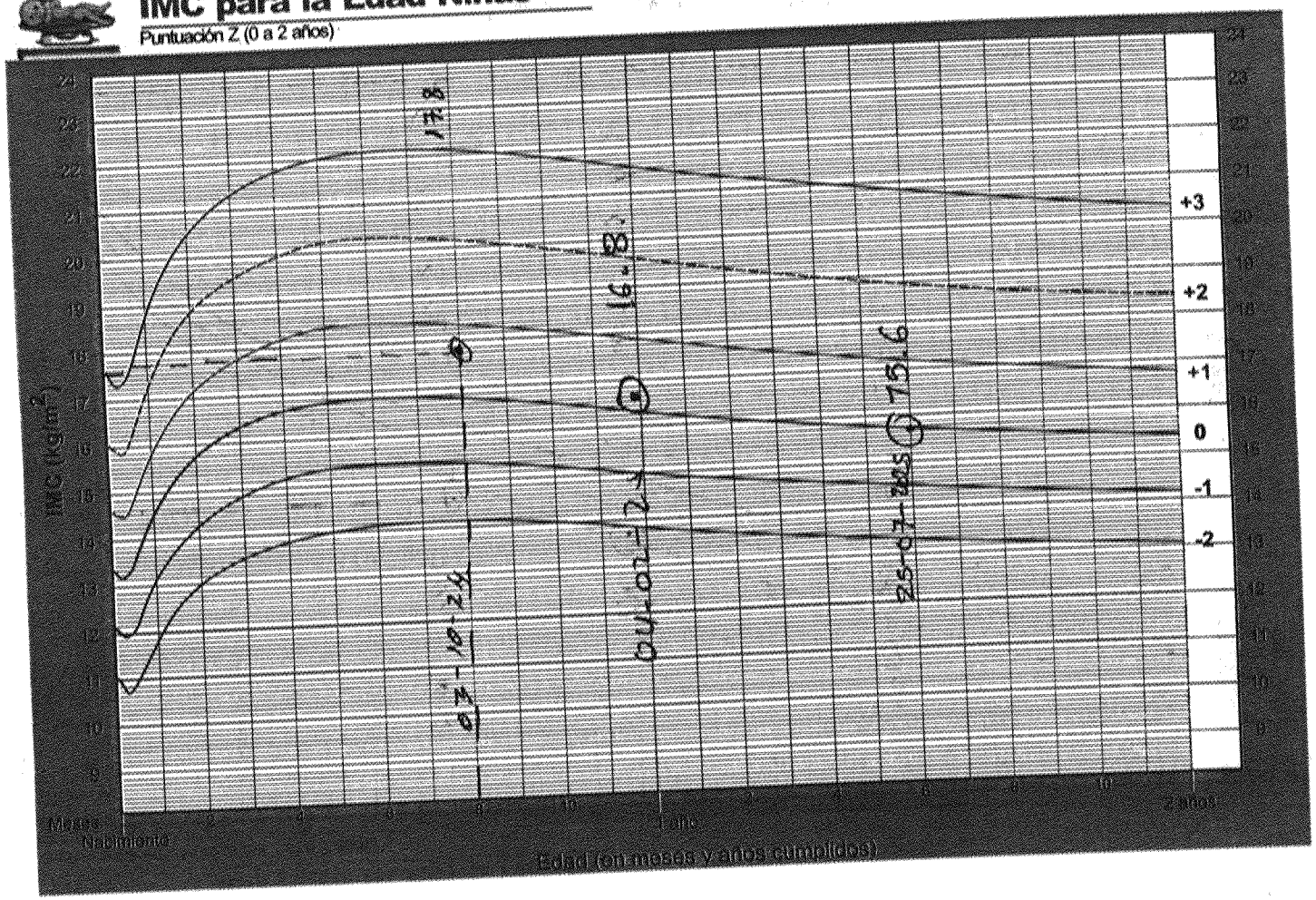


⑥

9

IMC para la Edad Niñas

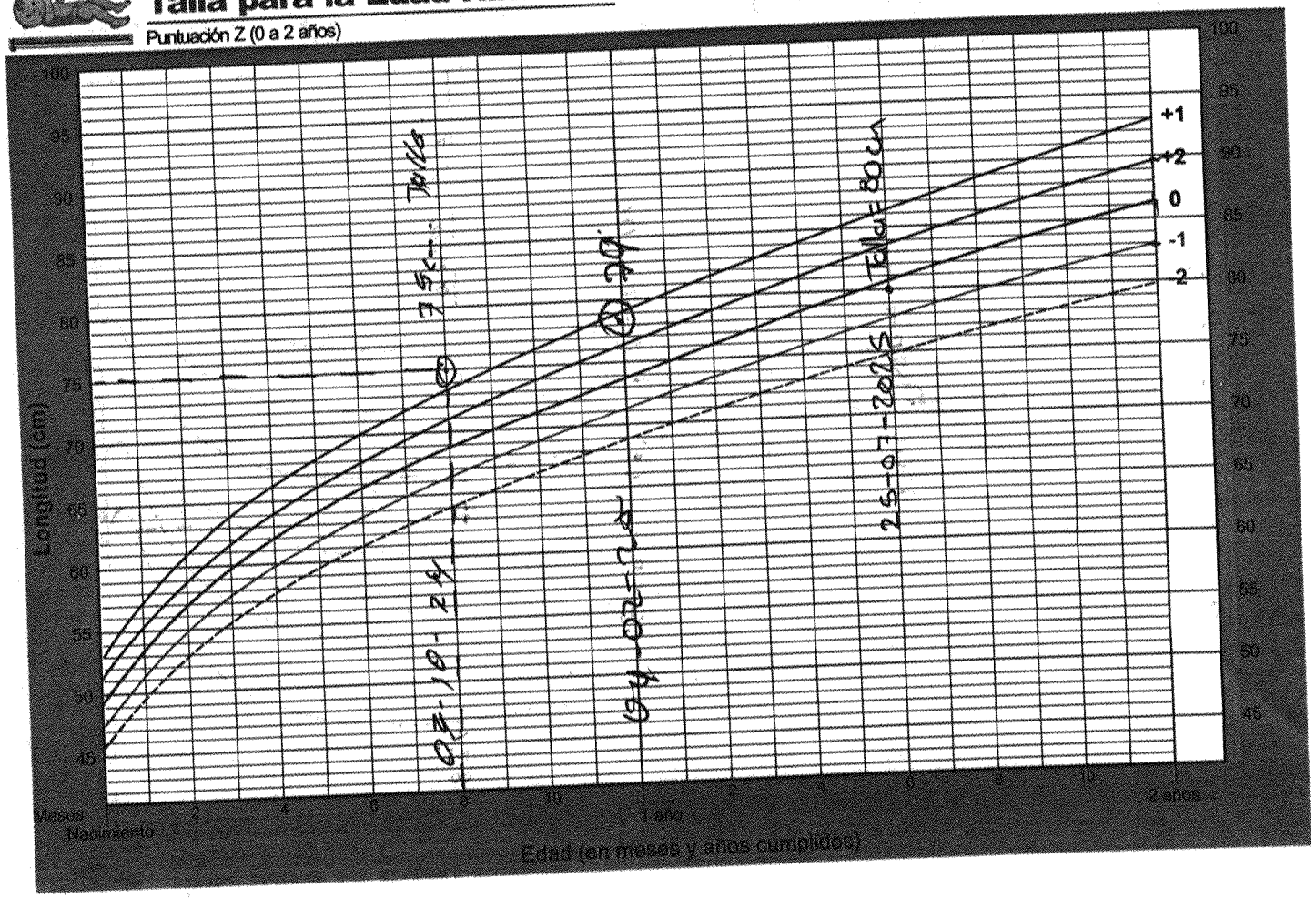
Puntuación Z (0 a 2 años)



7

Talla para la Edad Niñas

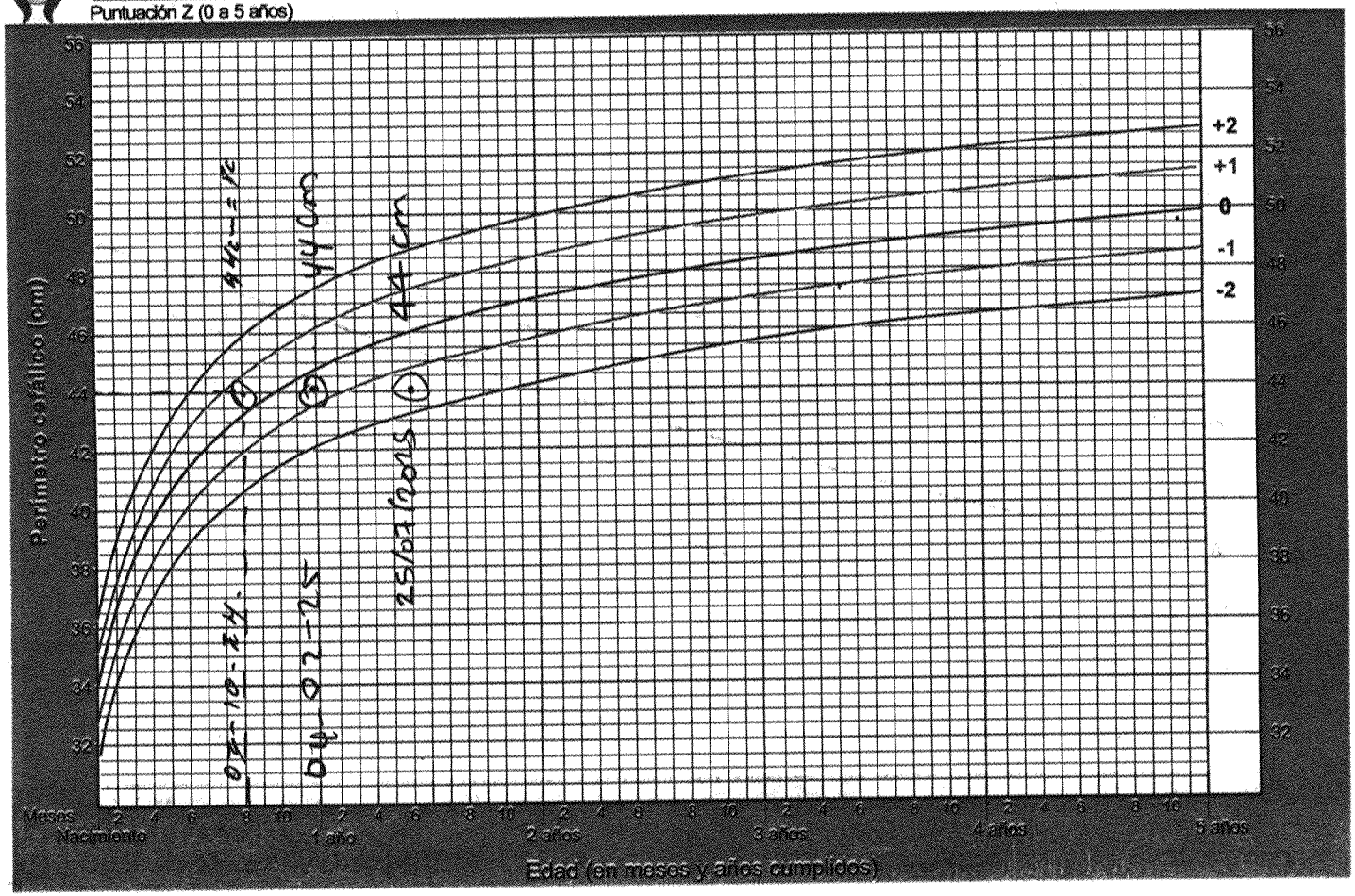
Puntuación Z (0 a 2 años)



(8)

Perímetro cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



⑥

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
07-10-24	10kg	75cm.	44cm.	12.2cm.	17.8.	25-01-25.	[signature]
13-11-2024	9,2.	73	47	14 cm	17,3	25-07-25	Milena C.
04-02-2025	10.5	79	44	15.cm	16.8.	25-07-26	[signature]
25-07-2025	10kg	80cm	44	75 cm	75.6	25-01-26	[signature] M

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
01	04	24.		✓	
04	06	24.		✓	
08	08	24.		✓	
03	10	24.		✓	
13	NOV	2024	Enfermería	sin ✓	Milena C-
25	ENERO	2025	Medico	cita.	
04	02	2025	Medico	✓	
25	07	2025	Enfermería	✓	Denitza M
25	07	2026	medico		

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

Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

Ministerio de Salud y Protección Social

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

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

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	D	M	A	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A	D	M	A
4.ª entrega	D	M	A	D	M	A
5.ª entrega	D	M	A	D	M	A

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años	D	M	A	SI*	NO*
4 años	D	M	A	SI*	NO*
5 años	D	M	A	SI*	NO*

*Menor o igual a 20 normal

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

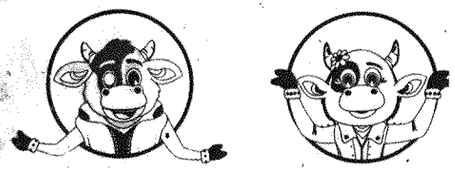
1.ª entrega	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

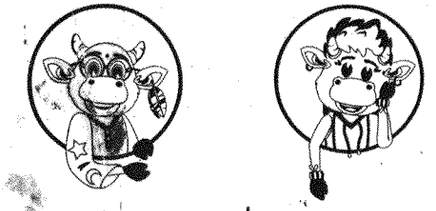
A partir de 6m	D	M	A
1 año	D	M	A
2 años	D	M	A
3 años	D	M	A
4 años	D	M	A
5 años	D	M	A

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

ESE HOSPITAL J.M.H. PROGRAMA PA... MOCOA



Carné de Vacunación



Nombres y Apellidos: Linda Aylin Chica Mesa

R.C. TI OTRO — Tipo de Documento: 1127082666 — No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 25 (DÍA) En (MES) 2024 (AÑO)

Sexo: femenino SG = 36

Grupo sanguíneo: O+

Peso al nacer: 2830 g. Talla: 45 cm

Dirección: V/San José del Guinc

Teléfono 1: 313 268 5302

Teléfono 2:

Responsable: Yani Mley Meza Delgad 1122340986.

Municipio de residencia: La Dorada

Departamento: Putumayo

Nombres y Apellidos: Linda Ayli[illegible] Chica Meza

cita: 25 Enero 2024

Tipo de Identificación RC. No. ID: 1127082666

	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
						Lactancia materna exclusiva		Si ☐ No ☐					
Recién Nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	26	En	2024	Seru	8	3 7 2 [illegible] 0 0 5 7	H.J.R.M.				Rosa Ospina Pacheco
	Hepatitis B	Recién nacido	26	En	2024	Seru	8	3 2 3 9 0 0 5 F	H.J.				
						Lactancia materna exclusiva		Si ☐ No ☐					
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	01	Abril	2024	Bithoven	2	2 5 3 0 0 5 .					
2 meses (Pentavalente)	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	01	Abril	2024	Jerum	2	8 5 2 Y 0 0 9 F.					
2 meses (Pentavalente)	Hepatitis B	1ª	01	Abril	2024	Jerum	2	8 5 2 Y 0 0 9 F.					
2 meses (Pentavalente)	Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	01	Abril	2024	Jerum	2	8 5 2 Y 0 0 9 F.					
	Diarrea por rotavirus	1ª	01	Abril	2024	BSR	A	R 0 1 0 0 7 5 A A.	H. J. G. A.				Sharony Quiyanaz.
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	01	Abril	2024	Pfizer.		F 4 9 9 2 5	H.				
						Lactancia materna exclusiva		Si ☐ No ☐					
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª	04	Junio	24	Bithoven	2	2 3 9 6 0 1					
4 meses (Pentavalente)	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	04	Junio	24	Serum	2	8 5 2 X 0 1 4 B					
4 meses (Pentavalente)	Hepatitis B	2ª	04	Junio	24	Serum	2	8 5 2 X 0 1 4 B					
4 meses (Pentavalente)	Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	04	Junio	24	Serum	2	8 5 2 X 0 1 4 B					
	Diarrea por rotavirus	2ª	04	Junio	24	BSR	A	R 0 1 0 8 3 8 B A	H. J. G. A.				Uriana Ruiz V.
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	04	Junio	24	Pfizer	6	X 1 9 1 2					
						Lactancia materna exclusiva		Si ☐ No ☐					
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª	02	Agosto	2024	Bithoven	2	2 3 9 0 0 1					
6 meses (Pentavalente)	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	02	Agosto	2024	Jerum	2	8 5 2 Y 0 1 3 B					
6 meses (Pentavalente)	Hepatitis B	3ª	02	Agosto	2024	Jerum	2	8 5 2 Y 0 1 3 B					
6 meses (Pentavalente)	Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	02	Agosto	2024	Jerum	2	8 5 2 Y 0 1 3 B					
	Influenza estacional	1ª	25	Julio	2025	Sinovac	P	1 D D 7 9 2 7 9 2	PS Afiliador				Sharony Yoguanaz Maria Alicia C.
7 meses	Influenza estacional	2ª											
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	28	Enero	25	Serum	D	3 2 N 0 7 4 B					
12 meses	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	25	Enero	25	Pfizer		6 X 1 9 1 2					Marcos Alicia Caicedo Tec. Enf. Enfermería C.C 52445513
12 meses	Varicela	1ª	25	Enero	25	Merck							
12 meses	Hepatitis A	Única	25	Enero	25	SSD							
12 meses	*Influenza estacional	Anual											
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	2	Agosto	25	Biological's	2	4 0 6 0 0 1	PS Afiliador				Marcos Alicia Caicedo Tec. Enfermería C.C 52445513
18 meses	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo	2	Agosto	25	Serum	2	8 5 3 X 0 2 1 C	PS Afiliador				
18 meses	**Fiebre Amarilla	Única	25	Enero	25	Sanofi							
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	25	Julio	25	Serum.	0	1 3 2 N 0 7 4 A	PS Afiliador.				
5 años	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo											
5 años	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo											
5 años	Varicela	Refuerzo											
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª											
		2ª											
		3ª											
Sin rango de edad	Covid-19	1ª											
		2ª											
		1er Refuerzo											
		2do Refuerzo											
Vacunas complementarias y otras dosis													

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

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

25 Agosto 2 dos. INFLUENZA

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos

CIUDAD La Dorada FECHA: DÍA 21 MES 04 AÑO 25 HORA: 9:30 am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Linda Aylin APELLIDOS Chica Mesa

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NUMERO: 1.127.082.666

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 25 MES: 01 AÑO: 24 / EDAD: 1. años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE

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

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

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

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

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Ninguna Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] ó dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas

En consecuencia, decido: **ACEPTAR:** _____ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** _____ que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Yani Miley Meza

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

Nombres Yany Miley Apellidos Mesa Delgado

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.122.340.986

Firma: Yani Miley Meza

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: Jeniffer Yulieth Cabezas Meneses

Firma

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446069

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFU

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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.122.340.986**
MESA DELGADO

APELLIDOS
YANY MILEY

NOMBRES

Yani Miley Meza d

FIRMA

ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-DIC-1994**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-DIC-2012 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-6401800-01334826-F-1122340986-20221220 **0093**104966A 2 56938544

17

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

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
Mi prioridad es tu salud

Nombres y Apellidos: Linda Aylin Chica
Doc. de Identidad: RC 1127082666
EPS: Emssanar
Teléfono: 3182688302
Domicilio: Villa Francisco

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) Ó AÑOS (A)												
			5 DIAS	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	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							09-04-2024						
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor							10-04-2024						
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

LILIANA MARTINEZ CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600493-2011

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Yany Miley Meza D. Identificado con C.C N° 1122.340 986 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Linda Aylin Chica Meza. o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Hisitemos amiguitos 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.

Yani Miley Meza D
Madre o Acudiente
C.C 1122340986

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

Yo, Yany Miley Mesa Delgado, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122.310 986, obrando en calidad de:

Padre		Madre	X	Cuidador	

De la niña, niño o adolescente, Linda Aylin Chica Mesa, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI___, CE___, número 1127.082.666., manifiesto que:

Sí	X	No	

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

1. Captarán, tomarán, almacenarán y editarán imágenes personales o fotografías de los participantes
2. Realizarán videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
3. Divulgarán y publicarán las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

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

Suscriben:

Firma: Yany Miley Mesa D.
Nombre: Yany Miley Mesa Delgado
Calidad - Titular: ____ Representante legal: V
Teléfono de contacto: 313 628 5302
Fecha: 16-04-2025
Municipio: San Miguel

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 Linda Aylin Chica Mesa., identificado (a) con documento de identidad número 1127.082.666, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Yany Miley Mesa Delgado, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.122340986, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos		Audios		Videos		Otros datos personales	

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 Almadeuda, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Educacion Inicial campesina

Suscriben:

Firma: Yani Miley Mesad
Nombre: Yany Miley Mesa Delgado
Calidad - Titular: ____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 313 628 5302
Fecha: 16-04-2025
Municipio: San Miguel.

21
RIV

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACIÓN INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Suzan Cifuentes Castro NOMBRE UCA: Mis tiemos amiguitos 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Linda Aylin Chica Meisa IDENTIFICACIÓN: 1127082666 FECHA DE NACIMIENTO: 25-01-2024

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

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACIÓN INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): _____ NOMBRE UCA: _____

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

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

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 Linda Aylin Chica Mesa

Fecha de nacimiento 25 - 01 - 2024 **N° Documento de Identidad** 1.127.052.666

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Suzan Cifuentes Casto

Fecha de registro cualitativo 17 - 07 - 2025

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

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

Observaciones generales

Linda, se encuenta en el perfil esperado, comple con las acciones acordes a su edad.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Suzan Cifuentes Casto

Fecha de registro cualitativo 20 - 10 - 2025

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

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

Observaciones generales

Linda se observa más seguro al desplazarse, explora su entorno con interes, manipula objetos con mayor seguridad. Disfuta de las canciones y juegos

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

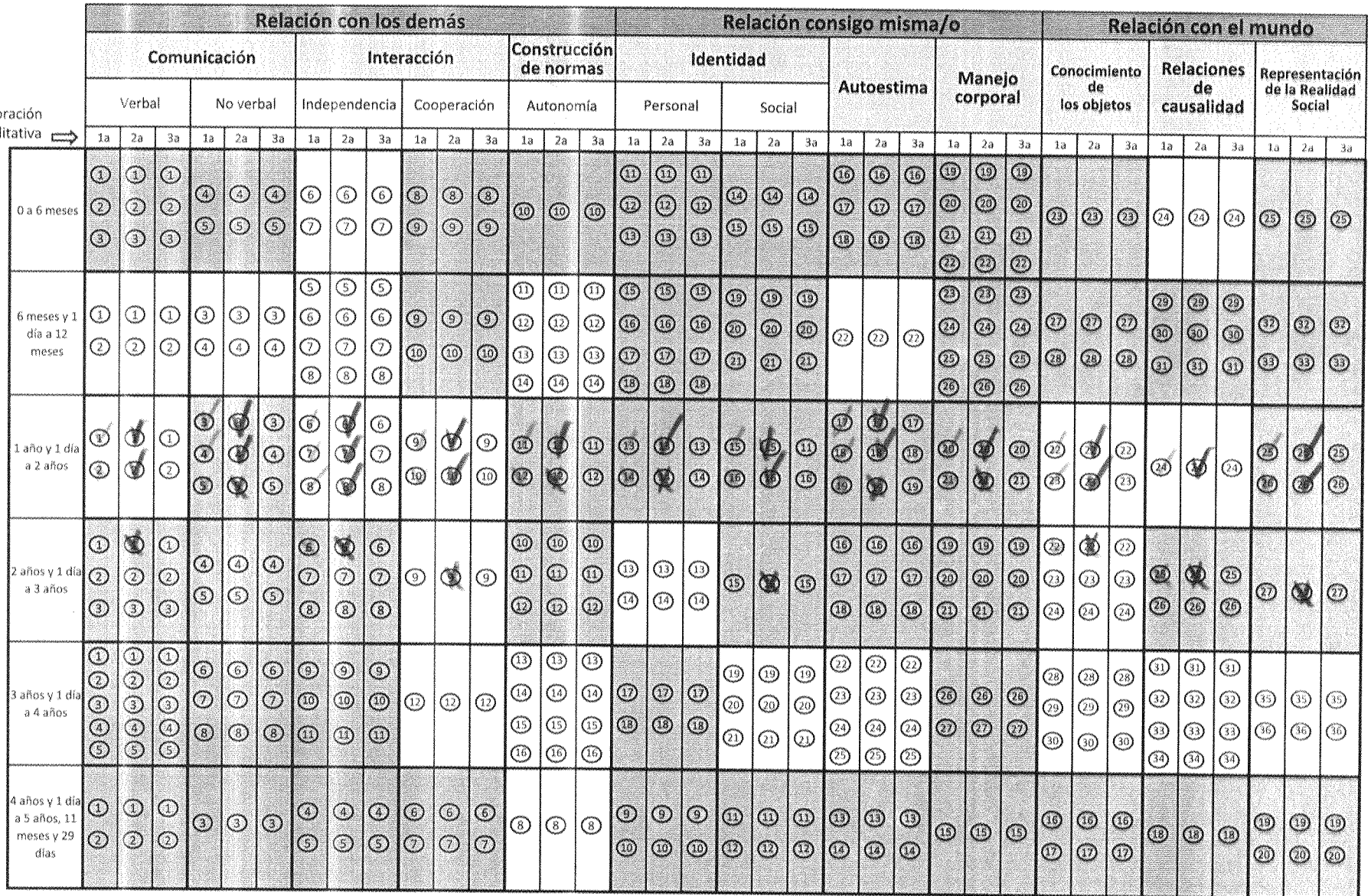
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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