Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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) _X_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: 24-09-2025 **FECHA INGRESO:** -10-2025

UDS: Semillitas del Futuro **MUNICIPIO:** San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Emily Alexandra Pantoja Velasquez

TIENE REGISTRO CIVIL: SI x NO __ **NUIP No.** 1126460873

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? _____

FECHA NACIMIENTO: 31/01/2022 **EDAD:** 3 años **MUNICIPIO:** Valle del Guamuez

DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** Colombia **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: V/la Cruz **ESTRATO:** _____ **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: _____ NO: x

¿CUAL?: _____ **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:** _____

_____ **ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD:** N/A

_____ **PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD:** SI: __ NO: x CUAL: _____

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: x CUAL: _____ **TIENE SISBEN:** SI: __ NO: x PUNTAJE: _____ **DESPLAZADO:** SI: _ NO: x **VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:** SI: _____ NO: x **RED UNIDOS:** SI: ____ NO: ___

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: x NO: ___ CUAL: Pueblo Nasa

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Pantoja Diaz Franco **No. IDENTIFICACION:** 5289078 **DIRECCION RESIDENCIA:** La Hormiga **CELULAR:** N/A **E.P.S:** Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Agricultor **EMPRESA DONDE LABORA:** N/A **NIVEL DE ESCOLARIDAD:** Primaria **PROFESIÓN:** N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Fanny Velasquez Yonda **No. IDENTIFICACION:** 1114879591 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/la Cruz **CELULAR:** 3228198164 **E.P.S:** Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Oficios Varios **EMPRESA DONDE LABORA:** N/A **NIVEL DE ESCOLARIDAD:** Bachillerato **PROFESIÓN:** _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Fanny Velasquez Yonda

NUMERO IDENTIFICACION: 1114879591 **CELULAR:** 3228198164

DIRECCION: V/la Cruz **PARENTESCO:** Madre

Fanny Velasquez
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

PAOLA CAICEDO
FIRMA AGENTE EDUCATIVA

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N**

REGISTRADURÍA

Adhesivo Copia Registro Civil

[redacted]

NUIP 1.126.460.873

Tipo de certificado: Datos Esenciales ☐ | Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos: PANTOJA VELASQUEZ EMILY ALEXANDRA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)									Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	2	Mes	E N E	Día	3 1	FEMENINO	O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ

Fecha de Inscripción (Mes en letras)									Indicativo serial
Año	2	0	2	2	Mes	F E B	Día	0 7	0061322233

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos: VELASQUEZ YONDA FANNY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.114.879.591	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos: PANTOJA DIAZ FRANCO RAMON

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 5.289.078	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos: PANTOJA DIAZ FRANCO RAMON

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 5.289.078

Espacio para notas

NACIDO VIVO NUMERO 169597716

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)

Código: Y 7 A

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)									Nombre y firma del funcionario
Año	2	0	2	2	Mes	F E B	Día	0 7	CARMEN PATRICIA CASANOVA YANDI...

Registrador del Estado Civil

RESGUARDO INDIGENA PAEZ DE CORINTO – LOPEZ ADENTRO
KWE KWE SA T WESX - CABILDO INDIGENA DE CORINTO
Entidad Pública de Carácter Especial
NIT. 817000923 – 8
Artículos 3, 4 y 7 de la Ley 89 de 1890, y artículo 2 del Decreto 2164 de 1995
Resolución No. 034 de 1996 de creación del Resguardo
Acuerdo 104 de 2007 de ampliación
Resolución No.013 del 23 enero de 2024
EETE TXI SA
(Secretaria General)

EL RESGUARDO INDIGENA PAEZ DE CORINTO, EN USO DE SUS FACULTADES LEGITIMAS QUE LE CONFIERE LA LEY DE ORIGEN EL DERECHO PROPIO, LOS USOS Y COSTUMBRES – LOS EFECTOS LEGALES QUE LE CONFIEREN LA LEY 89 DE 1890, LOS ARTICULOS 246 Y 330 DE LA CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA DE 1991 EL CONVENIO 169 DE LA OIT RATIFICADO POR EL CONGRESO DE LA REPUBLICA MEDIANTE LA LEY 21 DE 1991 Y LA DECLARACION UNIVERSAL DE LOS PUEBLOS INDIGENAS DE LA ONU DE 2007.

HACE CONSTAR

Que: **EMILY ALEXANDRA PANTOJA VELASQUEZ** Identificado con R.C Nº 1.126.460.873, Valle del Guamuez, Putumayo. Residente en el territorio ancestral de la comunidad de El Jagual. Perteneciente al listado censal del Resguardo Indígena Páez de Corinto quien Conserva nuestros usos costumbres y tradiciones culturales del pueblo Nasa.

En efecto el acuerdo 077 de 1997 articulo 4°, manifiesta que a los pueblos indígenas por su especialidad no se les aplica el SISBEN, ya que mediante el Listado Censal son definidos dentro del Estrato 0. (Ley 505 de 1999 articulo 16.)

Para constancia se firma a los veintiocho (28) días del mes de agosto del 2025 en Las instalaciones del Cabildo Indígena de Corinto Cauca.

Resguardo Indígena Paez de Corinto
NIT. 817000 923 - 8
CALLE 5 # 11-49
SECRETARIA PRINCIPAL

KENIER DAVID YATACUE BELALCAZAR
Secretario Principal
Resguardo Indígena Páez de Corinto

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	1126460873
NOMBRES	EMILY ALEXANDRA
APELLIDOS	PANTOJA VELASQUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	VALLE DEL GUAMUEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	01/02/2025	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/03/2025 22:27:41	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,**

E.S.E
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús



Carnet de Crecimiento y Desarrollo

Nombres: Emily Alexandra

Apellidos: Pantoja Velasquet

Fecha de nacimiento: 31- Enero - 2022

Lugar de nacimiento: Valle del Guamuez

Identificación: 1 126 460 873

Barrio/vereda: V/ San Francisco

Responsable del niño: Yonda Fanny Velasquet

N° de Teléfono: 3133562309

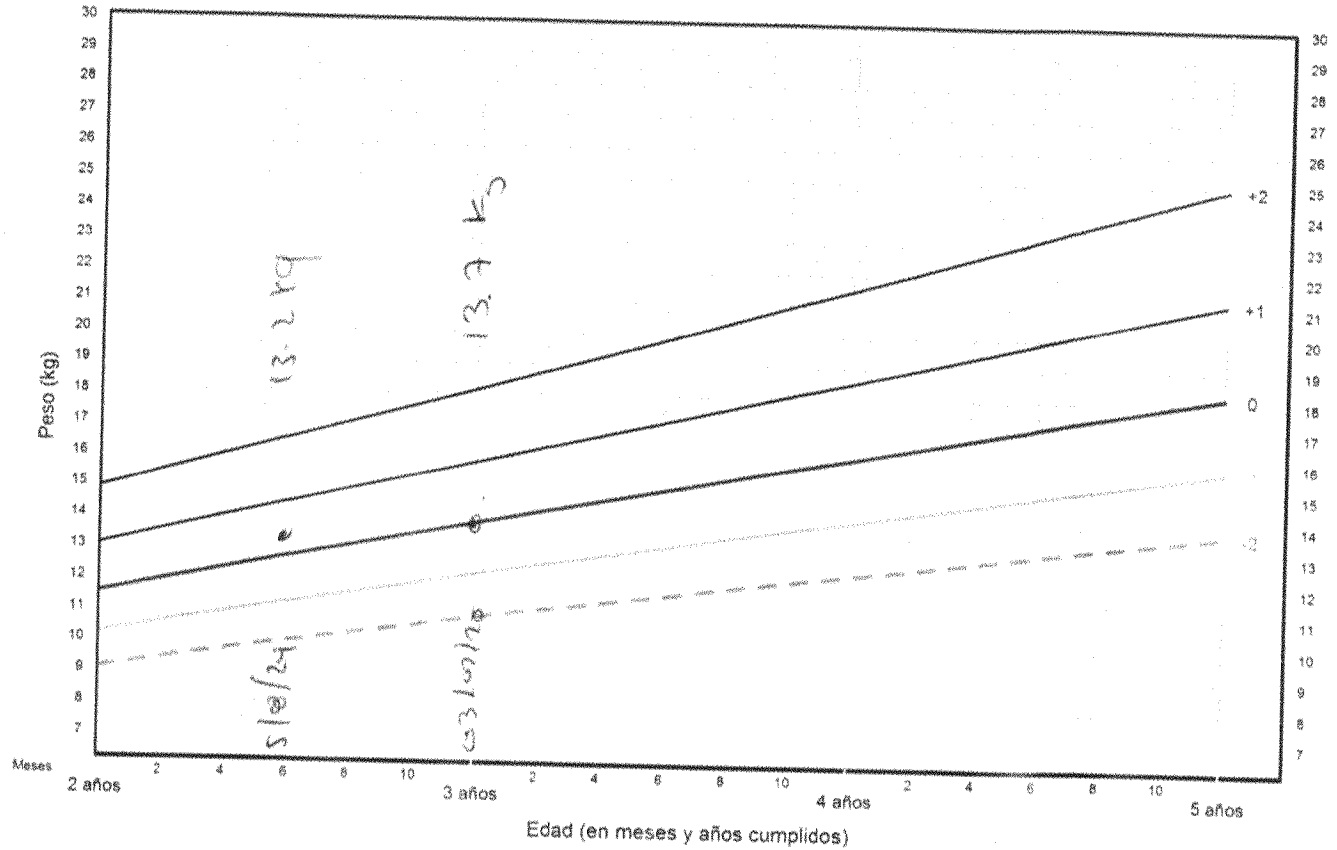
E.P.S.: AIC

Grupo Sanguíneo: O+

¡Mamita Segura! Lo mejor de nosotros para ti

IAMI INSTITUCION AMIGA DE LA MUJER Y LA INFANCIA

AIEPI Porque mi vida hay que protegerla hoy


Peso (kg)
30
29
28
27
26
25
24
23
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
+2
+1
0
-2
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
2
4
6
8
10
Edad (en meses y años cumplidos)
Puntuación Z (2 a 5 años)

IMC para la Edad Niñas

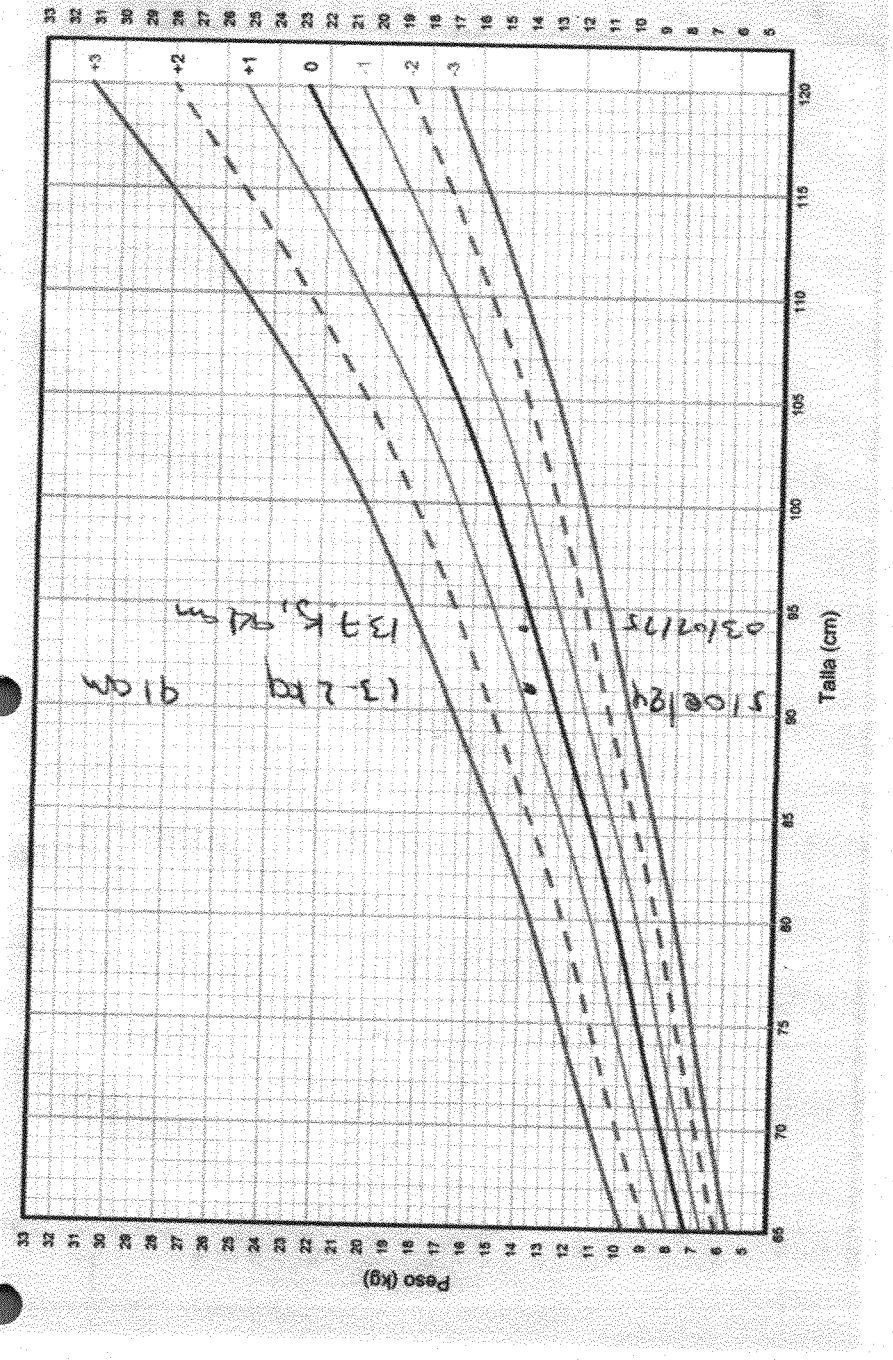
Puntuación Z (2 a 5 años)

Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

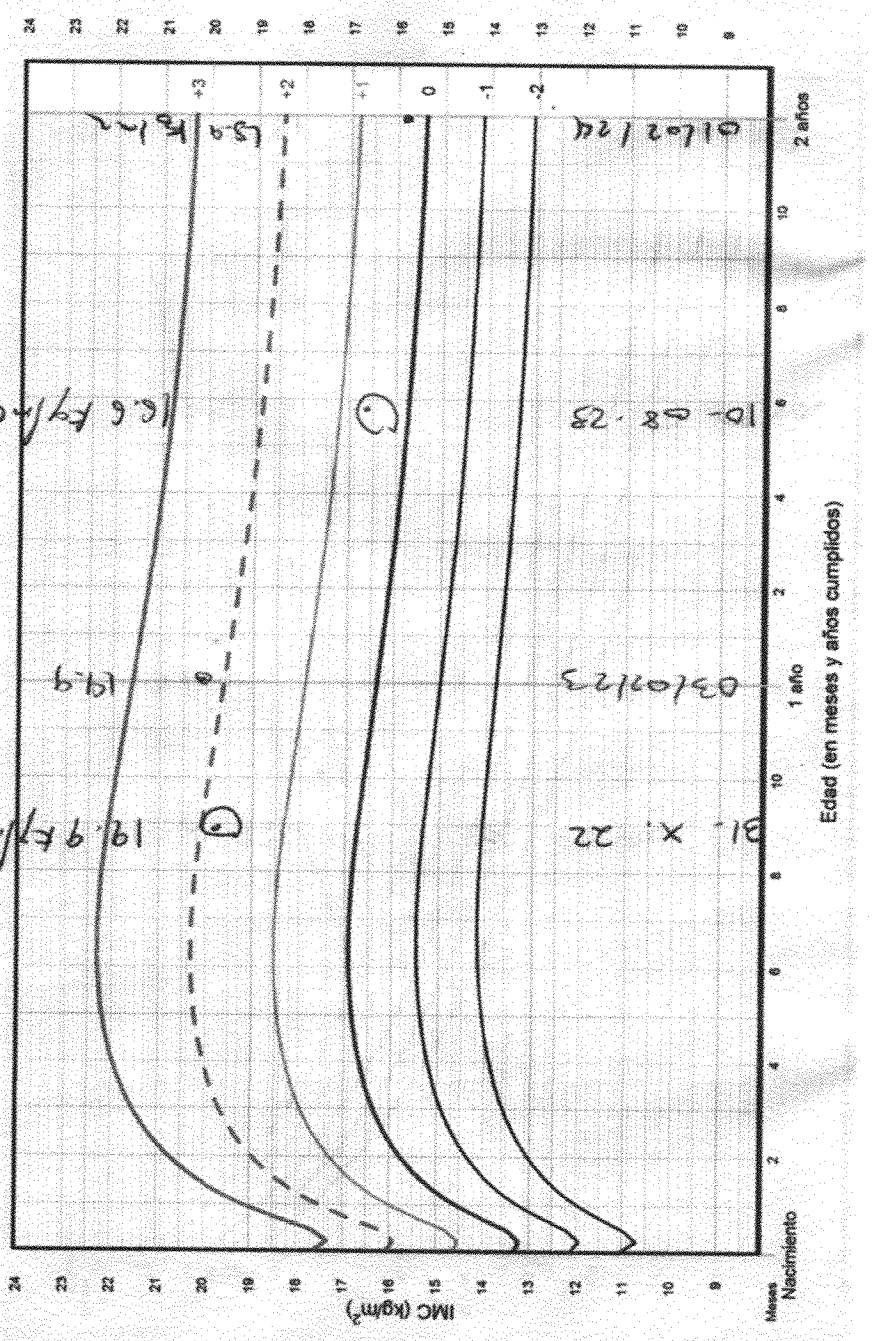
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



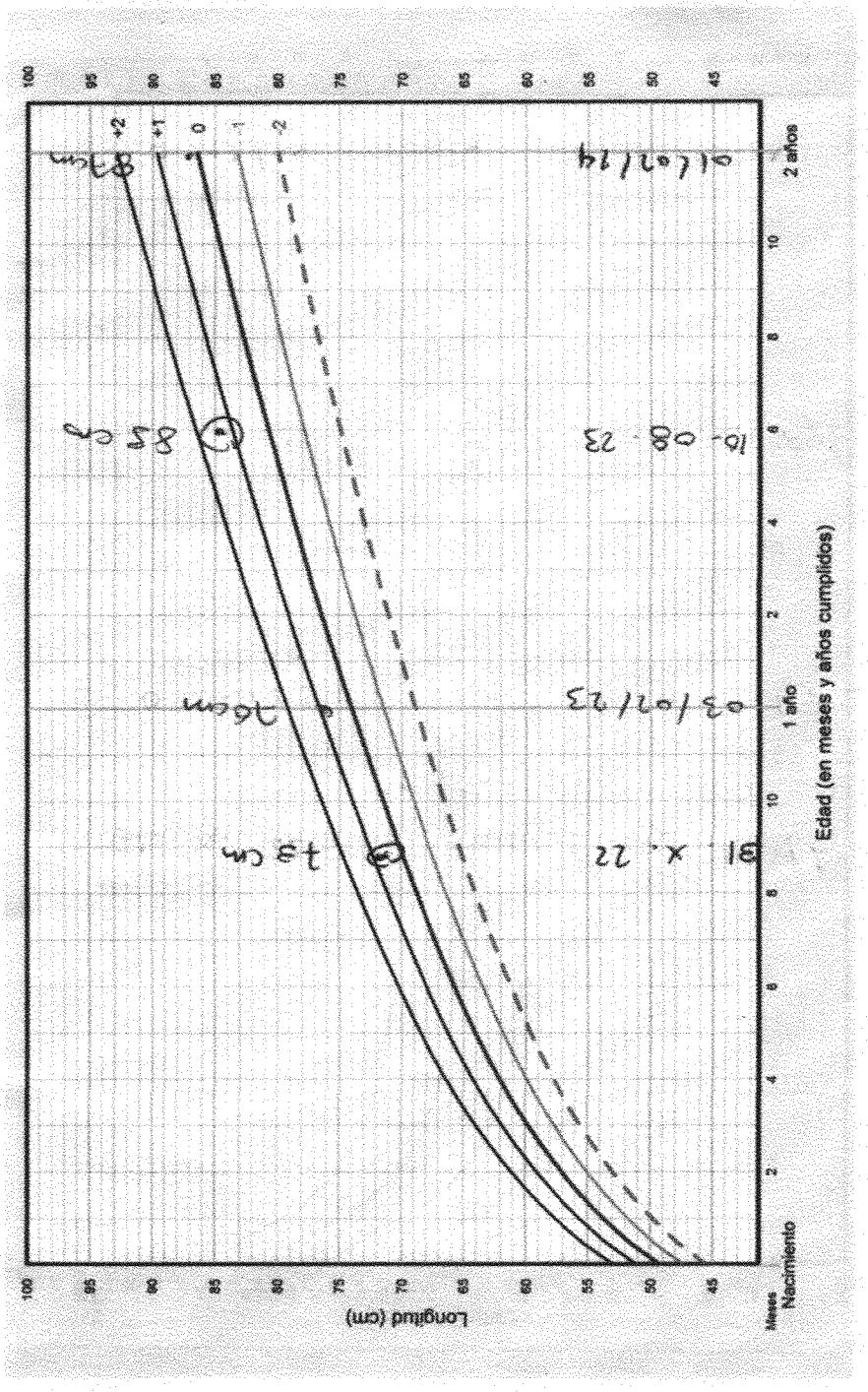
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



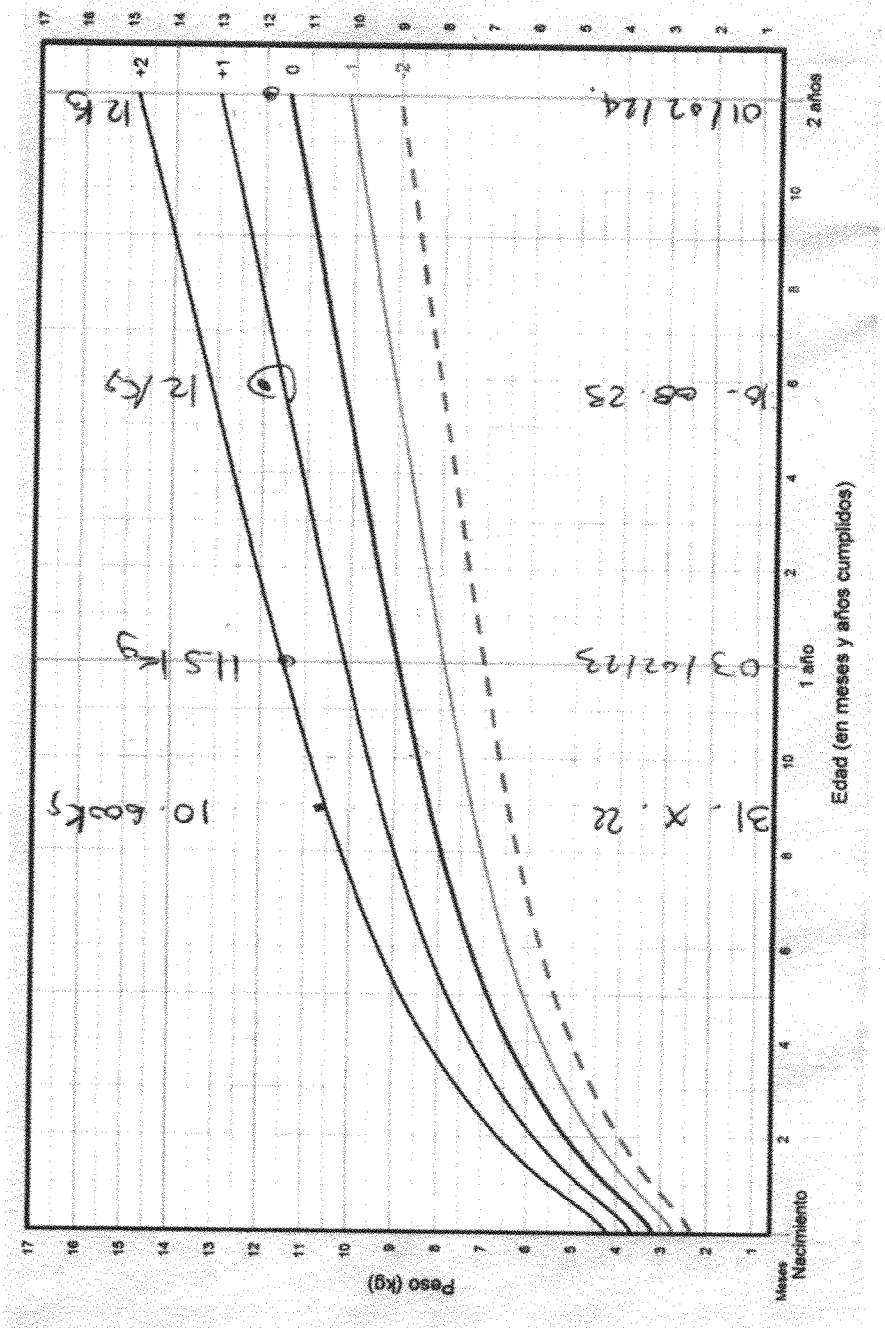
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

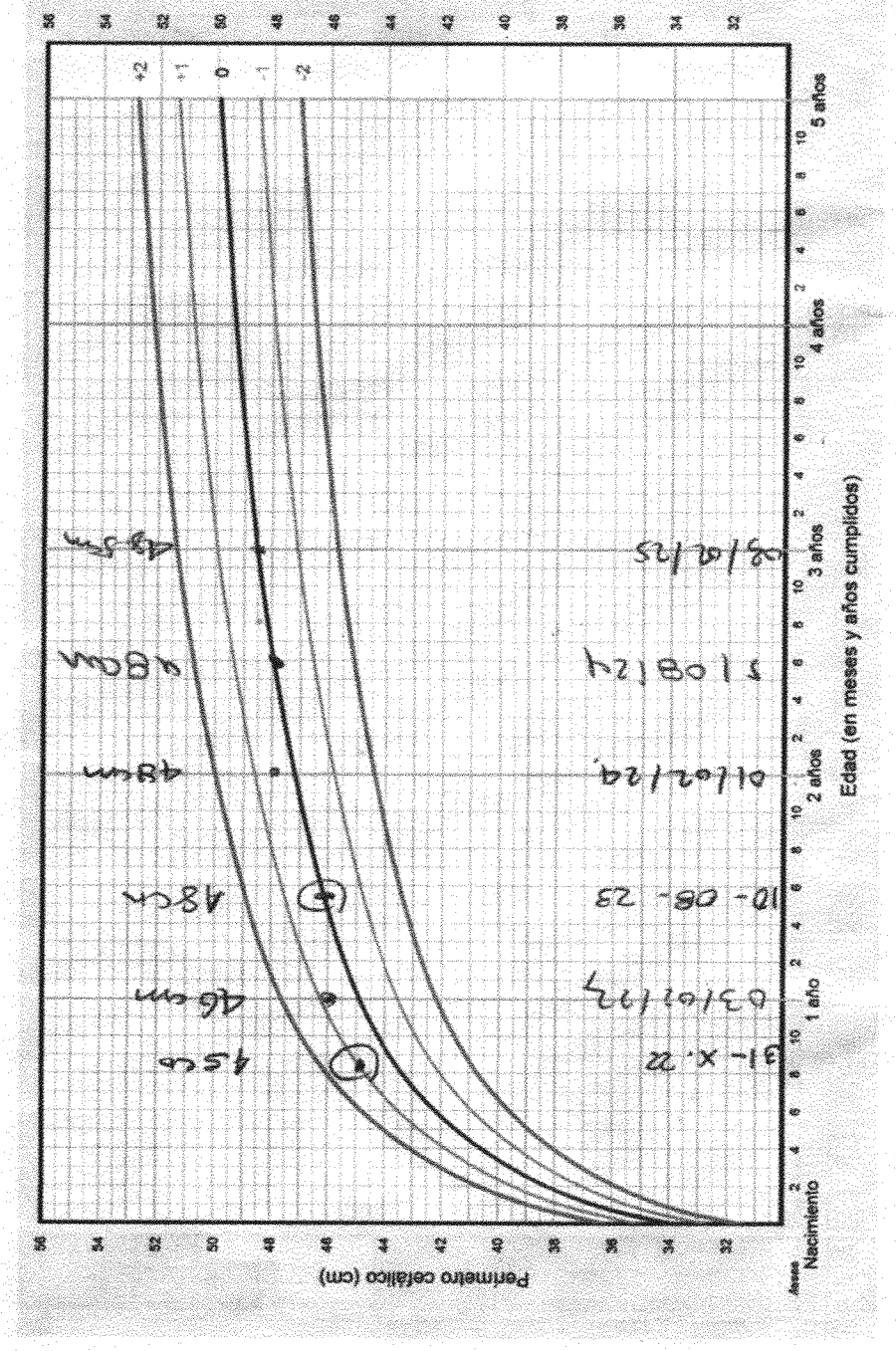


Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO	
				SI	NO
03	febrero	2023	7:30 am x Medico.		
31	Julio	2023.	10 am x EN		
10.	Agosto	2023	1:00 pm x FM.		
1	Febrero	2024	8:00 am med		
05	Agosto	2024	9:00 am		
3	Febrero	2025	11:00 am x med		
3	Febrero	2026	10:00 am		

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 tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonia, 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)

17
RV

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Emily Alexandra Pantoja Velasquez

Fecha de nacimiento: Fanny- 31-01-22

Nº de certificado de nacido vivo: 169597716

Registro civil: 1126460873

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: O+ EAPB= Alc

Peso al nacer: 3320 Talla: 52 - 37

Dirección: Vda San Francisco

Teléfono 1: 3133562369

Teléfono 2: 3125052672

Responsable: Fanny Velasquez

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

CC= 1114879591

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: Emily Alexandra Pantoja Velasquez **Tipo Identificación:** 1126460873 **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 meníngea (BCG)	Única	31	01	22	Serum	037041A091	ESE HSCJ				Yandel
	Hepatitis B	Recién nacido	31	01	22	Serum	8320X017C	ESE HSJ				
	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	7	Abril	22	Bilthoven	211505006	ESE HSCJ	31 Marzo 2022			Diego Bravo
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	7	Abril	22	Serum	2805070388D	ESE HSCJ				Diego Bravo
	Pentavalente: Hepatitis B	1.ª	7	Abril	22	Serum	2805070380	ESE HSCJ				Diego Bravo
	Pentavalente: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	7	Abril	22	Serum	2805070380	ESE HSCJ				Diego Bravo
	Diarrea por rotavirus	1.ª	7	Abril	22	GSK	ARO LC88588AC	ESE HSCJ				Diego Bravo
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	7	Abril	22	GSK	ASDN B3388EA	ESE HSCJ				Diego Bravo
	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	06	Junio	2022	Bilthoven	211210004	ESE HSCJ	2 Junio 2022			Luz Tobar
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	06	Junio	2022	Serum	2805090070D	ESE HSCJ				Luz Tobar
	Pentavalente: Hepatitis B	2.ª	06	Junio	2022	Serum	2805090070D	ESE HSCJ				Luz Tobar
	Pentavalente: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	06	Junio	2022	Serum	2805090070D	ESE HSCJ				Luz Tobar
	Diarrea por rotavirus	2.ª	06	Junio	2022	GSK	ARO LD0641AD	ESE HSCJ				Luz Tobar
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	06	Junio	2022	GSK	ASPB3400AB	ESE HSCJ				Luz Tobar
	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	04	agos	2022	Biological	211430086	ESE HSCJ	31 Julio 2022			
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	04	agos	22	Serum	2805170070	ESE HSCJ				Yanet Rincón Triviño Aux Enfermería
	Pentavalente: Hepatitis B	3.ª	04	ago	22	Serum	2805170070	ESE HSCJ				
	Pentavalente: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	04	ago	22							
	Influenza estacional	1.ª	04	ago	22	Gren Cross	V5022200S	ESE HSCJ				
7 meses	Influenza estacional	2.ª	09	Sept	22	Greencross	V5022200S		04 Sep 2023			
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	6	Feb	22		0130213138	ESE HSCJ				Diego Bravo
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	6	Feb	22	GSK	A5D2B3428A	ESE HSCJ				Diego Bravo
	Varicela	2.ª	3	Abril	2023	MSD	W80376557	ESE HSCJ	6 marzo 23			Mayor Mejia
	Hepatitis A	Única	6	Feb	23	MSD	W80347502	ESE HSCJ	31 Enero-23			Diego Bravo
	Influenza estacional	Anual	1	Junio	23	CC	V5052270001	ESE HSCJ				Diego Bravo.
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☒)	1.er refuerzo	22	Agosto	23	Biological S	2230801600	ESE HSCJ	4 Agosto 23			Mayor Mejia
	Difteria, tosferina y tétano (DPT) Pentavalente	1.er refuerzo	22	Agosto	23	Serum	2805101033C	ESE HSCJ				Mayor Mejia
	Fiebre amarilla	Única	6	Febrero	22		V3C0800	ESE HSCJ				Diego Bravo
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo							31 Enero 23			
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.º	22	Agosto	23	Serum	0131N071A	ESE HSCJ				Mayor Mejia
	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												

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.

Para covid 19
Tiene documentos.

Sarampion Rubeola
22 | Septiembre | 2023

18
Rv

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos | Minsalud

CIUDAD San miguel FECHA: DÍA 25 MES 09 AÑO 2025 HORA: 2:00 pm

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Emily Alexandra Pantoja APELLIDOS Pantoja velazquez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1126460873

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 31 MES: 09 AÑO: 2022/ EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. 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)

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: fanny Velasquez

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

Nombres Fanny Velasquez Yonda Apellidos _____

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1114899591

Firma: fanny Velasquez

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar _____, identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma el(la) señor(a)

_____ identificado(a) con C.C ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ número _____

de _____

	Firma del Rogado	
Huella dactilar o plantar del Rogante	C.C. N°	C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Isabel arias Eraso

Firma Isabel Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004695938

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS):

HFLD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putmayo

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.



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.114.879.591

Apellidos
VELASQUEZ YONDA

Nombres
FANNY

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
F

Fecha de nacimiento
25 OCT 1988

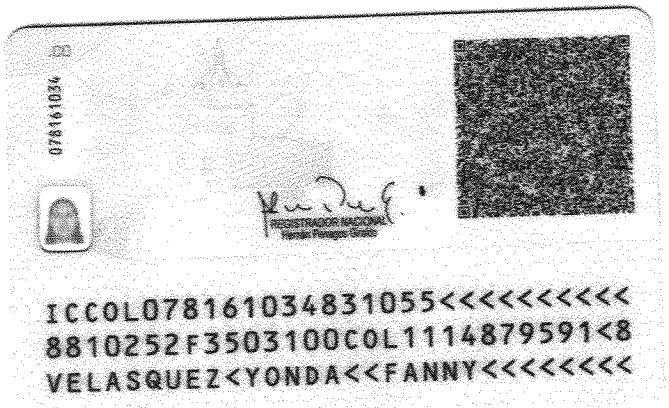
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
CORINTO (CAUCA)

Fecha y lugar de expedición
29 NOV 2006, FLORIDA

Firma
Fanny Velasquez

Fecha de expiración
10 MAR 2035



IDD

078161034

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL078161034831055<<<<<<<<<<
8810252F3503100COL1114879591<8
VELASQUEZ<YONDA<<FANNY<<<<<<<<

CONTROL DE CITAS

Este carné es un documento de identificación como usuario de los servicios del Hospital; tratelo con cuidado y no lo pierda pues su duplicado tiene un valor de $ 2.000

Debe ser puntual en el cumplimiento de su cita de Higiene Oral. Si no se presenta en la hora fijada perderá su turno y tendrá que sacar una nueva cita.

De la asistencia a su cita depende del éxito del tratamiento.

Si por atender a un usuario de cuidado urgente, usted sufre alguna demora en ser atendido, rogamos nos excuse.

Calidad y oportunidad en los servicios

Impreso: Litoimpresores - Cel:3223663764 - La Hormiga - Pyo

E.S.E. Hospital Sagrado Corazón de Jesús

NIT. 846.000.471-5

MUNICIPIO VALLE DEL GUAMUEZ - LA HORMIGA - PUTUMAYO

esehormiga2008@hotmail.com - Tel.: **4287089**

HIGIENE ORAL



NOMBRES Y APELLIDOS

Pantoja Velasquez Emily

DOCUMENTO DE IDENTIDAD | No. HISTORIA CLINICA

1.126460873 | AIC-

DOMICILIO

Vda San Francisco (Pamplona)

¡Una buena Higiene Oral para una salud total!

CP	F	S	D	PRÓXIMA CITA	PRÓXIMA CITA
X	X			08-Septiembre-2023.	Estatar la cita.
X	X			25- Septiembre-2023	25-Marzo-2024
X	X			10-JULIO-2024	10-ENERO-2025
✓	✓			15- Sep. 2025	15- Marzo 2026.
[illegible]					Vaneth Lucia Mora
[illegible]					ODONTOLOGA ODONTOLOGIA
[illegible]					Reg 399 CMP 2019

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Fanny Velasquez Honda Identificado con C.C N° 1114879591 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Emily Alexandra Pantoja V. o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Semillitas del Futuro, 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 7 Días del mes de octubre del Año 2025.

Fanny Velasquez
Madre o Acudiente
C.C 1114879591

	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	11/07/2024
BIENESTAR FAMILIAR	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 Emily Alexandra Pantoja Velasquez, identificado (a) con documento de identidad número 1126460873 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, Fany Velasquez Yonda, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1114879891, 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 Educación Inicial Campesina.

Suscriben:

Firma: Fany Velasquez
Nombre: Fany Velasquez Yonda
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3228198164
Fecha: 7-10-2025
Municipio: San Miguel

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Paola Caicedo NOMBRE UCA: Semillitas del futuro

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Emily Alexandra Pantoja V IDENTIFICACIO: 1126460873 FECHA DE NACIMIENTO: 31 / enero / 2022

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

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Paola Caicedo NOMBRE UCA: Semillitas del futuro

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Emily Alexandra Pantoja V IDENTIFICACIO: 1126460873 FECHA DE NACIMIENTO: 21/enero/2022

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					