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: 27/03/2025 **FECHA INGRESO:** 07/04/2025

UDS: MIS GRANDES SOÑADORES **MUNICIPIO:** SAN MIGUEL

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
YURI PAOLA GREFFA CUELLAR

TIENE REGISTRO CIVIL: SI ___ NO X **NUIP No.** 1122342187

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? TIENE CEDULA

FECHA NACIMIENTO: 27/OCT/1997 **EDAD:** 28 AÑOS **MUNICIPIO:** SAN MIGUEL

DEPARTAMENTO: PUTUMAYO **PAIS:** COLOMBIA **DIRECCION DE RESIDENCIA:** VEREDA INTERNACIONAL **ESTRATO:** N/A **¿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: MALAMAS **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: ___ NO: X PUNTAJE: N/A **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: NA

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: N/A

No. IDENTIFICACION: N/A **DIRECCION RESIDENCIA:** N/A

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

OCUPACION U OFICIO: N/A

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: N/A

No. IDENTIFICACION: N/A **DIRECCION RESIDENCIA:** N/A

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

OCUPACION U OFICIO: N/A

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: N/A **PROFESIÓN:** NA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: JHOF MARIO VILLOTA PAZ

NUMERO IDENTIFICACION: 1006 996 249 **CELULAR:** 322 345 8866

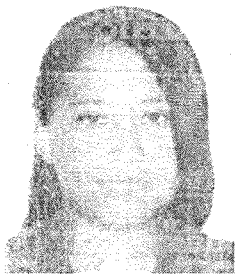
DIRECCION: VEREDA INTERNACIONAL **PARENTESCO:** ESPOSO

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE **FIRMA AGENTE EDUCATIVO**

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.122.342.187
GREFFA CUELLAR
APELLIDOS
YURI PAOLA
NOMBRES

Yuri Paola Greffa
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-OCT-1997
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-NOV-2015 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6401800-01051552-F-1122342187-20181219 0063786386A 1 9906476617

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122342187
NOMBRES	YURI PAOLA
APELLIDOS	GREFFA CUELLAR
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	RÉGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	08/11/2018	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/30/2025 10:25:14	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

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

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

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL
RESGUARDO LA PUBERA CENTRAL-SAN MARCELINO
RESOLUCION 0041 DEL 10 DE MAYO 1993
NIT 900.287609-0

EL SUSCRITO GOBERNADOR DEL CABILDO MENOR DE JUAN CRISTOBAL DEL PUEBLO KICHWA EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES, EN ESPECIAL LAS CONFERIDAS POR LA LEY 89 DE 1890 Y LA LEGISLACION ESPECIAL INDIGENA

HACE CONSTAR:

Que Yuri Paolo Grefa Cuellar con cedula No. 1122342187 expedida en San miguel Claudaida, es indígena del pueblo kichwa, practica sus usos y costumbres, se encuentra inscrito en el censo poblacional del cabildo Juan Cristóbal de la jurisdicción del municipio de San Miguel, Putumayo.

La presente se expide a solicitud del interesado.

Se firma en el cabildo Juan Cristobal a los 23 días del mes de Julio de 2025

JUAN CARLOS CHAVANGO
CC. 1.123.2455
GOBERNADOR

Dirección de Fuente Internacional [illegible]
Tel: [illegible]

3176686873 → Maternas

3134769618 → Urgencias.

CARNET CLÍNICO MATERNO - PERINATAL - CLAP - OPS/OMS

CONTROL PRENATAL EN: H. F. L. D.

PARTO O ABORTO EN:

NÚMERO HISTORIA CLÍNICA: 1122342187

TIPO DE DOCUMENTO: Cédula | Tarjeta de identidad | Cédula Extranjería

RÉGIMEN: Contributivo | Subsidiado | Vinculado | Otro

NOMBRE DISPARA: Hospitalarios

NOMBRE Y APELLIDOS: Paola Giraldo Cuellar

DIRECCIÓN: C/Juan Cristobal

TELÉFONO: 3227458966

OCUPACIÓN: Ama de casa

FECHA DE NACIMIENTO: 27/10/1997

ESPECIAL: Desplazada | Habitante de la calle | Reincidente | Otro

ETNIA: Blanca | Mestiza | Indígena | Afro - col | Gitana | Raizal

LEE Y ESCRIBE: Si | No

ESTUDIOS: ninguno | primaria | Secund. | Univers. | Años en el mayor nivel: 5

D (años): < de 15 | > de 35

ESTADO CIVIL: casada | unión libre | soltera | otra

ANTECEDENTES

FAMILIARES / PERSONALES (NO / SI): TBC | diabetes | hipertensión | preeclampsia | sicampsia | otros | Cirugía pélvica | Infertilidad | vih + | gestac. hab. previo | Gestación mayor gran | sífilis | Reacción adversa

OBSTÉTRICOS: gestas propias 02 | abortos 01 | vaginales 01 | nacidos vivos 01 | Vivos 01

ÚLTIMO EN PREVIO: Normal | <2500 g | >= 4000 g | Mu. Consecuente | Generales

5 seguir consultando | parto 01 | cesáreas | nacidos muertos

FIN EMBARAZO ANTERIOR: día / mes / año 1.9 | menos de 1 año | más de 5 años

EMBARAZO PLANEADO/DESEADO: Si | No

FRACASO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO: ninguno | barrera | DIU | hormonal emergencia | natural | ligadura | vasect. | otro

GESTACIÓN ACTUAL

TALLA (cm): 157

GESTACIÓN NÚMERO: 03

PESO ANTERIOR: 63 kg

FPP: día 7 | mes 10 | año 2023

EG DUDOSA POR: FUN | Ecos>20s

FUMA: Si | NO | pasiva

CIGARRILLOS POR DÍA: 0 | no se fuma

ALCOHOL | DROGAS

ANTITETÁNICA: vigente | dosis | MES GESTACIÓN

ANTIRUBÉOLA: previa | anticuerpos | no sabe | NO

EX. NORMAL: COCINT | MAMAS | CERVIX

GLUCOSA: 85.6

HEMOCLASIFICACIÓN: RH | grupo "O" | Sensibilizado

CITOLOGÍA | COLPOSCOPIA

CONSEJERÍA Y SOLICITUD VIH: 1 | 2 | 3

RESULTADO VIH

PRUEBA RÁPIDA SÍFILIS: 1 | 2 | 3

Hb<20 sem: 11,5 g | <11,0g

Hb<20 sem: g | <11,0g

Ag SHB

TEST O´SULLIVAN mg/d: <130 | 130 - 199 | >=200 | no se hizo

TOTAL CONSULTAS PRE-NATALES

	día	mes	año	edad gest.	peso	presión arterial	altura uterina	presentación	FCP	movim. fetales	Ne	Fotalos	Cefalo	Semefrina	Signos de alarma, exámenes, tratamientos	NOMBRE Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL
1	0	2	0	4	2	5	7.1	02	10/70	19	—	—	✓	✓	✓	✓	Hcto b parcial 1 CP	
2	0	7	0	5	2	5	12	61	100/70	20	—	150	++	✓	✓	✓	✓	Eco detalle anatomico + equinos 3 trimestre
3	0	6	0	6	2	5	7.8	62	110/60	21	Cefalico	150	++	✓	✓	✓	✓	P1 Eco detalle P1 Cinec
4	0	7	1	0	7	2	5	27.764	110/80	25	Cefalico	150	++	✓	✓	✓	✓	CTG-Gota G.
5	1	3	0	8	2	5	27.4	66	110/70	28	cefalico	145	++*	✓	✓	✓	✓	SS/Examenes 3 III II-III cinc
6	1	2	0	9	2	5	31.6	67	110/70	31	cefalico	153	+++	✓	✓	✓	✓	2SS/Exam
7	1	0	1	0	2	5	35.6	70	110/70	34	Trans	145	+++	✓	✓	✓	✓	P/cultivo de secrecion ginecologica
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		

EL COLOR SIGNIFICA ALERTA

PARTO / ABORTO

CARNET: SI | NO

FECHA DE INGRESO: día | mes | año

HOSPITALIZACIONES DURANTE EL EMBARAZO: SI | NO

ABORTO: interrupción voluntaria | Espontáneo

CORTICOIDES ANTENATALES: Dosis único incompleto | Ciclo único completo | Semana inicio | Ninguna | Incompl. | Completo

INICIO T de P: Espontáneo | Inducido | Cesar. prev.

RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: Intactas | Rotas | día / mes / año | hora / min | <37 sem | 12 hrs | temp 38°C

HORAS ENTRE RUPTURA Y PARTO: Semana nuetura

EDAD GEST AL PARTO: Semana | Días | por FUM | por ECO

PRESENTACIÓN: Cefálica | Pelviana | Transversa

ACOMPAÑANTE EN T de P: Pareja | Familiar | Otro | Ninguno

NACIMIENTO: VIVO | muerto: anteparto | parto | ignora momento

GEMELAR: gemelar, feto | Gemelar

HORA DEL PARTO: hora | min

FECHA DEL PARTO: día | mes | año

TERMINACIÓN: Espontánea | Fórceps | Cesárea | Espátula

INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATIVO: Código | INDUCCIÓN | OPERATIVO

POSICIÓN PARTO: Sentada | Cuclillas | Acostada

EPISIOTOMÍA: NO | SI

ENEMA/RASURADO: NO / SI: Sólo enema | Sólo rasurado | Enema y rasurado

DESGARROS: NO | grado(1 a 4)

OCITÓCICOS EN ALUMBRAMIENTO: Oxitocina | Espontáneo | Otro ocitócico | NO

PLACENTA: Completa | Retenida

LIGADURA CORDÓN: <30s | 30s 1m | >1m

SE HIZO PARTOGRAMA: Si | NO

ATENDIÓ PARTO: Médico | Enf. | Auxil. | Estud. | Empir. | Otro

NOMBRE Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL

MEDICACIÓN RECIBIDA: NO / SI: Oxitocina en T de P | Antibióticos | Analgesia epidural | Anestesia regional | Anestesia general | Sulfato de magnesio | Transfusión: Sangre | Derivados | Ninguno

ENFERMEDADES (Ninguna): NO / SI: HSA crónica | HTA gestacional | Preeclampsia | Eclampsia | Cardiopatía/miopatía | Diabetes | Anemia | Infección Urinaria | Anestesia parto prolongado | R.C.I.U. | Ruptura prematura de membrana | Corioamnionitis | Otras graves

HEMORRAGIA: NO / SI: 1er Trim | 2do Trim | 3er Trim | Postparto | Infección puerperal | Código

RECIÉN NACIDO

SEXO DEL RN: Femenino | Masculino | no definido

PESO AL NACER: g | menor 2500g

TALLA AL NACER: mm

PERÍMETRO CEFÁLICO AL NACER: mm

EDAD GESTACIONAL CONFIABLE: Semanas | Días EG | FUM | RCIU | ESTIMADA

PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL: Adecuado | Pequeño | Grande

APGAR: 1er min | 5° min

HEMOCLASIFICACIÓN: GRUPO | Rh | Sensibilizado | NO | SI

REANIMACIÓN (Ninguna): NO / SI: Ventilación presión | Intubación OT | Masaje cardíaco | Adrenalina | Pulsioximetría

FALLECE EN SALA DE PARTO: NO | SI

REFERIDO: Acompañado | Hospitalizado | Otro hospital

DEFECTOS CONGÉNITOS (Ninguno): NO | SI | menor | mayor | Código

ENFERMEDADES (Ninguna) | Código

TAMIZACIÓN NEONATAL: Normal | Anormal | no se hizo | Pend. result. | VDRL | TSH | audición | Hipot Tiró | Reticulocitos 1er día | toma antes

ATENDIÓ NEONATO: Médico | Enf. | Auxil. | Estud. | Empir. | Otro

NOMBRE Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL

Vitamina K: SI | NO

Profilaxis oftálmica: SI | NO

EGRESO MATERNO

día | mes

Vivo | con patología | trasladado/ referido | fallece | fallece después de 42 días | fallece después de 1 año

EGRESO MATERNO: vivo | fallece | vivo después del tratamiento | vivo con patología | fallece después del tratamiento

EDAD DÍAS AL EGRESO: 41 días

LACTANCIA: exclusiva | parcial | fórmula

VACUNAS (Ninguna): NO / SI: polio | BCG | Hepat.B

PESO AL EGRESO (g)

Tiempo entre el parto y el egreso: < 6 horas | Entre 6 y 12 hs | Entre 12 y 24 hs | > = 24 horas

ANTIRUBÉOLA POST PARTO: se aplicó | NO | SI

ANTICONCEPCIÓN: no se hizo | DIU | natural | hormonal | otro | barrera | ligadura tubárica | referida

NUIP/ certific. nacido vivo

NOMBRE Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL

NOMBRE Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL

CITAS CONTROLES PROGRAMADOS

DIA	MES	OBSERVACIONES
02	Abril	25 Ingreso.
02	Mayo	Control.
07	06	2025
06	07	2025
07	08	2025
13	09	2025
10	10	2025.
25	10	2025

CONTROLES DE LABORATORIOS

EXAMEN	1ER TRIMESTRE FECHA	1ER TRIMESTRE RESULTADO	2DO TRIMESTRE FECHA	2DO TRIMESTRE RESULTADO	FEC
Hemoglobina / Hematocrito					
Prueba rápida Sífilis					
Prueba rápida VIH					
Prueba rápida Hepatitis B					
Urocultivo					
Test de O'Sullivan / Curva Glucosa					
Gota gruesa					
Toxoplasma IgG					
Toxoplasma IgM					
Chagas					
Sífilis					
Tamizaje Estreptococo Grupo B					
Ecografía Obstétrica					
Otros					

VACUNACIÓN

	DOSIS	FECHA
TÉTANO		
INFLUENZA	1/4 Sem	06-06-25 VISOSZSOOZ HELO.
TDAP	24 Sem	28-Julio-25 202902CO #210

URGENCIAS - HOSPITALIZACIONES

FECHA	SERVICIO	DIAGNÓSTICO	TRATA

PRÓXIMAS CITAS

TABLA ATA

ALTURA DEL FONDO UTERINO SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL

ZONA DE HIPERTROFIA

OBSERVACIONES: Invito al curso de Maternidad y Paterni
Viernes 10:00am o 11:00am

ONTERIZO
ADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO
2012 - 2015
¡Gracias ustedes nos por tantos beneficiarios!

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servicios con amor



ELALCAZAR FLOREZ
Gerente

Nombres y apellidos: Yon Pabla Greffa Cuellar

Doc. de identidad: 1122312187 EPS: Mallamas

Teléfono: 322 315 88 55 Domicilio: cabildo dpan Cruz Roja

NTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN AÑOS										
	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
al											
ontología (1 vez cada 2 años)											
o uterino (Citología) de acuerdo al ema)											
(si aplica)											
lica)											
icular											
ina general, medicina familiar o nticoncepción - (según riesgo)											
na general, medicina familiar o ticoncepción - control (según riesgo)											
a bacteriana											
vigente)											

ODONTOLOGA
TP 032736
Johana Daniela Díaz

9
KIL

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 — Minsalud

CIUDAD San miguel FECHA: DÍA 1 MES 05 AÑO 2025 HORA: 11:23am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Yuri paola APELLIDOS Grefa Coello.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO:

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 27 MES: 10 AÑO: 1997 / EDAD: 27 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)

No acepta por medio 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 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: Yuri Bieffa

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

Nombres Yuri paola Apellidos Bieffa Cuellar

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1122 342 187

Firma: Yuri Bieffa

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: Jeniffer Yulieth Cabezas Meneses

Firma Jeniffer Cabezas Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446069

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): H.F.U.D.

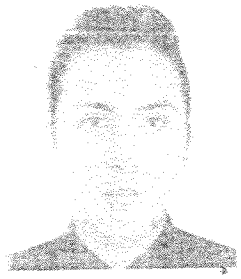
DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo

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

NUMERO 1.006.996.249
VILLOTA PAZ
APELLIDOS
JINOR MARIO
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 12-ABR-2001
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

26-ABR-2019 VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-6402800-01093226-M-1006996249-20190813 0067348675A 1 51872097

Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Yuri paola Greffa identificado con C.C N° 1122342787 en calidad de: padre o madre ( ), del niño o niña: _____ o Gestante (X) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mi grandes Soñadores, 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 01 Días del mes de 04 del Año 2025.

Yuri paola Greffa
Madre o Acudiente
C.C 1122342187

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 _____, identificado (a) con documento de identidad número _____, 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, Yuri paola greffa _____, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122342187, 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 Alma de urdq, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa EIC

Suscriben:

Firma: Yuri Greffa
Nombre: Yuri Greffa
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 322 345 8866
Fecha: 01-04-2025
Municipio: San miguel

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACIÓN INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Malquery Mora NOMBRE UCA: mis grandes soñadores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: yuri paola Grieffa IDENTIFICACIO: 1122342187 FECHA DE NACIMIENTO: 22/oct/1997

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					
11-06 2015	X		8:55		La madre gestante aun no a entregado lo de higiene oral y vacunación	Yuri Grieffa		la agente por medio de llamada mensaje de wayathp. le a comunicado haciendo acuerdo de que debe llevar los papeles Faltantes.		La madre gestante se compromete nuevamente traer la documentación.
	X		9:30			Yuri Grieffa		La madre gestante cumplio con el compromiso se cierra novedad.		

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACIÓN INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Yaiqueli Mora NOMBRE UCA: Mis grandes soñadores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Lyan paola Gieffo IDENTIFICACIO: 1122342187 FECHA DE NACIMIENTO: 27/Oct/1997

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					
06-05 2025	X		11:10		La madre le hace falta 10, de vacunación y higiene oral			La madre gestante le hace falta 10, vacunación higiene oral		Se compromete a traer la documentación completa en el siguiente encuentro.
13-05 2025	X		11:20						La madre gestante no ha cumplido con el compromiso de entrega de documento.	Se compromete traer la documentación el proximo encuentro. 11-06-2025.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACIÓN INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

14 de IV

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Maldelfanenda Mora NOMBRE UCA: Mis Grandes Soñadores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Yuri paola Greffa Cuellar IDENTIFICACIO: 1122342187 FECHA DE NACIMIENTO: 27-10-1997

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					
13-08-2025	X			4:	Realizamos Dialogo Con la mamita gestante le pedimos de favor que estuviera de salud nos da a conocer que tiene una buena Alimentacion Adecuada para sus Cuidados en periodo Gestacional.	Yuri Paola Greffa	Stella Cuellar D.	Orientamos a la mamita gestante ya que enfatizamos que cuente con Salud. le damos observacion Sobre una buena Alimentacion Adecuada para el bienestar de ella y el Bebe.		Medir este Compromiso a seguirse Cuidando y Teniendo Cuidados Como hasta ahora. Seguiremos Atentos por una mas oportunidad. Cercanos Novedad y Veluremos Cuando Regresemos
17-09 2025	X		11:40		la participante Yuri Greffa no presento copia de ultimo control	Yuri paola Greffa		la agente le recuerda a la participante de sacar copia al ultimo control prenatal	• la agente realizara una visita donde la participante entregara copia del control y se cerrara novedad.	• La participante se compromete tener el dia la copia de control para que la agente pueda anexar a la Carpeta • Se cierra novedad. 17-09-2025

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					