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,

PUBLICA

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

FECHA SOLICITUD CUPO: 28-03-2025 **FECHA INGRESO:** 01-04-2025

UDS: Soñadoras **MUNICIPIO:** San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Mathias Emanuel Cortez Castañeda

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ **NUIP No.** 1122344266

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A.

FECHA NACIMIENTO: 26-May-2023 **EDAD:** 1Año/10M. **MUNICIPIO:** San Miguel

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

DE RESIDENCIA: V/ Los olivos **ESTRATO:** N/A. **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: ____ NO: X

¿CUAL?: N/A **MOTIVO DEL RETIRO:** ____

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:** A4 **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: Nel Adrian Cortez Ballesteros

No. IDENTIFICACION: 1114063933 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/los olivos

CELULAR: 3103839010 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Agricultora

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Viviana Daniela Castañeda Jamioy

No. IDENTIFICACION: 1119584881 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/los olivos

CELULAR: 3143968760 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Daniela castañeda Jamioy

NUMERO IDENTIFICACION: 1119584881 **CELULAR:** 3143968760

DIRECCION: ____ **PARENTESCO:** 3143968760 Madre

×Daniela Castañeda
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: N 2874938

NUIP 1.122.344.266

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
CORTEZ CASTAÑEDA MATHIAS EMMANUEL

Fecha de Nacimiento (Mes en letras): Año 2023 Mes MAY Día 26 | Sexo (en letras): MASCULINO | Tipo Sanguíneo: O +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras): Año 2023 Mes JUL Día 04 | Indicativo serial: 0063693538

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
CASTAÑEDA JAMIOY VIVIANA DANIELA

Documento de Identificación (Clase y número): TARJETA DE IDENTIDAD 1.119.584.881 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
CORTEZ BALLESTEROS NEL ADRIAN

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.114.063.933 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
CORTEZ BALLESTEROS NEL ADRIAN

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.114.063.933

Espacio para notas

VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) | Código: X6Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras): Año 2023 Mes JUL Día 04

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 24/11/2025

Ficha: 867576741052800009852

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MATHIAS EMMANUEL

Apellidos: CORTEZ CASTAÑEDA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344266

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/08/2024

Última actualización ciudadano: 16/08/2024

Última actualización via registros administrativos: 16/08/2024

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTE

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libert

Teléfono: 4210537 - 32131387

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

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	1122344266
NOMBRES	MATHIAS EMMANUEL
APELLIDOS	CORTEZ CASTAÑEDA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

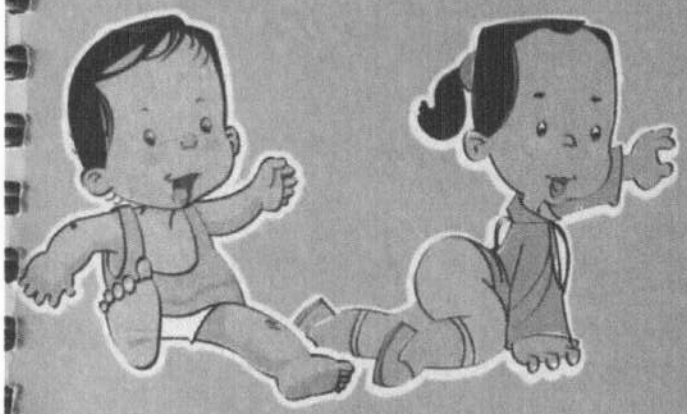
ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	19/07/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/24/2025 00:56:20	**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.

NIÑO/ NIÑA



Guíese por el código de color

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

HCU: [ ]

CC/CI Madre: [ ]

CC/CI Niño/niña: 2 1 5 0 7 7 7 5 3 6

Nombres: Rn Matias Emmanuel

Apellidos: Cortez Cartaneda.

Discapacidad: Sí .... No .... Tipo .....

Fecha de nacimiento: 26 (Día) 05 (Mes) 2023 (Año)

Teléfono domicilio: .....

Teléfono celular: .....

Dirección domicilio: .....

.....

Nombre de la madre/padre: Viviana Cartaneda

.....

Zona: 1

Provincia: Sucumbios

Cantón: Lago Agrio

Parroquia: Nueva Loja

Establecimiento de salud: HNLV

Ministerio de Salud Pública: ☐

Seguro de la Policía: ☐ Otro: ☐

Seguro de las Fuerzas Armadas: ☐

IESS: ☐

Seguro Social Campesino: ☐

Control de crecimiento y desarrollo del niño o la niña

De 24 a 35 meses de edad (2 a 3 años)

Fecha de atención			Edad (meses)	Peso (kg)	Talla (cm)	*Alimentación variada		**Suplementación	Firma y sello
Día	Mes	Año				Sí	No	Vitamina A	
31	03	25	2 años	12.1	88	✓		✓	CENTRO [illegible] Reg. Sen. [illegible] 29787
29	09	25	2 años 3m	12,3	92	✓		✓	

* Considere alimentación variada cuando el niño o la niña consume alimentos de varios grupos (lácteos, frutas, verduras, carnes, cereales, tubérculos, legumbres y grasas saludables).

** La suplementación con vitamina A debe ser supervisada por un médico. No sobrepase la dosis (200 000 UI cada 6 meses).

Neurodesarrollo - Test Denver II

Fecha de atención			Edad	Resultado		
Día	Mes	Año		Normal	Dudoso	Retraso

Tamizaje auditivo

Esta prueba se aplicará a los niños o niñas hasta los 5 años.

Hitos del desarrollo

Dice y muestra cuántos años tiene
Sí ○ No ●

Dice su nombre y apellido
Sí ○ No ●

Acepta y comprende el "NO"
Sí ○ No ●

Acepta y comprende reglas
Sí ○ No ●



Controla esfínteres a los 30 meses de edad (aproximadamente)
Sí ○ No ●

● Alerta

Control de crecimiento y desarrollo del niño o la niña

De 12 a 23 meses de edad (1 a 2 años)

Fecha de atención			Edad (meses)	Peso (kg)	Longitud (cm)	Perímetro cefálico (cm)	Alimentación				Suplementación		
Día	Mes	Año					Lact. materna Sí	Lact. materna No	Otros alimentos Sí	Otros alimentos No	**Micronutrientes en polvo	***Vitamina A	
06	07	24	1a 2m	11.1	79,5	47,5	✓		✓		—	—	
26	09	24	1a 4m	11,1	79,7	47,8	✓		✓	✓			
12	11	24	1a 5m	10	80	47,9		X	X	✓		X	
20	12	24	1a 6m	10,55	87	48		X	X	X	✓	X	Abril Guerra

*Considere alimentación variada cuando el niño o la niña consuma alimentos de varios grupos (lácteos, frutas, verduras, carnes, cereales, tubérculos, leguminosas y grasas saludables).

**La normativa de suplementación con hierro en polvo indica que el rango de edad para iniciarla es de 6 a 23 meses (un sobre pasando un día, hasta completar 90 sobres).

***La suplementación con vitamina "A" debe ser supervisada por un médico. No sobrepase la dosis (200 000 UI cada 6 meses).

Neurodesarrollo - Test Denver II

Fecha de atención			Edad	Resultado		
Día	Mes	Año		Normal	Dudoso	Retraso
12	11	24	1a5m	✓		
20	12	24.	1a 6m	✓		

Se recomienda una valoración mensual de neurodesarrollo hasta los 2 años (mínimo una cada 3 meses).

Tamizaje auditivo

Esta prueba se aplicará a los niños o niñas hasta los 5 años.

Hitos del desarrollo

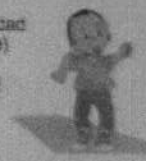
Sube gradas a los 17 meses de edad (aproximadamente)

Sí ● No ○



Camina y habla a los 13 meses de edad (aproximadamente)

Sí ● No ○



Diferencia el día de la noche

Sí ● No ○

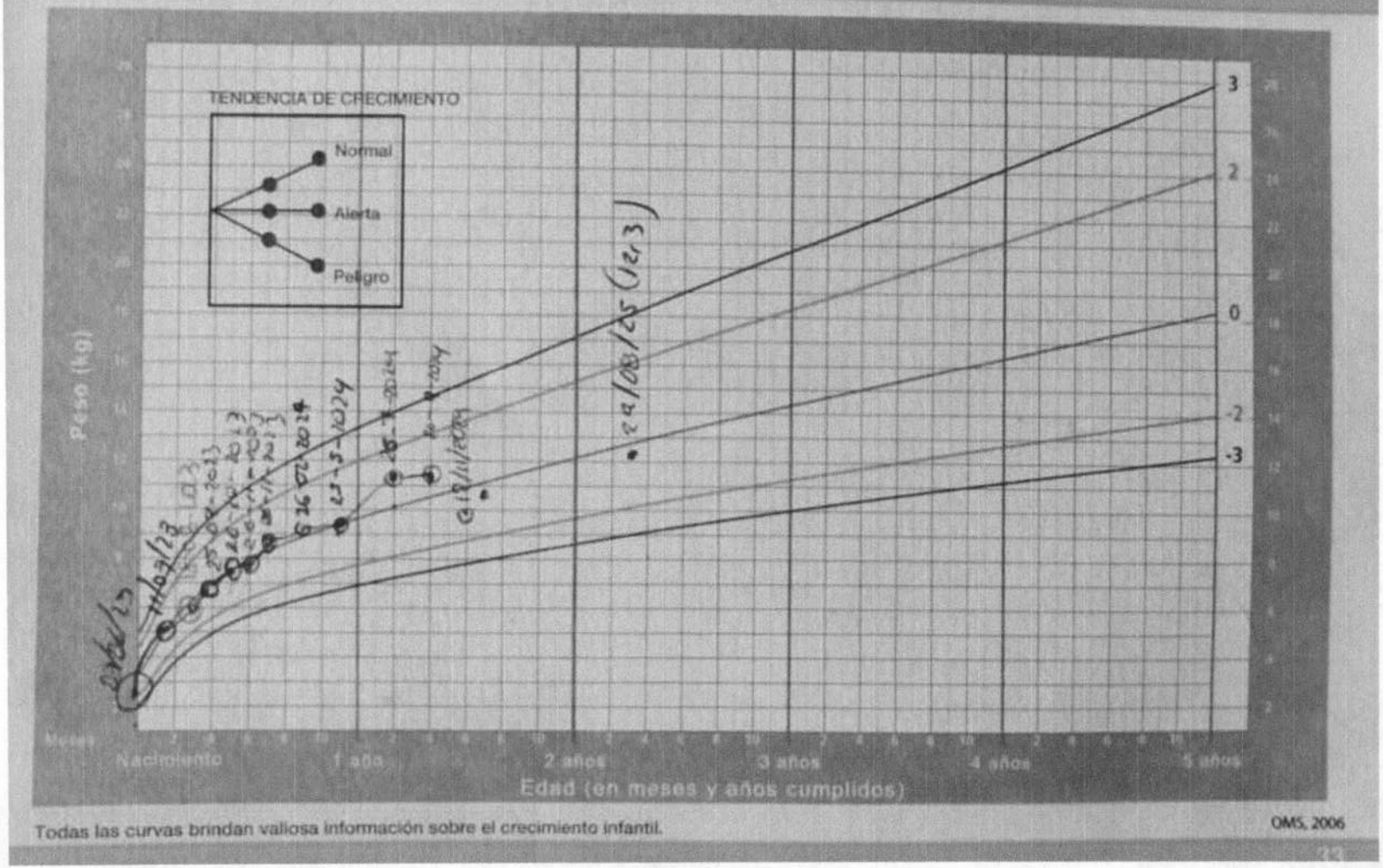
Acepta comida sólida, semisólida y variada

Sí ● No ○

○ *Alerta*

Peso para la edad en niños

Desde el nacimiento hasta los 5 años

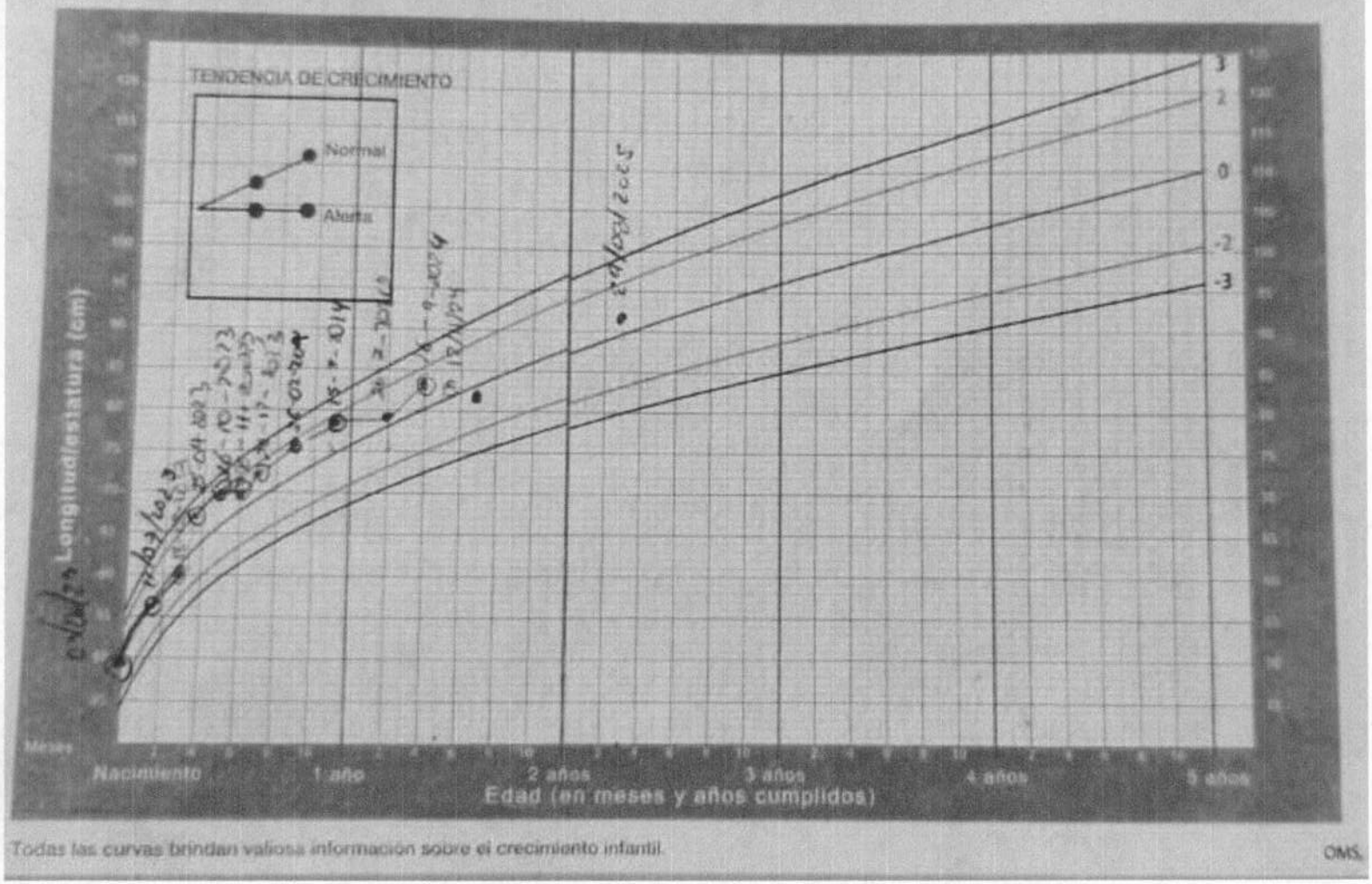


Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

OMS, 2006

Longitud/estatura para la edad en niños

Desde el nacimiento hasta los 5 años

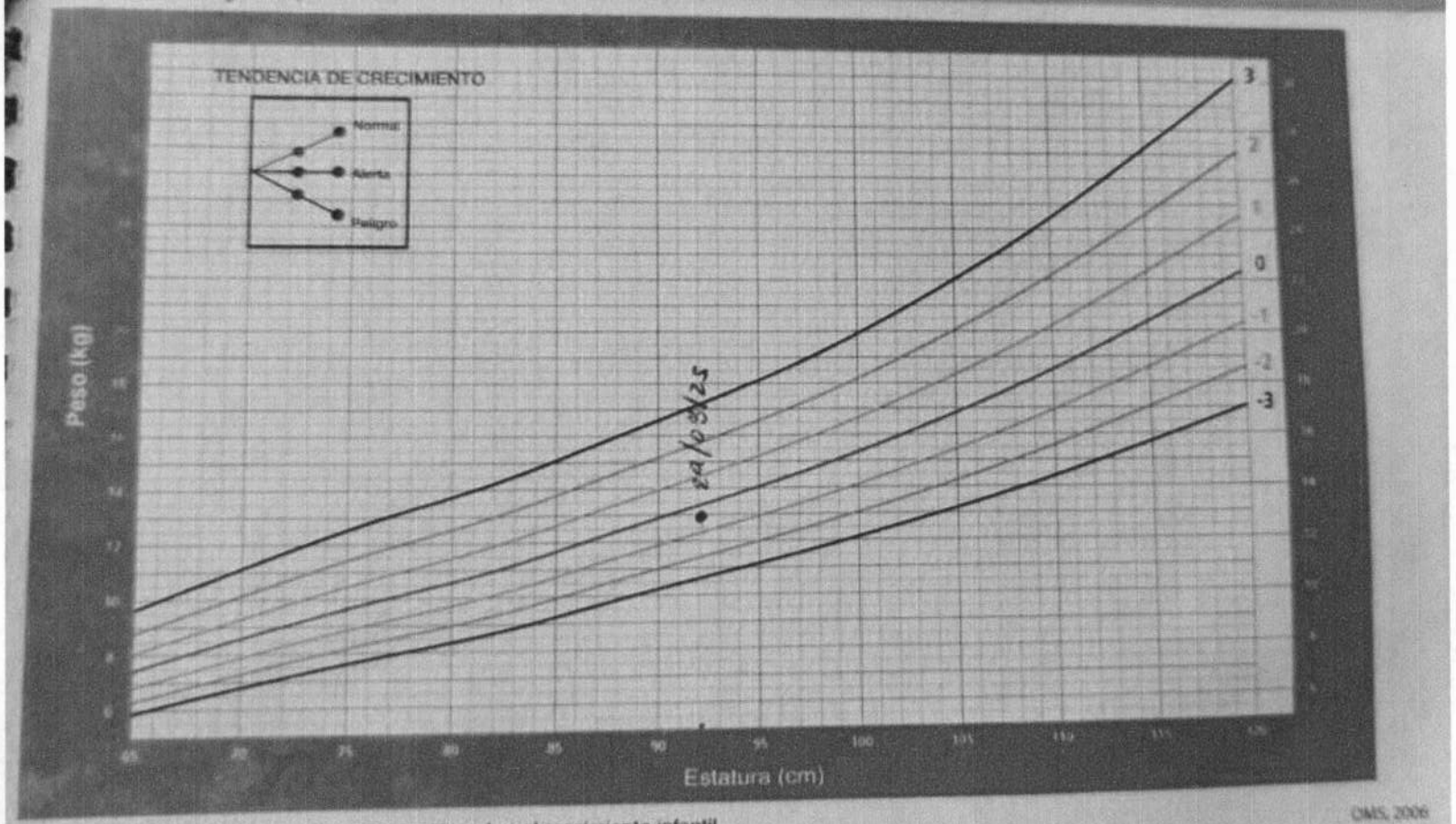


Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

OMS

Peso para la estatura en niños

Desde los 2 hasta los 5 años



Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

OMS, 2006

Tamizaje e hitos del desarrollo

De 0 a 11 meses de edad

Tamizaje metabólico

Fecha de atención			Edad	Resultado normal		Patología
Día	Mes	Año		Sí	No	

Realizar entre el 4.° y 28.° días de nacida/o

Tamizaje auditivo

Fecha de atención			Edad	Pasa		No Pasa		Referido	
Día	Mes	Año		OD	ID	OD	ID	Sí	No
26	12	2023	7m	✓	✓				✗

Neurodesarrollo - Test Denver II *

Fecha de atención			Edad	Resultado		
Día	Mes	Año		Normal	Dudoso	Retraso
18	08	23	3m	✓		
26	02	24	9m	✓		
26	09	24	1m 3r	✓		

*Se recomienda una valoración mensual de neurodesarrollo (mínimo 3 al año).

Hitos del desarrollo

- Sostiene la cabeza de 1 a 3 meses de edad — Sí ◯ No ◯
- Maneja un adecuado lenguaje corporal con la madre o cuidador — Sí ◯ No ◯
- Se sienta de 4 a 6 meses de edad — Sí ◯ No ◯
- Realiza intercambio de miradas — Sí ◯ No ◯
- Hace pinza a los 3 meses de edad — Sí ◯ No ◯
- Gatea o da sus primeros pasos de 10 a 12 meses de edad — Sí ◯ No ◯

◯ **Alerta**

Control de crecimiento y desarrollo del niño o la niña

De 12 a 23 meses de edad (1 a 2 años)

Fecha de atención			Edad (meses)	Peso (kg)	Longitud (cm)	Perímetro cefálico (cm)	Alimentación				Suplementación		
							Lact. materna		Otras leches		*Otros alimentos	**Micronutrientes en polvo	***Vitamina A
Día	Mes	Año					Sí	No	Sí	No	Sí / No		
26	07	24	1a 2m	11.1	79,5	47,5	✓		✓		✓	—	—
26	09	24	1a 4m.	11,1.	79,7	47,8	✓			✓	✓		

* Considere alimentación variada cuando el niño o la niña consume alimentos de varios grupos (lácteos, frutas, verduras, carnes, cereales, tubérculos, legumbres y grasas saludables).

**La normativa de suplementación con hierro en polvo indica que el rango de edad para iniciarla es de 6 a 23 meses (un sobre pasando un día, hasta completar 90 sobres).

***La suplementación con vitamina "A" debe ser supervisada por un médico. No sobrepase la dosis (200.000 UI cada 6 meses).

Reg:1042-2023-2

Neurodesarrollo - Test Denver II

Fecha de atención			Edad	Resultado		
Día	Mes	Año		Normal	Dudoso	Retraso

Se recomienda una valoración mensual de neurodesarrollo hasta los 2 años (mínimo una cada 3 meses).

Tamizaje auditivo

Esta prueba se aplicará a los niños o niñas hasta los 5 años.

Hitos del desarrollo

- Sube gradas a los 17 meses de edad (aproximadamente) — Sí ◯ No ◯
- Camina y habla a los 13 meses de edad (aproximadamente) — Sí ◯ No ◯
- Diferencia el día de la noche — Sí ◯ No ◯
- Acepta comida sólida, semisólida y variada — Sí ◯ No ◯

◯ **Alerta**

Esquema de vacunación

Influenza estacional

Edad óptima de vacunación	Vacunas	Dosis	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
6 a 11 meses	Influenza estacional	1:dosis	26	11	23	6m	BSOSE3008	Li Lobato	CS Santa Rosa
		2:dosis (al mes de la primera)	26	12	23	7m	BSOS23008	Li Hernandez	CS Santa Rosa
12 a 23 meses (1 a 2 años)		Una dosis	20	12	24	1a8m	20224009	Li Blas	Cochancay
24 a 35 meses (2 a 3 años)		Una dosis							
36 a 47 meses (3 a 4 años)		Una dosis							
48 a 59 meses (4 a 5 años)		Una dosis							



Otras vacunas de 0 a 15 años

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombre del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
H.A	d.U	7 a	28	05	24	1.a	W029736	label	HHLD.

Observaciones: .....

Registro de vacunación para niños o niñas desde los 5 hasta los 15 años

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombre del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
bOPV	5.ª dosis	5 años							
*DPT	*5.ª dosis	5 años							
HPV	1.ª dosis	9 años (solo niñas)							
	2.ª dosis**								
dT adulto	3.er refuerzo	15 años							

Recuerde: consultar en el establecimiento de salud las vacunas que debe recibir su niño o niña a partir de los 5 años.

*DPT: 5.° dosis o 2.° refuerzo: se aplica y se registra siempre y cuando se verifique en el carnet que se han recibido las 3 dosis de pentavalente y la 4. dosis con DPT. Luego continuar proceder con la aplicación de: la 1. dosis al primer contacto; 2. dosis al mes de la primera; 3. dosis a los 6 meses después de la segunda; 4. dosis al año de la tercera; 5. dosis al año de la cuarta.

**HPV: Colocación de segunda dosis a 6 meses después de la primera.

15

Registro de vacunación

Niños y niñas menores de 1 año

Tipo de vacuna	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
BCG (Meningitis)	Dosis única	Dentro de las 24 horas	27	05	2023	1dh	0312mA010	Lic. Maribel	HGHUT
HB pedi (Hepatitis B)	1° dosis	Dentro de las 24 horas	27	05	2023	1dh	UFA21003	Cabezcano	HGHUT
**Rotavirus (Diarrea)	1° dosis	2 meses	26	07	2023	2m	AROLD493AC	Lic. Hernández	Santa Rosa
	2° dosis	4 meses	26	09	2023	4m	AROLD640DA	Lic Hernández	Santa Rosa
***Pentavalente (Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis, Neumonía)	1° dosis	2 meses	26	07	2023	2m	220105322A	Lic. Hernández	Santa Rosa
	2° dosis	4 meses	26	09	2023	3m	220105322B	Lic Hernández	Santa Rosa
	3° dosis	6 meses	26	11	2023	6m	220105322A	Lic. Cabeza	CS Santa Rosa
***IPV (Poliomielitis)	1° dosis	2 meses	26	07	2023	2m	2234001	Lic. Hernández	Santa Rosa
	2° dosis	4 meses	26	09	23	4m	2234001	Lic Cabeza	Santa Rosa
bOPV (Poliomielitis)	3° dosis	6 meses	26	11	2023	6m	1802P135	Lic Cabeza	CS Santa Rosa
Neumococo conjugada (Neumonía, Meningitis, Otitis)	1° dosis	2 meses	26	07	2023	2m	ASPNB346AB	Lic. Hernández	Santa Rosa
	2° dosis	4 meses	26	09	2023	2m	ASPNB346AA	Lic Hernández	Santa Rosa
	3° dosis	6 meses	26	11	2023	6m	ASPNB346AA	Lic Cabeza	CS Santa Rosa

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

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

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

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

Registro de vacunación

Niños y niñas de 12 a 23 meses

Tipo de vacuna	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
SPR (Sarampión, Rubeola, Parotiditis)	1° dosis	12 meses	22	05	24	1a	0132N074A	Isabel	HHLD.
	2° dosis	18 meses	20	12	24	1a 8m	0153N006A	Isabel U.B	Cochancay
Fiebre amarilla	1° dosis	15 meses	28	05	24	1a	231VFC0037	Isabel	HHLD
Varicela	1° dosis	15 meses	28	05	24	1a.	X0519777	Isabel	HHLD
DPT (Difteria, Tosferina, Tétanos)	4° dosis (refuerzo DPT)	18 meses	20	12	24	1a 8m	2211004233B	Isabel U.B	Cochancay
bOPV (Poliomielitis)	2° dosis	18 meses	20	12	24	1a 8m	1894P011	Isabel U.B	Cochancay

CARNET DE VACUNACIÓN CONTRA LA INFLUENZA

Nombrês y Apellidos: Cortez Castañeda Matías Emmanuel
Edad 6m **C.I** 2150777536
Vacunas: Influenza pediátrica

PRIMERA DOSIS — **Vacuna:** Influenza

Fecha:	Vacunador/Centro de vacunación:	Lote:
26/11/2023	Lic. Cutota	BS0523008

SEGUNDA DOSIS — **Vacuna:**

Fecha:	Vacunador/Centro de vacunación:	Lote:
26/12/2023	Lic. Hernandez	BS0523008

17

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos — Minsalud

CIUDAD La Dorada San Miguel FECHA: DÍA MES AÑO HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Mathias Emmanuel APELLIDOS Cortez Castañeda

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122344266

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 26 MES: 05 AÑO: 2023 / EDAD: 2 años 1 Mes

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. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación. Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

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

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

INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES

La vacuna tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 días postparto, siempre que los posibles beneficios superen los posibles riesgos con base en la evaluación clínica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante, lo cual deberá presentar al momento de la vacunación certificación que acredite tal evaluación.

La vacuna que se le está administrando es eficaz para evitar complicaciones severas y muerte en la gestante y el feto por SARS CoV-2 COVID-19

A la fecha no hay pruebas que la vacuna cause efectos adversos importantes para la mujer embarazada, el feto o la placenta, además de los ya observados para la población general

A nivel poblacional son muchos mayores los beneficios de administrar el biológico, sobre los riesgos de llegar a padecer COVID-19 durante la gestación, por el impacto que sobre la salud materna y perinatal produce la infección por SARS-Co-2 y ante el alto riesgo de complicaciones severas, ingreso a UCI, y morbilidad y mortabilidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.

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.

Soy mujer con más de 12 semanas de gestación o durante los 40 días postparto: SI ☐ NO ☐ y en caso afirmativo aporto certificación del médico tratante que acredita evaluación clínica para que obre adjunto a este consentimiento, requisito indispensable para recibir la vacuna.

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

Firma de la persona: _____

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

Nombres Daniela Viviana Apellidos Castañeda Jumioy.

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

Firma: _____

En caso de requerirse firma a ruego:

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

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

_____

Firma del Rogado
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Kerly Jiménez Zárate

Firma Kerly JZ Tipo de Identificación: CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1075082134

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel

Nota 1: Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar junto con uno de sus padres o su representante legal
Nota 2: Para los menores de 12 años deben firmar sus padres o su representante legal

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ CC
1.119.584.881

APELLIDOS / NOMBRES
CASTAÑEDA JAMIOY
VIVIANA DANIELA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
15-ENE-2006
SOLANO - CAQUETA

FECHA DE EXPEDICIÓN
18-MAR-2024

SEXO
FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
SAN MIGUEL(LA DORADA) - SAN MIGUEL(LA DORADA)

OFICINA DE ENTREGA
SAN MIGUEL(LA DORADA) - SAN MIGUEL(LA DORADA)

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 18-SEP-2024

8511266643
18-MAR-2024

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Viviana Daniela Castañeda Identificado con C.C N° 1119584881 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Mathias Emanuel Cortez o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: 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 Abril del Año 2025.

Estela Jaimes

Madre o Acudiente
C.C 1119584881

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Angel Madroñero NOMBRE UCA: Soñadores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Mathias Emmanuel Cortez Castañeda IDENTIFICACIO: 1122344266 FECHA DE NACIMIENTO: 26 - May - 2023.

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					
22-07-2025	+		9:20 AM		Hasta la fecha el usuario no cuenta con el carnet de higiene oral actualizado. La madre nos comenta que no ha podido por que no tiene dinero para el transporte.	Daniela Castañeda		Se concientiza a la madre sobre la importancia, de tener al dia ufe documento.	Cierre de novedad La madre nos hace la entrega del carnet actualizado el 28-8-2025. —o—	La madre se compromete a llevar al niño a este control y traerlo actualizado para el dia 19-08-2025.