Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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 SEPRAES	Código: FO-GG-012
	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 265 0/2024

FECHA SOLICITUD CUPO: 28-03-2025 FECHA INGRESO: 1-04-2025

UDS: Soñadores MUNICIPIO: San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Eliam Josue Rueda Papa

TIENE REGISTRO CIVIL: SI x NO __ NUIP No. 1126144880

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A.

FECHA NACIMIENTO: 26-Ag-2024 EDAD: 7 Meses MUNICIPIO: Lago Agrio

DEPARTAMENTO: Sucumbios PAIS: Ecuador DIRECCION

DE RESIDENCIA: V/ Los olivos ESTRATO: uno ¿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: Mallamas SUBSIDIADO: x CONTRIBUTIVO:

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: x DIAGNOSTICO: N/A.

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A.

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: x CUAL: N/A.

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: x CUAL: N/A.

TIENE SISBEN: SI: __ NO: __ 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: N/A.

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Oscar Jovany Rueda Vega

No. IDENTIFICACION: 17689600 DIRECCION RESIDENCIA: V/los olivos

CELULAR: 3144748623 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: Nancy Hagaly Papa Yumbo

No. IDENTIFICACION: 2100688122 DIRECCION RESIDENCIA: V/los olivos

CELULAR: 3144748623 E.P.S: Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A.

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria PROFESIÓN: N/A.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Nancy Hagaly Papa Yumbo

NUMERO IDENTIFICACION: 2100688122 CELULAR:

DIRECCION: V/ Los olivos PARENTESCO: 3144748623

x

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

3

* 64362782 *

NUIP	1126144880

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 64362782

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
			X			Y 4 Z

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

ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RUEDA	PAPA

Nombre(s)

ELIAN JOSUE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes AGO Día 26	MASCULINO	O	+

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

ECUADOR , SUCUMBIOS , LAGO AGRIO, NUEVA LOJA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	2150838668

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

Apellidos y nombres completos

RUEDA VEGA OSCAR JOVANY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 17689600	COLOMBIANA

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

Apellidos y nombres completos

PAPA YUMBO NANCY MAGALI

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE 2100688122	ECUATORIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RUEDA VEGA OSCAR JOVANY

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 17689600	

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2024 Mes OCT Día 25	HERNANDO FRANCO BERNAL Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

4

CONSULADO EN NUEVA LOJA (ECUADOR)

El suscrito (a) ENCARGADO DE FUNCIONES CONSULARES certifica que el presente documento es fiel COPIA del REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO tomada de su original que reposa en el Ministerio de Relaciones Exteriores, con serial 64362782 de ELIAN JOSUE RUEDA PAPA.

Se expide para DEMOSTRAR PARENTESCO.

La copia se expide el 25 de octubre de 2024.

HERNANDO FRANCO BERNAL
ENCARGADO DE FUNCIONES CONSULARES
NUEVA LOJA

La autenticidad de este documento puede ser verificada en: http://verificacion.cancilleria.gov.co
Código de Verificación:CRYKZ95431883

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 07/09/2025

Ficha: 86757029479200000023

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **ELIAN JOSUE**

Apellidos: **RUEDA PAPA**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1126144880**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/11/2017

Última actualización ciudadano: 07/07/2025

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

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

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	1126144880
NOMBRES	ELIAN JOSUE
APELLIDOS	RUEDA PAPA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	23/07/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/07/2025 11:47:47	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**,

CARNET DE CONTROL

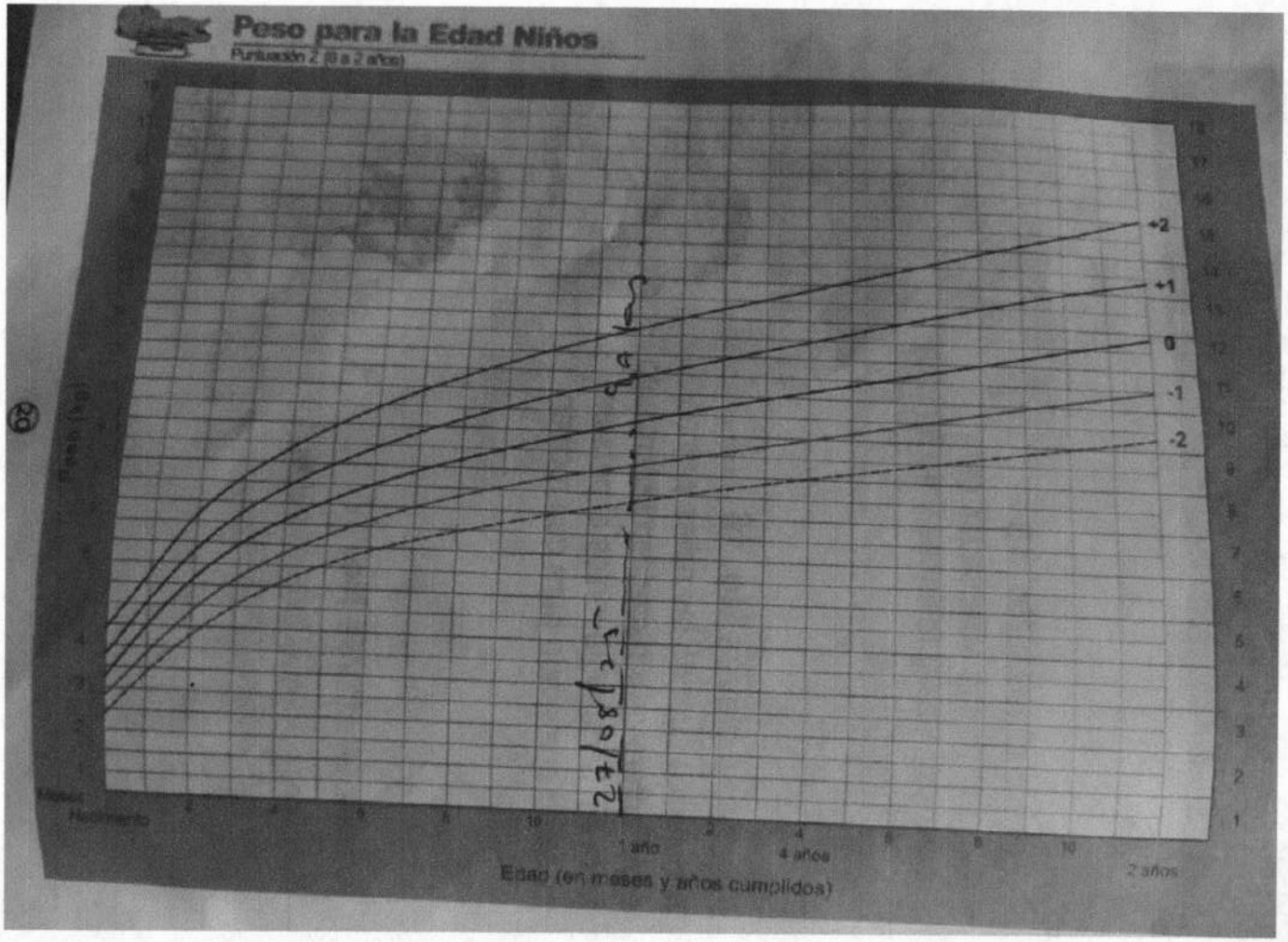
NIÑO Y NIÑA

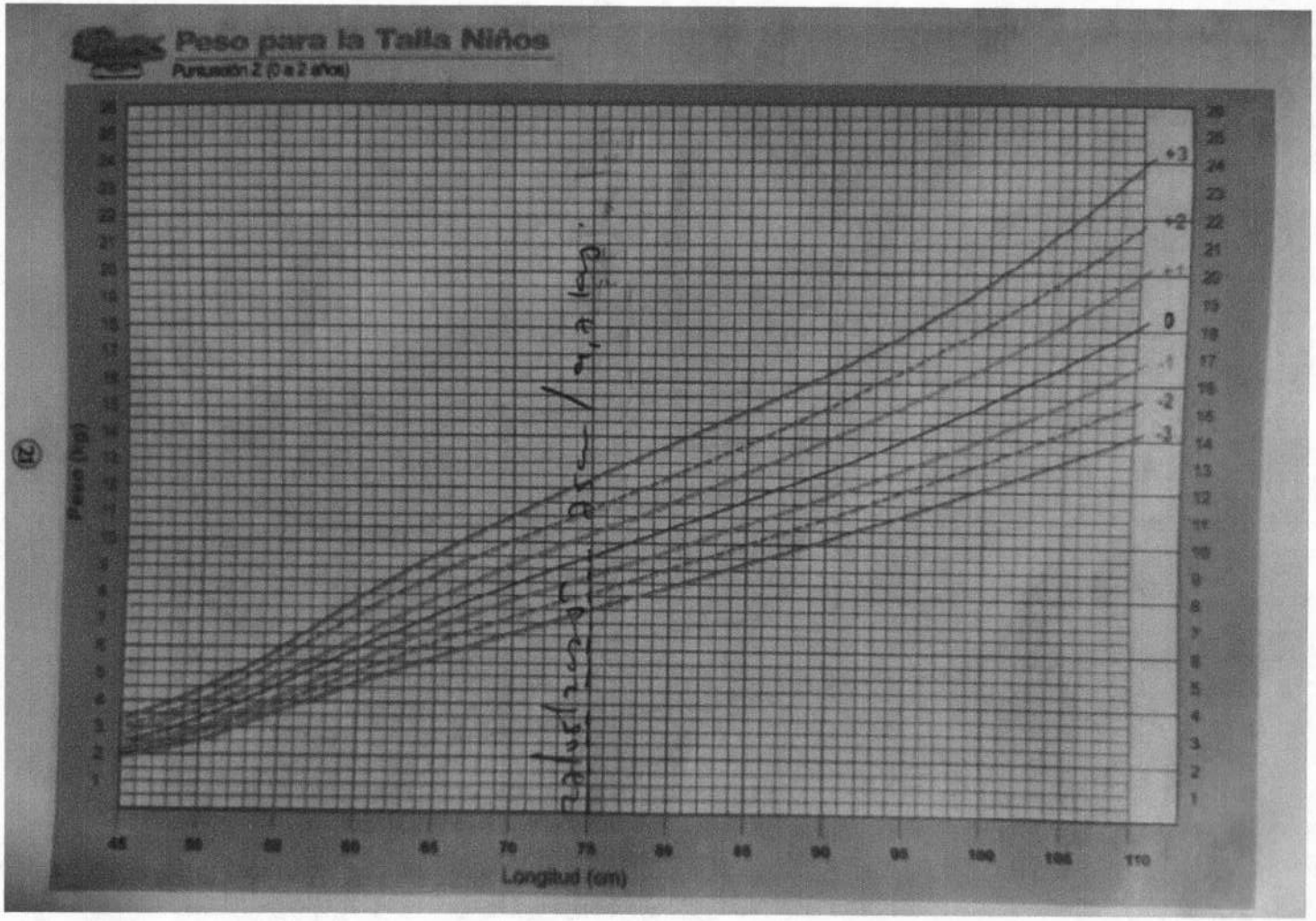
...SANOS

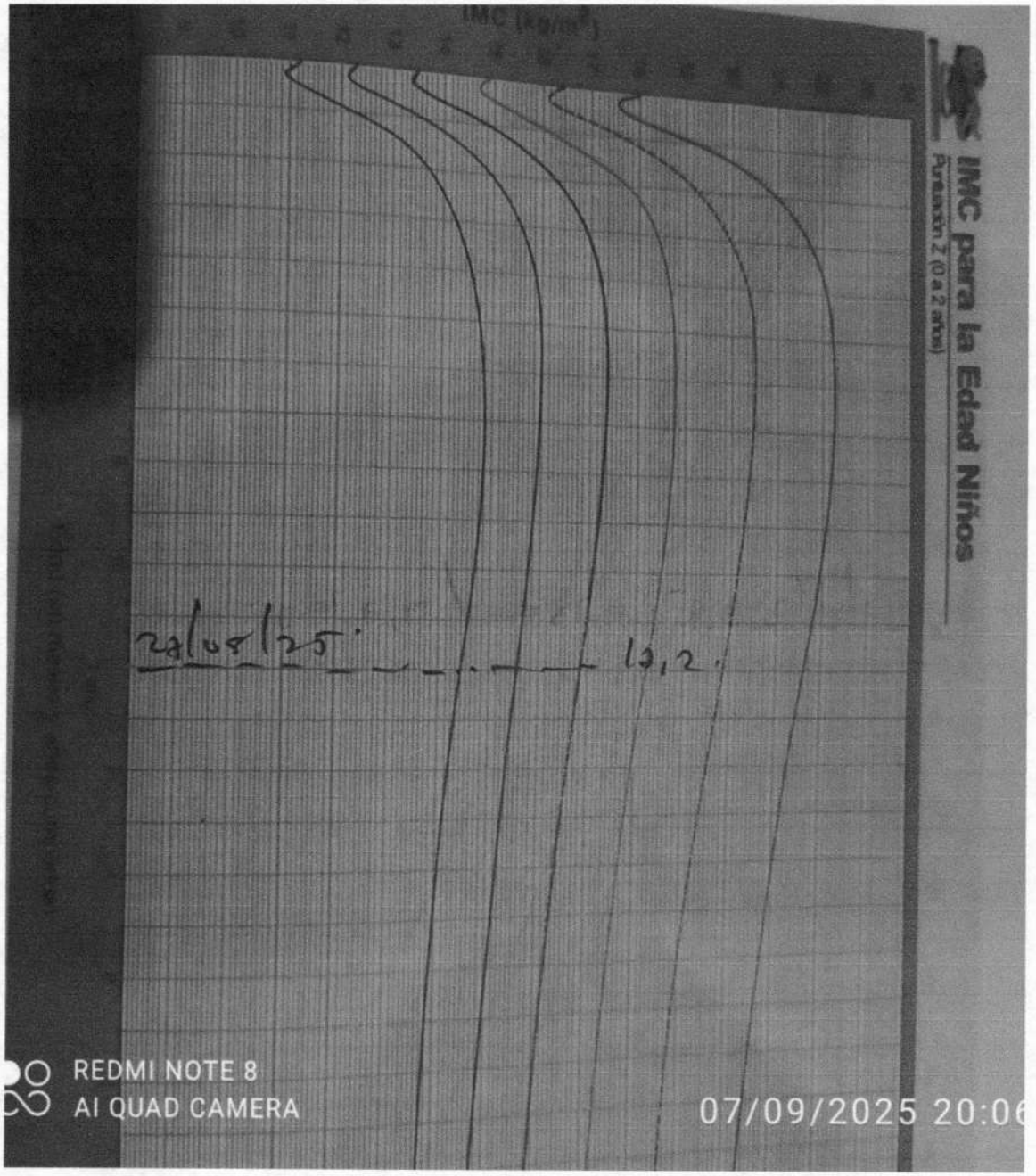
MIS DATOS:

Nombres	Apellidos
ELIAN JOSUE	RUEDA PAPA
Fecha de nacimiento	**Historia Clínica**
26 08 2024	1126144880
Barrio / Vereda	**Responsable del niño (a)**
U/ PALMIRA MANDA	NANCY PAPA
Teléfono	**EPS**
3133905063	MALLAMAS




Peso para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
+2
+1
0
-1
-2
Nacimiento
1 año
4 años
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)


Peso para la Talla Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Longitud (cm)
45
50
55
60
65
70
75
80
85
90
95
100
105
110
+3
+2
+1
0
-1
-2
-3


IMC (kg/m²)
IMC para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
28/08/25 ..... 13,2.
REDMI NOTE 8
AI QUAD CAMERA
07/09/2025 20:06

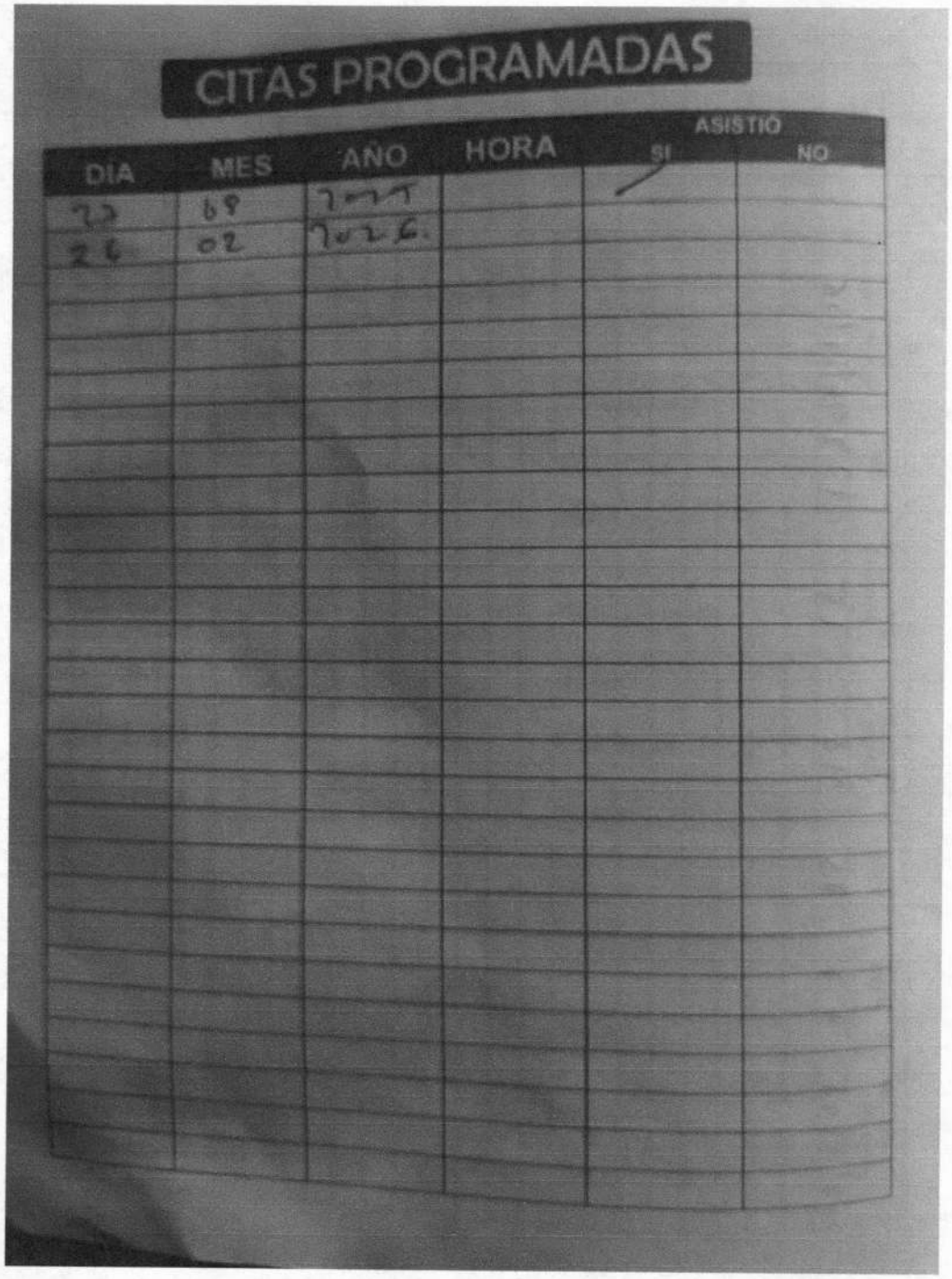
Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
Longitud (cm)
29/08/25
35 cm
REDMI NOTE 8
AI QUAD CAMERA
07/09/2025

MI NOTE 8
QUAD CAMERA
07/09/2025 20:0

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
27/08/25	9.7	75	48	15	17,2	26/11/25	

(35)

07/09/20
REDMI NOTE 8
AI QUAD CAMERA



CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
23	09	2024			
26	02	2026			

14
RIV

LIBRETA INTEGRAL DE SALUD



- ☐ Salud infantil/crecimiento y desarrollo niños menores de cinco años
- ☐ Esquema de vacunas

HCU:

C.C.: 2 1 5 0 7 5 7 3 6 3

Nombres: Jhonny Oveimar

Apellidos: Espinoza Pinos

Fecha de nacimiento: 24 12 2022

Teléfono domicilio:

Teléfono celular:

Dirección domicilio: La Barranca (al frente de la primera hendа)

Nombre de la madre/padre: Pinos Gomez Jessica

Zona: 01

Distrito: 21D01

Cantón: Sucumbios Cascales

Provincia: Sucumbios

Establecimiento de salud: Santa Rosa

Unicódigo:

Seguro de salud:

Seguro de la Policía: ☐ Otro: ☐

Seguro de las Fuerzas Armadas: ☐

IESS: ☐

Seguro Social Campesino: ☐ Ninguno: ☐

ES UN DERECHO RECIBIRLA Y SU DEBER CUIDARLA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Toda una Vida

RIV

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			día	mes	año				
*BCG (Meningitis)	1 dosis	dentro de las 24 horas	24	12	2022	RN	0371H 2006	Lic Párraga	Hospital Vinicio
Hepatitis B (HB cero)	1 dosis	dentro de las 24 horas	24	12	2022	RN	VFAV009	Lic Párraga	Hospital Vinicio
**Rotavirus (Diarrea)	1ra. dosis	2 meses	24	02	2023	2 mes	[illegible]	Lic. Mero	C.S. Santa Rosa
	2da. dosis	4 meses	24	03	2023	3m	[illegible]	Lic Poro	CS Santa Rosa
Pentavalente (Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis, Neumonía)	1ra. dosis	2 meses	24	02	2023	2 mes	[illegible]	Lic. Mero	C.S. Santa Rosa
	2da. dosis	4 meses	24	03	2023	3m	[illegible]	Lic Poro	CS Santa Rosa
	3ra. dosis	6 meses	12	05	2023	4m	[illegible]	Lic Poro	CS Santa Rosa
***IPV (Poliomielitis)	1ra. dosis	2 meses	24	02	2023	2 mes		Lic Mero	C.S. Santa Rosa
	2da. dosis	4 meses	12	05	2023	4m	2224002	Lic Poro	CS Santa Rosa
**bOPV (Poliomielitis)	3ra. dosis	6 meses	12	06	2023	5m	2224002	Lic. Hernández	Santa Rosa
Neumococo conjugado (Neumonía, Meningitis, Otitis)	1ra. dosis	2 meses	24	02	2023	2 mes	ASPNB 340BB	Lic. Mero	C.S Santa Rosa
	2da. dosis	4 meses	24	03	2023	3m	ASPNB 346AA	Lic Poro	CS Santa Rosa
	3ra. dosis	6 meses	12	05	2023	4m	ASPNB 346AA.	Lic Poro	CS Santa Rosa

* BCG dosis única: se administraría hasta los 11 meses 29 días.
** Rotavirus. La segunda dosis podrá administrarse hasta los 7 meses de edad (7 meses 29 días).
*** El intervalo entre fIPV (1) y fIPV (2) debe ser de 8 semanas.
**** DT solo ante casos de reacción anafiláctica al componente pertusis de la vacuna pentavalente que incluye componente DPT.
***** El uso de vacuna HB pediátrica en niños que tuvieron reacción anafiláctica a la vacuna pentavalente. Se administrará HB pediátrica más DT pediátrica.

Esquema de vacunación niños de 12 a 23 meses

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			día	mes	año				
SRP (Sarampión, Rubeola, Parotiditis)	1a. dosis	12 meses	11	ENE	23	1	0132W07B	Cenelia D	HSGA
	2a. dosis	18 meses	28	02	25	2a	0154W07B	Lic E G	CSS. Rosita
Fiebre amarilla	1a. dosis	12 meses	11	ENE	24		W3E22	Cenelia D	HSGA
Varicela	1a. dosis	15 meses	11	ENE	24		10191B0	Cenelia D	HSGA.
DPT (Difteria, Tosferina, Tétanos)	1er. refuerzo (1a. dosis)	18 meses					CAPTACION TARDIA		
bOPV (Poliomielitis)	1er. refuerzo (1a. dosis)	18 meses					CAPTACION TARDIA		
HEPATITIS A			11	ENE	24		W027336	Cenelia D	HSGA
NEUMOCOCO			11	ENE	24		FY9925	Cenelia	HSGA.

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	08	24	1d	0373MA054	Lic. [illegible]	H.N.U.P.
HB 0dis (Hepatitis B)	1° dosis	Dentro de las 24 horas	27	08	24	1d	03234008C	Lic. [illegible]	H.N.U.P.
Pentavalente (Difteria, Tosferina, Tetanos, Hepatitis B, Meningitis, Neumonia)	1° dosis	2 meses	26	10	24	2m	AR01660AA	Lic Ayala	C.S Santa Rosa
	2° dosis	4 meses	30	12	24	4m 4d	AR01666AA	Lic K Calvo	C.S Sevilla
Pentavalente (Difteria, Tosferina, Tetanos, Hepatitis B, Meningitis, Neumonia)	1° dosis	2 meses	26	10	24	2m	2201021748	Lic Ayala	C.S Santa Rosa
	2° dosis	4 meses	30	12	24	4m 4d	2201038238	Lic K Calvo	C.S Sevilla
	3° dosis	6 meses	28	02	25	6m	2201058234	Lic E G	C.S Santa Rosa
IPV (Poliomielitis)	1° dosis	2 meses	26	10	24	2m	2324004	Lic Ayala	C.S Santa Rosa
	2° dosis	4 meses	30	12	24	4m 4d	2324004	Lic K Calvo	C.S Sevilla
fIPV (Poliomielitis)	3° dosis	6 meses	28	02	25	6m	1894P011	Lic. E G	C.S Santa Rosa
Neumococo conjugada (Neumonia, Meningitis, Otitis)	1° dosis	2 meses	26	10	24	2m	ASPNB356AC	Lic Ayala	C.S Santa Rosa
	2° dosis	4 meses	30	12	24	4m 4d	ASPNB356AB	Lic K Calvo	C.S Sevilla
	3° dosis	6 meses	27	03	25	7m	H5S279	Lic E G	C.S Santa Rosa

*BCG dosis unica: 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 fIPV (1) y fIPV (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
			26	12	25	7m	0136N119B	Isabel	H.N.U.P.
			c/d: 25 - Febrero - 2026						
			26	12	25	7m	43D008	Isabel	H.N.U.P.

H.B 2.0 12m 26 8 25 7m 9005285 Isabel H.N.U.P.

16
R1V

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 Elian Josue APELLIDOS Rueda Papa

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1126144880

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 26 MES: 08 AÑO: 2024 / EDAD: 11 M. 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. 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 Primera dosis [ ] Segunda dosis [ ] 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.

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 _____ Apellidos _____

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 J-Z Tipo de Identificación: CC☐ CE☐ OTRO☐ Número 1075682134

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 DEL ECUADOR
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL
IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN

210068812-2



CIUDADANIA
APELLIDOS Y NOMBRES
PAPA YUMBO
NANCY MAGALI
LUGAR DE NACIMIENTO
SUCUMBIOS
PUTUMAYO
PALMA ROJA
FECHA DE NACIMIENTO 1992-08-16
NACIONALIDAD ECUATORIANA
SEXO F
ESTADO CIVIL SOLTERA

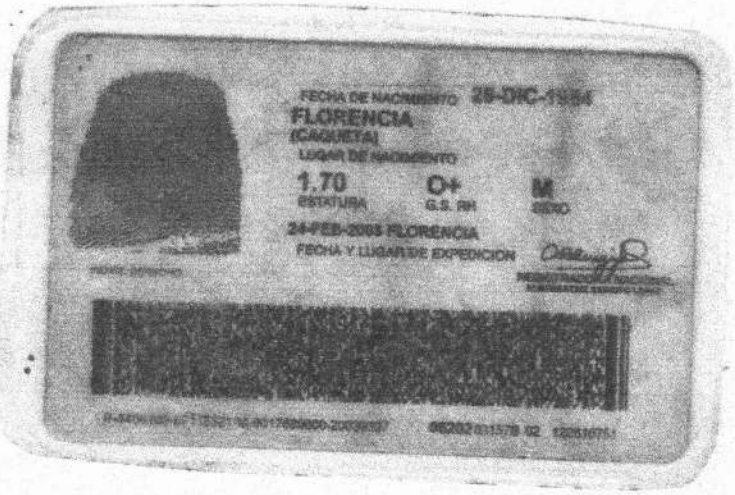
INSTRUCCIÓN
BACHILLERATO
PROFESIÓN / OCUPACIÓN
BACH.TEC. AGROPECUAR
V4343V4242
APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
PAPA TORRES CARLOS GONZALO
APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
YUMBO GUATATOCA TARCILIA NILVA
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN
LAGO AGRIO
2014-05-06
FECHA DE EXPIRACIÓN
2024-05-06



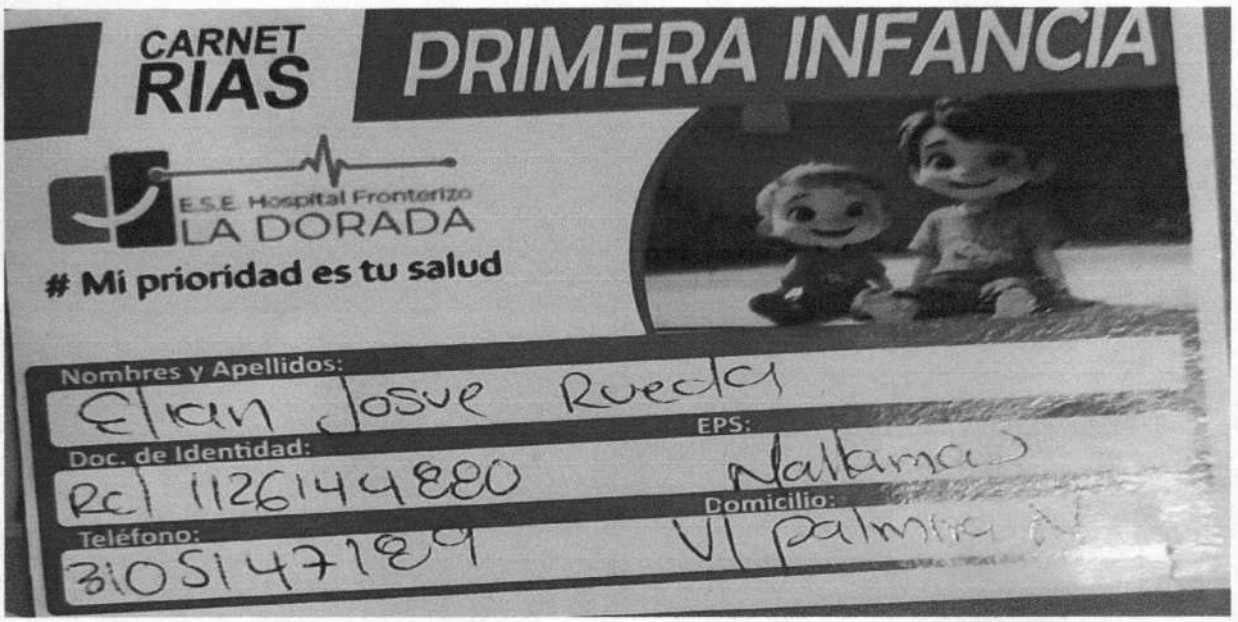




REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
17689600
NUMERO
RUEDA VEGA
APELLIDOS
OSCAR JOVANY
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-DIC-1984
FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
24-FEB-2003 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) Ó AÑOS									
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico										
		Atención en salud por medicina general										
		Atención en salud por enfermería										
		Atención en salud por Odontología										
		Promoción y apoyo de la lactancia materna										
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor							23-08-2012			
		Profilaxis y remoción de placa										
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)										
	Y	Vacunación										

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

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Nury Hagely Papa Identificado con C.C N° 2100688122 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Elian Josue Papa 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.

Madre o Acudiente
C.C 2100688122

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 Ilian Josue Rueda Papa, identificado (a) con documento de identidad número 1126148880, 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, Nancy Hagaly Papa Tumbo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 2100688122, 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 F.I.C

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: Nury Hagaly papa
Calidad - Titular: x Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3144748623
Fecha: 1-04-2025
Municipio: San Miguel

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
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 EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Elian josue Rueda Papa IDENTIFICACIO: 1126144880 FECHA DE NACIMIENTO: 26 - Agosto - 2021

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	x		10:00 AM.		A la fecha no cuenta con el carnet de control y desarrollo completo. La madre manifiesta que sacara un nuevo y lo entregara para el proximo encuentro.			Se concientiza a la madre sobre la importancia de entregar este documento actualizado	Se cierra la novedad porque la madre entrega actualizado el de control y desarrollo el 29-8-2025	La madre se compromete para el proximo encuentro llevar el control y crecimiento actualizado 14-08-2025.
22-07-2025	x		10:15 AM.		Hasta la fecha no cuenta con el carnet higiene oral actualizado.			Se habla con la madre para que haga lo mas pronto esta diligencia	La madre hace entrega del control de higiene oral actualizado el 27-10-2025 Por lo tanto se cierra la novedad.	La señora se compromete a llevar al niño a higiene oral y entregar este documento actualizado. 19-08-2025