Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripción y Matricula con ffotografía 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).
7	Copia del carnet de vacunación.
8	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
9	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
10	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
11	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
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	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
17	Formato de autorización uso de imágenes.
18	Planilla seguimiento nutricional
19	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
20	OTROS:Formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa (Cuando aplique

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



FECHA SOLICITUD CUPO: _____ **FECHA INGRESO:** 07/09/2026

UDS: Mis Pequeños Soñadores **MUNICIPIO:** San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Eimy Sofia Muñoz Diaz

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ **NUIP No.** 1122343891

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A
N/A

FECHA NACIMIENTO: 4/07/2022 **EDAD:** 3 años **MUNICIPIO:** _____

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

DE RESIDENCIA: V/ San Juan Bosco **ESTRATO:** uno **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: X NO: _____

¿CUAL?: CDI **MOTIVO DEL RETIRO:** _____ **PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF:** SI: X NO: __ CUAL: _____ **EPS DEL PARTICIPANTE:** Emssanar

SUBSIDIADO: X **CONTRIBUTIVO:** _ **PRESENTA DISCAPACIDAD:** SI: __ NO: X **DIAGNOSTICO:** N/A **ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD:** _____

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: _____

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: N/A **TIENE SISBEN:** SI: X NO: __ PUNTAJE: B2 **DESPLAZADO:** SI: _ NO: _ **VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:** SI: _____ NO: _____ **RED UNIDOS:** SI: ____ NO: X

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: ___ NO: ___ CUAL: _____

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ **No. IDENTIFICACION:** _____ **DIRECCION RESIDENCIA:** _____ **CELULAR:** _____ **E.P.S:** _____

OCUPACION U OFICIO: _____ **EMPRESA DONDE LABORA:** _____ **NIVEL DE ESCOLARIDAD:** _____ **PROFESIÓN:** _____

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angela Yisela Diaz leyton **No. IDENTIFICACION:** 1004635191 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/san Juan Bosco **CELULAR:** 3138676066 **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: Angela Yisela Diaz leyton

NUMERO IDENTIFICACION: 1004635191 **CELULAR:** 3138676066

DIRECCION: V/san Juan Bosco **PARENTESCO:** madre

Angela Diaz
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE **FIRMA AGENTE EDUCATIVA**

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 1573536

NUIP 1.122.343.891

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
MUÑOZ DIAZ EIMY SOFIA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras) | Sexo (en letras) | Tipo Sanguíneo
Año 2022 Mes ENE Día 04 | FEMENINO | O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Fecha de Inscripción (Mes en letras) | Indicativo serial
Año 2022 Mes ENE Día 11 | 0061322414

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
DIAZ LEYTON ANGELA YISELA

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.004.635.191 | COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
MUÑOZ BASTIDAS WILSON ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.007.728.132 | COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
MUÑOZ BASTIDAS WILSON ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.007.728.132

Espacio para notas

VALIDO PARA TRAMITE 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 2022 Mes ENE Día 11

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA 29831220-5

Nombre y firma del funcionario
ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

4

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	1122343891
NOMBRES	EIMY SOFIA
APELLIDOS	MUÑOZ DIAZ
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	22/02/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/02/2025 15:49:27	**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.

5

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: **02/09/2025**

Ficha: **86757674952700002037**

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **EIMY SOFIA**

Apellidos: **MUÑOZ DIAZ**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1122343891**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **10/02/2022**

Última actualización ciudadano: **10/02/2022**

Última actualización via registros administrativos: **25/11/2023**

***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**

¡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
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

6
R/V

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

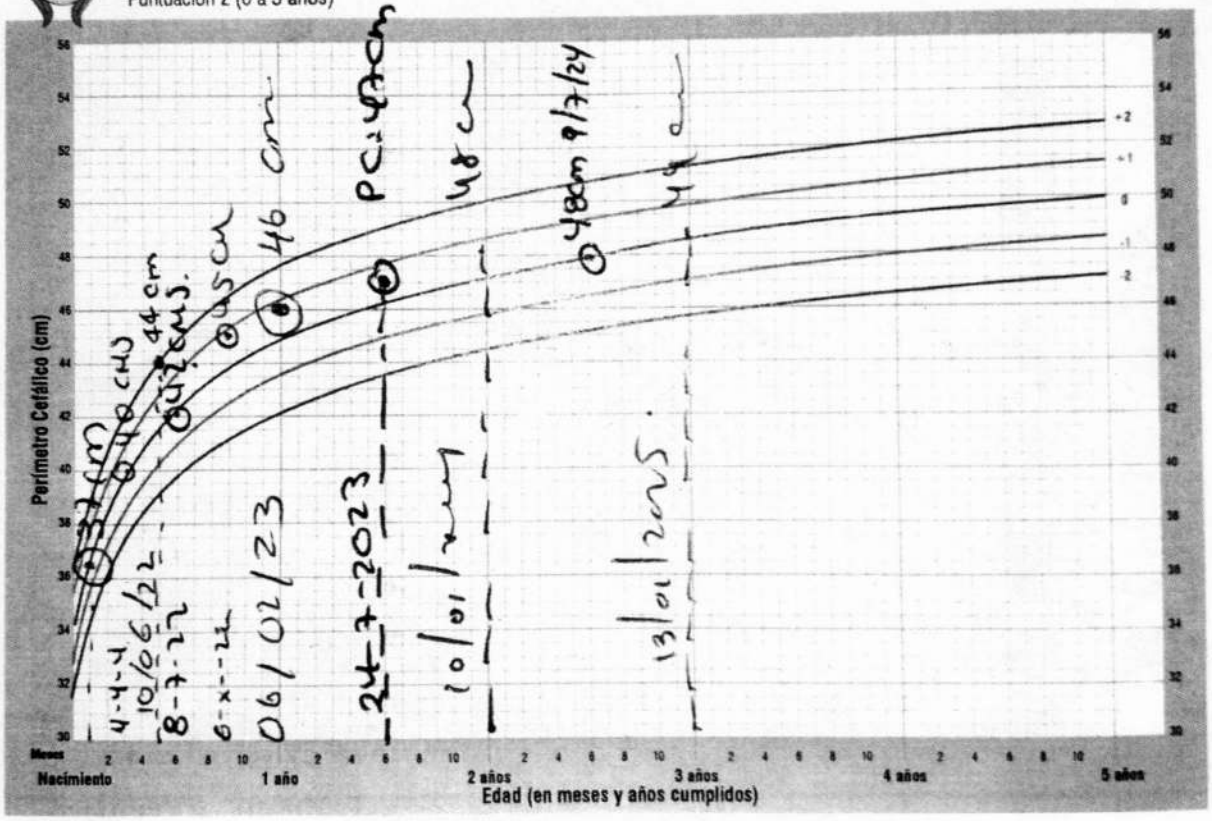
Nombres: EIMY SOFIA	Apellidos: MUÑOZ DIAZ
Fecha de nacimiento: 04 (DÍA) / 01 (MES) / 2022 (AÑO)	Historia Clínica: 1122343891
Barrio/Vereda: B/ PARAISO	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS: 118

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
01	04	2022	enfer		
04.	06.	2022	MO.		
04	10	2022	Medico		
08	OCTUI.	2022	Medico.		
16	Enero	2023	Medico	Si ✓	
04	Julio	2023	Enf.		
04	Enero	2024	Medico	.	X
10	01	2024	Med	/	
04	07	2024.	Enferm	SI ✓	
04	07	2025	Medico		X.
13	01	2025		/	
12	01	2026.			

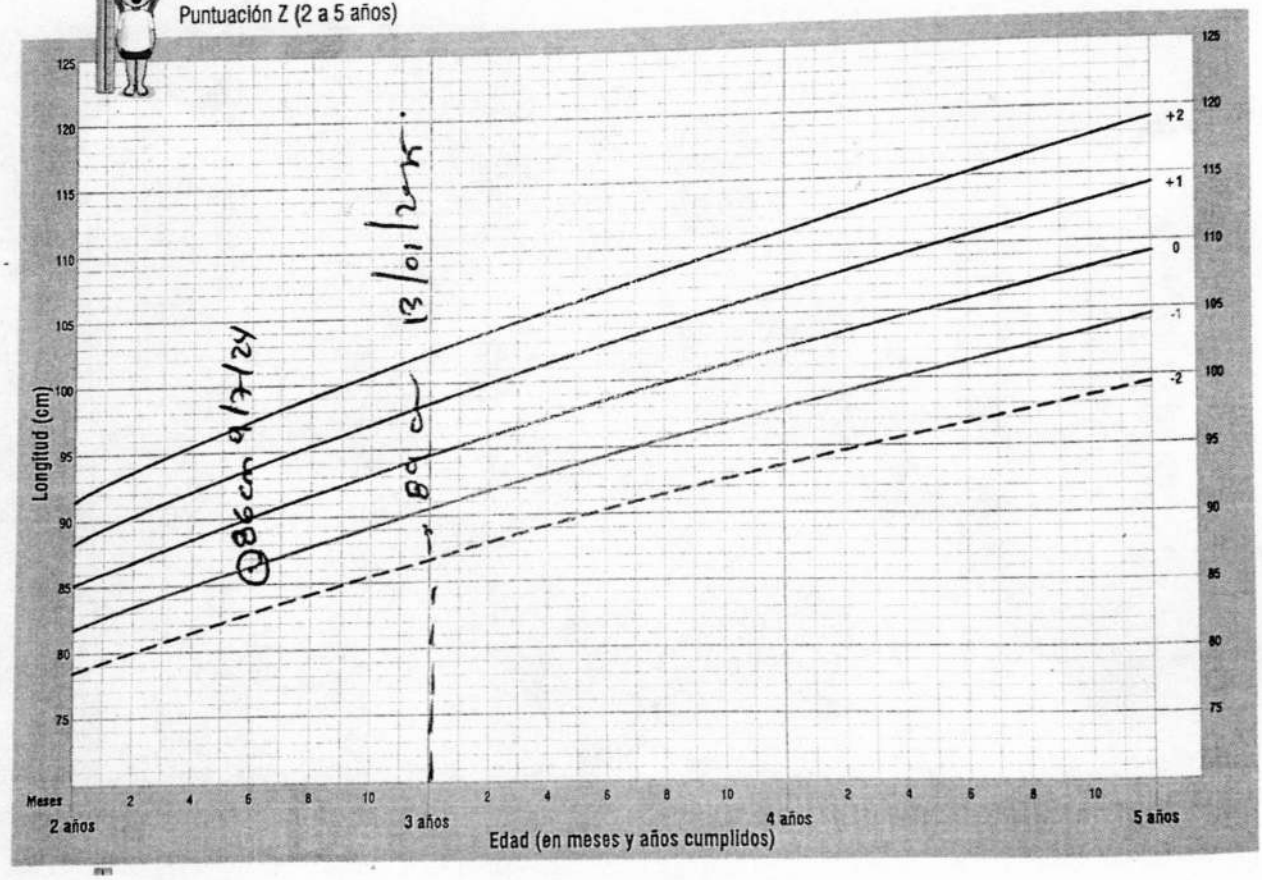
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



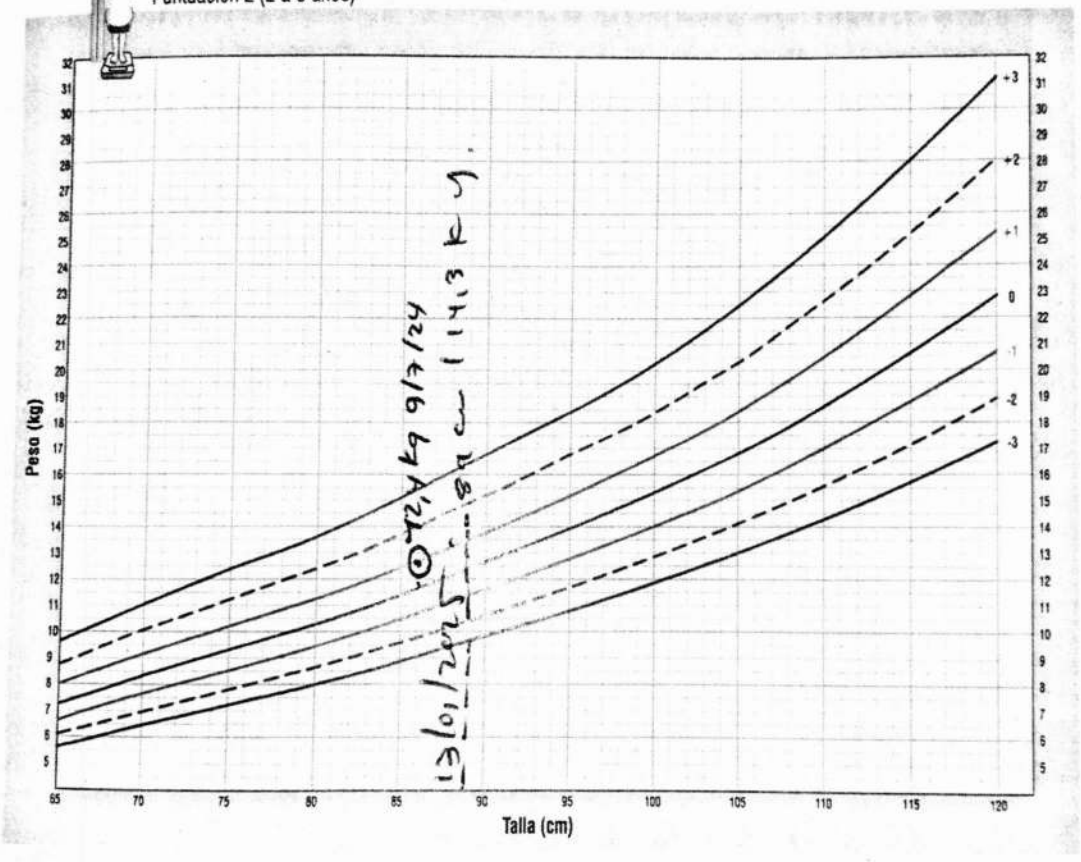
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



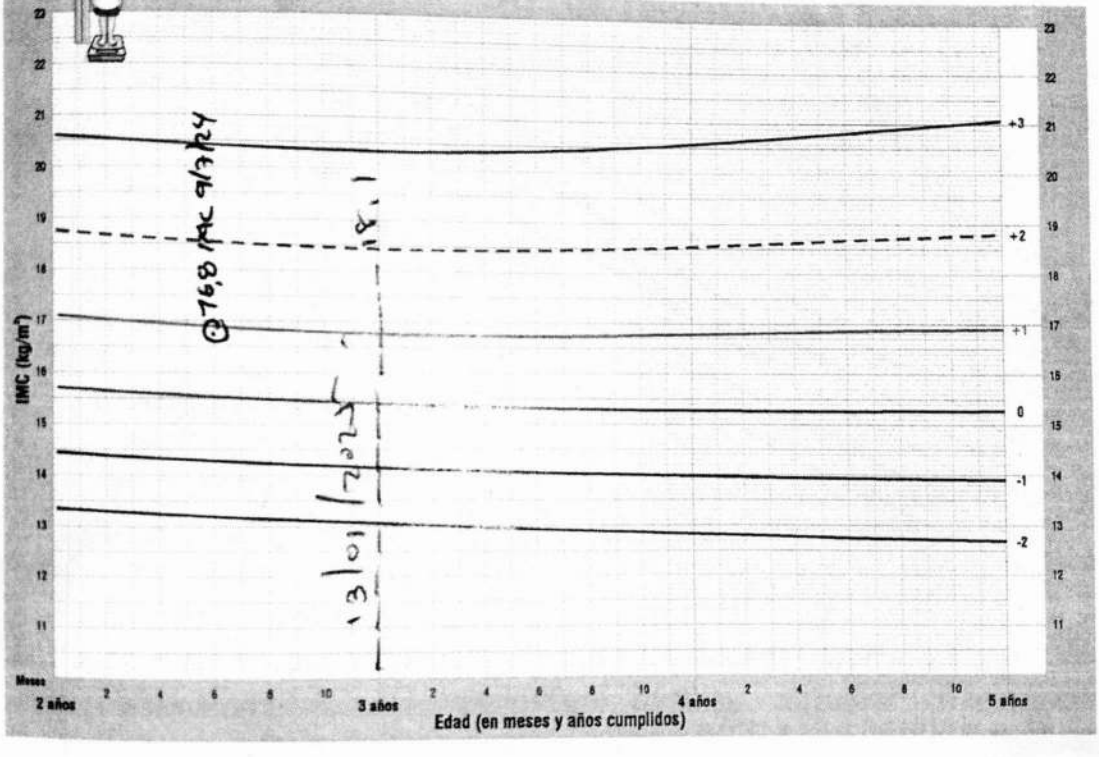
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



8
RV

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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega						
2.ª entrega						
3.ª entrega						
4.ª entrega						
5.ª entrega						

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

Vacunar oportunamente con todas las dosis a tus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis meningea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonia, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubeola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años:



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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Elmy Sofia Muñoz Díaz
Fecha de nacimiento: 04-01-2022
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1122343891
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3055 Talla: 47
Dirección:
Teléfono 1: 3136726066
Teléfono 2:
Responsable: Angela Diaz
Municipio de residencia:
Departamento: Putumayo
CC: 1004.635.191 # 118

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: **Tipo identificación:** **No. ID:**

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha proxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	5	01	22	Serum	8337003MA0990	Clinica Portugal				Diana Trujillo
	Hepatitis B	Recién nacido	5	01	22	Serum	8382003XO1970					
2 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	07	03	22	Biologicol	2105003IA					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	07	03	22		2850X0355A					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	07	03	22	Serum	1111111					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	07	03	22							
	Diarrea por rotavirus	1.ª	07	03	22	65k	ARO1C858E	HFLD				Yenilo Casanova
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	07	03	22	65k	ASPNB315					
4 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	18	05	22	Biologicol	2115006A					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	18	05	22		2850Y0355A		cita 07			
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	18	05	22	Serum	1111111	HFLD	mayo			Paola Casanova
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	18	05	22				2022			
	Diarrea por rotavirus	2.ª	18	05	22	65k	ARO1C858A					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	18	05	22	65k	ASPNB315					
6 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	22	07	22	Biologicol	2120C4					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	22	07	22	Seram	2EJ1X0070	+HFID	cita 18 julio 2022			Sarah.
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	22	07	22	Seram	2EJ1XC07D					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	22	07	22		2E51X0070					
	Influenza estacional	1.ª	22	07	22	Seram	VJC22C8	HFID				KAREN A.
7 meses	Influenza estacional	2.ª	27	08	22	Seram	VJC22C8	HFID				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	06	03	23	Seram	0138NC1393TA	HFID				KAREN J.
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	06	03	23	65k	A5PNB3242AD	HFID				
	Varicela	2.ª	06	03	23	MSD	WO1X8C2	HFID				KEIN J.
	Hepatitis A	Única	06	03	23	MSD	WCC4802	HFID				
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	24	04	23	Seram	0131N0716A	HFID				KAREN A.
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	24	04	23	Biolo	2230B9R6A	HFID				KAREN A.
	Fiebre amarilla	Única	06	03	23	Sanofi	U3E39	HFID				KEIN J.
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo							cita: 22-Julio 2023.			
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	24	04	23	Seram	0131H0716A	HFID				KAREN A.
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª							cita: 24-AGOSTO 2023 2D. INYECCION			
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

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

9
R/V

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 San Miguel FECHA: DÍA 08 MES 04 AÑO 25 HORA: 11:40 AM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Eimy Sofia APELLIDOS Muñoz Diaz

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122343891

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 04 MES: 01 AÑO: 2022 / EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 3138676066

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 por los sintomas que le pueda causar

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Ninguna 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: x Angela Diaz

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

Nombres Angela Yisela Diaz Apellidos Diaz Leyton

Tipo de Identificación: CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004635191

Firma: x Angela Diaz

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 Jimenez	Tipo de Identificación: CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1075683434.

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFIO.

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

10

PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)																
	5 DÍAS	1M	2-3M	4-5M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3A	4A	5A				
PROTECCIÓN ESPECIFICA																	
V	ODONTOLOGÍA																
Vacunación	Aplicación de sellantes (Según Criterio)				RES. 8600493-2011		06-02-23	06-08-23	07-09-23	07-02-24		15-04-2024	21-10-2024	21-04-2025	15-10-2025	21-04-2026			
	Profilaxis y remoción de placa				LINEANA MARIBEL CORDOBA AUX. EN SALUD ORAL														
	Aplicación de barniz de flúor																
	Promoción y apoyo de la lactancia materna																
	Atención en salud por Odontología																
	Atención en salud por enfermería																
	Atención en salud por medicina general																
	Control del recién nacido por médico																
	VALORACIÓN INTEGRAL																
	ATENCIÓN																

11

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.635.191**

DIAZ LEYTON

APELLIDOS

ANGELA YISELA

NOMBRES

Angela Diaz

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-OCT-2001**

POLICARPA
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.48	**B+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

06-FEB-2020 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401800-01133233-F-1004635191-20200219 **00701**69827A 1 53568071

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Angela Yisela Diaz Leyton Identificado con C.C N°1004635191 en calidad de: padre o madre ( ), del niño / o niña: Elmy Sofia Muñoz Diaz o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mis Pequeños 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 11 Días del mes de Septiembre del Año 2025.

Angela Diaz
Madre o Acudiente
C.C 1004635191

74
RN

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

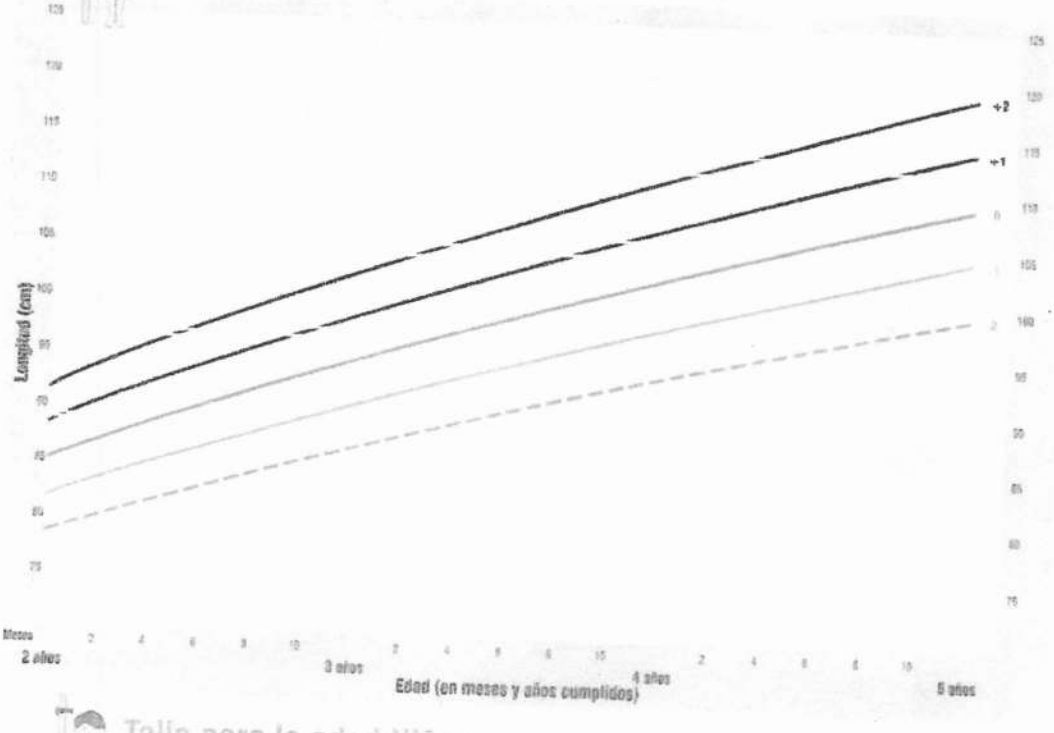
NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Merly Ramirez NOMBRE UCA: Mis Pequeños Soñadores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Eimy Sofia Muñoz Diaz IDENTIFICACIO: 1122343891 FECHA DE NACIMIENTO: 04/01/2022

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
01/9/25					Participante que ingresa a la uca con solo 02 dosis de la vacuna de influenza no le aplicaron el refuerzo del año madre manifiesta que cada que la lleva le manifestaban que no avia vacuna disponible y este año ya no la aplicaron porque la niña ya tiene 3 años y a estas edades ya no la aplican	Angela Diaz				estar mas pendiente de los citas que el Hospital le de a la niña
28/9/25					en este dia se le recuerda a madre de participante que la niña tiene cita para Higiene el 7-10-25. se recomienda que por favor de cumplimiento a la cita de su hija se realizara seguimiento telefonico el 2-10-25	Angela Diaz		el dia 2-10-25 se realizo llamada telefonica a madre para conocer si dio cumplimiento a la cita pero manifiesta que no porque ya dio a luz a su otra hija y que no cuenta con quien la haga ese favor el dia 7/10/25 se buelbe a comunicar con la madre y refiere que no a podido sacar cita	el dia 20/10/25 se le colabora sacando le cita la cual se la dieron para el 27/10/25 a la cual se informa a madre para que asista puntual madre el dia 27 informa que asistio a la cita y entrego copia dando esto se da por cerrada la novedad	Asistir con la niña a dar cumplimiento a la cita de Higiene y entregar copia a la maestra

Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

