Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con otografía del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras).
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar _X_ en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización) ___SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7) ___Pertenecientes a Res UNIDOS ___Pertenecientes a Familias en Acción ___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición ___Remitidos por SNBF ___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado) ___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

321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

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



FECHA SOLICITUD CUPO: 26/3/2025 FECHA INGRESO: 07/04/2025

UDS: Mis Pequeños Soñadores MUNICIPIO: San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Aldair Hilamo Paguatian

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ NUIP No. 1122343678

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

FECHA NACIMIENTO: 29/03/2021 EDAD: 3 A 11 M MUNICIPIO: San miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

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

¿CUAL?: N/A MOTIVO DEL RETIRO: Termina el año

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: __ NO: __ PUNTAJE: A2 DESPLAZADO: SI: X NO:

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: ____ NO: X RED UNIDOS: SI: ____ NO: X

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: ___ NO: X CUAL: ____

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Leonel Hilamo Baicue

No. IDENTIFICACION: 75572510 DIRECCION RESIDENCIA: San Juan

CELULAR: 3236142303 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ruth Deysi Paguatian Martinez

No. IDENTIFICACION: 40627445 DIRECCION RESIDENCIA: V/ San Juan

CELULAR: 3148468720 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: Ama de casa

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Ruth Deysi Paguatian

NUMERO IDENTIFICACION: 40627445 CELULAR: 3148468720

DIRECCION: V/ San Juan Bosco PARENTESCO: Madre

Ruth Deysi Paguatian
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 1220589

NUIP 1.122.343.678

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
HILAMO PAGUATIAN ALDAIR

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2021	Mes MAR	Día 29	MASCULINO	O +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2021	Mes ABR	Día 08	0061318426

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
PAGUATIAN MARTINEZ RUTH DEYSI

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 40.627.445	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
HILAMO BAICUE LEONEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 15.572.510	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
HILAMO BAICUE LEONEL

Documento de identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 15.572.510

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: X 8 2

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2021 Mes ABR Día 08

Adhesivo Copia Registro Civil
26209208-5

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

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	1122343678
NOMBRES	ALDAIR
APELLIDOS	HILAMO PAGUATIAN
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	29/03/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/15/2025 13:32:50	**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

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 15/10/2025

Ficha: 86757031478500000054

A2
GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **ALDAIR**

Apellidos: **HILAMO PAGUATIAN**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1122343678**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 07/11/2017

Última actualización ciudadano: 29/08/2023

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**

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 Ni pobre ni vulnerable

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.

https://www.sisben.gov.co/paginas/consulte-tu-grupo.html

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Alvar	Apellidos: Hilamo Paguatian
Fecha de nacimiento: 29 DIA | 03 MES | 2021 AÑO	Historia Clínica: 1122343678
Barrio/Vereda: San Francisco	Responsable del niño: Ruth Deisy Paguatian
Teléfono: 3148468720	EPS: Emssanar

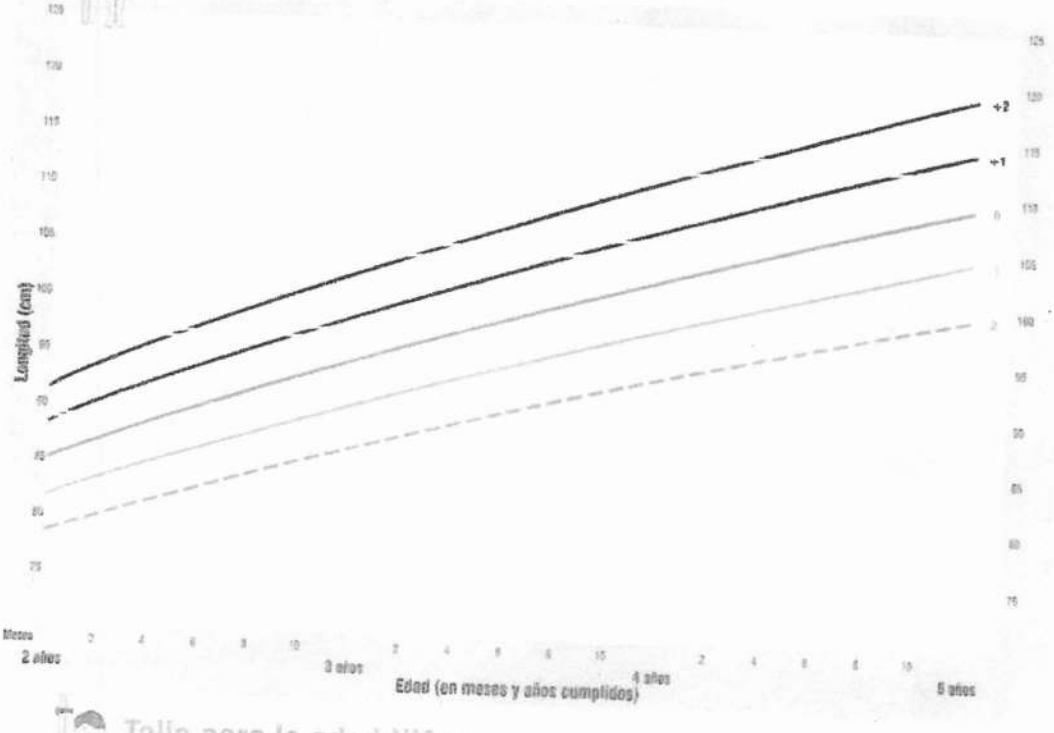
CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
20	Mayo (Suspendido)	2021	Medico		
20	Junio	2021	Enf	Si ✓	
06	Agosto	2021	Medico	✓	
06	Oct	2021	Enf	Si ✓	
29	Diciembre	2021	Enfam	Si ✓	
29	Marzo	2022	Medico		
11	Oct	2021	Medico	Si ✓	
29	Marzo	2023	Medico.	Si ✓	
29	Sept.	2023	Enf.	✓	
29	Marzo	2024	Méd	Si ✓	
29	Marzo	2025	Enf.		
03	Abril	2025	Enf	Si	Plan
29	Mayo	2026	Med.		

Dra. Magaly Cabrera
Médico General
R.M. 67027189 Chiriquí

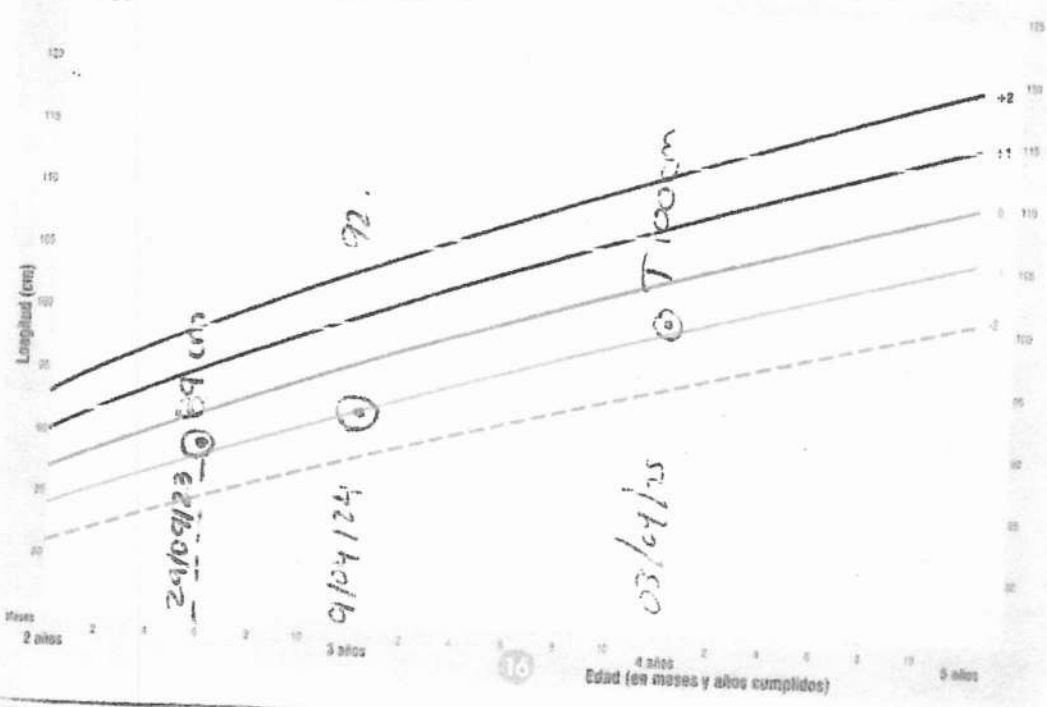
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



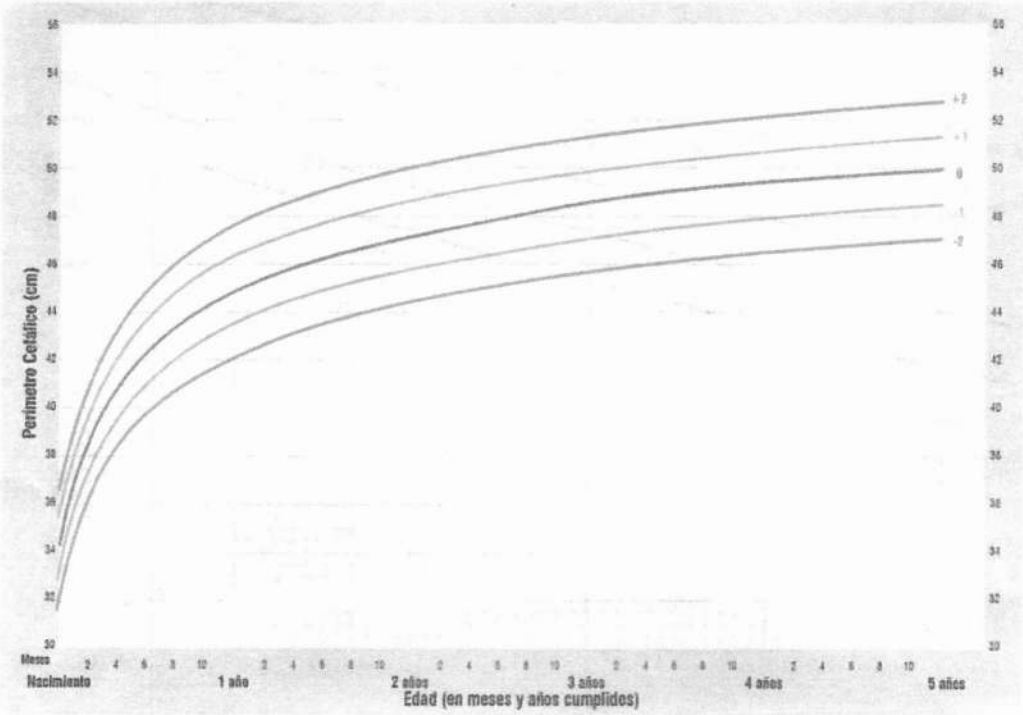
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



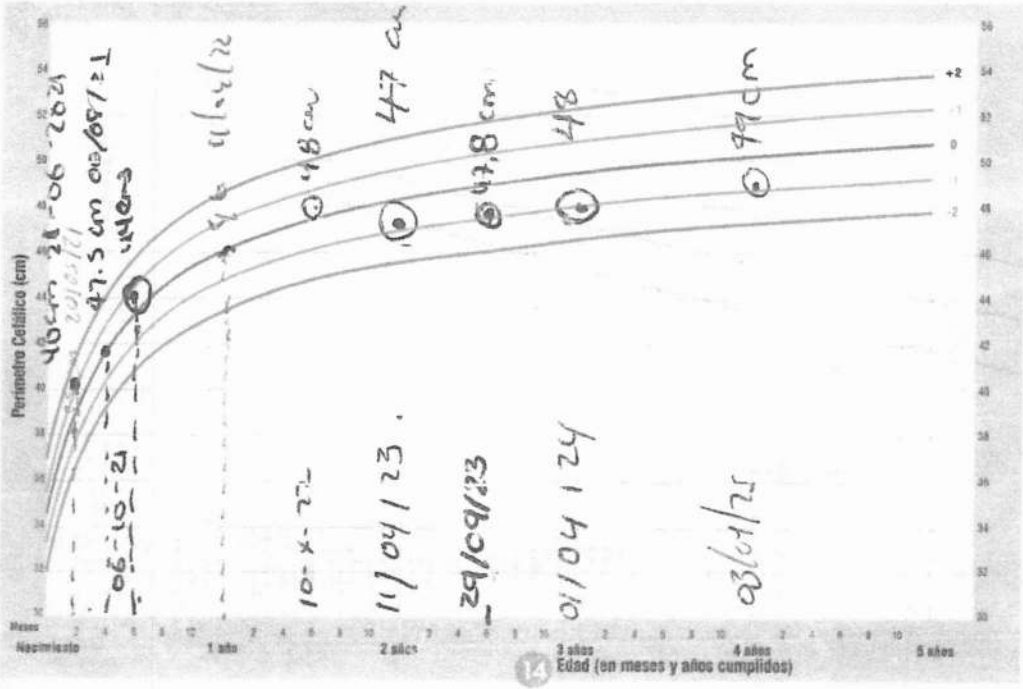
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



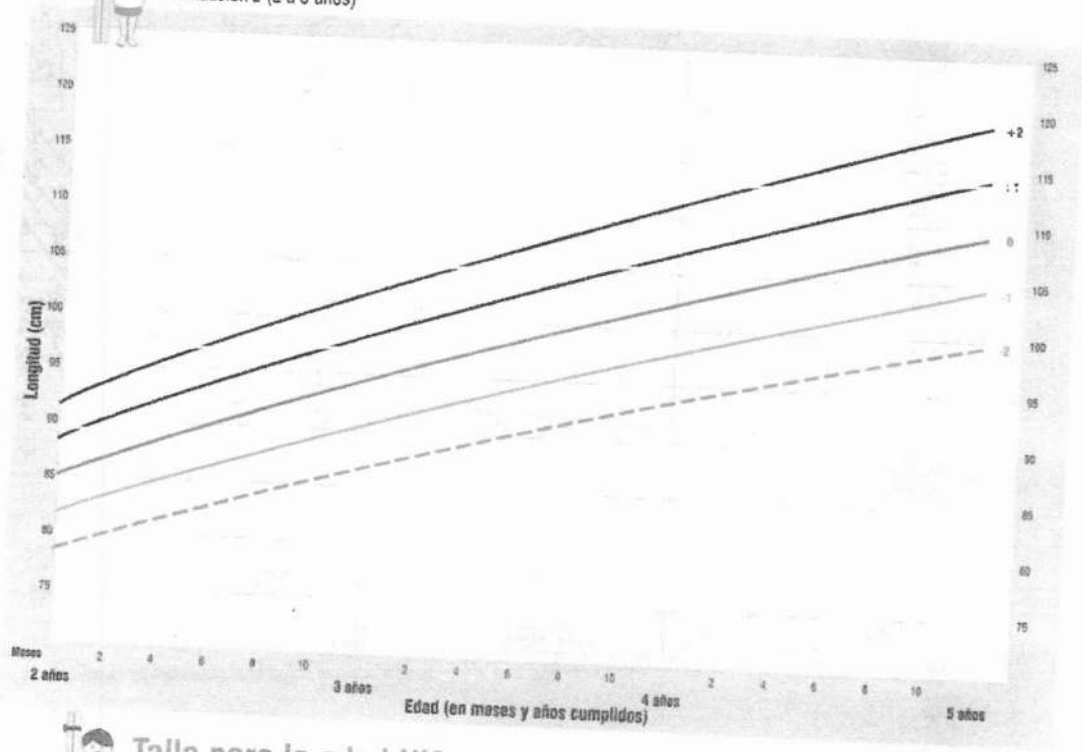
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



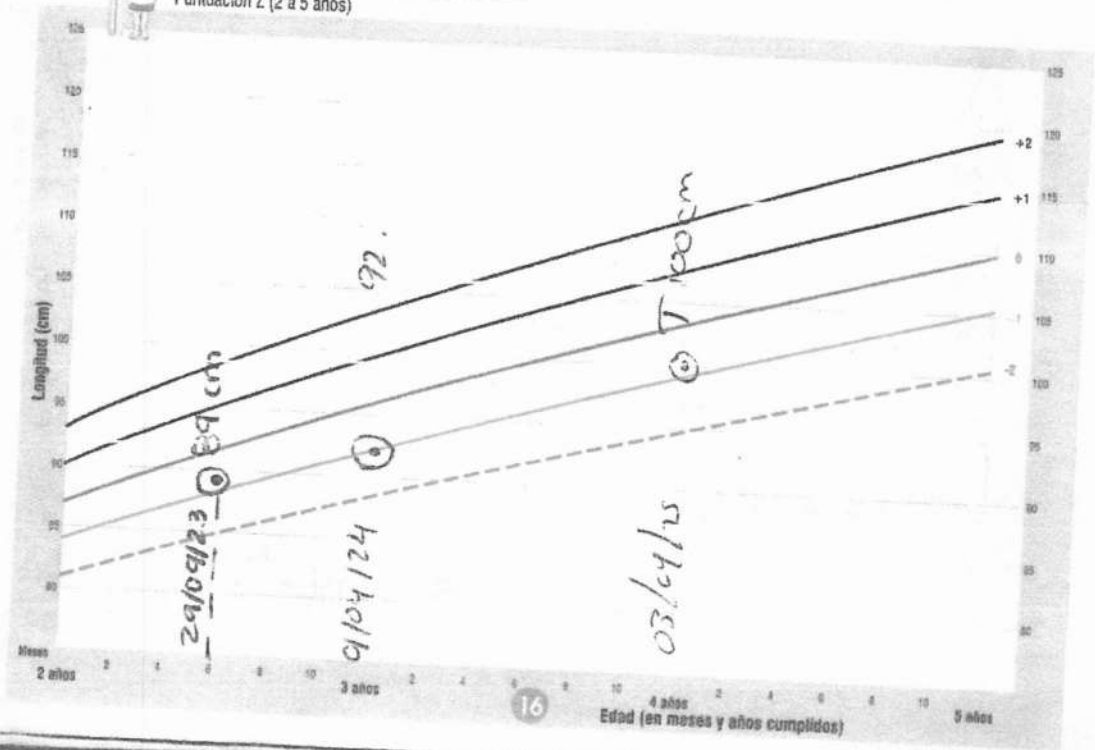
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

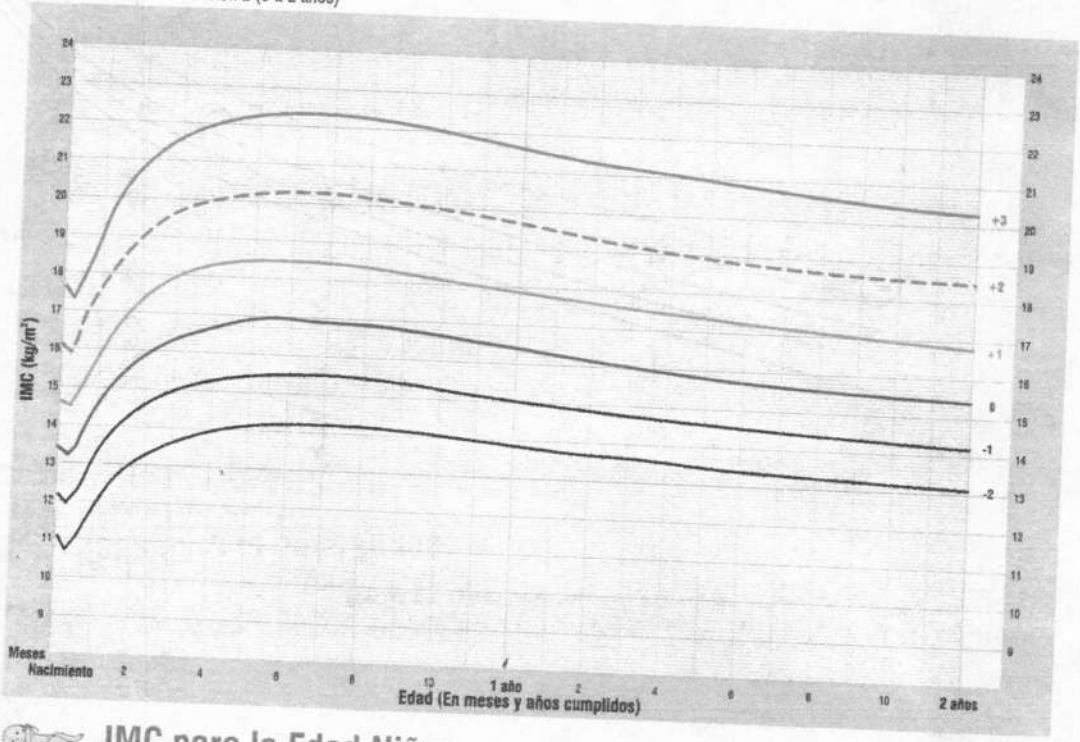
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

12
RLV

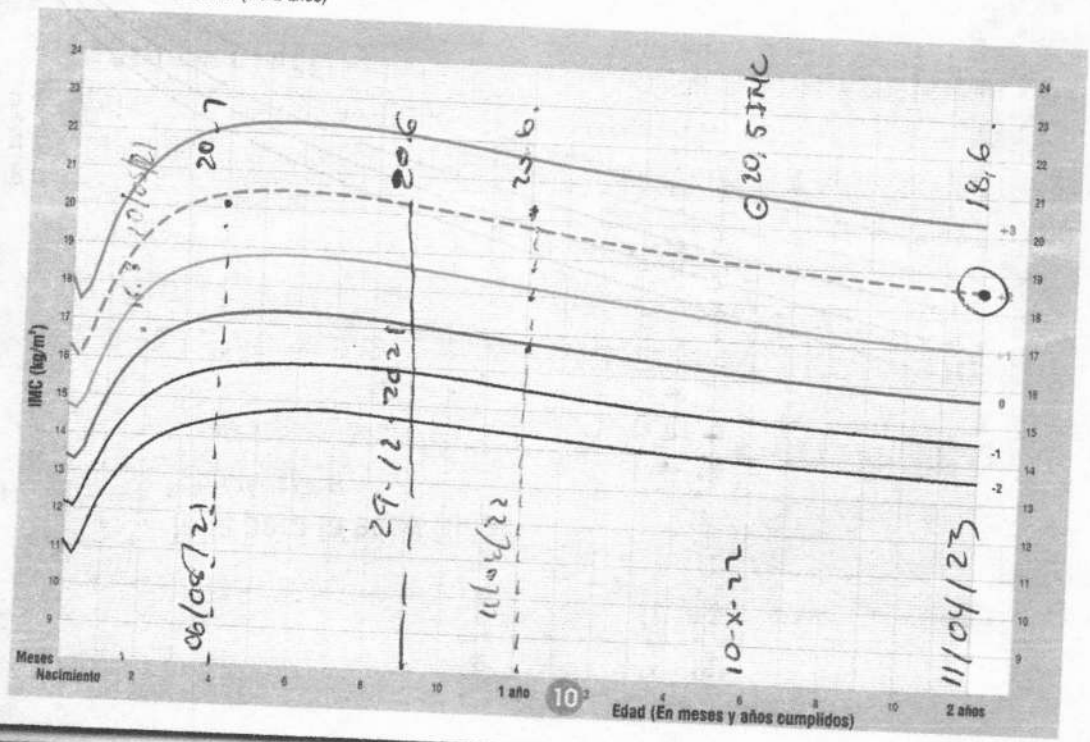
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



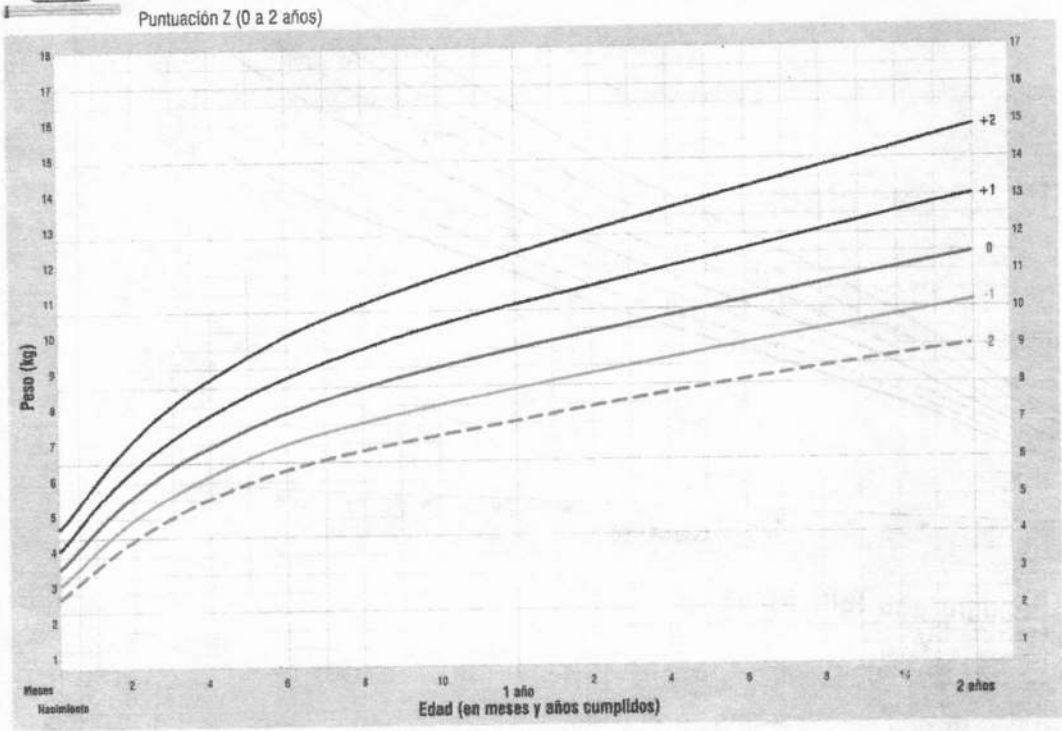
Talla para la edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
Longitud (cm)
Meses
Edad (en meses y años cumplidos)
1 año
2 años

Talla para la edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
Longitud (cm)
Meses
Edad (en meses y años cumplidos)
1 año
2 años

13
RIV

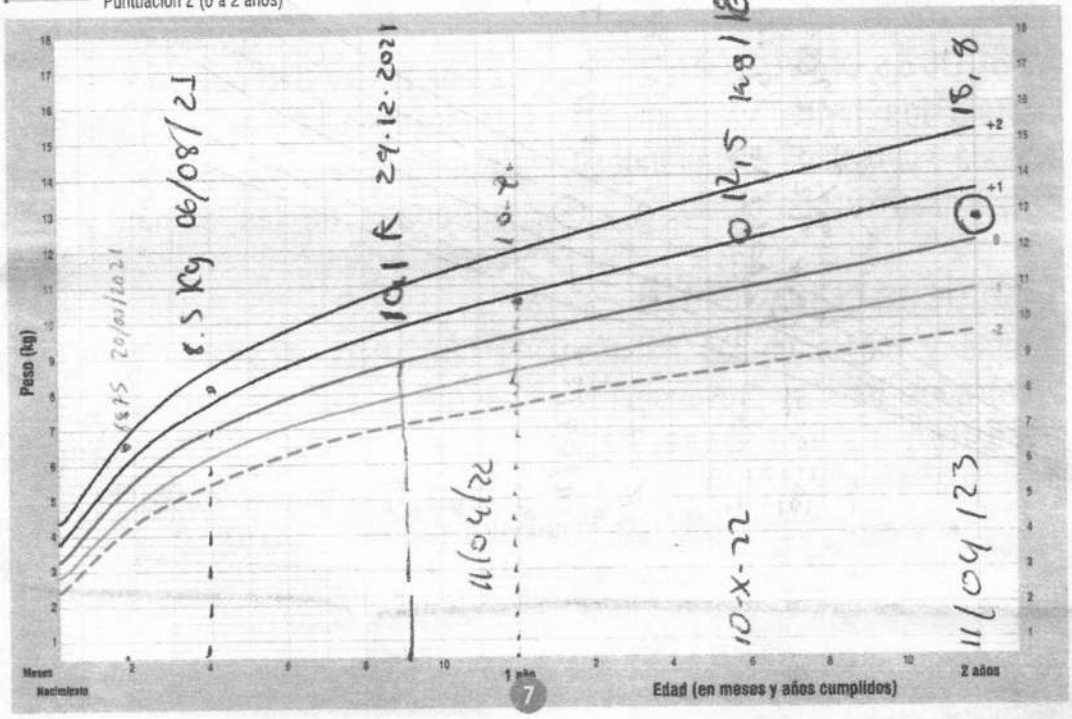
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

GRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACION E INSCRIPCION TEMPRANA

omento de nacer | **Fecha:**

PRIMER CONTROL MÉDICO

el primer mes de vida | **Fecha:**

SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA

	Fecha de cita programada	Fecha en que asistio	Profesional que atendió
es			
es			
es			
eses			
eses			
eses			
eses			
eses			
eses			
eses			
eses			
eses			
eses			
eses			
)			
)			

os niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina
6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de
al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

	Fecha	Edad	Fecha
		42 meses	
		48 meses	
		54 meses	
		60 meses	
		66 meses	

os los niños se debe realizar toma de TSH al momento
er para estudio de hipotiroidismo.

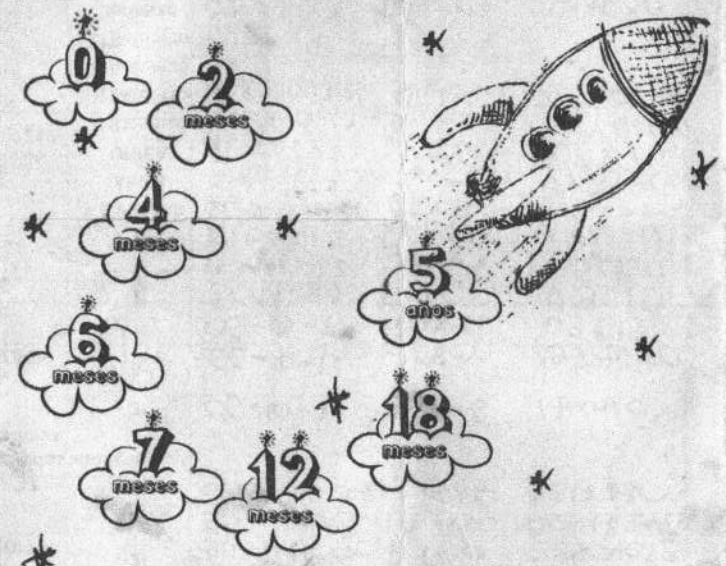
ortado TSH:	
ificación:	
al que verificó:	

Exíjalo

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

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

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



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI
Porque mi vida hoy que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

74
RN

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Hilamo Paguatan Aldair
Fecha de nacimiento: 29-MAR-21
Nº de certificado de nacido vivo: 165377384
Registro civil: 1122343678
Sexo: M Talla 55
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 4445 39 40
Dirección:
Teléfono:
Responsable: Ruth Dessy Paguatan M.
Municipio de residencia: Derada
Departamento: Putumayo

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: _____ Registro Civil: _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación (Día Mes Año)	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita (Día Mes Año)	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única	29-MAR-21	Sanofi	03706008	H.Local plantas		Fabiola soto
	Hepatitis B	Recién nacido	29 MAR-21	Sanofi	03209002A	H.Local plantas		Fabiola soto
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª	28-05-2021	Sanofi	2017004	HFID		Ana Lagarda
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	28-05-2021	Bio10	28SC4C21	HFID		Ana Lagarda
	Rotavirus	1ª	28-05-2021	GSK	ARRIC27A	HFID		Ana Lagarda
	Neumococo	1ª	28-05-2021	GSK	ASPNB302	HFID	CITA:	Ana Lagarda
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐					28-JUN 2021	
	Polio (Oral - IM)	2ª	30-JUN-2021	Sanofi	2017004	HFID		Ana Lagarda
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	30-JUN-2021	Bio1	28SC4C18	HFID		Ana Lagarda
	Rotavirus	2ª	30-JUN-2021	GSK	ARRIC27ZA	HFID		Ana Lagarda
	Neumococo	2ª	30-JUN-2021	GSK	NSPNB308	HFID	CITA:	Ana Lagarda
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.						30-SEP	
	Polio (Oral - IM)	3ª	06-10-21	Bio16	170040	HFID	2021	SAOLY M
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	06-10-21	Sanofi	28SC4C180	HFID		SAOLY M
	Influenza	1ª	06-10-21	Sanofi	U3C13	HFID		SAOLY M.
7 Meses	Influenza	2ª	5-11-21	SANOFI	U3C13	HFID		Karen A.
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	11-04-22	Sanofi	U1SM34	HFID		Karen C.
	Fiebre Amarilla	1ª	11-04-22	Sanofi	U3N21A	HFID	CITA:	
	Neumococo	Refuerzo	11-04-22	GSK	ASP315AA	HFID	29/NOV/2021	Karen C.
	Influenza	Anual	24-7-13	Sanofi	U3C13C1	HFID		Karen C.
	Hepatitis A	ÚNICA	11-04-22	MSD	U06774	HFID		Karen C
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	28-10-21	Sanofi	28SC4C016A	HFID		Alicia C
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	28-10-21	Biologica	A15006	HFID		Alicia C
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	07-02-23	Sanofi	U1SM08A	HFID		Saoly M
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª					CITA: 5 AÑOS	
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	Unica	11-04-22	Merck	U07462	HFID	cumplidos.	Karen C
	SR.	UNICA	10 de feb 2022	Sanofi				

Estas vacunas son gratuitas

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

cita Fiebre Amarilla

15
RLV

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
Servimos con amor

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos

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

NIT. 846.000.309-9

CIUDAD San Miguel La Dorada FECHA: DÍA 18 MES 10 AÑO 23 HORA: 8:55 am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Aldair APELLIDOS Hilamo Paguatian

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.343.678

FECHA DE NACIMIENTO DIA: 29 MES: 03 AÑO 2021 EDAD: 2 años Tel: 3148468720

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 tetanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cancer de utero y el sarampión. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a si 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. La 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)

le da miedo la reacción de la Vacuna

¿COMO SE APLICA?	Administracion via 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 farmacologica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

INFORMACION ESPECIFICA PARA GESTANTES

La vacuna tiene acrobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 dias 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 vacunacion 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 dusrante 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: Ruth Deysi Paguatian

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

Nombres Ruth Deisy Apellidos Paguatian

Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 40 627.445.

Firma: Ruth Deysi Paguatian

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
C.C. N°

Firma del Rogado
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Kerly Rocio Jiménez Zárate

Firma _____ Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1075682134

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): #FLD

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

RECOMENDACIONES

- Visite a su médico semestralmente
- Cepillese los dientes mínimo 5 veces al día
- Mantenga una dieta balanceada
- Acostúmbrese a usar seda dental en cada cepillada

I.I.A.M.I. INICIATIVA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y DE LA INFANCIA

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
NIT 891.190.243-3
TEL. 4210020-4210534 LA DORADA - PUTUMAYO

MI CARNET DE HIGIENE ORAL

E.P.S.	Emssanar
Nombres:	Aldair I
Apellidos:	Hilamo Paguatian
Sexo:	M F
Fecha de Nacimiento	29 03 21
Identificación:	RC 1122343678
Dirección:	N.H.C.

Salud con Calidad!

FECHA	PROCEDIMIENTO CP	S	F	D.	PROXIMA CITA
11-04-22	X		X		11-octubre-22
28-10-22	X		X		28 Abril-23
05-05-23	X		X		03 NOV-23
3-11-23	X		X		3-05-24
17-05-24	X	X	X		17-11-24
22-11-24	X	X	X		22-05-25
04-06-25	X	X	X		04-DIC-2025

Liliana Maribel Córdoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 2017

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **40.627.445**

PAGUATIAN MARTINEZ

APELLIDOS

RUTH DEYSI

NOMBRES

Ruth Deisy paguatian

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-SEP-1981**
CARTAGENA DEL CHAIRA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 **O-** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

04-OCT-2001 CARTAGENA DEL CHAIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-6401800-00848874-F-0040627445-20160914 **0051**148555A 1 46160800

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **15.572.510**
HILAMO BAICUE
APELLIDOS
LEONEL
NOMBRES

LEONEL HILAMO BAICUE
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-SEP-1985**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA **O+** G.S. RH **M** SEXO

07-NOV-2003 PUERTO CAICEDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-6401800-01072151-M-0015572510-20190410 **00652**14279A 1 9907694688

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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

Yo Ruth Paguatian Identificado con C.C N° 40627445 en calidad de: padre o madre ( ), del x niño o niña: Aldair Hilamc Paguatian 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 16 Días del mes de Abril del Año 2025

Ruth Paguatian

Madre o Acudiente
C.C 40627445

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 Aldair Hilamo Paguatian, identificado (a) con documento de identidad número 1122 543 676, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Ruth Deysi Paguatian Martinez quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 40 627 445, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos		Audios		Videos		Otros datos personales	

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por Fundacion Alma de yuda en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa EPC

Suscriben:

Firma: Ruth Paguatian
Nombre: Ruth Deysi Paguatian
Calidad - Titular: ___ Representante legal: ___
Teléfono de contacto: 3148478720
Fecha: 04 Abril - 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.

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad _____, identificado (a) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos		Audios		Videos		Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, _____, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos		Audios		Videos		Otros datos personales	

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_____, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa _____

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: _____
Calidad - Titular: _____Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: _____
Municipio: _____

¡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.

CLASIFICADA