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,

	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: 7/4/2025

UDS: Mis Pequeños Sonadores MUNICIPIO: San miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Leidi Johana Ramos Garcia

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1139964328

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

FECHA NACIMIENTO: 21/04/2024 EDAD: 11 M MUNICIPIO: San miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: V/San Juan Bosco ESTRATO: Unc ¿HA
ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: X NO: ____
¿CUAL?: Familiar MOTIVO DEL RETIRO: Por terminacion de año

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: N/A

EPS DEL PARTICIPANTE: Emsanar 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: A 1 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: Fausto Alejandro Ramos Basto

No. IDENTIFICACION: 1722347559 DIRECCION RESIDENCIA: V/ San Juan

CELULAR: ____ E.P.S: Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Omelia Garcia Bolaños

No. IDENTIFICACION: 1134529325 DIRECCION RESIDENCIA: V/ San Juan

CELULAR: 3241496214 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: Omelia Garcia Bolaños

NUMERO IDENTIFICACION: 1134529325 CELULAR: 3241496214

DIRECCION: V. San Juan Bosco PARENTESCO: Madre

Omelia Garcia Bolaños
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

63865415

NUIP	1139964328

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **63865415**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradur [X]	Notaria [ ]	Número [ ]	Consulado [ ]	Corregimiento [ ]	Inspección de [ ]	Código	D	Q	X

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

COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN MIGUEL (LA DORADA) SAN MIGUEL H.FONTERIZO LA DORADA *******

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMOS **********	GARCIA **********

Nombre(s)

LEYDI JOHANA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes ABR Día 21	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN MIGUEL (LA DORADA) **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	24047010943159 ******

Datos de 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

GARCIA BOLAÑOS OMELIA **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1134529325 **********	COLOMBIA ********

Datos de 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

RAMOS BASTO FAUSTO ALEJANDRO **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1122341559 **********	COLOMBIA ********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RAMOS BASTO FAUSTO ALEJANDRO **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1122341559 **********	Fausto Ramos

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Fecha de Inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2024 Mes ABR Día 21	ROY EDISON CALLE QUIRAMA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Fausto Ramos Firma	ROY EDISON CALLE QUIRAMA Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:TOMO 1; FOLIO 35;21/04/2024

NÚMERO DE PREPARACIÓN 115924472

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	1139964328
NOMBRES	LEYDI JOHANA
APELLIDOS	RAMOS GARCIA
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	22/04/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/15/2025 13:35:47	**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**, 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

5

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	15/10/2025
Ficha:	86757674952700005943

A1

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **LEYDI JOHANA**

Apellidos: **RAMOS GARCIA**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1139964328**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	22/08/2023
Última actualización ciudadano:	30/04/2024
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.

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



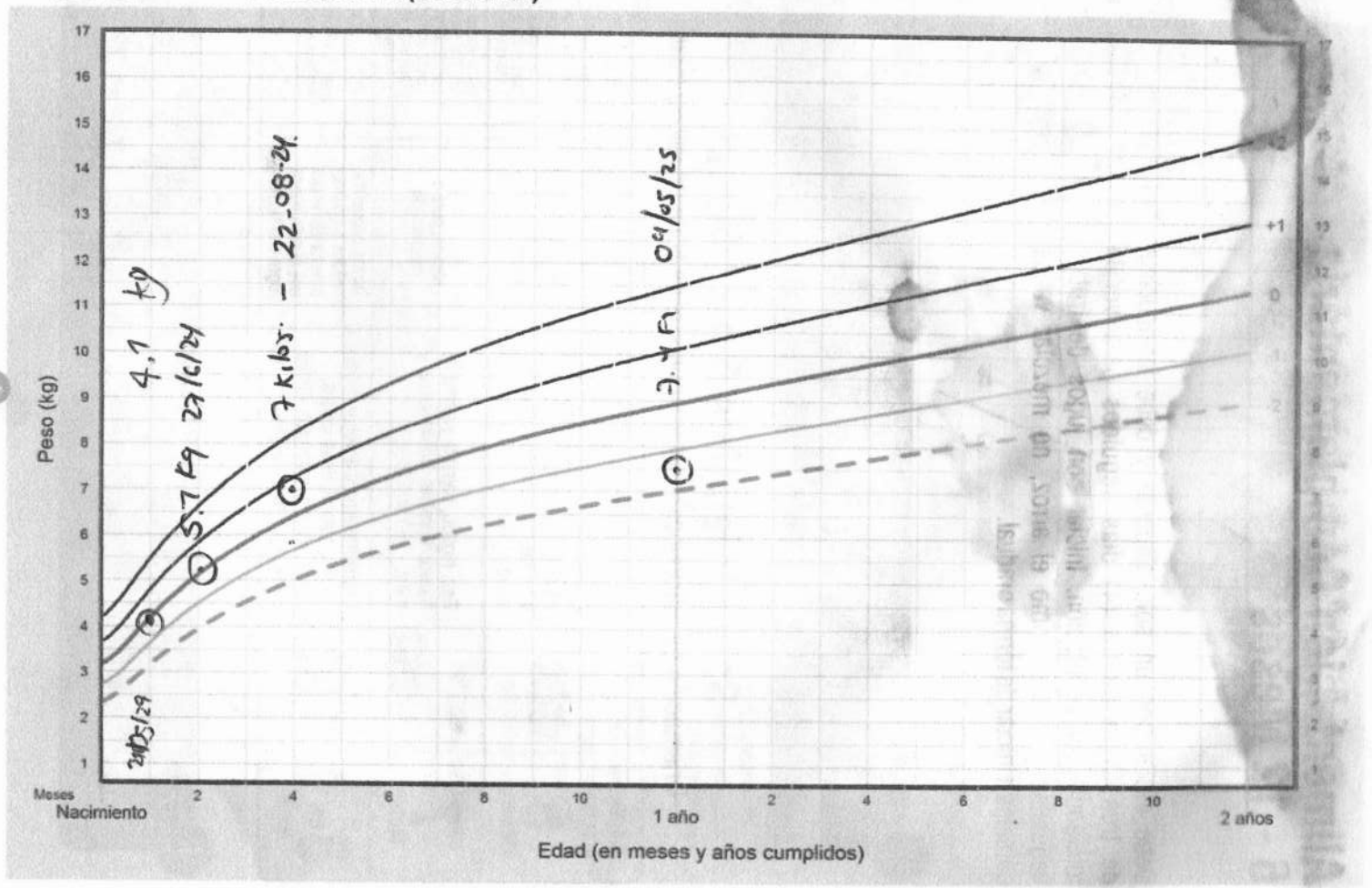
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: IEYDI JOHANNA	Apellidos: RAMOS GARCIA
Fecha de nacimiento: 20 (DÍA) | 04 (MES) | 2024 (AÑO)	Historia Clínica: 1139964328
Barrio/Vereda: V/ SAN JUAN BOSCO	Responsable del niño: OMEIDA GARCIA
Teléfono:	EPS: 118

Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

Peso (kg)

Longitud (cm)

4.1 kg 51 cm 22/05/24

5.7 kg T/52cm 27/6/24

7kilos 60cm 22-08-24

P: 6.4kg - T: 62cm 22/10/2024.

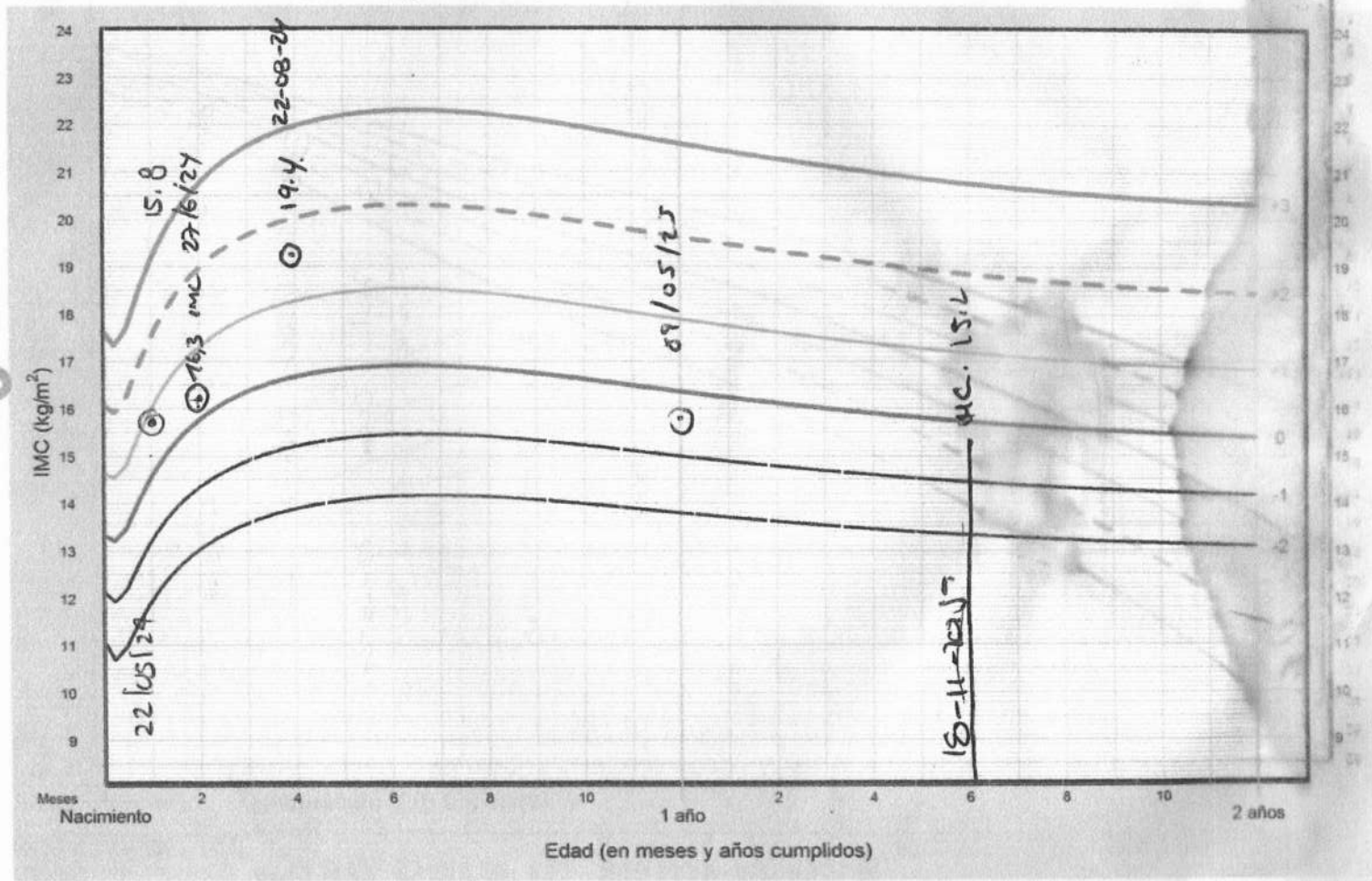
7.4 kg 64cm 07/05/25

P: 5 T 75.

18-11-2025.

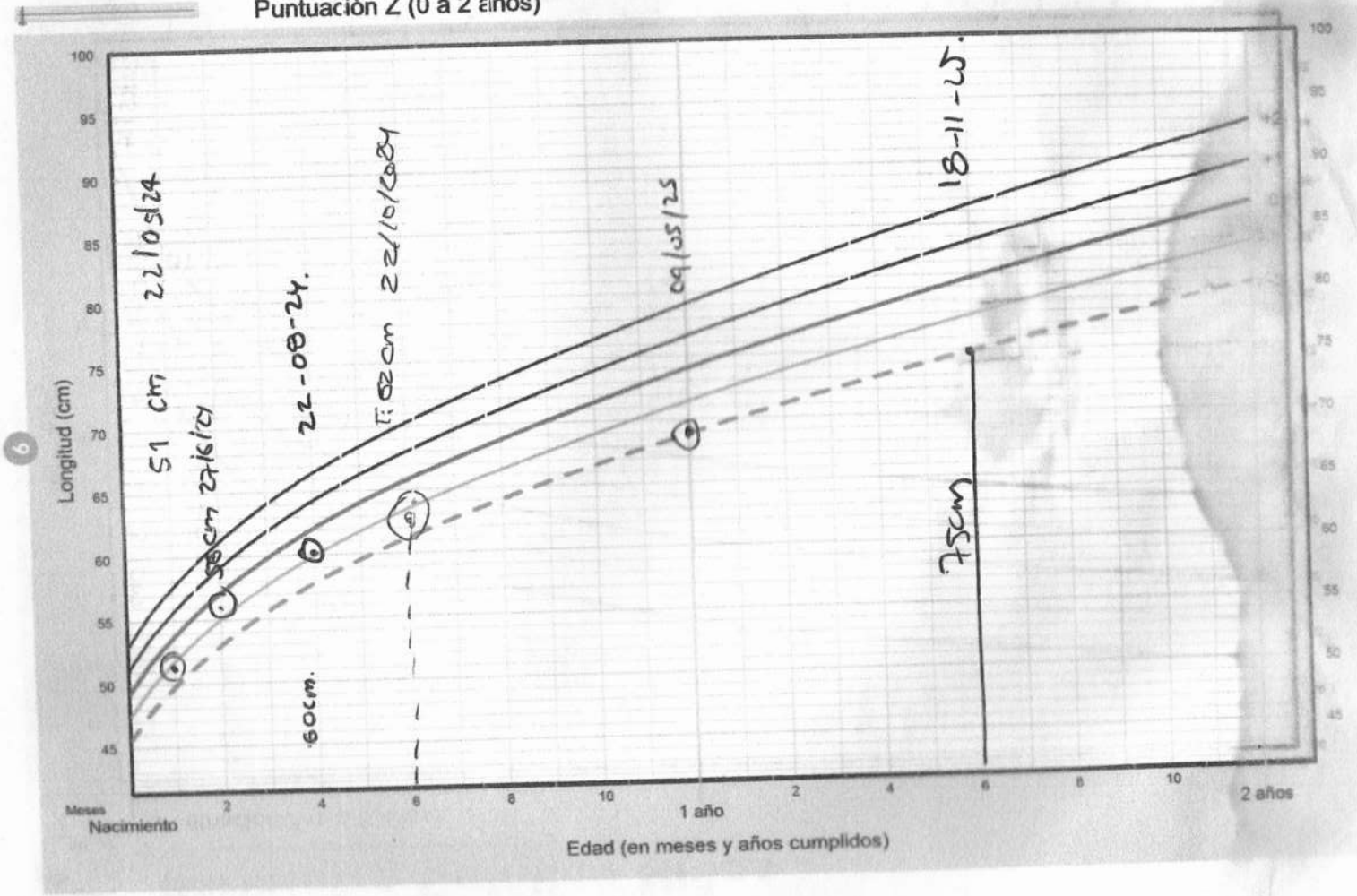
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



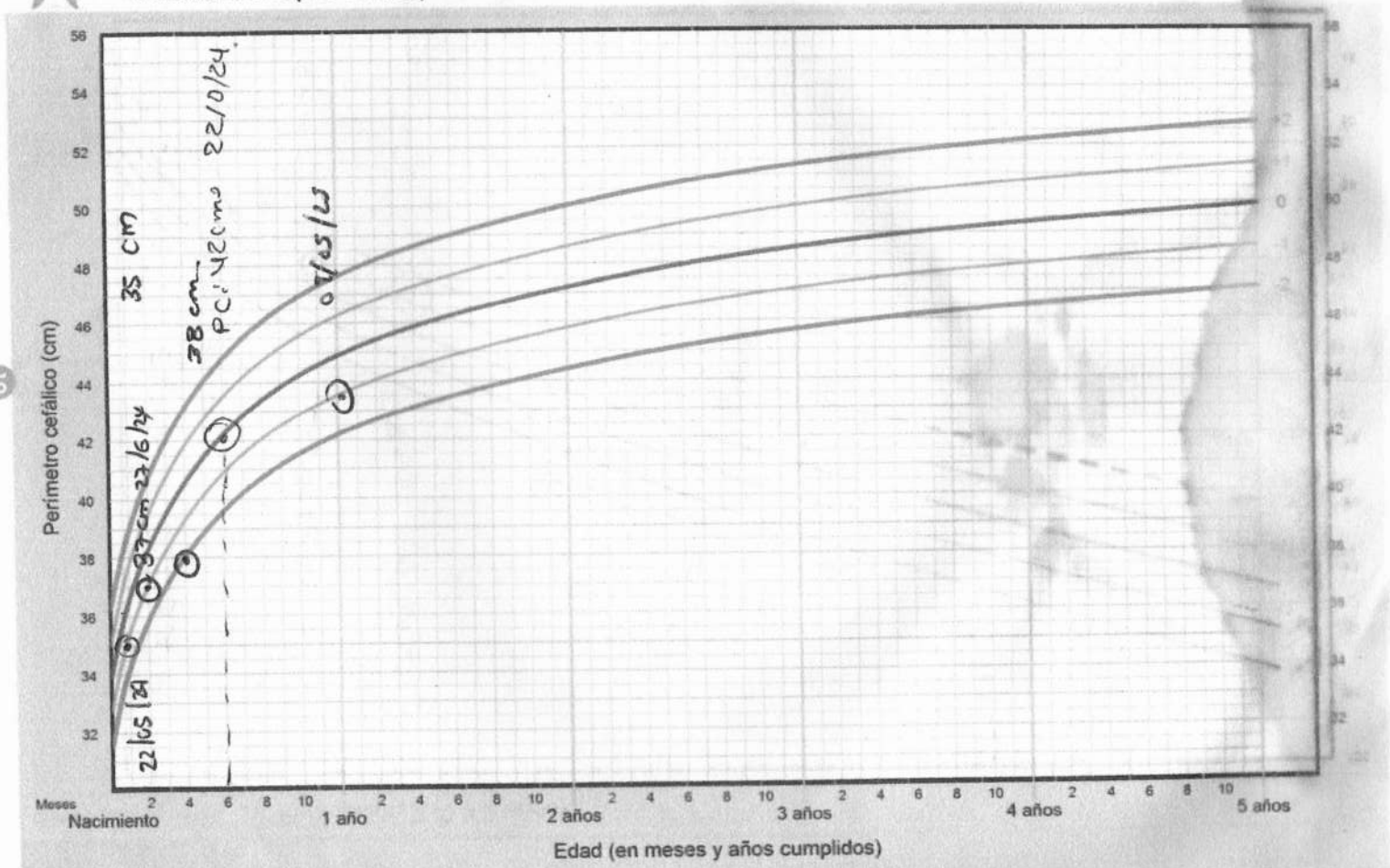
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO SI	ASISTIO NO
22	05	2024	Med	✓	
21	06	2024	Enf	✓	Milena C.
21	08	2024	Medi		
21	10	24	Enf.		Diana.
21	01	25	Enferm		Yuly
09	05	25	Medi	✓	Deportes
18	11	25.	Enf	✓	

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
22/05/24	4.1	51	35	12	15.8	21/05/24	[illegible] Vega
27/6/24	5.7	56	37	13	16.3	21/08/24	Milena C.
22/08/24	7.0	60	38	14	19.4	21/10/24	[illegible]
22/10/2024	6.4	62	42	15.5	—	21/01/25	[illegible]
09/05/2025	7.4	69	43.5	13	15.5	09/11/25	[illegible]
18-11-2025	8.5	75	47	13.	15.1	21-04-26	Dayanasmita

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Leidi Johana
RAMOS GARCÍA

Tipo de Documento: TI [X] OTRO [ ]

No. de Documento: 1.139.964.328

Fecha de Nacimiento: 21 DÍA | 04 MES | 24 AÑO

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: Talla:

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Amelia García Boiaz

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

CC: 1.134.529.325 #118

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

	D	M	A
1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

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

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

	D	M	A	D	M	A
1.ª entrega						
2.ª entrega						
3.ª entrega						
4.ª entrega						
5.ª entrega						

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

		SI*	NO*		SI*	NO*
3 años	D M A			5 años	D M A	
4 años	D M A					

*Menor o igual a 20 normal

Vacunar Oportunamente con todas las dosis a tus hijos, **Garantiza la Protección** frente a enfermedades como:

Tuberculosis meníngea, **H**epatitis B, **P**oliomielitis, **M**eningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus Influenzae tipo B, **D**ifteria, **T**osferina, **T**étanos, **D**iarrea por rotavirus; **N**eumonía, **O**titis, **M**eningitis bacteriemia causada por Neumococo, **E**nfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, **S**arampión, **R**ubéola, **P**arotiditis, **V**aricela, **H**epatitis A, **F**iebre Amarilla y **V**irus del Papiloma Humano.

Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

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)

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: _____ **Tipo de Indentificación** _____ **No. ID:** _____

	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio		Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién Nacido						Lactancia materna exclusiva		Si ☐ No ☐					
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	21	04	24	SERUM	C	3 7 1 M A 0 9 B	HFID				ISABEL A
	Hepatitis B	Recién nacido	21	04	24	SERUM	C	3 2 1 Q U 1 8 B	HFID				ISABEL A
2 meses						Lactancia materna exclusiva		Si ☐ No ☐					
	Poliomielitis (VIP)	1ª	16	07	24	BIOLOGICI	2	2 3 9 0 0 1					
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	16	07	24	SERUM	2	8 5 2 X 0 1 4 A					
Pentavalente	Hepatitis B	1ª	16	07	24	SERUM	2	8 5 2 X 0 1 4 A					
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	16	07	24	SERUM	2	8 5 2 X 0 1 4 A					
	Diarrea por rotavirus	1ª	16	07	24	OK	A	R C L D 8 3 8 AA	HFID				JENNIFER CABEZAS.
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☒	1ª	16	07	24	PFIZER	6	X 1 9 1 2					
4 meses						Lactancia materna exclusiva		Si ☐ No ☐					
	Poliomielitis (VIP)	2ª	16	09	24	BIOLOG	2	2 3 9 0 0 1					
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	16	09	24	SERUM	2	8 5 2 4 0 1 1 D					
Pentavalente	Hepatitis B	2ª	16	09	24	SERUM	2	8 5 2 4 0 1 1 D					
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	16	09	24	SERUM	2	8 5 2 4 0 1 1 D					
	Diarrea por rotavirus	2ª	16	09	24	OK	A	R C L D 8 3 8 A	HFID				KERLY JIMENEZ
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☒	2ª	16	09	24	PFIZER	6	X 1 9 1 2					
6 meses						Lactancia materna exclusiva		Si ☐ No ☐					
	Poliomielitis (VIP)	3ª	18	11	24	BIOLOGICI	2	2 3 9 0 0 3					
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	18	11	24	SERUM	2	8 5 2 2 0 1 6					
Pentavalente	Hepatitis B	3ª	18	11	24	SERUM	2	8 5 2 2 0 1 0	HFID				ISABEL ARIAS
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	18	11	24	SERUM	2	8 5 2 2 0 1 0	HFID				KERLY JIMÉNEZ
	Influenza estacional	1ª	03	06	25	SEQIRUS	P	1 0 0 7 Q 2 7 9 4	HFID				
7 meses	Influenza estacional	2ª	9	07	25	SEQVIRUS	P	1 0 0 7 9 2 7 9 4	HFID	CITA: 21- ABRIL 2025			SAOIA M.
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	28	04	25	Serum	8	1 3 2 N 0 2 1 A					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☒	Refuerzo	28	04	25	PFIZER	H	J 5 2 7 7	HFID				JENNIFER CABEZAS
	Varicela	1ª	28	04	25	merck.	4	0 2 1 5 7 .					
	Hepatitis A	Única	28	04	25	MSD	2	0 2 2 0 4 0 7 5					
	*Influenza estacional	Anual											
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	18	NOV	25	Biologicals	2	4 2 9 0 0 6	HFID				
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo	18	NOV	25	Serum	2	8 5 4 X 0 7 7 D	HFID	CITA: 18- NOVIEMBRE 2025			Isabel ARIAS
	**Fiebre Amarilla	Única	28	04	25	FICCRZ	2	3 K 1 B 3 1 5	HFID				JENNIFER C.
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	18	NOV	25	Serum	8	L 3 3 N 1 4 0 B	HFID				Isabel ARIAS
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo											
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo											
	Varicela	Refuerzo											
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª											
		2ª											
		3ª											
Sin rango de edad	Covid-19	1ª											
		2ª											
		1er Refuerzo											
		2do Refuerzo											
Vacunas complementarias y otras dosis													

CITA: 8 ANOS

***De acuerdo al antecedente de primovacunación** ****A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente**

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

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

NIT. 846.002.309-9

ANEXO 2. 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

T6 R1V

CIUDAD San Miguel. FECHA: DÍA 11 MES 06 AÑO 2025 HORA: 7:49 AM.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES leydi Johana. APELLIDOS Ramos Garcia.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☒ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 1.139.964.328

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 21 MES: 04 AÑO: 2024 EDAD: años 14 meses

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar. Tel: 3241496214

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

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

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

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

NIT. 846.002.309-9

ANEXO 2. 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 11 MES 06 AÑO 2025 HORA: 7:49 AM.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES leydi Johana. APELLIDOS Ramos Garcia.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☒ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 1.139.964.328

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 21 MES: 04 AÑO: 2024 EDAD: años 14 meses

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar. Tel: 3241496214

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

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

Miedo a la reacción

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Corporación PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Leidi Johana Ramos Garcia

Doc. de identidad: 1139964328 EPS: Emssanar

Teléfono: 3124623574 Domicilio: V/ San Juan Bosco

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3A	4A	5A
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													
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

ADRIAN ALONSO NARVAEZ DELGADO
CC: 1085337737
T.P. 231034



RE
NACI

COI

IMPRESIÓN DACTILA

- Vigencia de tres (3) meses
- Visite https://wep.registraduria.gov.co/estadodocs para verificar la producción del documento
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento partir de la fecha de producción (Resolución 11630 de 2018)

FAVOR NO LAMINAR LA CONTRASEÑA



FECHA DE PREPARACIÓN
03 OCT 2019

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
1.134.529.325

CÓDIGO Y CLASE DE EXPEDICIÓN
1 PRIMERA VEZ CC

APELLIDOS
GARCIA BOLAÑOS

NOMBRES
OMELIA

LUGAR DE PREPARACIÓN
RICAURTE (NARIÑO)

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO
BARBACOAS(NARIÑO)
14 FEB 2001 O+

53532578

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.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Merly Ramirez NOMBRE UCA: _____

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Leydi Johana Ramos IDENTIFICACIO: 1139464328 FECHA DE NACIMIENTO: 27/4/2024

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
11/9/25	X			X	Participante Leydi no asistio a la uca al encuentro se indaga a las compañeras si saben algo sobre ella manifiestan que no. al salir del encuentro se realizara llamada telefonica para conocer el motivo de la inacistencia			el dia 11/9/25 en horas de la tarde se realizo llamada telefonica para conocer el estado de salud de la niño madre refiere que esta bien que no asistio porque no estaba aca estaba lejos		informar cuando no pueda asistir asistir el 18/9/25 al encuentro en la uca sin falta 18/9/25
06/11/25					se recuerda a madre de participante que tiene cita para vacuna de su primer refuerzo es importante asistir vacuna 18-11-25 cita para control de crecimiento y desarrollo 09/11/25 se orienta de la importancia de estas dos citas se realizara seguimiento telefonico el 10/11/25				se realiza llamada telefonica el 10/11/25	

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Maly Ramirez NOMBRE UCA: Mis pequeños Soñadores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Leydi Johana Ramos Garcia IDENTIFICACIO: 1134464328 FECHA DE NACIMIENTO: 27/04/2024

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
11-Julio-2025					Participante con registro para y talla mes de julio se obtienen diagnostico de riesgo de desnutrición Aguda, por lo cual se da a conocer a madre de familia y se informa que se continuara en Seguimiento.	Ornelia Garcia	Yuri Luna	Se brindan recomendaciones para niña y niñas en riesgo de desnutrición, se socializa el plato saludable de la familia Colombiana, se orienta sobre la alimentación complementaria		La madre se compromete a seguir las recomendaciones brindadas de incluir todos los grupos de alimentos en los diferentes tiempos de comida de la niña, Ademas de cuidados de restriados y demas enfermedades.
23-Agosto-2025					Menor en Seguimiento nutricional, se realiza visita en el hogar y se socializa el peso y talla mes de agosto, donde se obtuvo diagnostico de peso Adecuado para la talla, evidenciando un aumento de peso considerable en la menor, de igual manera se continuara en Seguimiento nutricional	Ornelia Garcia	Yuri Luna	Se brindan recomendaciones de Alimentación Saludable teniendo en cuenta el plato Saludable de la familia colombiana, Se orienta Sobre preparaciones para la alimentación complementaria y evitar dulces y alimentos ultraprocesados.		La madre se compromete a continuar con los buenos habitos de alimentación Saludable y incluir todos los grupos de alimentos en diferentes preparaciones para lograr su aceptación.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Leydi Johana Ramos IDENTIFICACIO: 1139964328 FECHA DE NACIMIENTO: 21-04-2024

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					
19/6/25	V				Se Realizo un Recordatorio a la madre de Leydi Ramos que la niña tiene cita en Vacunacion Para la aplicacion de la vacuna de influenza su segunda dosis ya que en este año inicio el esquema y su Primera Fue el 3/6/2025 se recuerda la importancia de la aplicacion de dicha vacuna	Omelia Garcia		el dia 9/07/25 se realizo llamada telefonica Para saber si a cumplido con el compromiso y manifesto que a un no a Vacunado a la niña se recuerda el compromiso anterior del 19/06/2025		madre de niña se compromete a cumplir con la cita y Realizar entrega de la copia del mismo
									Finalmente se cierra la novedad el dia 9/7/2025 en horas de la tarde con las copias del carne donde demuestra el cumplimiento del compromiso	