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

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

FECHA SOLICITUD CUPO: 26/03/25 **FECHA INGRESO:** 04/04/2025
UDS: Cristales del Sol. **MUNICIPIO:** San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Esneider Jair Bisbicus Dejoy

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ **NUIP No.** 1122344294
¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 05/08/2023 **EDAD:** 1 año **MUNICIPIO:** San Miguel
DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** Colombia **DIRECCION**
DE RESIDENCIA: Cabildo Cristalina 2 **ESTRATO:** 0 **¿HA**
ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: X NO: ____
¿CUAL?: Fundacion Fraternidad **MOTIVO DEL RETIRO:** terminación del programa
PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: N/A
EPS DEL PARTICIPANTE: Mallamas **SUBSIDIADO:** X **CONTRIBUTIVO:**
PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X **DIAGNOSTICO:** N/A
ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A
PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: N/A
PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: N/A
TIENE SISBEN: SI: __ NO: X PUNTAJE: N/A **DESPLAZADO:** SI: ___ NO: X
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: ____ NO: X **RED UNIDOS:** SI: ____ NO: ___
PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: X NO: ___ CUAL: Pueblo awa.

DATOS DEL PADRE
NOMBRES Y APELLIDOS: Alirio Ivan Bisbicus Guanga
No. IDENTIFICACION: 18182540 **DIRECCION RESIDENCIA:** Cristalina 2
CELULAR: 3241495126 **E.P.S:** Mallamas
OCUPACION U OFICIO: Agricultor
EMPRESA DONDE LABORA: N/A
NIVEL DE ESCOLARIDAD: primaria **PROFESIÓN:** N/A

DATOS DE LA MADRE
NOMBRES Y APELLIDOS: Viki Astrid Dejoy Lopez
No. IDENTIFICACION: 1122339580 **DIRECCION RESIDENCIA:** Cristalina 2
CELULAR: 3241495126 **E.P.S:** Mallamas
OCUPACION U OFICIO: Ama de casa
EMPRESA DONDE LABORA: N/A
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria **PROFESIÓN:** N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Viki Astrid Dejoy Lopez
NUMERO IDENTIFICACION: 1122339580 **CELULAR:** 3241495126
DIRECCION: Cristalina 2. **PARENTESCO:** Madre

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE
Viki Dejoy.

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 2874973

NUIP 1.122.344.294

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
BISBICUS DEJOY ESNEIDER JAIR

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)		Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2023 Mes AGO Día 05		MASCULINO	A +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)	Indicativo serial
Año 2023 Mes AGO Día 08	0061322671

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
DEJOY LOPEZ VIKI ASTRID

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.339.580	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
BISBICUS GUANGA ALIRIO IVAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 18.182.540	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
DEJOY LOPEZ VIKI ASTRID

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.339.580

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)	X 6 Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2023 Mes AGO Día 08

Adhesivo Copia Registro Civil
34377630-8

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

KATSA SU

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PÙTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL
IRAK LA CRISTALINA II
NIT: 846002008-7

Libertad y Orden

EL SUSCRITO GOBERNADOR DEL RESGUARDO INDIGENA SEGÚN CONCEPTO PREVIO DE LA DIRECCION DE ASUNTOS INDIGENAS DE BOGOTA D. C DE LA FECHA 17 DE MARZO DEL 2005 IRAK CRISTALINA II EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES, CONSTITUCIONALES Y EN ESPECIAL LAS CONFERIDAS POR LA LEY 89 DE 1890 Y LEY 21 DE 1991

HACE CONSTAR

Que: Esneider Jair Bisbicus quien se identifica con CC___ TI ___ RC X No 1122344294 de San Miguel, pertenece a la comunidad indígena del resguardo Irak cristalina II del pueblo AWA del municipio de San Miguel (La Dorada Putumayo), que reposa ante el ministerio del interior.

Se expide por solicitud del interesado para llevar a cabo trámites correspondientes al programa **DE CERO A SIEMPRE**, y es válido desde su fecha de expedición hasta el 31 de diciembre del 2025.

Para constancia de lo anterior se firma a los 1 días del mes de 05 del año 2025.

Carlos Nastacuas B

CARLOS ABIMELEC NASTACUAS BISBICUS
CC: 97.445.647 SAN MIGUEL (LA DORADA) PUTUMAYO
GOBERNADOR 2025

Correo: carlos123nastacuas@gmail.com **cel: 3188846326**

5

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122344294
NOMBRES	ESNEIDER JAIR
APELLIDOS	BISBICUS DEJOY
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	06/08/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/01/2025 16:56:06	**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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



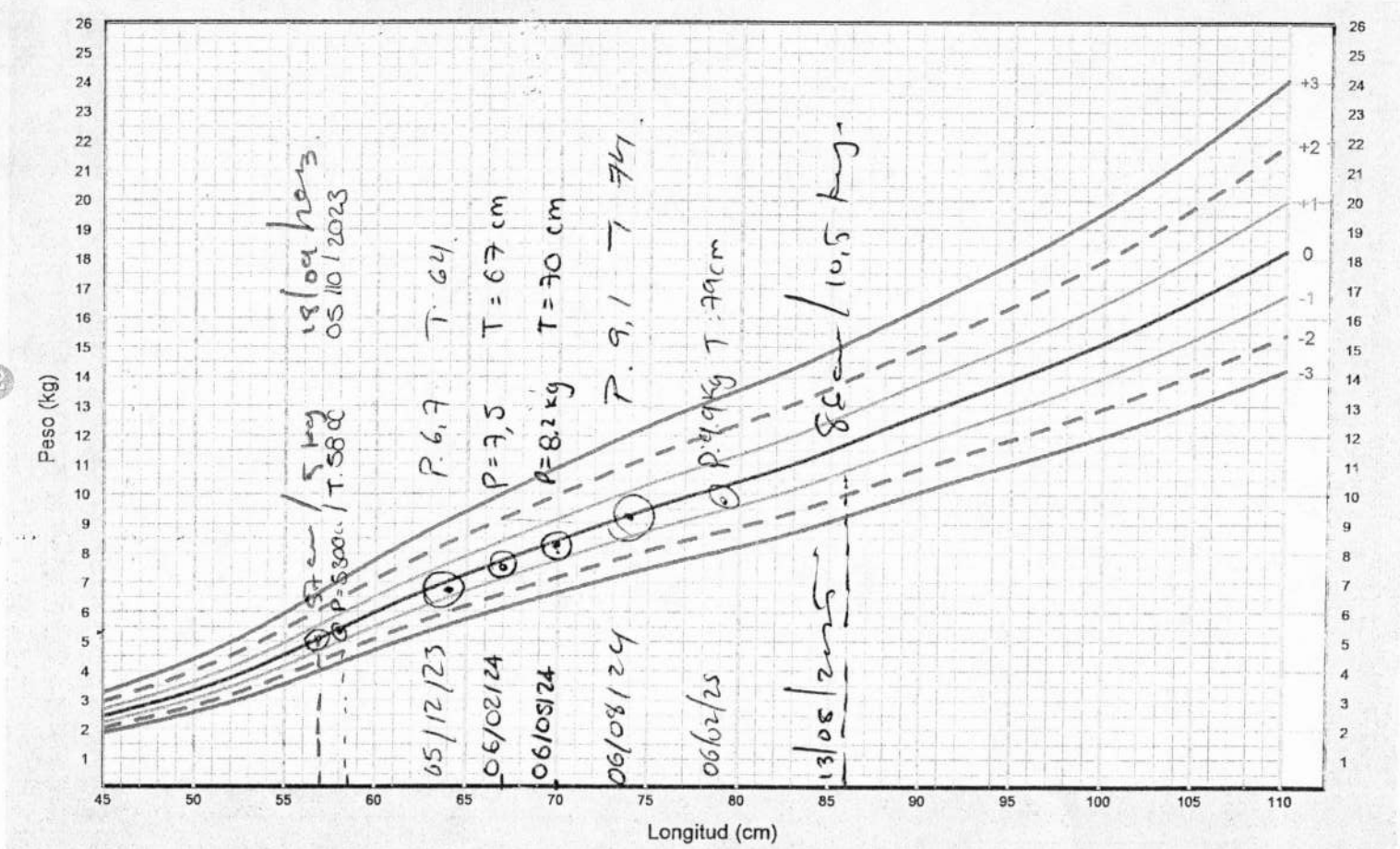
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Esneider Jair	Apellidos: Bisbicus Dejoy
Fecha de nacimiento: DÍA 5 | MES 8 | 2023	Historia Clínica: 1.122.344.294.
Barrio/Vereda: Cristalina II	Responsable del niño: Viky Dejoy
Teléfono:	EPS: Mallamas

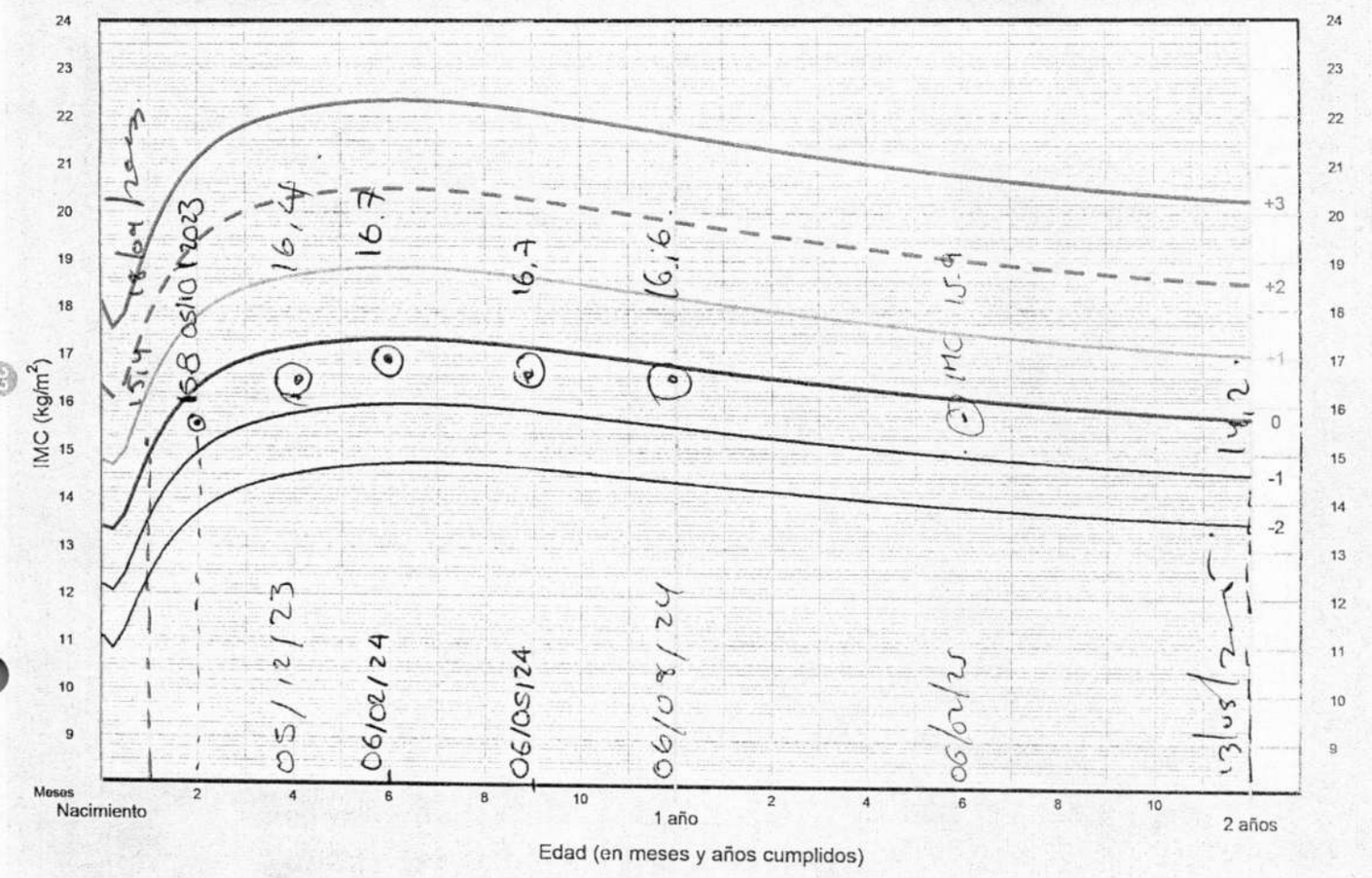
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



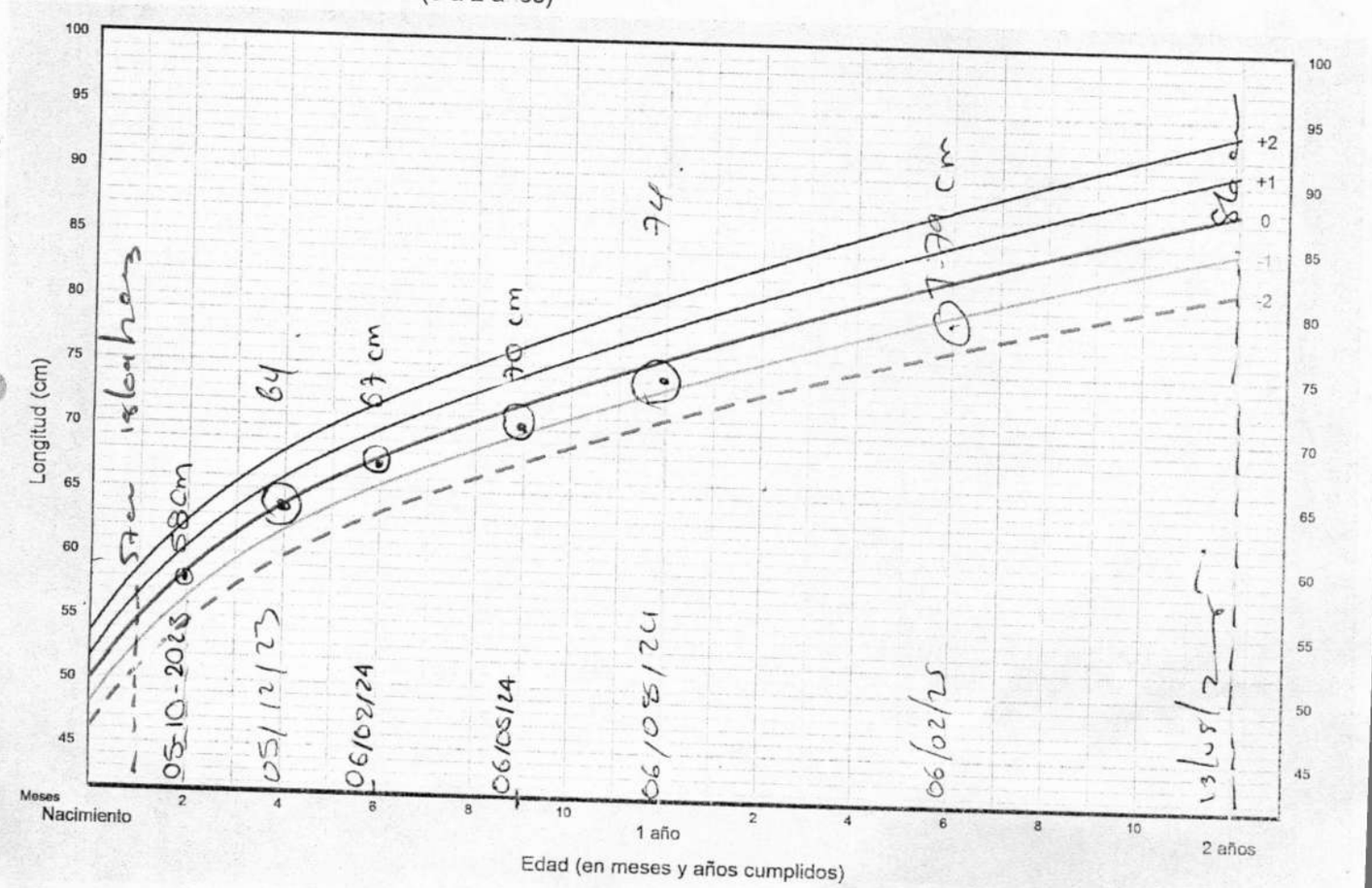
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



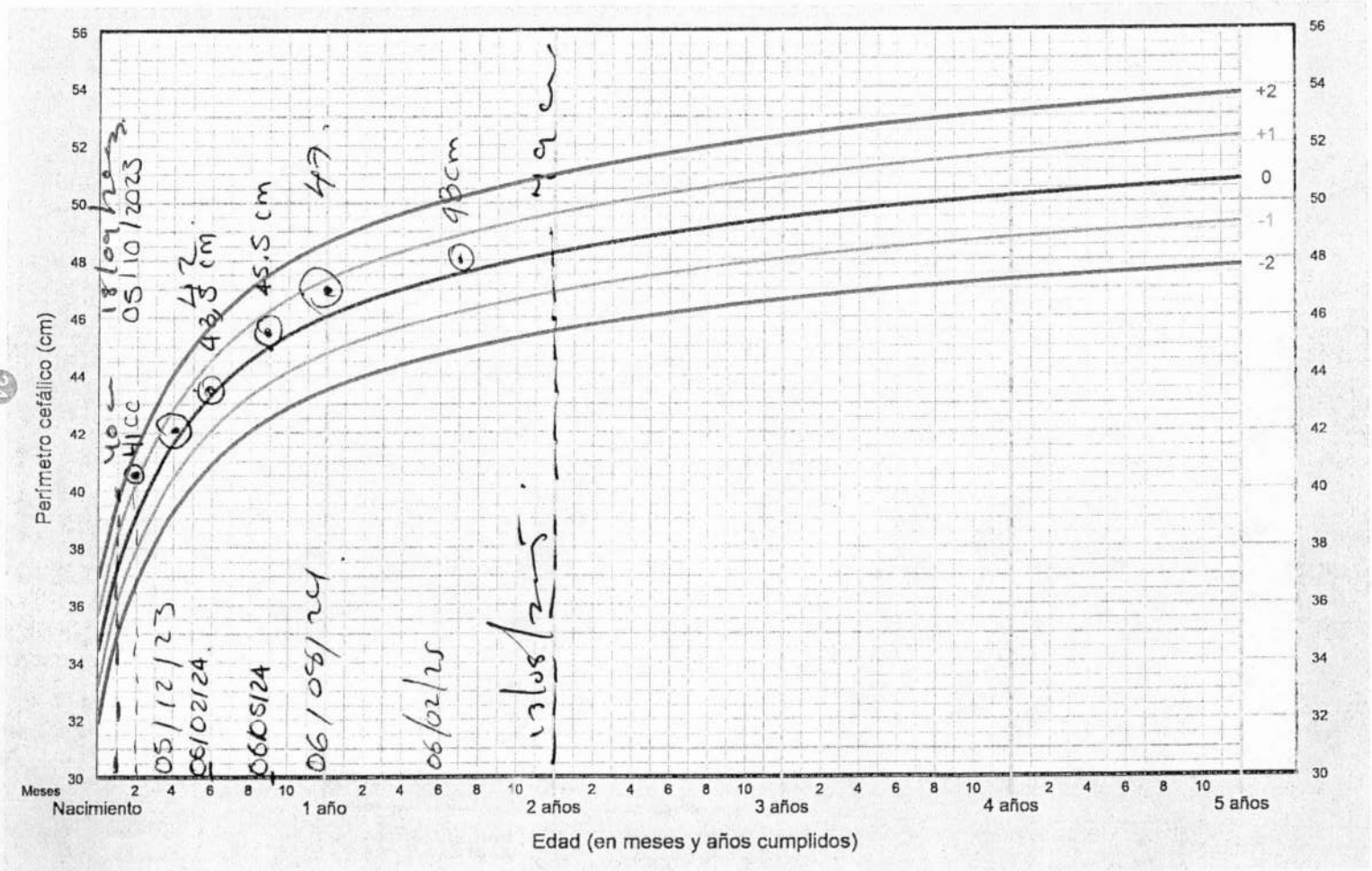
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
18	09	2023		/	
05	10	2023		/	
05	12	2023	Medi	Si	
05	feb	2024	Ent.	Si	
05	Mayo	2024	NEnf.	Si	
06	Agosto	2024	Médico	Si	
06	feb	2025	Enf	Si	
05	08	2025	Med		
13	08	2025	Tec	/	
05	02	2026			

Dra Magaly Cab
Médico General
R.M. 67027189 Uni

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
18/09/2023	5	57	40	14	15.4	05/10/2023	
05/10/23	5300	58	41		15.8	05/12/2023	
05/12/23	6,7	64	42	13	16,4	05/02/24	
06/02/24	16	67	43,5	13	16.7	05/05/24	
06/05/24	8.2	70	45.5	14	16.7	05/08/24	
06/08/24	9,1	74	47	14	16.6	06/02/25	
06/02/25	9.9	79	48	14	15.9	05/08/25	
13/08/25	10,5	86	49	14	14,2	05/02/26	

Médico General
R.M. 67027189

11
R/V

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

						D	M	A
	SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO							
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardipopatía 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

	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			

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

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 meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, 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: ESNEIDER JAIR BISBICUS DEJOY

Fecha de nacimiento: 05-8-23

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1122344294

Sexo: MASCULINO

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3500 Talla: 51

Dirección: U CRISTALINA II

Teléfono 1: 3156823036

Teléfono 2:

Responsable: VIKY ASTRID DEJOY

Municipio de residencia: SOLEDAD

Departamento: ATLANTICO

CC: 1122389580.

#115

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 próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	05	08	23	Serum	037 1 RA 0 9 3	HFID				Sandra M
	Hepatitis B	Recién nacido	05	08	23	Serum	032 1 6 0 0 1 BB	HFID				Sandra M
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐			CITA:			
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	05	10	23	Biologicals	220034		05- Octubre			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	05	10	23	Serum	28S 1 4 0 3 3 C	HFID	2023			Kerly Jimenez
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	05	10	23	Serum	28S 1 4 0 3 3 C					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	05	10	23	Serum	28S 1 4 0 3 3 C					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	05	10	23	GSK	A RC L D 0 4 3 A A					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	05	10	23	GSK	FR4 8 9 5					
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐			CITA			
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	05	12	23	Biologicals	223400 1		05 - Diciembre			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	05	12	23	Serum	28S 1 4 0 3 3 C	HFID	2023.			Sandra M
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	05	12	23	Serum	28S 1 4 0 3 3 C					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	05	12	23	Serum	28S 1 4 0 3 3 C					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	05	12	23	GSK	A RC 1 D 9 6 0 A B					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	05	12	23	GSK	FR4 4 0 2 5					
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐			CITA:			
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	06	02	24	Biologicals	223300 5		05- FEBRERO			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	06	02	24	Serum	28S 1 4 0 3 3 C	HFID	2024			Sandra M
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	06	02	24	Serum	28S 1 4 0 3 3 C					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	06	02	24	Serum	28S 1 4 0 3 3 C					
	Influenza estacional	1.ª	06	08	24	Butantan	240 0 0 9 7 9 1 0 0	HFID	CITA:			Eduar.
7 meses	Influenza estacional	2.ª	11	06	24	Butantan	240 0 0 9 7 9 2 0 0	HFID	05 AGOSTO			Isabel A.
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	06	08	24	Serum	G 1 3 2 N 0 7 4 A		2024			
12 meses	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	06	08	24	Pfizer	63 1 9 1 2					Kerly Jimenez
	Varicela	2.ª	06	08	24	Merck	X 0 1 9 1 7 7					
	Hepatitis A	Única	06	08	24	MSD	2 0 2 2 X 0 1 0 0 5					Eliana
	Influenza estacional	Anual	26	05	25	Seguros	P 1 C 6 F 7 9 2 7 9 4	HFID	CITA:			Isabel A.
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	06	02	25	Biologicals	233200 6	HFID	06- febrero			Isabel A.
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	06	02	25	Serum	28S 3 N 2 0 B	HFID	2025.			Kerly Jimenez
	Fiebre amarilla	Única	06	08	24	Fiocruz	23 1 V F 2 0 0 5 7	HFID				
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo							cita: 5 años cumplidos			
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	06	02	25	Serum	01 32 N0 7 4 A	HFID				Isabel A.
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		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.

Busca ya las vacunas
es gratis, hazlo de una!

12
R/V

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 - La Dorada FECHA: DÍA 08 MES 03 AÑO 2024 HORA: 2:30 pm

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Esneider Javi APELLIDOS Bisbicus Dejoy

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.344.294

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 05 MES: 08 AÑO: 2023 / EDAD: años 7 meses

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas

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

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.

En consecuencia, decido: **ACEPTAR:** _____ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** X que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: [signature]

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

Nombres Vicky Astrid Apellidos Dejoi Lopez

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1122 339 580

Firma: [signature]

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 el(la) señor(a)

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

a: _____

Firma del Rogado

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Nombres y apellidos del vacunador: Edward R

Firma Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004629[illegible]

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFID

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel

Nota: Cuanto se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con unos de sus padres o su representante legal.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.122.339.580**
DEJOY LOPEZ

APELLIDOS
VIKI ASTRID

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

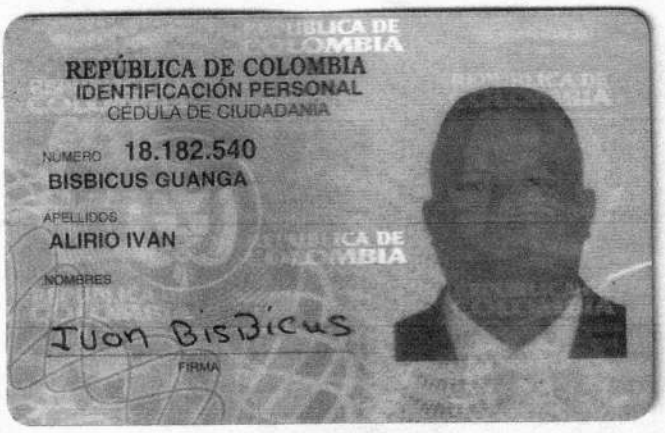
FECHA DE NACIMIENTO **19-ABR-1991**
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

21-MAY-2009 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-6401800-01221663-F-1122339580-20210312 **0073**724771A 1 56511236



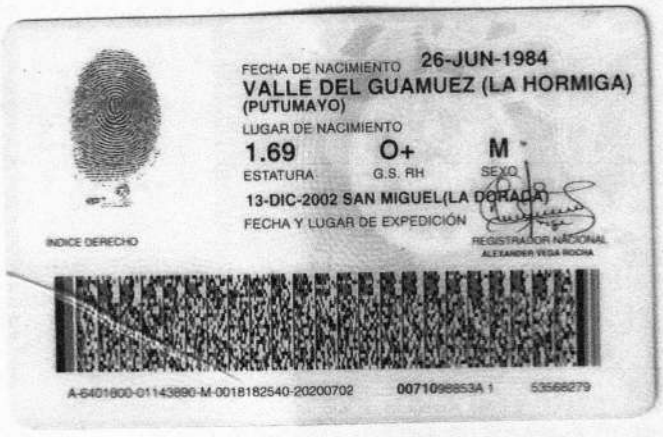
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 18.182.540
BISBICUS GUANGA

APELLIDOS
ALIRIO IVAN

NOMBRES
Juan Bisbicus

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-JUN-1984
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

13-DIC-2002 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-6401600-01143890-M-0018182540-20200702 0071098853A 1 53568279

HOSPITAL FRONTERIZO
DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

CARNET RIAS PRIMERA INFANCIA

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



JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

Servimos con amor

Nombres y apellidos: Esner Jair. Bisbicus. Dejoy.

Doc. de identidad: 1122344294 EPS: Mallamas.

Teléfono: Domicilio: V/Cristalina II

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	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	5 A
l recién nacido por médico													
n salud por medicina general													
n salud por enfermería					16-02-24 16-04-24								
n salud bucal por odontología Tania Villacorte.													
y apoyo de la lactancia manterna													
niz de fluor Berónica Cordoba NIT: 1121312296 HIGIENISTA ORAL							23-08-24 13-03-2025 14 sep 2025	22-09-2025 22-03-2026					
remoción de placa bacteriana													
de sellantes (según criterio)													
n													

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Viki Astrid Dyoy Lopez Identificado con C.C N° 1122339580 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Brayden Jair Bibicus Dyoy o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Centro del sol, 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 04 Días del mes de Abril del Año 2025.

Viki Dyoy
Madre o Acudiente
C.C 1122339580

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 Daniela Jair Bisbicus Dyoy, identificado (a) con documento de identidad número 1122344744, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Viky Astrid Dyoy Loper, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122339580, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

La autorización comprende:

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

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

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

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

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: Viki Astrid Dyoy Loper
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3241495126
Fecha: 04/04/2025
Municipio: San Miguel

CLASIFICADA

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel.

Nombre completo de la niña o niño Esneider Jair Bisbicus Dejoy.

Fecha de nacimiento Día 05 Mes 08 2023 **N° Documento de Identidad** 1122344294

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 04/04/2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Geovanny Quejuan Sanchez

Fecha de registro cualitativo Día 07 Mes 07 Año 2025

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ●
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

Esneider es un niño que ha desarrollado con exito la mayoría de los items fundamentales, entre ellos podemos destacar que le gusta seguir con la mirada cuando su madre u otra persona señala algo con el dedo, cuando se esta alimentando empieza a comer por si solo, aunque derrame entre otras acciones a cordes a su edad.

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Geovanny Quejuan Sanchez

Fecha de registro cualitativo Día 07 Mes 10 Año 2025.

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ● 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

Esneider es un niño que ha desarrollado con exito la mayoría de los items fundamentales entre ellos podemos destacar sigue los pulos de un proceso hasta obtener un resultado, realiza garabatos o rayas en el papel, avisa a su madre u otra persona cuando le hacen daño o hay algo que lo pone en peligro entre otros aceibes acordes a su rango de edad, se seguira fortaleciendo su plan pedagogico.

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

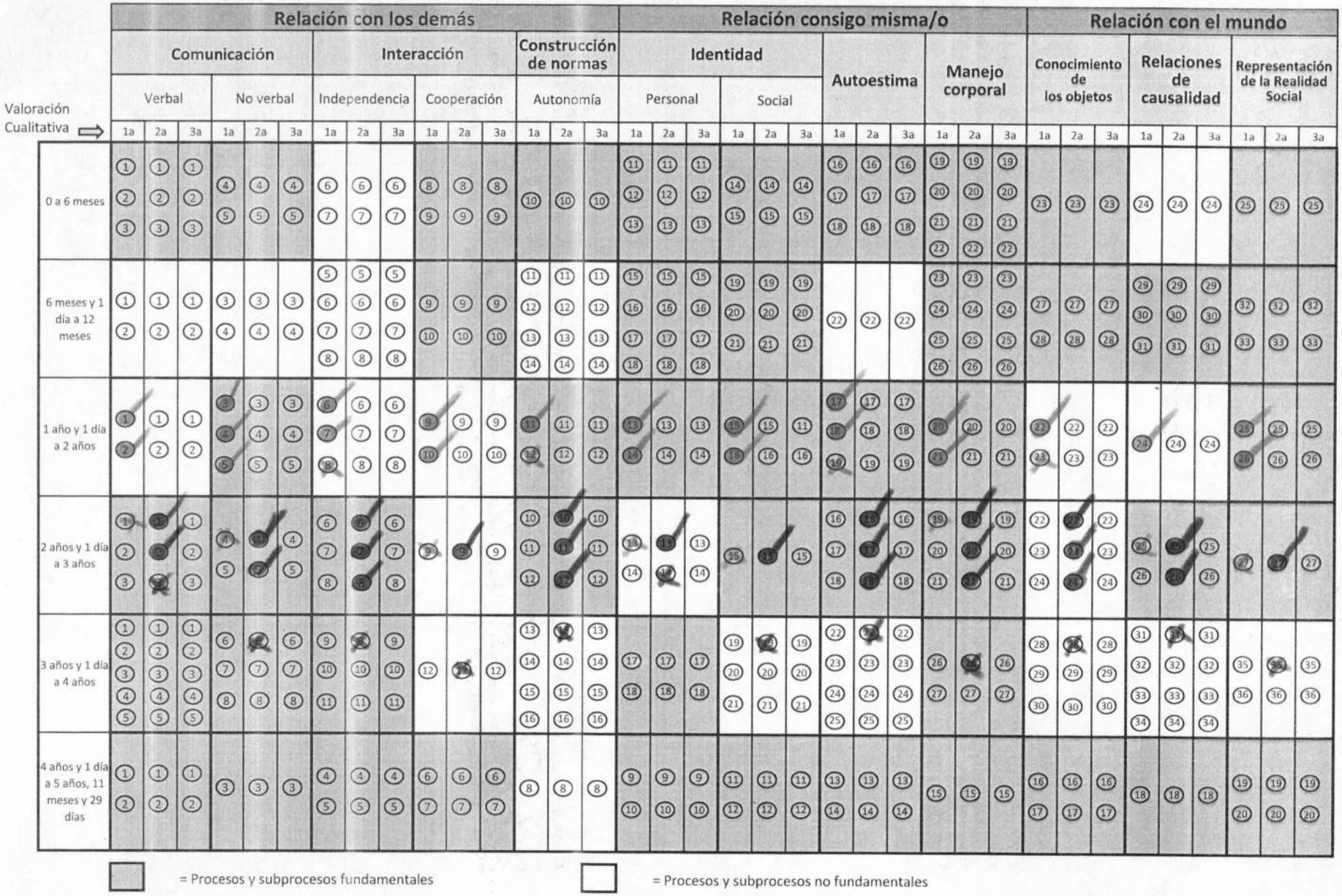
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL