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: 26/03/2025 FECHA INGRESO: 04/04/2025

UDS: Cristales del Sol. MUNICIPIO: San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Yardan Esteban Morales Canticus.

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1.122343624

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 26/01/2021 EDAD: 4 años MUNICIPIO: San Miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCIÓN

DE RESIDENCIA: Cabildo cristalina 2 ESTRATO: 0 ¿HA

ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: X NO: ____

¿CUAL?: Fundacion Fraternidad MOTIVO DEL RETIRO: N/A

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

EPS DEL PARTICIPANTE: Mallamas SUBSIDIADO: X CONTRIBUTIVO:

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X DIAGNOSTICO: N/A

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: N/A

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: N/A

TIENE SISBEN: SI: __ NO: X PUNTAJE: N/A DESPLAZADO: SI: __ NO: X

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

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: X NO: __ CUAL: Pueblo awa.

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martin Camalier Morales Pantoja

No. IDENTIFICACION: 18182360 DIRECCION RESIDENCIA: Cristalina 2

CELULAR: 3247237654 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: Paula Canticus Mairongo

No. IDENTIFICACION: 41145299 DIRECCION RESIDENCIA: Cristalina 2

CELULAR: 3236107134 E.P.S: Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Ama de Casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: N/A PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Paula Canticus Mairongo

NUMERO IDENTIFICACION: 41145299 CELULAR: 3236107134

DIRECCION: Cristalina 2 PARENTESCO: Madre

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Paola Canticus.

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 1220534

NUIP 1.122.343.624

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
MORALES CANTICUS YORDAN ESTEBAN

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	1	Mes	E	N	E	Día	2	6	MASCULINO	O +

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	2	0	2	1	Mes	F	E	B	Día	1	9	0061318371

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
CANTICUS MAIRONGO PAULA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 41.145.299	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
MORALES PANTOJA MARTIN GAMALIER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 18.182.360	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
MORALES PANTOJA MARTIN GAMALIER

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 18.182.360

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificaao

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

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2021 Mes FEB Día 19

Adhesivo Copia Registro Civil 26209045-0

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA

Registrador del Estado Civil

Interior

EL(LA) SUSCRITO(A) DIRECTOR(A) DE LA DIRECCION DE ASUNTOS INDIGENAS, ROM Y MINORIAS DEL MINISTERIO DEL INTERIOR

HACE CONSTAR

Que consultado el sistema de información indígena de Colombia (SIIC), se registra la Comunidad Indígena CRISTALINA II en las bases de datos de esta Dirección.

Que consultado el auto-censo sistematizado y aportado por la Comunidad Indígena CRISTALINA II, se registra el Señor (a): YORDAN ESTEBAN MORALES CANTICUS, identificado (a) con RC y número de documento: 1122343624, en el(los) censo(s) del(los) año(s) 2022, 2023, 2024, 2025.

Se expide en Bogotá D.C., al(os) 7 dia(s) del mes 5 del año 2025.

La presente información se emite conforme a los registros que al día de hoy reposan en el Sistema de Información Indígena de Colombia

Roquelina Sabis Blanco Moscarella
Director de Asuntos indigenas, Rom y Minorías

Url Verificación

Este Certificado Consta De 01 Hoja(s), y su generación es totalmente gratuito.

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	1122343624
NOMBRES	YORDAN ESTEBAN
APELLIDOS	MORALES CANTICUS
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	26/01/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

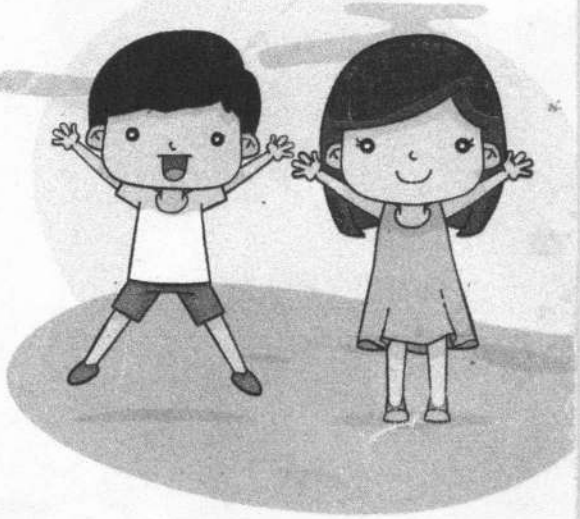
Fecha de Impresión:	10/01/2025 16:42:16	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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



Mis Datos

Nombres: YORDAN ESTEBAN	Apellidos: MORALES CANTICUS
Fecha de Nacimiento: 26 DIA / 01 MES / 2(AÑO	Historia Clínica: 1122343624
Barrio/Vereda: V/ CRISTALINA II	Responsable del Niño:
Teléfono:	EPS: 115

PRÁCTICAS CLAVES PARA EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO MENTAL

Practicas claves No. 1

Lactancia Materna exclusiva durante, los 6 meses.



Practicas claves No. 2

A partir de los 6 meses de edad, dele al niño alimentos recién preparados, de alto contenido nutricional y energético, continuando al mismo tiempo con la lactancia materna hasta los 2 años o más.

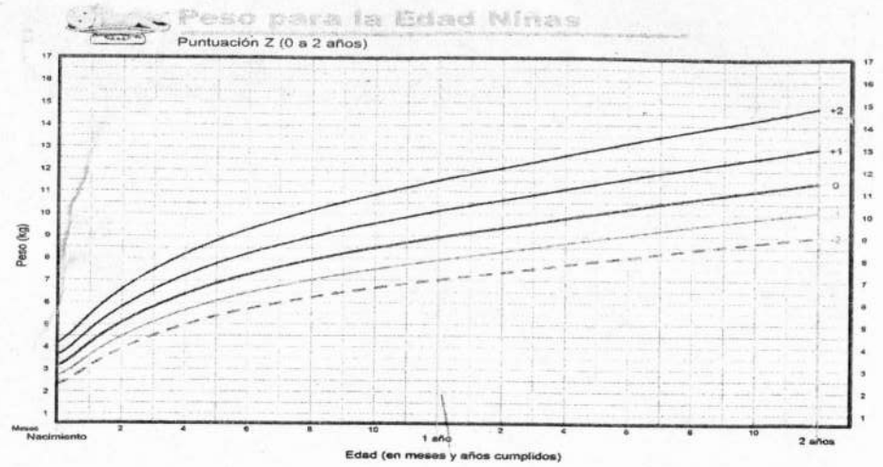
Practicas claves No. 3

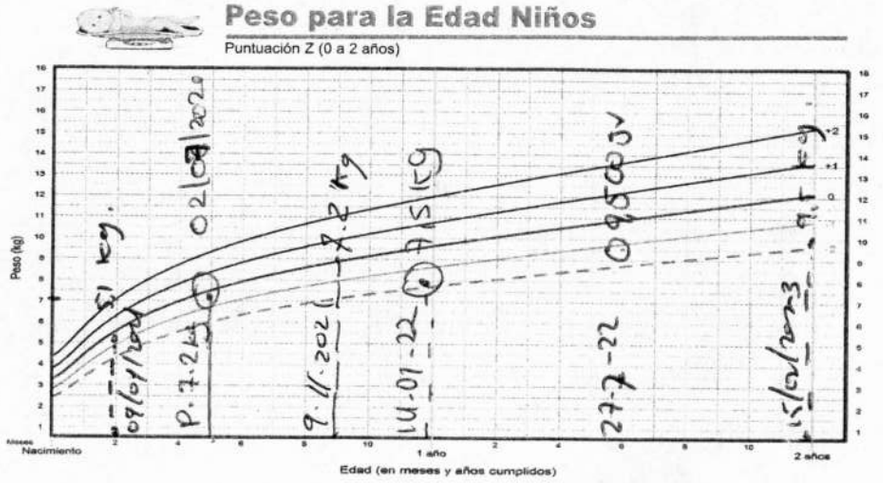
Proporcione a los niños y niñas cantidades suficientes de micro nutrientes (Vitaminas A, Hierro y Zinc en particular) en la alimentación o mediante suministros de suplementos.



Practicas claves No. 4

Promueva el desarrollo mental y social de niño, respondiendo a su necesidad de atención y procure estipularlo mediante conversación y juegos.





PRÁCTICAS CLAVES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES



Practicas claves No. 5

Lleve a los niños y niñas en las fechas citadas a que reciban el esquema completo de vacunas antes de cumplir un año.

Practicas claves No. 6

Elimine la materia fecal de toda la familia de manera segura y lave las manos con agua y jabón después de la defecación y antes de preparar alimentos y dar de comer a los hijos.

Practicas claves No. 7

Proteja a los niños y niñas del dengue y la malaria asegurandose de que duerman con toldillo.

Practicas claves No. 8

Adopte y mantenga los hábitos apropiados para la prevención y atención de las personas infectadas por el VIH SIDA.

Practicas claves No. 9

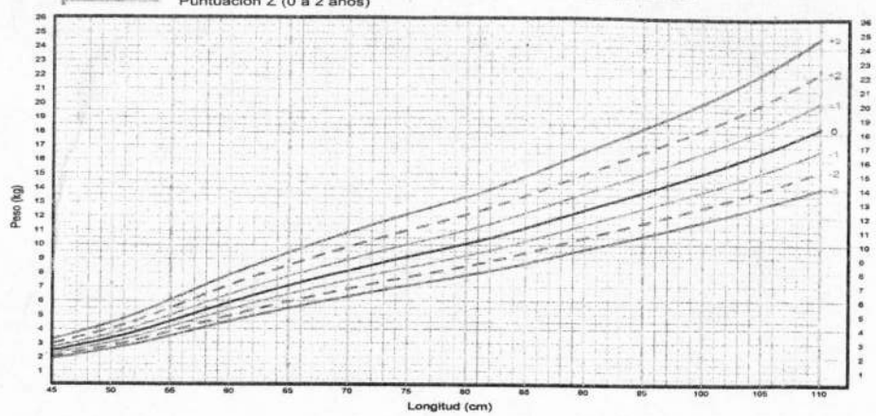
Mantenga una Adecuada Higiene Oral, a través de una limpieza adecuada de las encías y un correcto cepillo.

Practicas claves No. 10

Proteja a los niños y niñas que tienen contacto con personas enfermas de tuberculosis que viven con ellos o visitan frecuentemente.

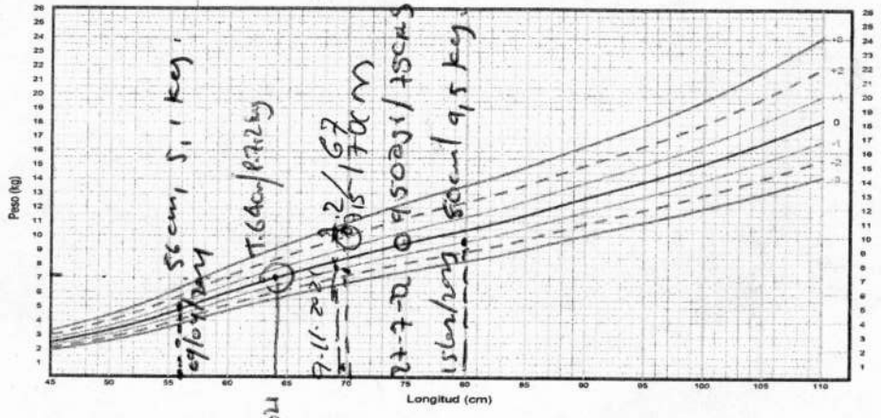
Peso para la Talla Niñas

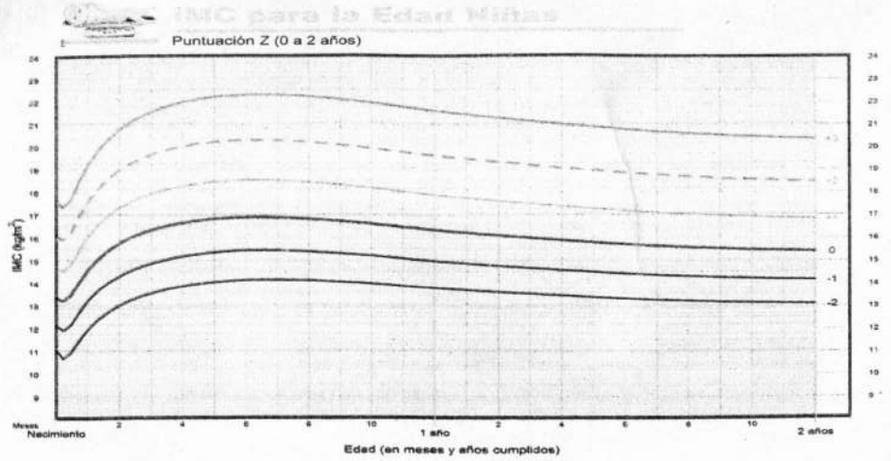
Puntuación Z (0 a 2 años)

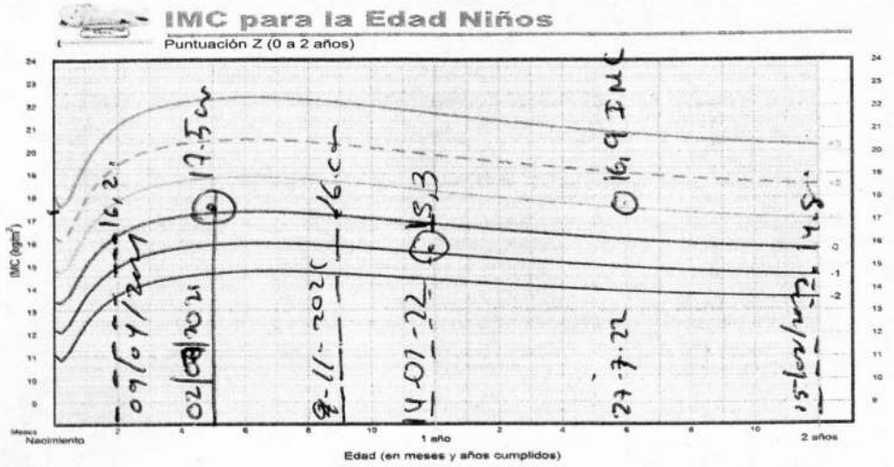


Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)







Un hijo sano y feliz

Digale muchas veces al dia cuanto lo ama, acaricielo.

Acepte que puede equivocarse y fallar.

Pase tiempo con sus niños.

Escuche, sus razones y motivos son importantes.

Digale lo orgullosa que se siente de el.

No existe ninguna razón para maltratarlo, los golpes no educan, solo generan miedo.

Cuando un hijo comete una falta, expliquele por que estuvo mal lo que hizo.

No importa si no habla desde muy temprana edad ellos entienden las razones e interpretan las expresiones.

Escuche los motivos del niño o niña antes de reprenderlo. Antes de castigarlo respire y cuente hasta 10 y piense un momento cual será la forma mas adecuada de corregirlo.

No lo castigue con rabia pues lo puede maltratar.

Motivalo a intentar las cosas de nuevo. Téngase Paciencia.



"Si usted fue maltratado en la infancia, esto no significa que usted lo repita con sus hijos"

Pautas de Crianza

No menosprecie a su hijo, ni lo amenace y jamas lo reprenda por lo que pasó hace mucho tiempo.

LOS PRIMEROS 5 AÑOS DE VIDA SON FUNDAMENTALES PARA EL DESARROLLO Y FORMACIÓN DE LOS VALORES DE SU HIJO.

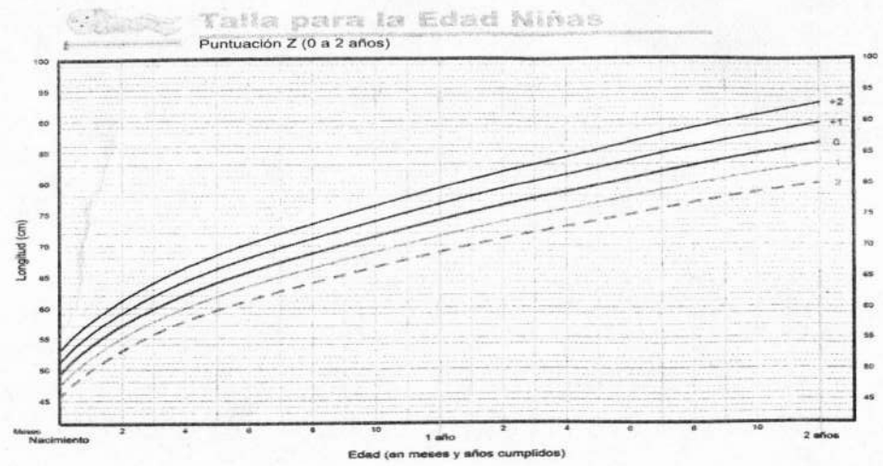


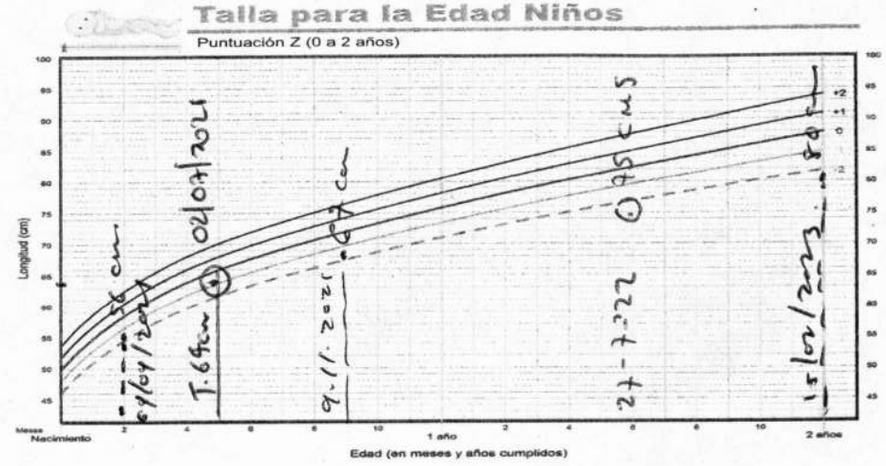
PRÁCTICAS CLAVES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

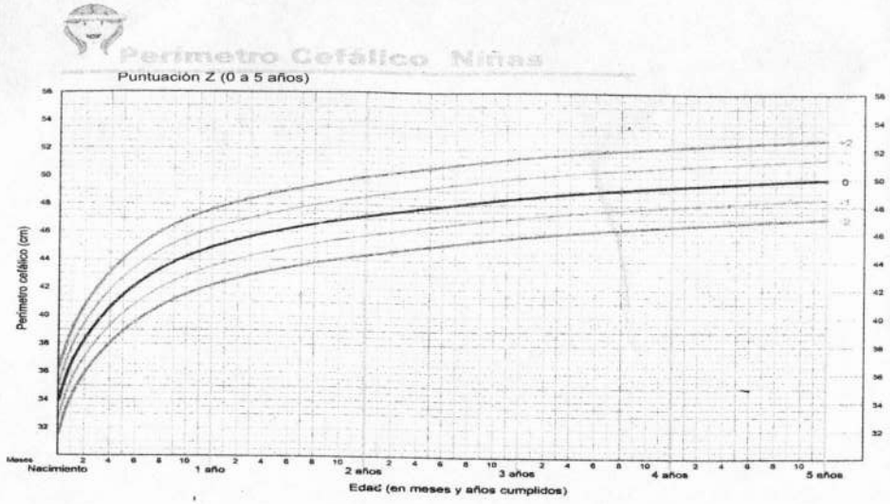
"Asegurese de que el mundo que su hijo está explorando sea seguro"

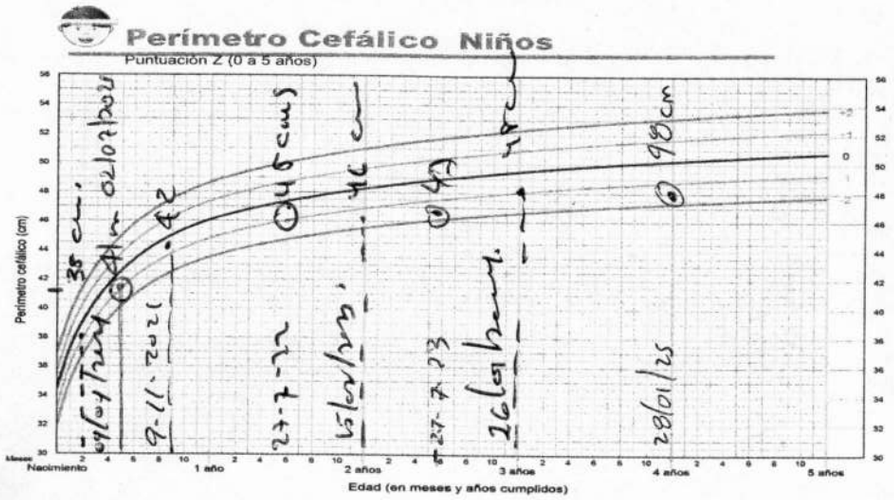
- Nunca deje a su hijo solo.
- Manténgalo alejado de la cocina, baño y la zona de oficios varios.
- Mantenga fuera del alcance de los niños, objetos pequeños como monedas, botones, pitos, canicas, ruedas y juguetes pequeños, puede llevárselos a la boca y ahogarse.
- Cubra con protectores los enchufes eléctricos.
- Los ventiladores no deben estar al alcance de niños.
- Siempre desagüe el agua del lavamos o la bañera.
- Mantenga los utensilios y líquidos de limpieza fuera de su alcance.
- Mantenga las medicinas en sitios altos y bajo llave.
- Lleve a su hijo en el asiento trasero del automóvil con cinturón.
- Evite montarlos en moto.
- Evite que los niños jueguen cerca de la estufa y la plancha.
- Tenga una casa segura, retire las cosas que sean peligrosas, objetos corto punzantes o de vidrio que puedan romperse.
- Tenga siempre las llaves de las puertas disponibles.
- Asegurese que las ventanas tengan protección.
- Evite poner sillas cerca de las ventanas.

Nunca deje a la niña o niño solo en la piscina. Evite el uso de caminador, es causa de muchos accidentes graves.









PRÁCTICAS CLAVES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

Practicas claves No. 11

Cuando el niño o niña se enfermen continúen alimentandolo y dando líquidos especialmente leche materna.



Practicas claves No. 12

Administre a las niñas y niños enfermos el tratamiento casero apropiado.

Practicas claves No. 13

Evite el descuido y el maltrato a los menores y tome medidas adecuadas cuando ocurra.



Practicas claves No. 14

Los hombres deben participar activamente en el cuido de sus hijos y en los asuntos relacionados con la salud reproductiva de la familia.

PRÁCTICAS CLAVES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

Practicas claves No. 15

Tome las medidas adecuadas para prevenir y controlar lesiones y accidentes en los niños.



Practicas claves No. 16

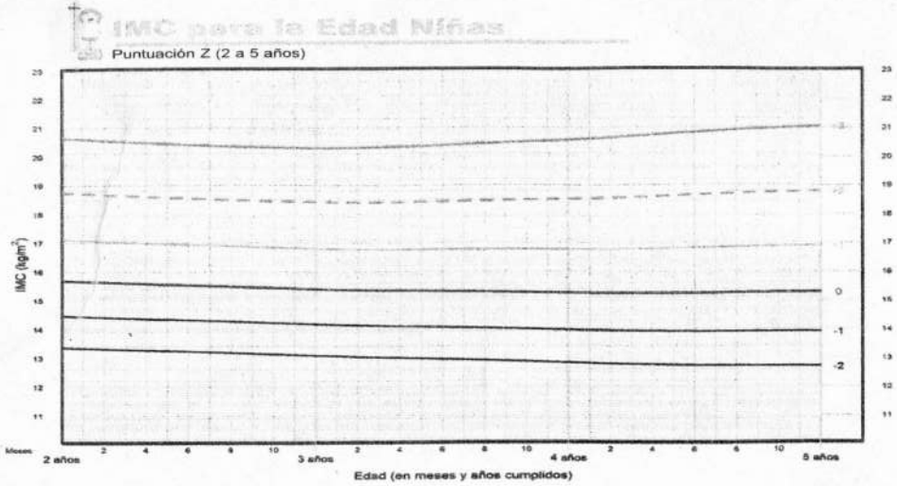
Reconozca cuando las niñas y niños están enfermos y necesitan tratamiento fuera del hogar y llevenselos al personal se saluda apropiado para que reciban atención.

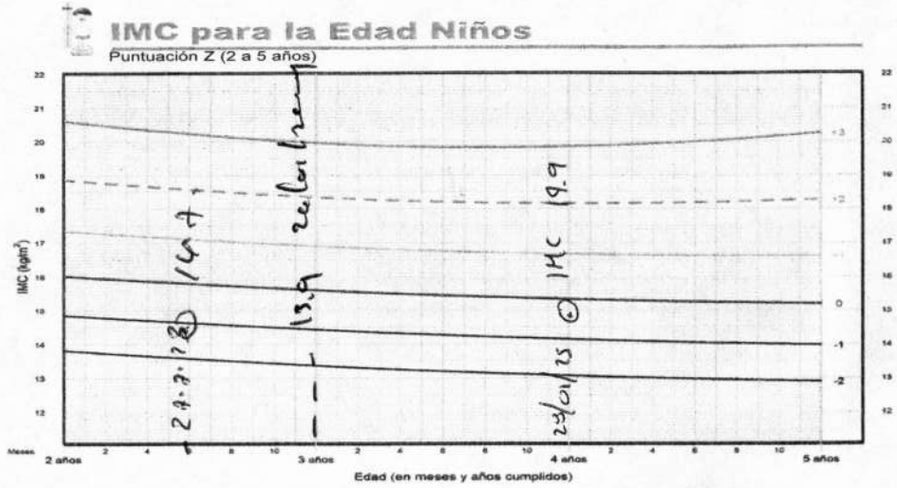


Practicas claves No. 17

Asegurese de que toda mujer embarazada asista a control prenatal







CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO	
				SI	NO
04	04	2021		a.	
04	06	2021		SI ✓	
02	NOVIEMBRE x ENF.			NO.	
9-	NOV.	2021	Enf	SI ✓	
Cuatro	pesO-	10-12-	2021	Enf	
27.	Enero.	2022.	Medico.		
14	03	2022	Medico control peso Hg Hg		
26	Julio	2022.	Jefe.	SI ✓	
26	Enaid	2023	Medico.		
29	Julio	2023.	Enf.	SI ✓	
26	Enero	2024	MEDICO	/	
28	01	2025.	Enf	S.V	P.I.Per
26	01	2026	Med.		

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO	
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA	
Al momento de nacer	Fecha:
PRIMER CONTROL MÉDICO	
Durante el primer mes de vida	Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

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

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

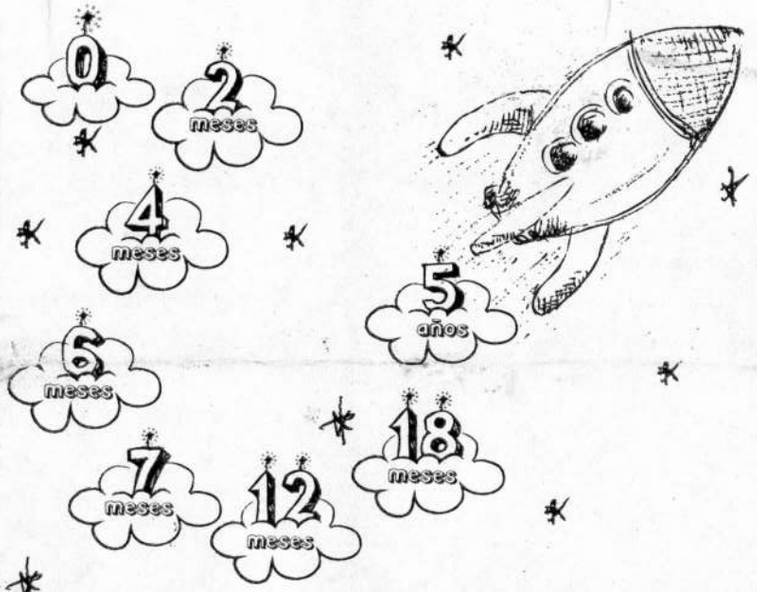
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

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 hay que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

14 R/V

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: YOIDAN ESTEBAN TORALES CANT
Fecha de nacimiento: 26-Enero-2021
Nº de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: 1.122343.624
Sexo: MASCULINO
Grupo sanguíneo: _____
Peso al nacer: _____
Dirección: Cristalina II
Teléfono: _____
Responsable: Paola Cantillo
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo
CC 1145249 115

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	26-Ener-2021	Serv	0376231	HRD		Dra Eduardo
	Hepatitis B	Recién nacido	26-Ener-2021	Serv	0324 0032	HRD		Dra Eduardo
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						cita:	
	Polio (Oral - IM)	1ª	05-04-2021	Bithoven	2017004	HFLD	26-may-2021	Dennis Narvaez
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	05-04-2021	Serum	28304018	HFLD		Dennis Narvaez
	Rotavirus	1ª	05-04-2021	GSK	Oral	HFLD		Dennis Narvaez
	Neumococo	1ª	05-04-2021	GSK	ASPNB328AB	HFLD		Dennis Narvaez
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	2ª	01-07-21	Biolog	2017004	HFID		taya Guerrero
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	01-07-21	Serum	28304018	HFID		taya Guerrero
	Rotavirus	2ª	01-07-21	GSK	ANOLC7722AF	HFID		taya Guerrero
	Neumococo	2ª	01-07-21	GSK	ASPNB308BA	HFID		taya Guerrero
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.						cita:	
	Polio (Oral - IM)	3ª	3-09-21	Biological	2017004	HFLD.	01-sep-2021	Paola C.
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	3-09-21	Serum.	28304018B.	HFLD		Paola C.
	Influenza	1ª	3-09-21	Sanofi	V3C13	HFLD		Paola C
7 Meses	Influenza	2ª	28-10-21	Sanofi	V3C13	HFLD		Perla C.
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	15-2-2022	Serum	0130N002A	HFID		Karen A
	Fiebre Amarilla	1ª	15-2-2022	Serum	T0679	HFID		Karen A
	Neumococo	Refuerzo	15-2-2022	Serum	ASPNB315BA	HFID		Karen A
	Influenza	Anual	16-5-2022	Green	VSC220058	HFID		faya 6.
	Hepatitis A	ÚNICA	15-2-2022	MSD	T012958	HFID		Karen A
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	12-9-2022	Serum	2821Q012B	HFID	cita.	Karen A
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	12-9-2022	Serum	2115004	HFID	15/Mar/2022	Karen A
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo					cita.	
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo					3/Sep/2022	MAYRIM J.
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	04-7-23	Serum	0131N01M	HFLD		
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª					Cita 5 AÑOS	
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis			Varicela 15-2-2022	Merck	T036252	HFID		Karen A.
			OR 15/3/2022	Serum	0129W237	HFID		faya 6

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.

15
D/V

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

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

NIT. 846.002.309-9

CIUDAD San Miguel - La Dorada FECHA: DÍA 08 MES 03 AÑO 2024 HORA: 2:20 PM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Yorman Esteban APELLIDOS [illegible]

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.843624

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 26 MES: 01 AÑO: 2021 EDAD: 3 años

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. 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 [illegible] 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)

Alergia a [illegible]

¿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 Primera dosis [ ] Segunda dosis [ ] dosis única [ ] Novena dosis
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2 [illegible] 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 [illegible] personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES

La vacuna [illegible] aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana [illegible] beneficios superen los posibles riesgos con base en la evaluación clínica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante, lo cual deberá presentar al momento de la vacunación certificación que acredite tal evaluación.

La vacuna que se le está administrando es eficaz para evitar complicaciones severas y muerte en la gestante y el feto por SARS CoV-2 COVID-19

A la fecha no hay pruebas que la vacuna cause efectos adversos importantes para la mujer embarazada, el feto o la placenta, además de los ya observados para la población general

A nivel poblacional son muchos mayores los beneficios de administrar el biológico, sobre los riesgos de llegar a padecer COVID-19 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 mortalidad y morbilidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.

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 debe 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 acredite su inclusión 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: ·Paola cantiCUS M

En caso de no saber leer: Identificación y Firma del representante legal

Nombres · Paola Apellidos cantiCUS Maivongo

Tipo de Identificación: CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número ·47745299

Firma: Paola cantiCUS

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

de _____

Firma del Rogado
C.C. N°

plantar del Rogante
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Eduard B

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HLN

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41145299**

CANTICUS MAIRONGO
APELLIDOS

PAULA
NOMBRES

Paula canticuz
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-ABR-1984**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-JUL-2002 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-6401800-70109882-F-0041145299-20021113 **00305**02316H 01 117828244

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 18182360

MORALES PANTOJA
APELLIDOS

MARTIN GAMALIER
NOMBRES

Martin Morales
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-SEP-1983
ANCUYA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | O+ G.S. R.H. | M SEXO

26-SEP-2001 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-8401800-70102159-M-0018182360-20020313 0041502072H 01 117791752

18
R/V

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO
2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

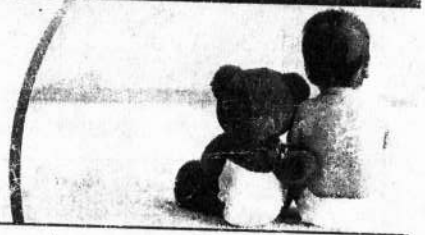
Servimos con amor

CARNET
RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Yoidan Esteban Mordles

Doc. de identidad: 1122343624 EPS: 115

Teléfono: Domicilio: Cristalino

		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
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general								próximo control			26-ene-2025		
		Atención en salud por enfermería										26-ene-2025			
		Atención en salud bucal por odontología									27-03-23				
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor									27-03-23		15-oct-2024	23-04-2025	
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana									27-03-23		15-oct-2024	23-04-2025	
		Aplicación de sellantes (según criterio)											15-10-24	23-04-2025	
	V	Vacunación											15-04-25	23-04-2025	

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg. 22083
Universidad de Caldas

Daly Bonilla Villamizar
Odontóloga
Reg. 52-3841

Liliana Maribel Cordoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 2017

Higienista oral 15-04-2025 Reg. 00493

Agudeza visual 20/20 normal 26-1-2024

Higiene oral 15 abril del 2025.

19
R/V

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraíso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

CARNET
RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos:
Yordan Esteban Morales Cantico

Doc. de Identidad:
1122343624

EPS:
Mallamas

Teléfono:

Domicilio:
Cabildo Cristalino 2

		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	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería												28-01 2025	
		Atención en salud por Odontología								Proximo control: 26-01-2026					
		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													

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg 22083
Universidad de Caldas

Agudeza visual: 20/20 -> Normal 28-01-2025

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Paula Cantillos M. Identificado con C.C N° 41145299 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Yordan Esteban Hurtado C. o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Cristales 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 2015.

Paula Cantillos.
Madre o Acudiente
C.C 41145299

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 Yarolyn Estefany Morales Cantillo, identificado (a) con documento de identidad número 1122343624 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, Paula Cantillo M, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 41145299, 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.T.C.

Suscriben:

Firma: Paula Cantillo.
Nombre: Paula Cantillo M
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3236707134
Fecha: 04/04/2025
Municipio: San Miguel

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

CLASIFICADA

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Yordan Esteban Morales Canticus.

Fecha de nacimiento Día 26 Mes 01 2021 **N° Documento de Identidad** 1122343624.

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Geovanny Quejan 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

Yordan es un niño que ha desarrollado con exito los items fundamentales entre ellos podemos destacar explica de manera detallada por que hizo algo, realiza un dibujo y hace una descripción de lo que dibujo entre otras acciones acordes a su edad, se seguira fortaleciendo su plan pedagogica de acuerdo a sus gustos e intereses.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Geovanny Quejan 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

Yordan es un niño que ha desarrollado con exito los items fundamentales entre ellos podemos destacar, propone a su grupo familiar o de conocidos, actividades que les gustan, acepta sugerencias de los demás en el juego y aplaza sus deseos, realiza dibujos y hace descripciones de lo que hizo entre otras acciones acordes a su edad.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

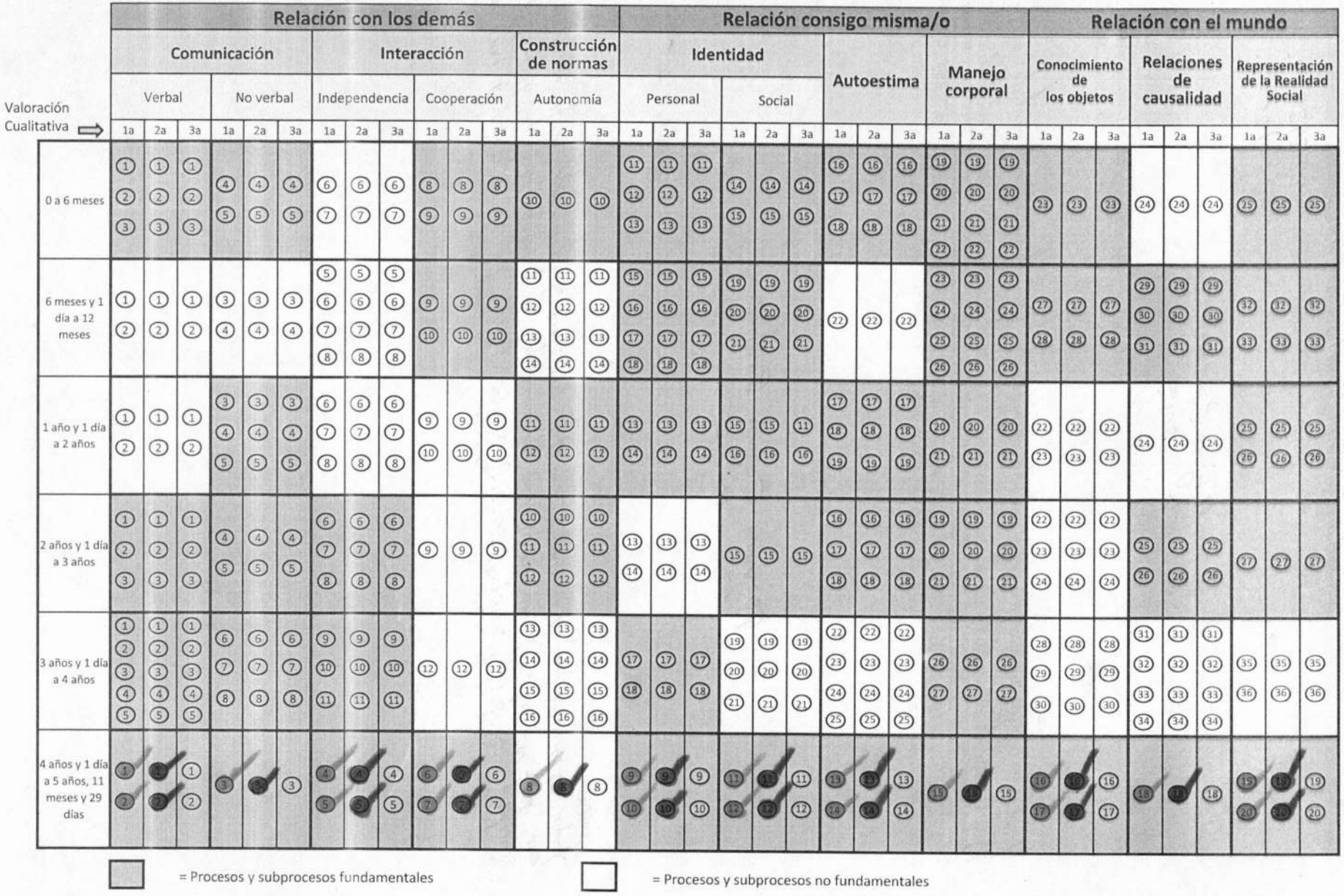
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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)***


Relación con los demás
Relación consigo misma/o
Relación con el mundo
Comunicación
Interacción
Construcción de normas
Identidad
Autoestima
Manejo corporal
Conocimiento de los objetos
Relaciones de causalidad
Representación de la Realidad Social
Verbal
No verbal
Independencia
Cooperación
Autonomía
Personal
Social
Valoración Cualitativa
1a
2a
3a
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
= Procesos y subprocesos fundamentales
= Procesos y subprocesos no fundamentales