1

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: 28/08/2025 FECHA INGRESO: 01/09/2025

UDS: Cristales del sol MUNICIPIO: San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Jaimi Andres Garcia Cardena

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1139964283.

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 13/12/22 EDAD: _____ MUNICIPIO: San Miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: Jardin Ortiz ESTRATO: A2 ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: _____ NO: N/A

¿CUAL?: N/A MOTIVO DEL RETIRO: N/A PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: __ CUAL: _____ EPS DEL PARTICIPANTE: Nueva EPS

SUBSIDIADO: _ CONTRIBUTIVO: _ PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X DIAGNOSTICO: _____

N/A ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

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

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: N/A TIENE SISBEN: SI: X NO: __ PUNTAJE: A2 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: Deiner Jhon Fredy Garcia Ayala No. IDENTIFICACION: 1126444769 DIRECCION RESIDENCIA: Jardin Ortiz CELULAR: 3204089583 E.P.S: Nueva EPS.

OCUPACION U OFICIO: Agricultor EMPRESA DONDE LABORA: N/A NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Marleyci Cardena Chamapuro No. IDENTIFICACION: 1133660462 DIRECCION RESIDENCIA: Jardin Ortiz CELULAR: 3204089583 E.P.S: Nueva EPS.

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa EMPRESA DONDE LABORA: N/A NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Marleyci Cardena Chamapuro

NUMERO IDENTIFICACION: 1133660462 CELULAR: 3204089583

DIRECCION: Jardin Ortiz PARENTESCO: Madre

Marleyci Marleyci

FIRMA DEL PADRE / ACUDIENTE FIRMA AGENTE EDUCATIVA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

NUIP 1139964283

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **63865370**

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
GARCIA **********	CARDENA **********

Nombre(s)

JAIME ANDRES **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes DIC Día 13	MASCULINO	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 **********	22125610239386 ******

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

CARDENA CHAMAPURO MARLEYCI **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1133660462 **********	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

GARCIA AYALA DENIER JHON FREDY **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1126444769 **********	COLOMBIA ********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GARCIA AYALA DENIER JHON FREDY **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1126444769 **********	Denier Garcia

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 2022 Mes DIC Día 13	ROY EDISON CALLE QUIRAMA Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 3;13/12/2022

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 01/09/2025

Ficha: 86757674952700005730

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JAIME ANDRES

Apellidos: GARCIA CARDENA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1139964283

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/09/2023

Última actualización ciudadano: 05/09/2023

Última actualización via registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co

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	1139964283
NOMBRES	JAIME ANDRES
APELLIDOS	GARCIA CARDENA
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	NUEVA EPS S.A. -CM	SUBSIDIADO	04/01/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	06/29/2025 18:54:41	**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.

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

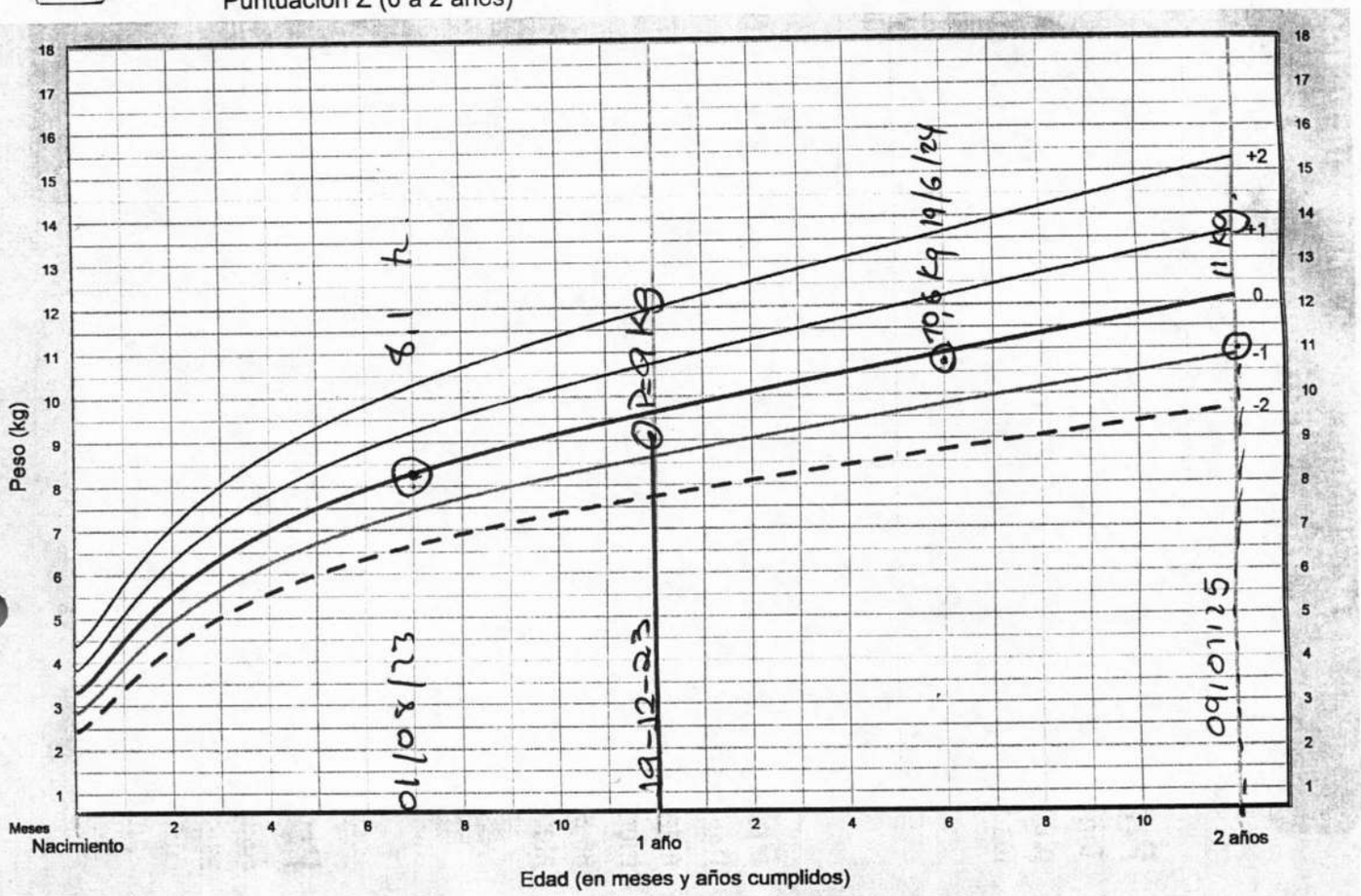
MIS DATOS

Nombres: Jaime Andres	Apellidos: Garcia Cardena.
Fecha de nacimiento: DÍA 13 | MES 12 | AÑO 2022	Historia Clínica: 7139964283
Barrio/Vereda: Nueva Risaralda.	Responsable del niño: Marley Cardena.
Teléfono: 3204089583	EPS: Nueva EPS



Peso para la Edad Niños

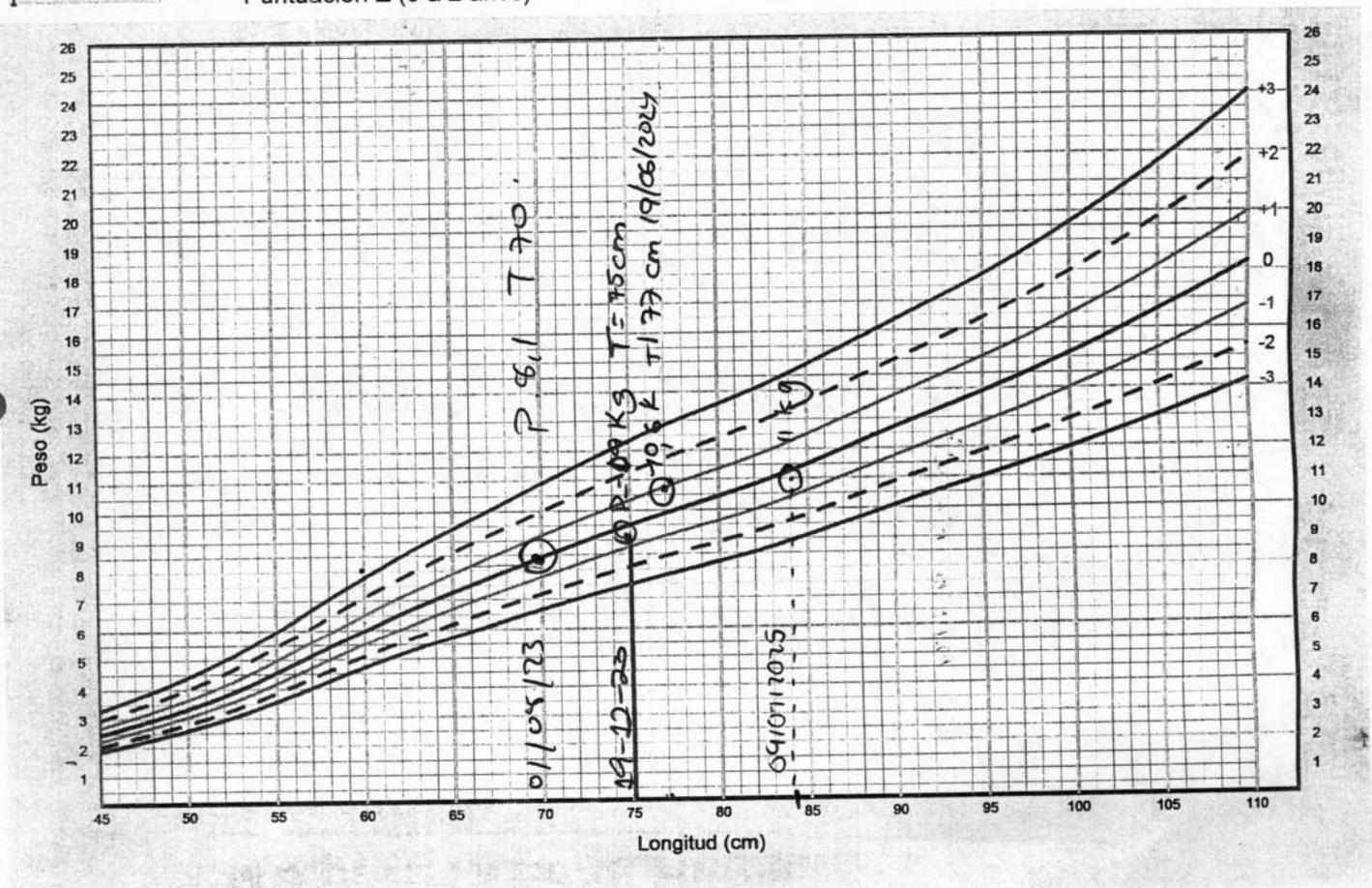
Puntuación Z (0 a 2 años)





Peso para la Talla Niños

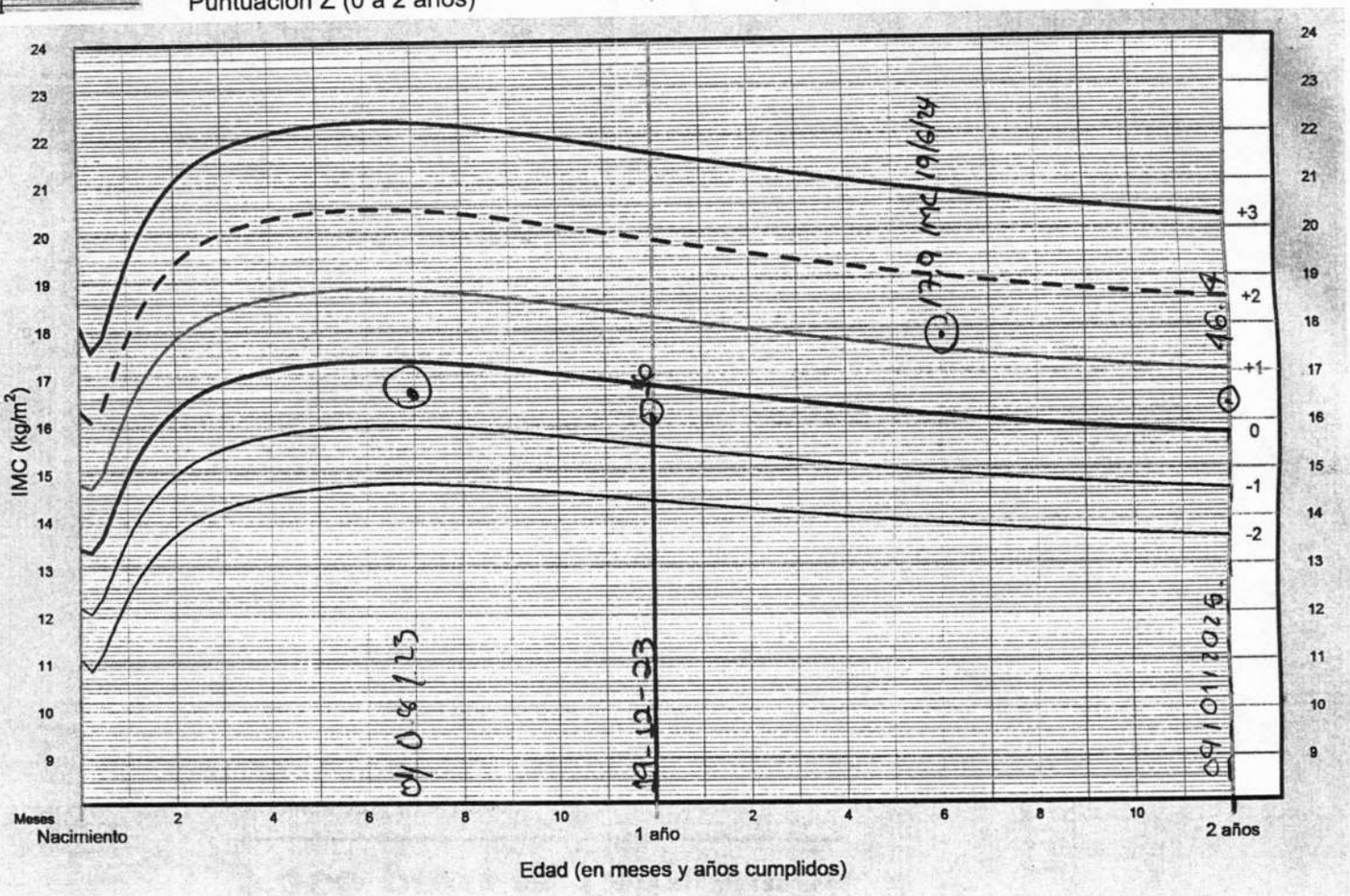
Puntuación Z (0 a 2 años)





IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

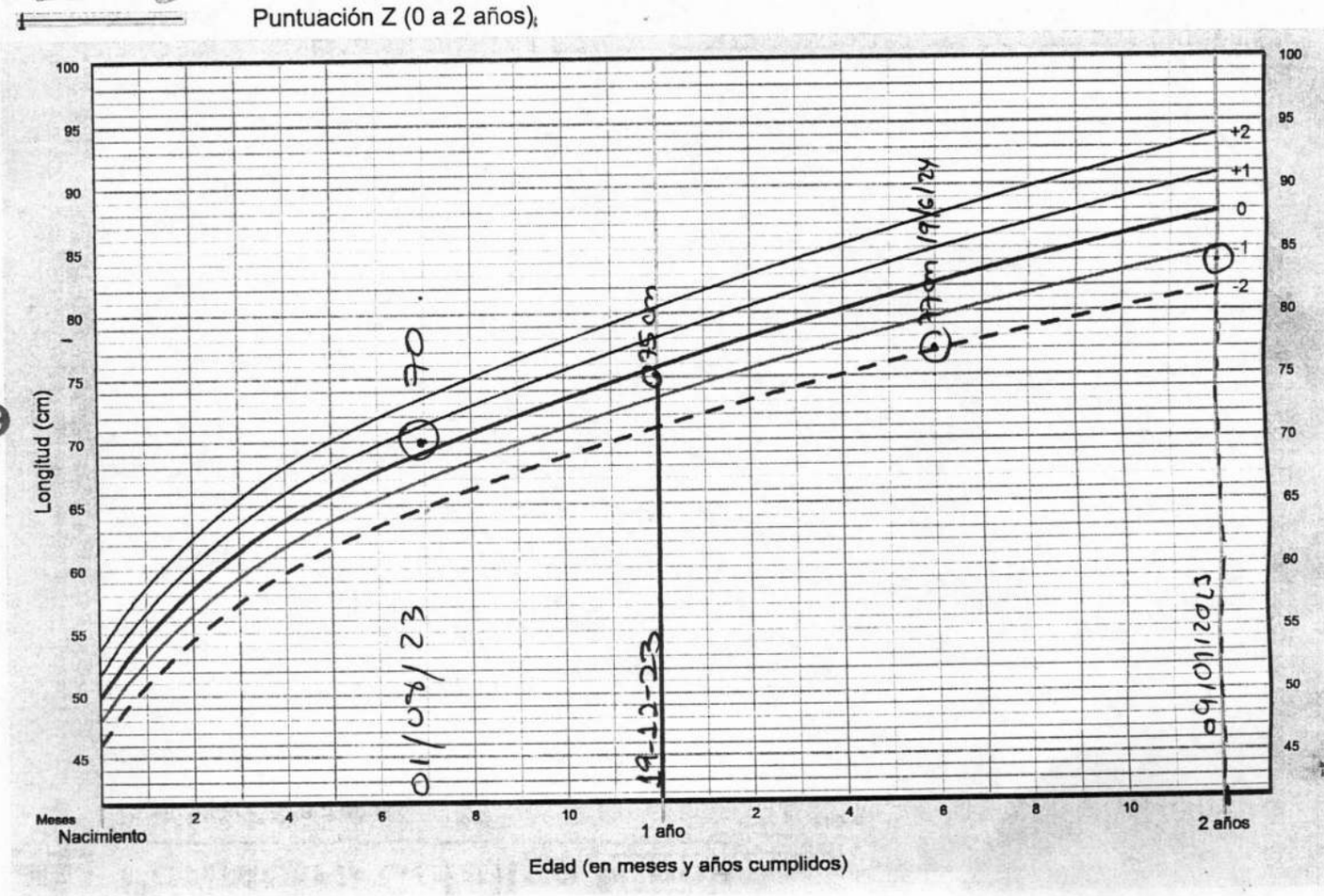


22



Talla para la Edad Niños

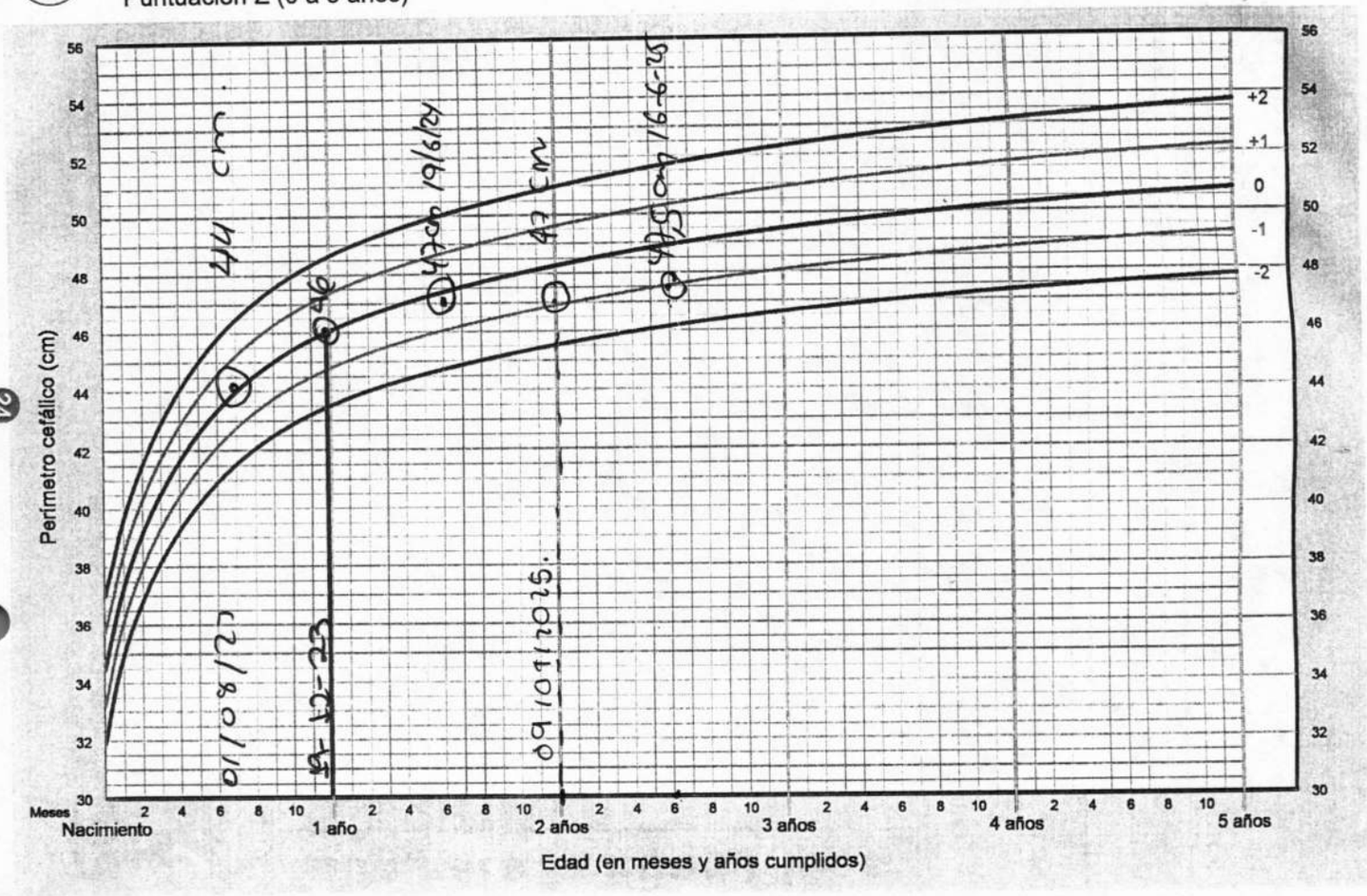
Puntuación Z (0 a 2 años)



23

Perímetro Cefálico Niños

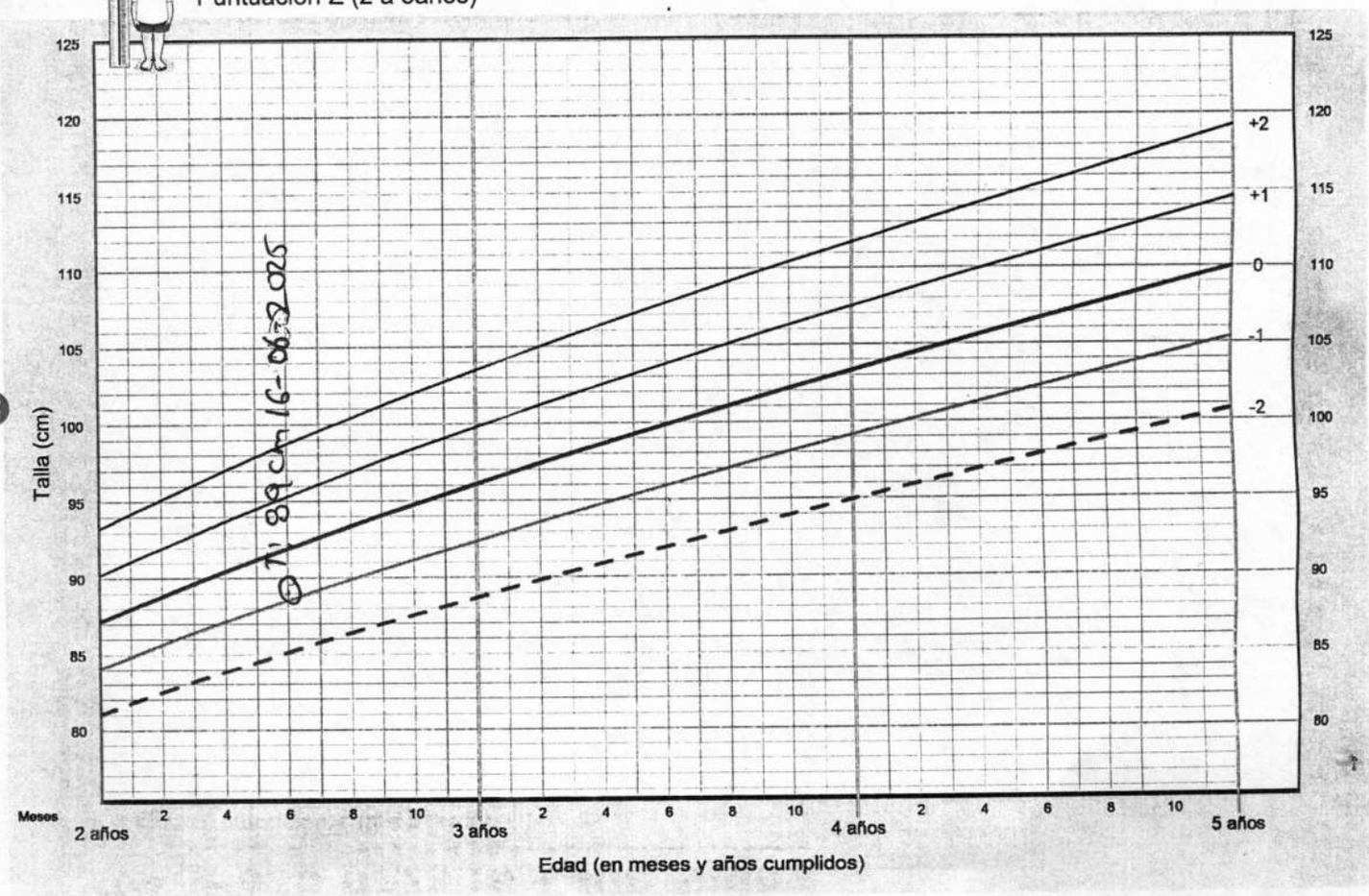
Puntuación Z (0 a 5 años)



24

Talla para la Edad Niños

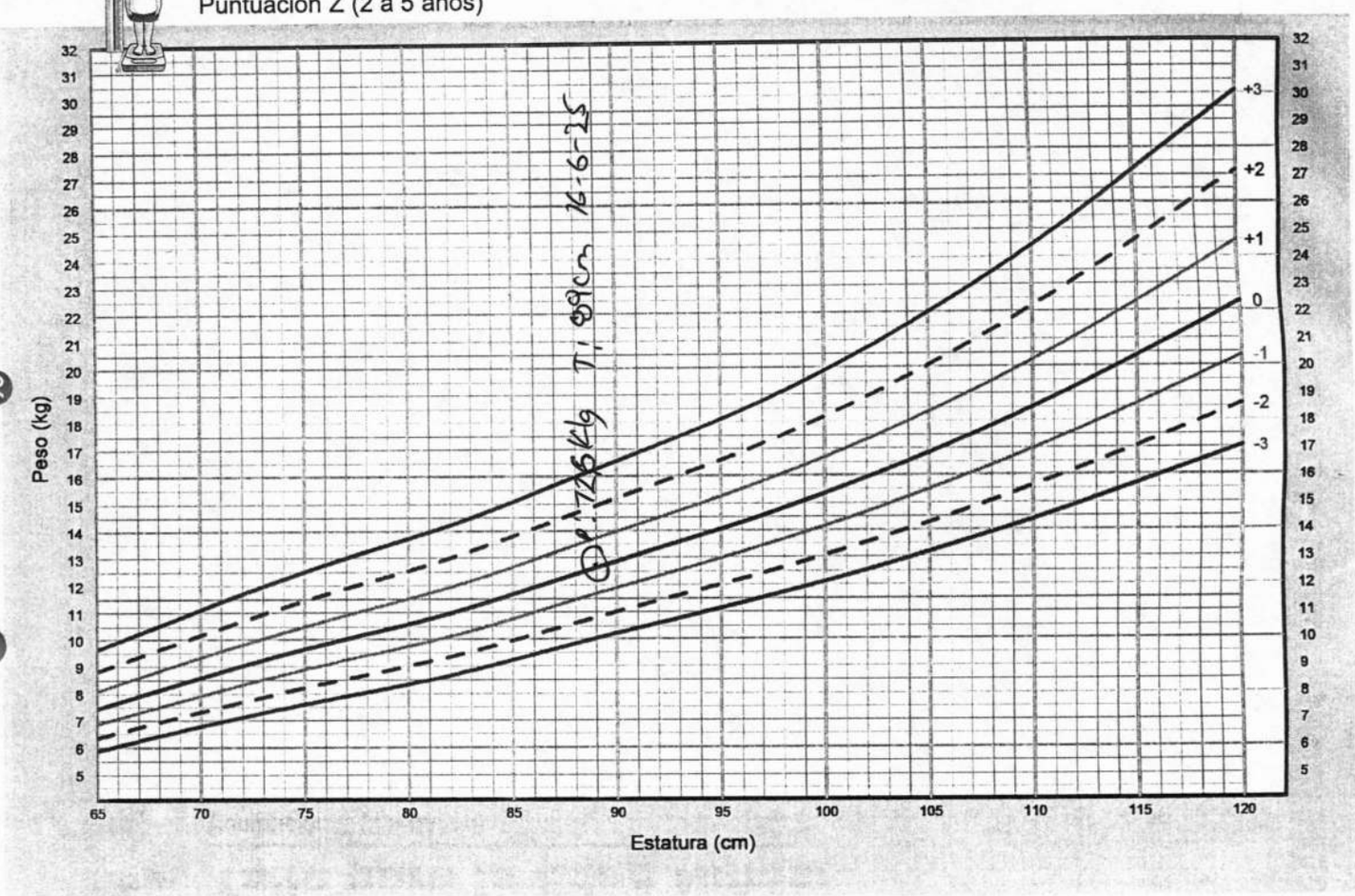
Puntuación Z (2 a 5años)



25

Peso para la Talla Niños

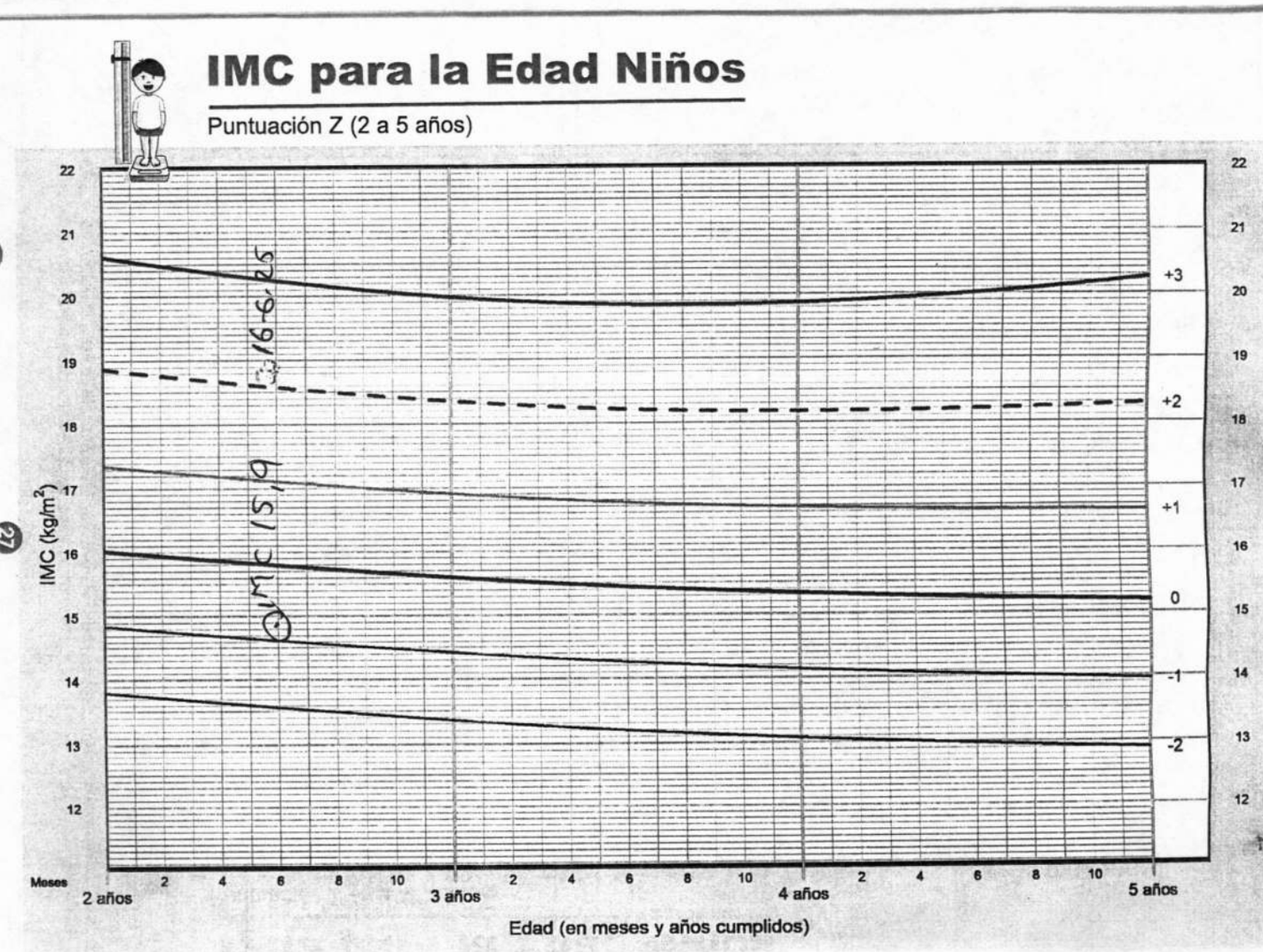
Puntuación Z (2 a 5 años)



26

IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



27

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
01	Agosto	2023	Med	Si	✓
13	Dic.	2023.	~~Enf~~	Si ✓	
13	Junio	2024	Enf	SI ✓	
13	Dic	2024	Medico		
16	Junio	2025	Enf.	SI Milena C	
13	Diciembre	2025	Medico	SI AA	

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
07/04/23	8,1	70	44	15	16,5	13/12/23	Dra. Angie Cortés Médico General RM 67007189 Uruvalle
19/12/23	9	75	46	15	16	13/06/24	
19/06/24	10.6	77	47	15	17.9	13/12/24	Milena C
09/01/2025	11	82	47	15	16.4	13/06/2025	
13-06-2025	12,6	89	47,5	15	15,9	13-12-2025	Milena C

12
R/V

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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años	D	M	A	OD*	OI*
4 años	D	M	A	OD*	OI*
5 años	D	M	A	OD*	OI*

*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: Jaime Andres Garcia.
Fecha de nacimiento: 13-DICIEMBRE-2022
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1139964283.
Sexo: MASCULINO
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: Talla:
Dirección: Cl NUEVA RIBARAIDA
Teléfono 1: 3204089583
Teléfono 2:
Responsable: MARIELY CARDENA
Municipio de residencia: San miguel.
Departamento: Putumayo
1137.660462.

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 Sí ☐ No ☐									
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	13	12	22	Serum	032MAOXOLT.	HFLD	cita 13			Paula C
	Hepatitis B	Recién nacido	13	12	22	Serum	032LOXOLTA	HFLD	Febrero 2023			Paula C
2 meses			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	31	07	23	Biological	220801G					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	31	07	23	Serum	28S1X0406					Karen A.
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	31	07	23	Serum	28S1X0406					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	31	07	23	Serum	28S1X0406					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	31					H#10				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	31	07	23	Pfizer	FR4895					
4 meses			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	01	08	23	BKIUG	223401					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	01	08	23	Serum	28S1406C					Karen J.
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	01	08	23	Serum	28S1406C					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	01	08	23	Serum	28S1406C					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	01	08	23	GSK	ANCLD093A.	HFP	Cita: 01-08-23.			
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	01	08	23	GSK.	FR4895					
6 meses			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	15	12	23	BICIO	223401					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	15	12	23	Serum	28S1403C					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	15	12	23	Serum	28S1403C					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	15	12	23	Serum	28S1403C					
	Influenza estacional	1.ª	31	07	23	GC	VS6S2300IA	H#10				Karen F.
7 meses	Influenza estacional	2.ª	04	09	23	Green	USOS2300IA	HFID				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	15	12	23	Serum	0132NC18B					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	15	12	23	Pfizer	FY9A2J					
	Varicela	2.ª	15	12	23	merck	XOOGJ37	HFP				
	Hepatitis A	Única	15	12	23	MSD	WC237BG	HFLD				Isabel. A
	Influenza estacional	Anual	19	06	24	Butantan	22B0947/00	HFLD				
18 meses	Poliomielitis (VIP☐ VOPb☐)	1.er refuerzo	19	06	24	Biological	223305	HFLD				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	19	06	24	Serum	2S32X0T4B	HFLD				
	Fiebre amarilla	Única	15	12	23	Sinoti	W3005	HFLD	Cita: 15 Junio 2024. IREF.			Isabel. A.
5 años	Poliomielitis (VIP☐ VOPb☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	19	06	24	Serum	0132NO4899	HFLD				
	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!

13
12/V

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos

CIUDAD: San Miguel FECHA: DIA 09 MES 05 AÑO 2025 HORA 2.58 p.m

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES: Jaime Andres APELLIDOS: Garcia Cardena

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CCI [ ] CE [ ] OTRO [ ] NUMERO: 1.139.964.283

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 13 MES: 12 AÑO: 2022 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE: Nueva EPS Tel: 3204089583

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades entre ellas, la difteria, el tetanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cancer de todo y el sarampión. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a si mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducira 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

¿COMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del musculo deltoides)
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar: Ninguna Primera dosis [ ] Segunda dosis [ ] dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posteriores a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea), artralgias, mialgias, fatiga (cansancio), escalofrío, fiebre (pirexia), enrojecimiento e inflamación leve en el sitio 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 mas eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES

La vacuna tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 días posparto, siempre que los posibles beneficios superen los posibles riesgos con base en la evaluación clínica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante, la 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, ademas de los ya observados para la población general

A nivel poblacional son muchos mayores los beneficios de administrar el biológico, sobre los riesgos de llegar a padecer COVID-19 durante la gestación, por el impacto que sobre la salud materna y perinatal produce la infección por SARS-Co-2 y ante el alto riesgo de complicaciones severas, ingreso a UCI, y morbilidad y mortabilidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

Soy mujer con más de 12 semanas de gestación o durante los 40 días postparto: SI [ ] NO [ ] y en caso afirmativo aporto certificación del médico tratante que acredita evaluación clínica para que obre adjunto a este consentimiento, requisito indispensable para recibir la vacuna.

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

Firma de la persona: _____

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

Nombres Denisa Apellidos García

Tipo de Identificación: CC [X] CE [ ] OTRO [ ] Número 1226449769

Firma: Denisa García.

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar _____ identificado(a) con C.C [ ] C.E [ ]

OTRO [ ] Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma

_____ identificado(a) con C.C [ ] C.E [ ] OTRO [ ] número _____

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

_____

Firma del Rogado
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador:	Isabel Arias Erazo
Firma: Isabel	Tipo de Identificación: CC [X] CE [ ] OTRO [ ] Número 1004.595.938

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): ffcb

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.133.660.462**
CARDENA CHAMAPURO
APELLIDOS
MARLEYCI
NOMBRES
MARLEISY
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-JUL-2004**
EL LITORAL DEL SAN JUAN
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

21-JUL-2022 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401800-01321311-F-1133660462-20220927 **0086894993G** 1 56936265

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.126.444.769**

GARCIA AYALA

APELLIDOS

DENIER JHON FREDY

NOMBRES

Denier Garcia

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-MAY-2004**

VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

03-JUN-2022 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401800-01308626-M-1126444769-20220718 **00801**10636A 1 48965303

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

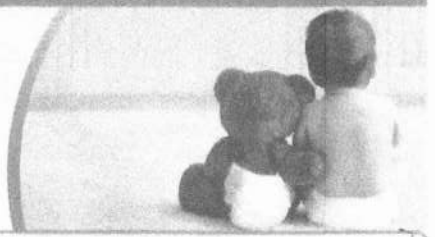
GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Jaime Andres Garcia C

Doc. de identidad: 1139964283 EPS: Nueva EPS

Teléfono: 3204059583 Domicilio: Risaralda

		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													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud bucal por odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor							20-06-24	20-12-24					
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana									13-05-2025				
		Aplicación de sellantes (según criterio)									13 NOV 2025				
	V	Vacunación													

Bernica Cordoba
NIT: 1124312296
HIGIENISTA ORAL

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Marleyci Cardona C. Identificado con C.C N° 1133660462 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Jaime Andres Garcia 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 09 Días del mes de 09 del Año 2025.

Marleisy
Madre o Acudiente
C.C 1133660462

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 4	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 Jaime Andres Garcia Cardenas, identificado (a) con documento de identidad número 1139964283, 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, Marleyci Cardona, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1133660462 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, adolescentes y jóvenes 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, adolescentes y jóvenes, y 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 Fundación 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 EIC.

Suscriben:

Firma: Marleisx
Nombre: Marleyci Cardona
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3204089583
Fecha: 09/09/2025
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.

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO de cero a Siempre

19 R/V

Ciudad San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Jaime Andres Gaicia Cardona

Fecha de nacimiento Día 13 Mes 12 Año 22 **Nº Documento de Identidad** 1139964283

Sexo Masculino ○ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 01 Mes 09 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Geovanny Burgos Sanchez

Fecha de registro cualitativo Día 10 Mes 11 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

Jaime es un niño que ha desarrollado en exito la mayoría de los items fundamentales ante ello podemos destacar sigue los pasos de un proceso hasta obtener un resultado, realiza garabatos o rayas en el papel, avisa a su madre u otra persona cuando se hacen dentro, o hay algo que lo pone en peligro, ante otras acciones acordes 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

Fecha de registro 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)***

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

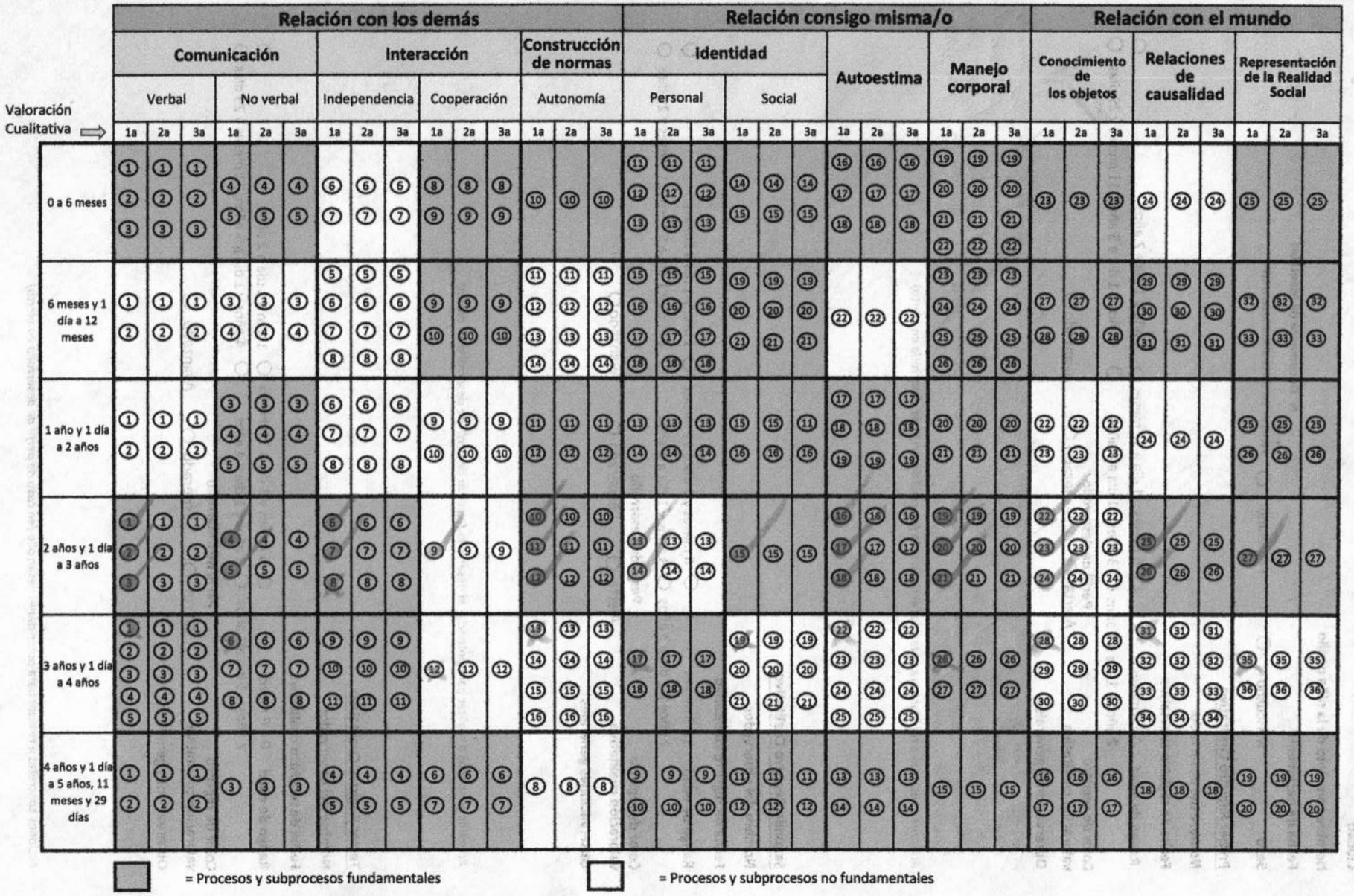
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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