Fundación
Alma de Vida

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con fotografía 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) X 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,

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

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

FECHA SOLICITUD CUPO: _____ FECHA INGRESO: 01-05-2025

UDS: MIS Temporitas MUNICIPIO: San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
NA:DE|YN THA||ANA SAIAZAR MINA



TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1122343938

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 13 Febrero 2022 EDAD: 3 años MUNICIPIO: Pasto

DEPARTAMENTO: Nariño PAIS: Colombia DIRECCION RESIDENCIA: V/ Risaralda

ESTRATO: _____ ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: _____ NO: X

¿CUAL?: N/A MOTIVO DEL RETIRO: N/A

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

[redacted] DEL PARTICIPANTE: Mallamas SUBSIDIADO: __ 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: X NO: __ PUNTAJE: _____ DESPLAZADO: SI: X __ NO:

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: _____ NO: _____ RED UNIDOS: SI: ____ NO: ___

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: ___ NO: X CUAL: N|A

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: N|A

[redacted] IDENTIFICACION: N|A DIRECCION RESIDENCIA: N|A

CELULAR: N/A E.P.S: N|A

OCUPACION U OFICIO: N|A

EMPRESA DONDE LABORA: N|A

[redacted] EL DE ESCOLARIDAD: N|A PROFESIÓN: N|A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: ANA JULIA HERNANDEZ

No. IDENTIFICACION: 59821944 DIRECCION RESIDENCIA: V/Risaralda

CELULAR: 3206590807 E.P.S: Mallamas

OCUPACION U OFICIO: OFICIOS Varios

EMPRESA DONDE LABORA: _____

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: ANA JULIA HERNANDEZ

NUMERO IDENTIFICACION: 59821944 CELULAR: 3206590807

DIRECCION: V/ Risaralda PARENTESCO: Madre

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Ana Julia Castro

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

Sara Lorena Nieves

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: NA 1573589

NUIP 1.122.343.935

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
SALAZAR MINA NAIDELYN THALIANA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2022	Mes FEB	Día 13	FEMENINO	B +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2022	Mes MAR	Día 01	0061322461

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
MINA CASTRO SARA PAOLA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.004.547.252	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
SALAZAR LAGOS YONATHAN ARLEY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.004.635.354	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
SALAZAR LAGOS YONATHAN ARLEY

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.004.635.354

Espacio para notas

VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)

Código: X 6 Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)			Nombre y firma del funcionario
Año 2022	Mes MAR	Día 01	MONICA YENY LOPEZ GOMEZ Registrador del Estado Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
29831397-4

A2

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres:

NAIDELYN THALIANA

Apellidos: SALAZAR MINA

Tipo de documento:

Registro civil

Número de documento:

1122343935

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/03/2022

Última actualización ciudadano:

27/09/2023

Última actualización via registros administrativos:

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	1122343935
NOMBRES	NAIDELYN THALIANA
APELLIDOS	SALAZAR MINA
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	14/02/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/03/2025 12:22:45	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

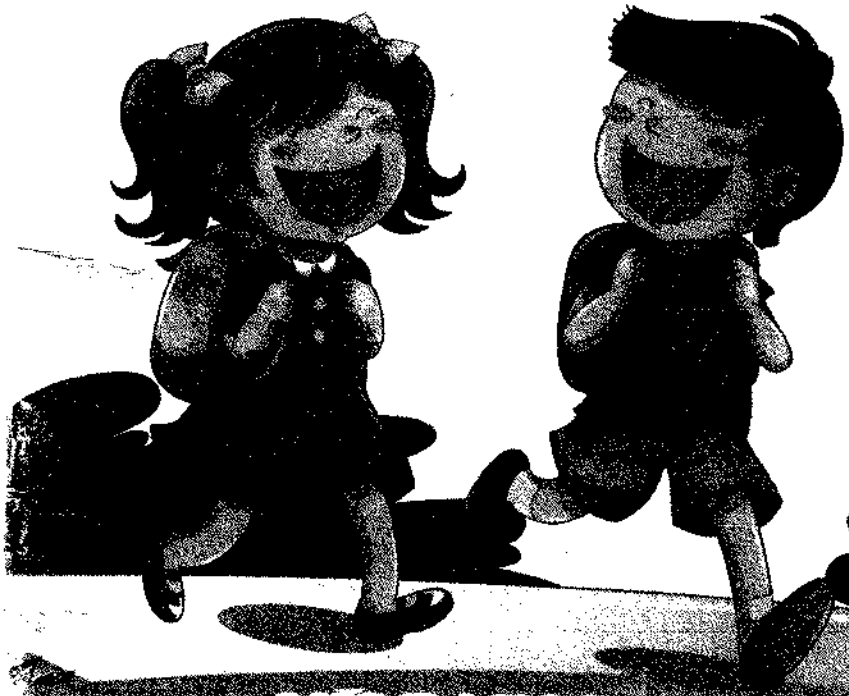
Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



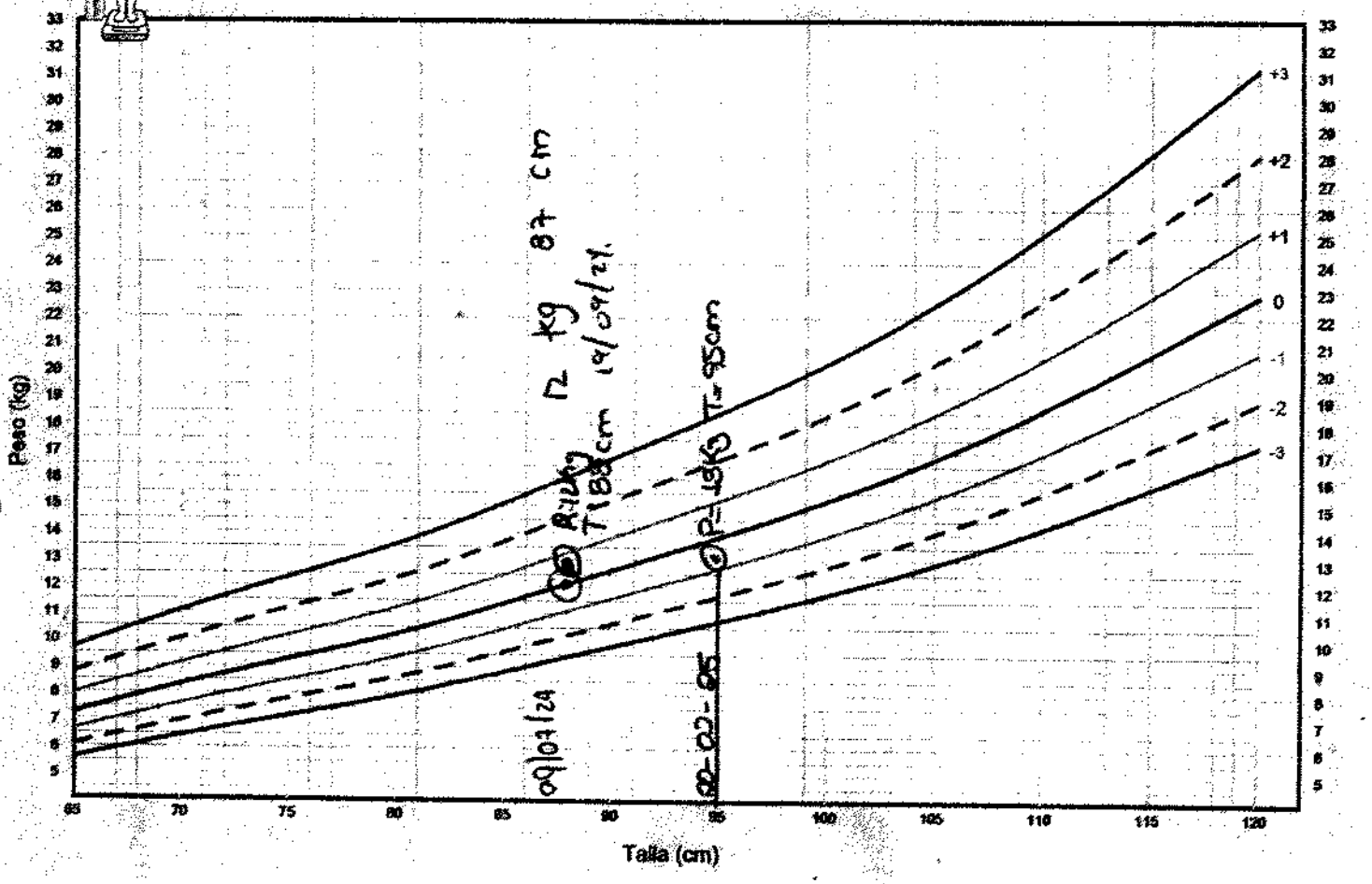
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Naidaun Thaiana	Apellidos: Salazar Mina
Fecha de nacimiento: 13 / 02 / 2022	Historia Clínica: 1122393935
Barrio/Vereda: Vl Santa Martha	Responsable del niño:
Teléfono: 3206590807	EPS: Coomeva

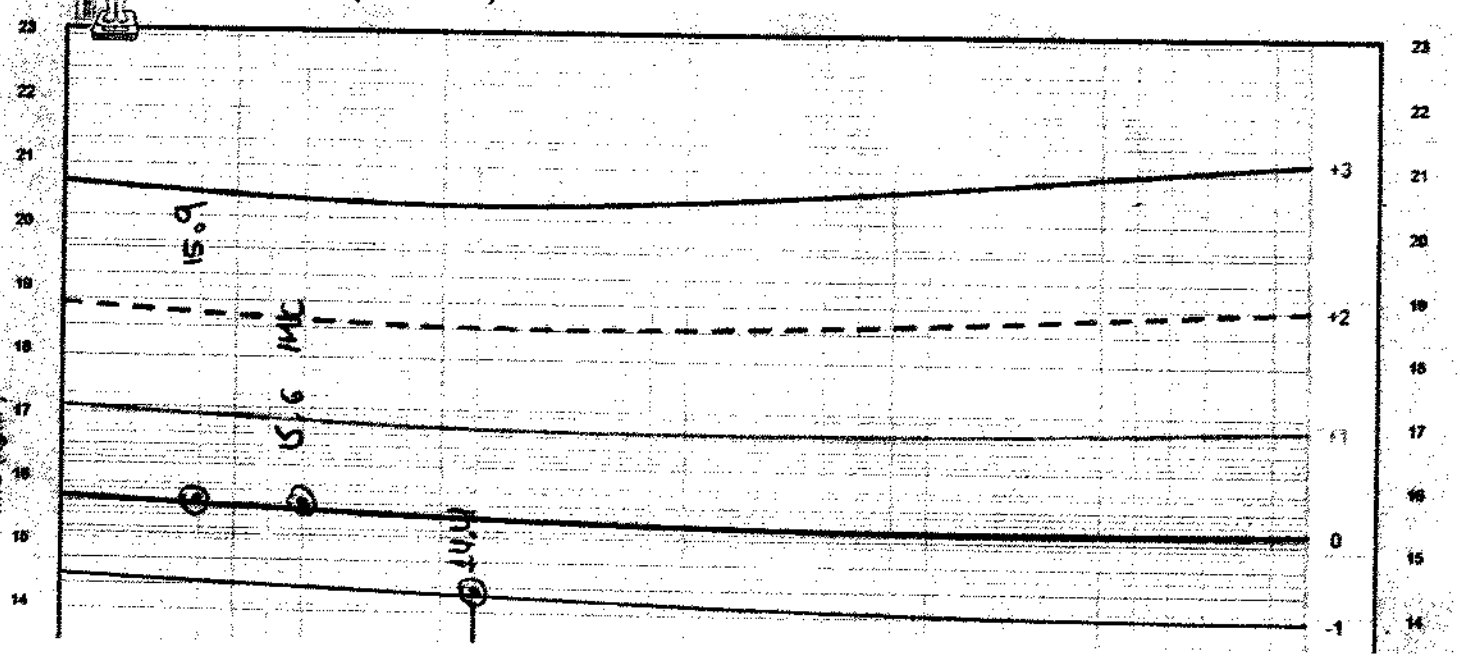
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

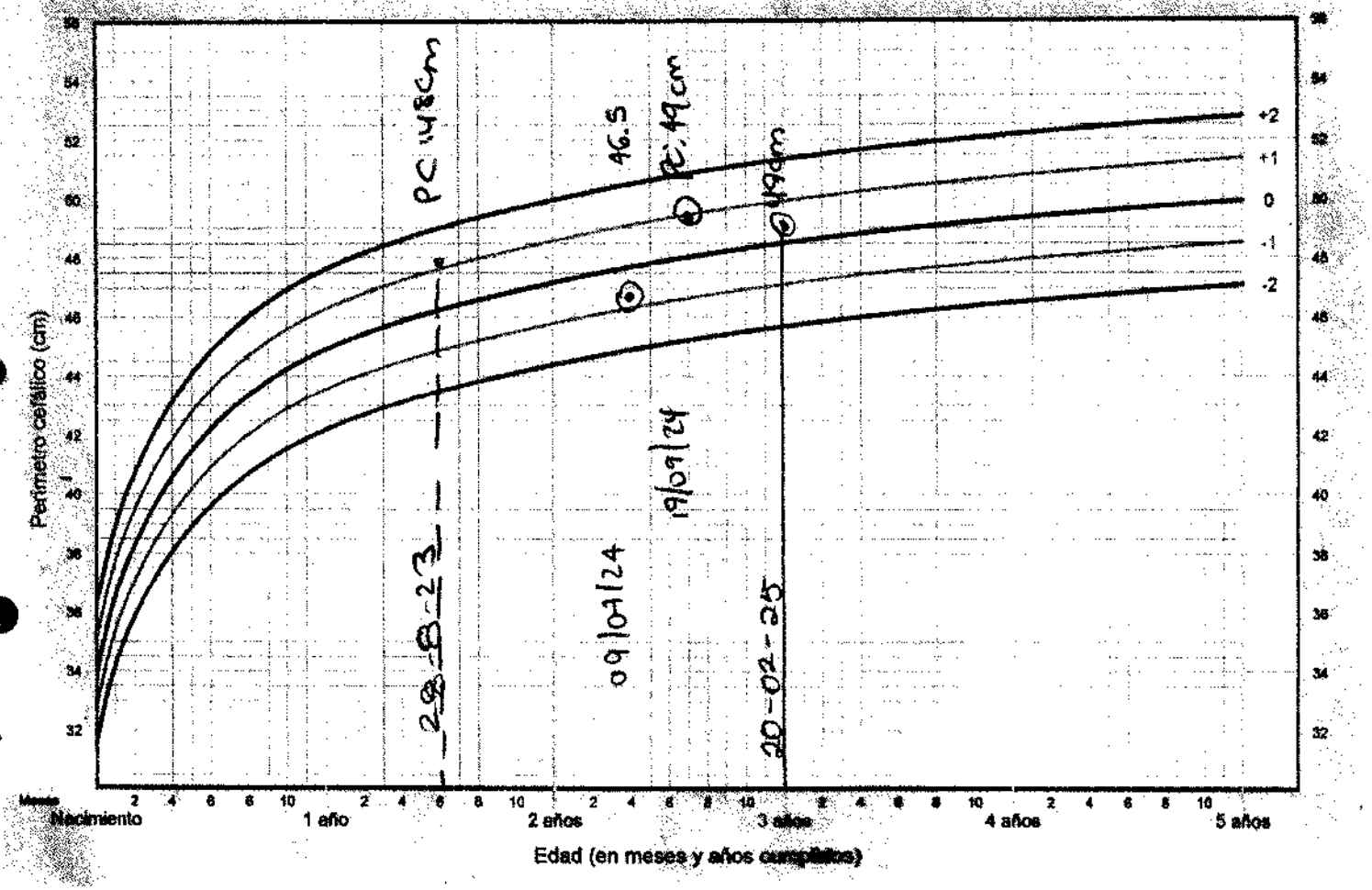


IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



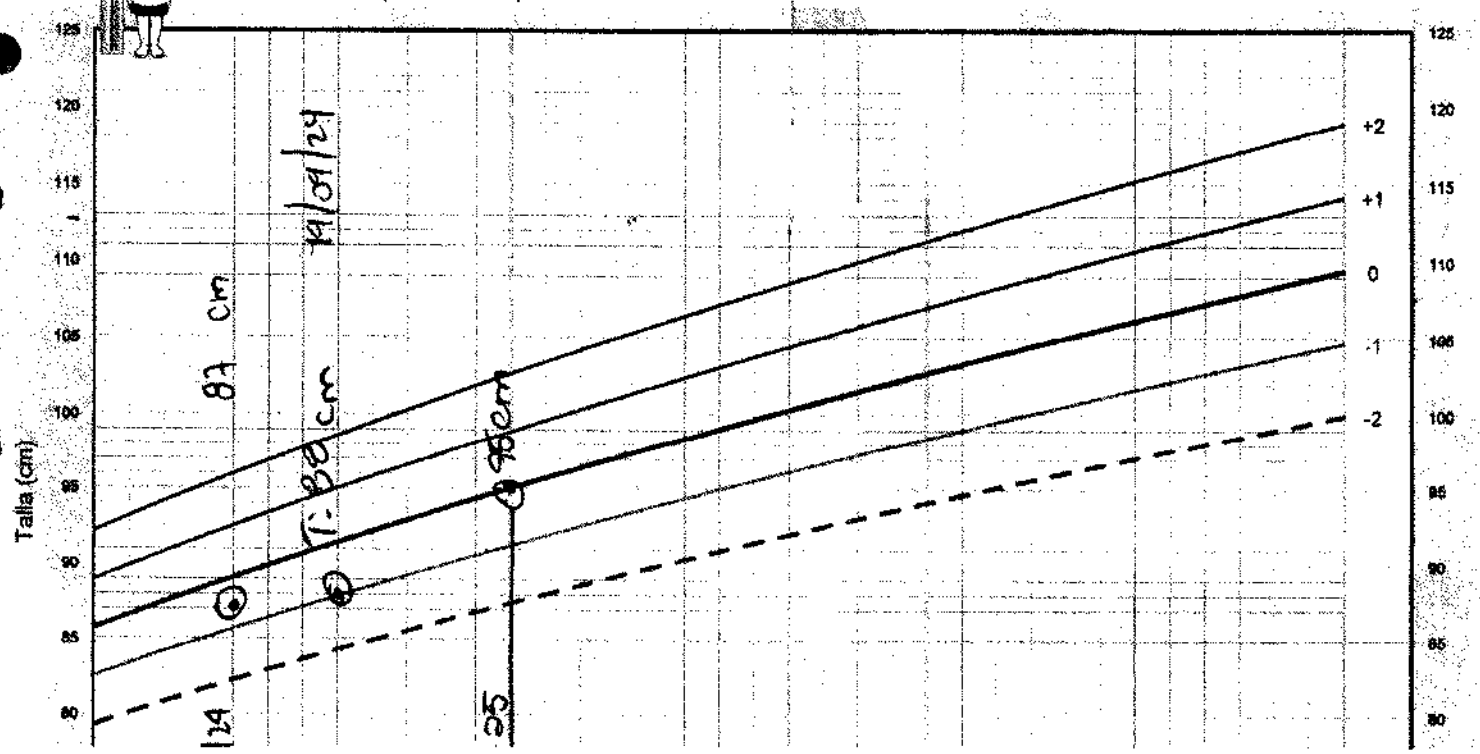
Puntuación Z (0 a 5 años)



10

Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

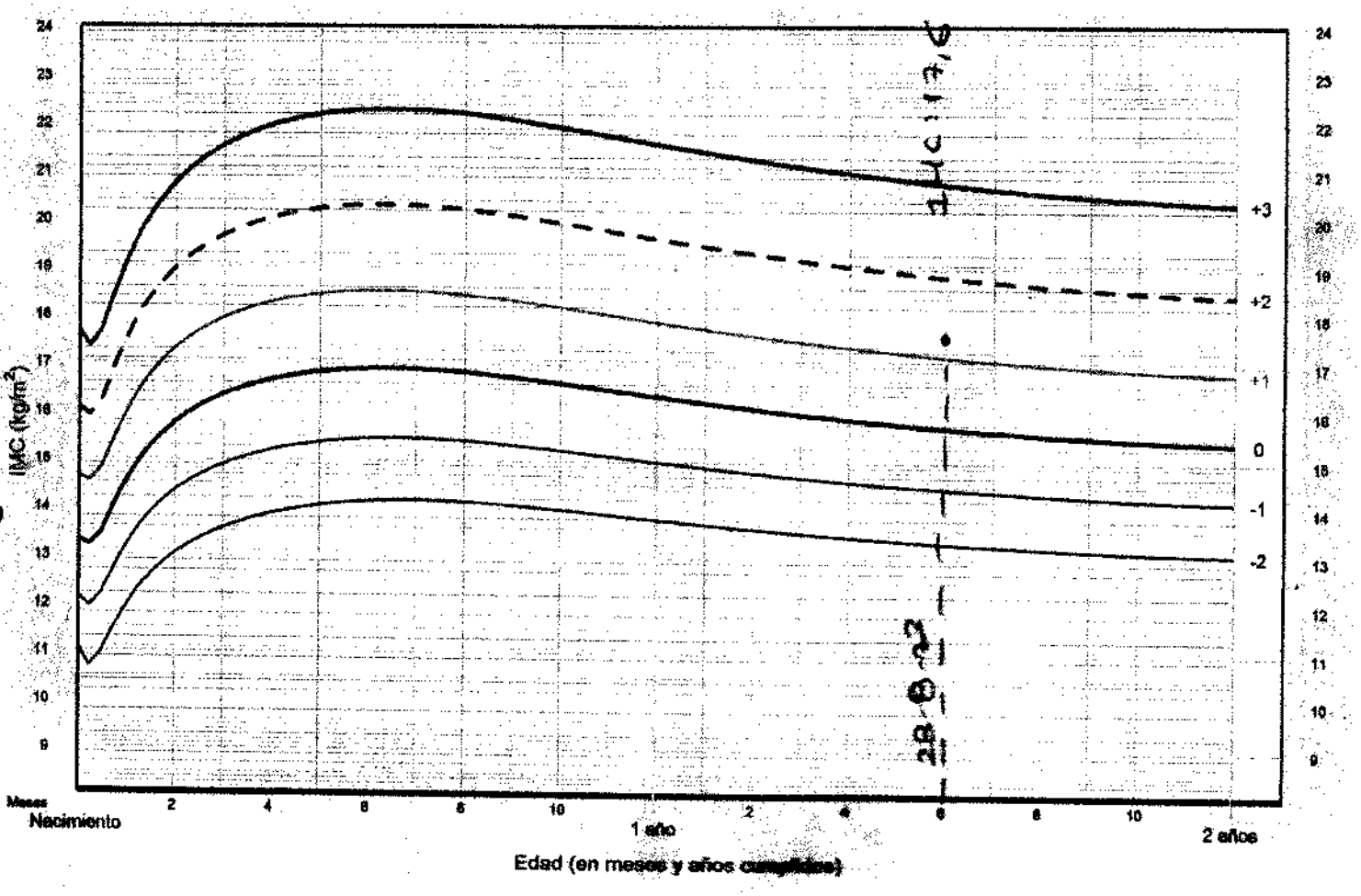


11



IMC para la Edad Niñas

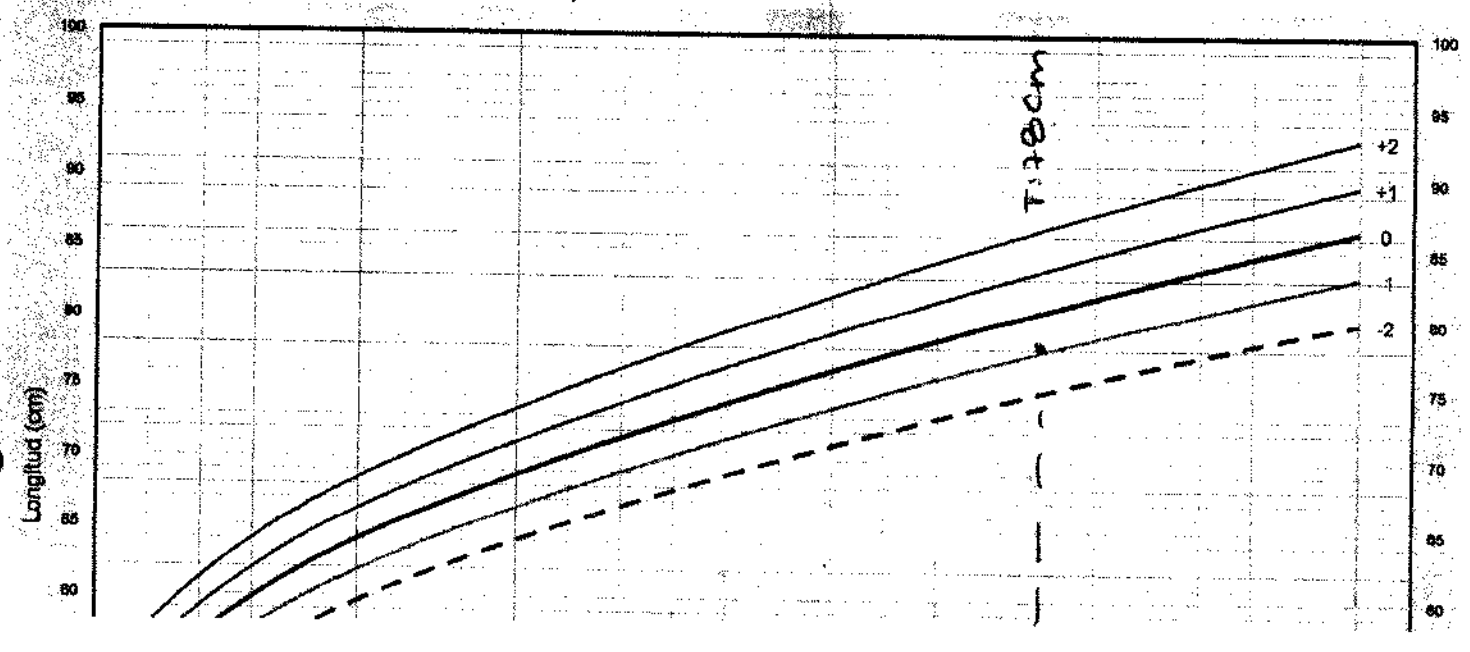
Puntuación Z (0 a 2 años)





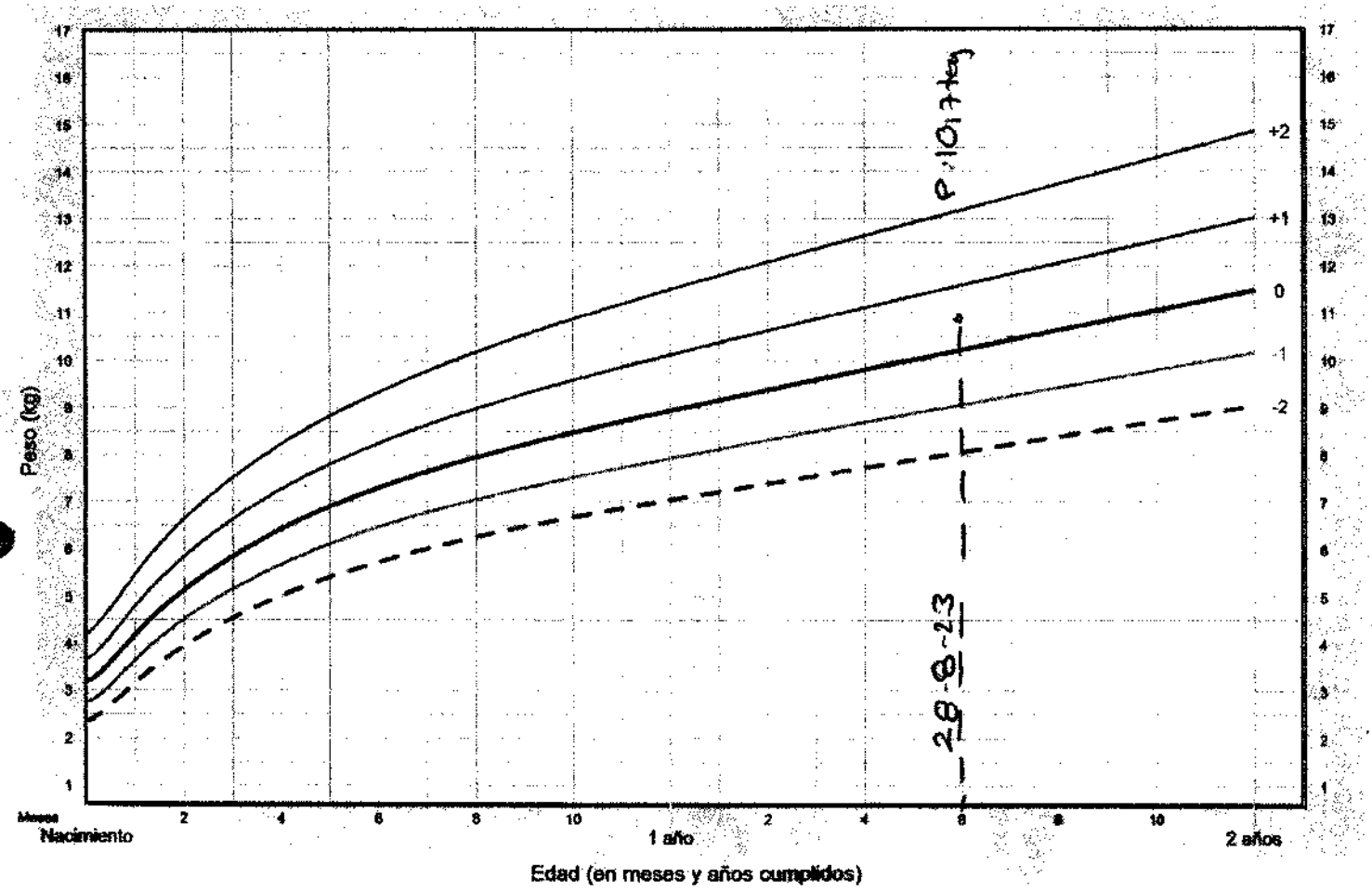
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



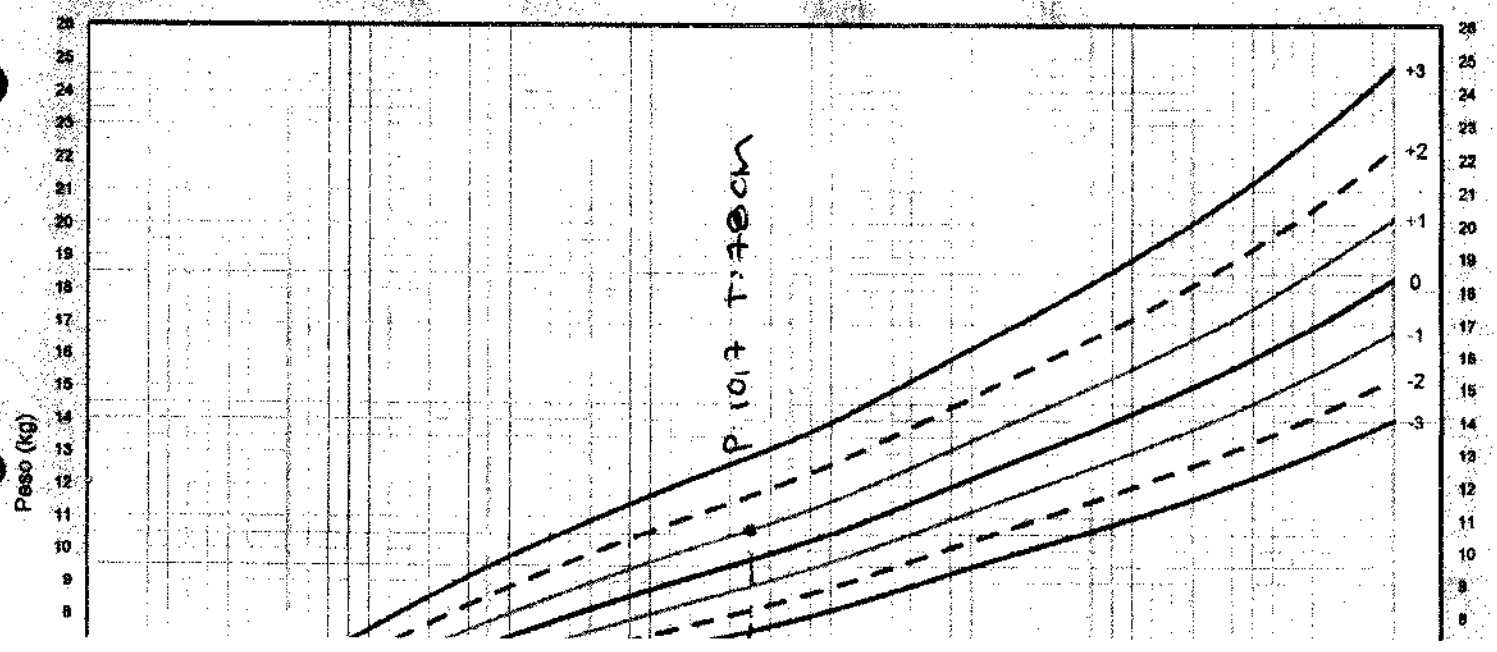
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO SI	ASISTIO NO
13	febrero	2024	Mecfco	✓	
13	Agosto	2024	Enf		
19	Sep	2024	enf	✓	
13	Febrero	2026	Enf.		

Emermera

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
28-8-23	10,7kg	78cm	48cm	16,5	17,6	13 02 24	Lizeth Sánchez.
09-01-24	12	87	46,5	17	15,9	13-08-24	Johana Urqu Enfermera
19-09-24	12,1	88	99	16	15,6	13/02/25	
20/02/25	13	95	49	16	14,4	13/02/2026	

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	
2.ª entrega	
3.ª entrega	

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m

1 año		
2 años		
3 años		
4 años		
5 años		

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos Naidelyn Thaliana Sabtar Mina

X | | | 1.122.343.935

Tipo de Documento — No. de Documento

Fecha de Nacimiento 13 02 2022

Sexo: femenino

Grupo sanguíneo: B+

Peso al nacer: Talla:

Dirección:

Teléfono 1: 3206590807

Teléfono 2:

Responsable: Ana Julia Castro.

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: putumayo

Nombres y Apellidos: _____

	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	
						Lactancia materna exclusiva	
Recién Nacido	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	13	02	2022	Serum	0
	Hepatitis B	Recién nacido	13	01	202	Serum	0
						Lactancia materna exclusiva	
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	11	09	24	Biologicals	2
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	11	09	24	Serum	2
	Pentavalente: Hepatitis B	1ª	11	09	24	Serum	2
	Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	11	09	24	Serum	2
	Diarrea por rotavirus	1ª	—		//	— //	pierda p
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª					
						Lactancia materna exclusiva	
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª	22	10	24	B	2
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	22	10	24	Serum	2
	Pentavalente: Hepatitis B	2ª	22	10	24	Serum	2
	Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	22	10	24	Serum	2
	Diarrea por rotavirus	2ª	—				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª					
						Lactancia materna exclusiva	
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª	16	01	25	Biologicals	2
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	16	01	25	Serum	2
	Pentavalente: Hepatitis B	3ª	16	01	25	Serum	2
	Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	16	01	25	Serum	2
	Influenza estacional	1ª					
7 meses	Influenza estacional	2ª					
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	11	09	24	Serum	0
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	11	09		Pfizer	6
	Varicela	1ª	11	09	24	Merck	X
	Hepatitis A	Única	11	09	24	MSD	2
	*Influenza estacional	Anual					
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	18	07	25	Biologicals	2
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo	18	07	25	Biologicals	2
	**Fiebre Amarilla	Única	11	09	24	Biocur	2
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	18	07	25	Serum	0
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo					
	Difteria, Tetanos, Tosferina	2do Refuerzo					
	Varicela	Refuerzo					
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª					
		2ª					
		3ª					
Sin rango de edad	Covid-19	1ª					
		2ª					
		1er Refuerzo					
		2do Refuerzo					
Vacunas complementarias y otras dosis							

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

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a part

Tipo de Indentificación _____ No. ID: _____ Isabel Vacunación

Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Si ☐ No ☐					
0 T 0 M A 0 9 0	HFLD				omaira Mercedes.
0 3 2 X 0 1 7 M					
Si ☐ No ☐					
2 3 9 0 0 3	E.S.E HFLD				Jenitter Cabezas.
8 5 2 4 0 1 1 0					
8 5 2 4 0 1 1 0					
8 5 2 4 0 1 1 0					
Or la edad	// //				
Si ☐ No ☐					
2 3 9 0 0 3	HFLD	CITA 11. OCTUBRE 2024			Almide Santiago
8 5 2 X 0 1 3 8	HFLD				
8 5 2 X 0 1 3 8	HFLD				
8 5 2 X 0 1 3 8	HFLD				
Si ☐ No ☐					
3 2 7 0 0 3 M					
8 5 3 X 0 2 0 B	E.S.E HFLD				Jenitter Cabezas.
8 5 3 X 0 2 0 B					
8 5 3 X 0 2 0 B					
1 3 2 N 0 7 0 A					
0 1 9 1 2	E.S.E HFLD				Jenitter Cabezas
0 2 5 8 1 3					
0 2 2 0 1 6 0 5					
A 1 5 0 0 7					
2 1 1 0 0 5 2 4A	HFLD	CITA 15 JULIO 2019			Isabel Arias
3 1 V F C 0 0 57	HFLD				Jenitter.
1 3 3 M 1 2 0	HFLD	cita: 5 Años Cumplidos			Isabel Arias.

r de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos

15
R/N

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos

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

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 08 MES 05 AÑO 2023 HORA: -10-am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES NAIOGLYN THALIANA APELLIDOS SALAZAR MINA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122343935

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 13 MES: 02 AÑO: 2022 EDAD: 3a años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunacion 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 cáncer de útero y el sarampión. Con la aplicacion 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 músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Ninguna Primera dosis [ ] Segunda dosis [ ] dosis unica [ ]
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 (linfadenopatia); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacologica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES

La vacuna tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 dias postparto, siempre que los posibles beneficios superen los posibles riesgos con base en la evaluación clínica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante, lo cual deberá presentar al momento de la 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 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 posparto: Si ☐ No ☐ y en caso afirmativo aporto certificación del médico tratante que acredita evaluación clínica para que sea 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: Sara Paola Mina CC 1004547252

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

Nombres _____ Apellidos _____

Tipo de Identificación: CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número _____

Firma: _____

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: Jeniffa Yulieth Cabeza Meneses

Firma Jeniffa Cabeza Tipo de Identificación: CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446069

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFU

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 59.821.944
CASTRO HERNANDEZ
APELLIDOS
ANA JULIA
NOMBRES



Ana Julia Castro
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-MAY-1971
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
07-NOV-1991 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-6401800-00698045-F-0059821944-20150430 0044017201A.1 43784021

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

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
NIT. 846.002.399-9

Mi prioridad es tu salud...



Maidelyn Thatiana Salazar.
1° 22 3[illegible]9 3 5 Mallamas
3206590804 . 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	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4A	5A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general									23-08-24				
		Atención en salud por enfermería									23-08-24				
		Atención en salud por Odontología									23-08-24				
		Promoción y apoyo de la lactancia materna									23-08-24				
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor									X		23-08-24		
		Profilaxis y remoción de placa									X		23-08-24		
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

Yenny Cortés Córdoba
HIGIENISTA ORAL
RLS. 1000192

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA CORDOBA
ÁREA DE SALUD ORAL
RLS. 1000453-2011

Fundación Alma de Vida
Fomentando nuevos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Sara paola Mina Castro Identificado con C.C N° 1004547252 en calidad de: padre o madre (Madre), del niño o niña: Madelyn Tatiana Salazar Mina o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mosquera, 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 01 Días del mes de 04 del Año 2025.

Sara paola castro
Madre o Acudiente
C.C 100 454 7252.

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 Jaydein Thaliana Salazar, identificado (a) con documento de identidad número 1122343935 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, Sara Paola Castro, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004547252 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 ECC

Suscriben:

Firma: Ana Julia Castro
Nombre: Sara Paola Castro
Calidad - Titular: Madre Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3206590807
Fecha: 01/04/2025 6590807
Municipio: San Miguel

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.

de cero a Siempre

20
2/N

Ciudad San miguel

Nombre completo de la niña o niño NaidelyN Thaliana Salazar Mina

Fecha de nacimiento 13 02 2022 **N° Documento de Identidad** 1.122343935

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** 02-04-2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Yennifer Quiñonez

Fecha de registro cualitativo 03 07 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 [redacted] **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

La niña NaidelyN Salazar realiza actividades de acuerdo a su edad comparte los Juguetes con sus compañeros le gusta Pintar libremente se encuentra Perfil esperado.

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

[redacted]

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Sandra Natalia Diaz

Fecha de registro cualitativo 06 10 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 [redacted] **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

la niña NaidelyN Salazar Participa Activamente en las actividades Propuestas, Comparte respetuosamente Con sus compañeros.

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

[redacted]

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

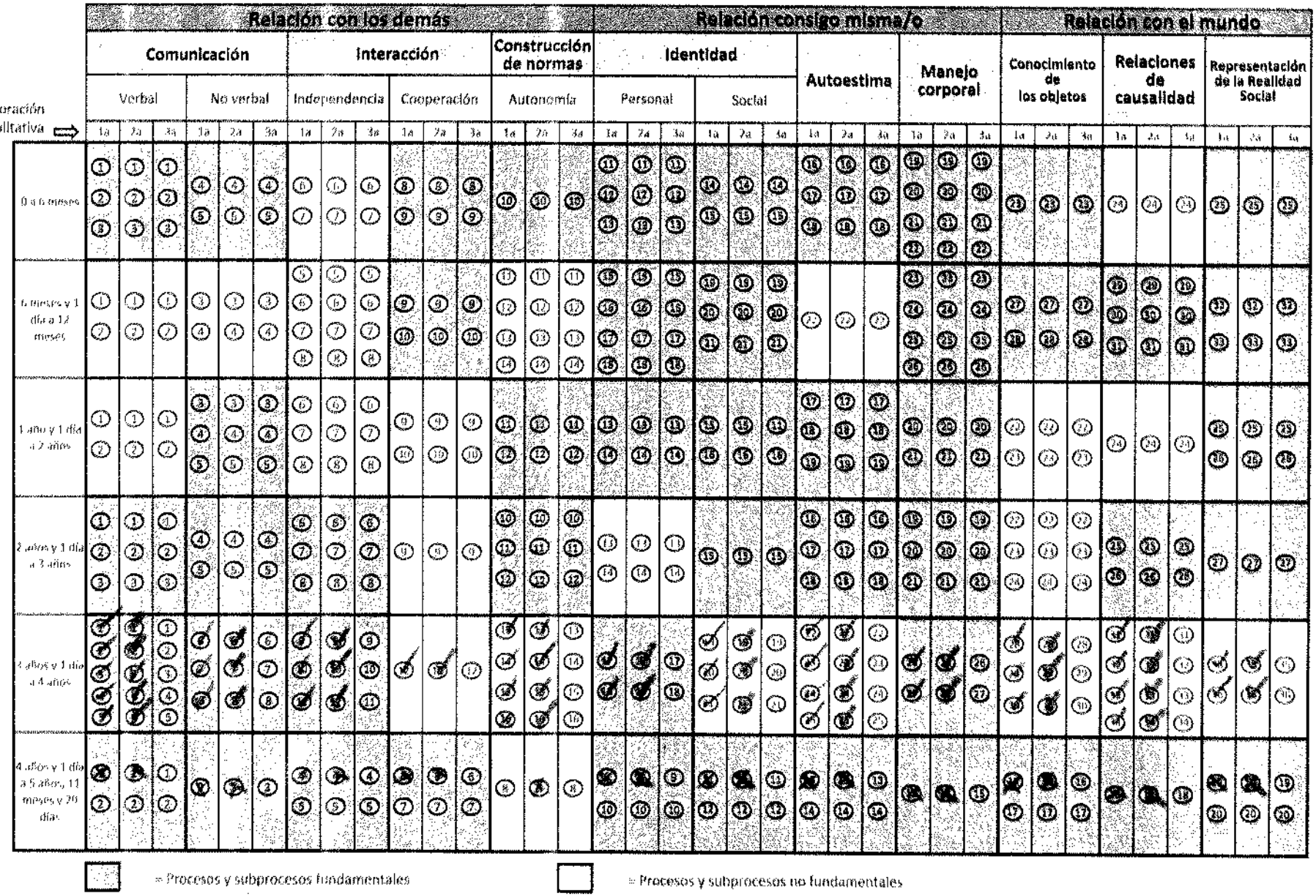
Fecha de resgistro cualitativo

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

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Andrea Cordoba NOMBRE UCA: Mis Texquitas

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Naidelyn Thaliana Salazar IDENTIFICACIO: 1122343935 FECHA DE NACIMIENTO: 1-marzo-2022

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
9-9-2025	X			300	Madre usuaria realiza llamado telefonico Para informar que no podra llevar a la niña al encuentro ya que tiene una cita medica y no puede asistir.		Andrea Cordoba	Se le recuerda a la madre la importancia de asistir a los encuentros se recomienda mantener informada cualquier novedad de la niña.	el dia 10-09-25 en horas de la mañana se realiza llamada telefonico para informar sobre el estado de salud de la niña en donde madre refiere estar bien.	Madre se compromete a asistir al proximo encuentro y mantener informada sobre el estado de salud de la niña. Se cierra Novedad.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: _____ IDENTIFICACIO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					

22
RIV

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Andrea Cordoba NOMBRE UCA: Mis Tesoritos

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Naidelyn Thaliana Salazar IDENTIFICACIO: 1122343935 FECHA DE NACIMIENTO: 7- marzo- 2022

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
20-08-2025	X		10:00		Madre mediante llamado via Wasap se comunica con agente educativo para solicitar permiso ya que no podra asistir al encuentro motivo que debe realizarse unos examenes.		Andrea Cordoba	se solicita a la madre informar cualquier novedad con la niña	el dia 21 de agosto se realiza llamado telefonico para preguntar sobre el estado de salud de la niña en donde manifiesta que se encuentra bien	Madre se compromete a continuar informando sobre el estado de la niña y asistir al proximo encuentro. se sierra novedad

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Sara Mueses NOMBRE UCA: Mis Teinuritas

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Naidelyn Thalia Salazar IDENTIFICACIO: 1122343935 FECHA DE NACIMIENTO: 13-02-2022

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
13-05-2025	x				Realizamos Revision de Documentacion para saber que si lo o no han su esquema de vacunacion el cual evidenciamos que le hace Falta el Biologico de La Influenza el cual por lineamiento para pedir del hospital el Biologico lo pierde por edad.	Ana Julia Castro	Stella Cuyuz	Orientamos a la madre de Familia quien Reflexionamos que debe estar pendiente sobre La salud de la niña para el Cumplimiento a Los Esquemas correspondientes		Madre se compromete a estar pendiente de La niña y Cierre Novedad.