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) ___SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7) ___Pertenecientes a Res UNIDOS ___Pertenecientes a Familias en Acción ___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición ___Remitidos por SNBF ___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado) ___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.) ___Niños y niñas con discapacidad. ___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión. ___Población migrante en condición de vulnerabilidad. ___Activos en ruta de reincorporación.
5	Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente: (ADRESS)
6	Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo).
6	Copia del carnet de vacunación.
7	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
8	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
9	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
10	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
11	Fotocopia de un recibo de servicios públicos domiciliarios cuando sea necesario (aplica para zona urbana y en zona rural solo si se cuenta con servicios públicos)
12	Certificado de asistencia a consulta de salud bucal (Niños y niñas mayores de 6 meses)
13	Certificado del examen de agudeza visual (Niños y niñas mayores de 4 años)
14	Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años)
15	Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal.
16	Formato de veracidad de la información ficha de caracterización.
17	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
18	Formato de autorización uso de imágenes.
19	Planilla seguimiento nutricional
20	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
21	Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa,

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



FECHA SOLICITUD CUPO: _____ FECHA INGRESO: 01-04-2025

UDS: MIS Ternuritas MUNICIPIO: San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Sara Isabella Devia Andrade.

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1122344214

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 17 Marzo 2023 EDAD: 2 Años MUNICIPIO: Puerto Asis

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION DE RESIDENCIA: V/ Risaralda ESTRATO: C1 ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: _____ NO: X ¿CUAL?: _____ MOTIVO DEL RETIRO: _____

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: _____

EPS DEL PARTICIPANTE: ENSANAR SUBSIDIADO: X CONTRIBUTIVO: _____

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

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: _____

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: _____

TIENE SISBEN: SI: X NO: __ PUNTAJE: C A 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: _____

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: N/A

No. 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

NIVEL DE ESCOLARIDAD: N A PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nayeli Guatuva Andrade

No. IDENTIFICACION: 1123305710 DIRECCION RESIDENCIA: V/ Risaralda

CELULAR: 3142946850 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Amadecusa

EMPRESA DONDE LABORA: — o —

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Nayeli Andrade

NUMERO IDENTIFICACION: 1123305710 CELULAR: 3142946850

DIRECCION: V/ Risaralda PARENTESCO: Madre

Nayeli Andrade
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Natalia Diaz
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

3

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.214

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63693481

63693481

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 0 6 2

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL/LA DORADA - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DEVIA	ANDRADE

Nombre(s)

SARA ISABELLA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes MAR Día 17	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	230368103437352

Datos de la 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

ANDRADE GUEDIVA NAYELI

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.123.305.710	COLOMBIA

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

DEVIA ANAYA NICTOR

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.126.454.515	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DEVIA ANAYA NICTOR

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.126.454.515	Nictor Devia

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 2023 Mes ABR Día 04	ROY EDISON CALLE GUIRAMA REGIST Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



Sisbén

Registro valido

Fecha de consulta: 10/11/2025

Ficha: 86757674952700001592

C4

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: SARA ISABELLA

Apellidos: DEVIA ANDRADE

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344214

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/08/2023

Última actualización ciudadano: 04/08/2023

Última actualización vía 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	1122344214
NOMBRES	SARA ISABELLA
APELLIDOS	DEVIA ANDRADE
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	18/03/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/03/2025 12:12:02	**Estación de origen:**	192.168.70.220

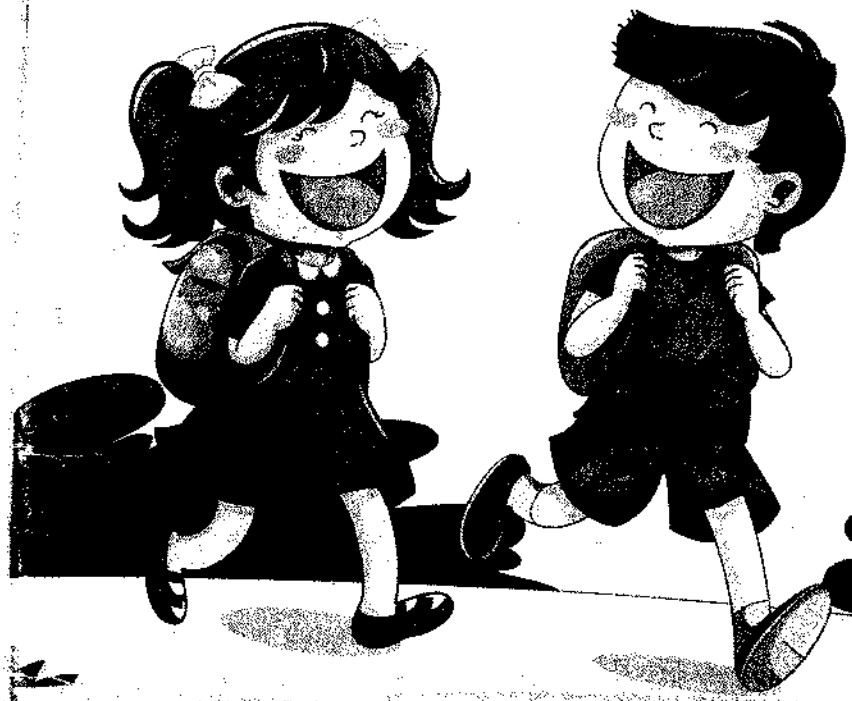
La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la 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.

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

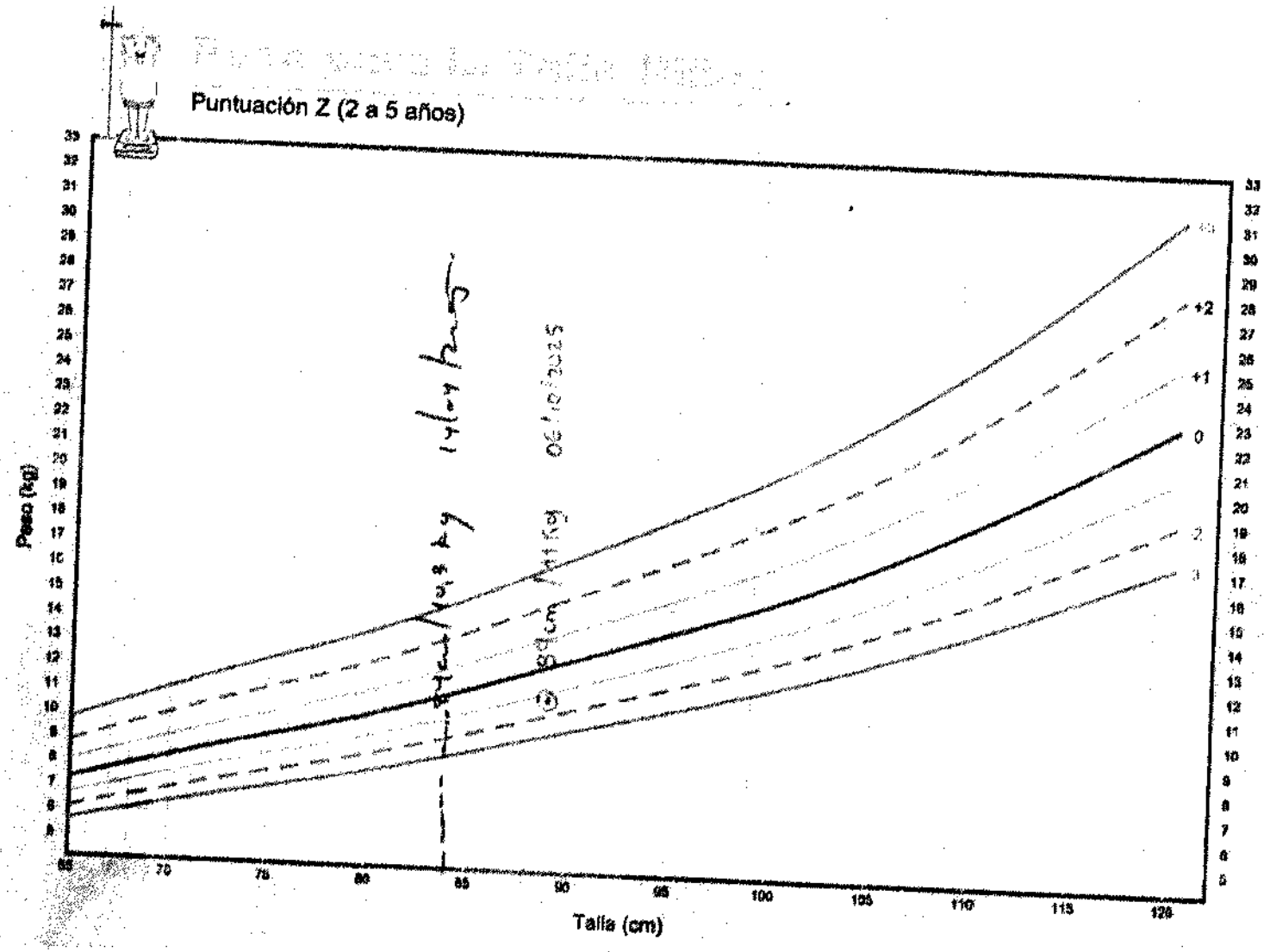
...Sanos

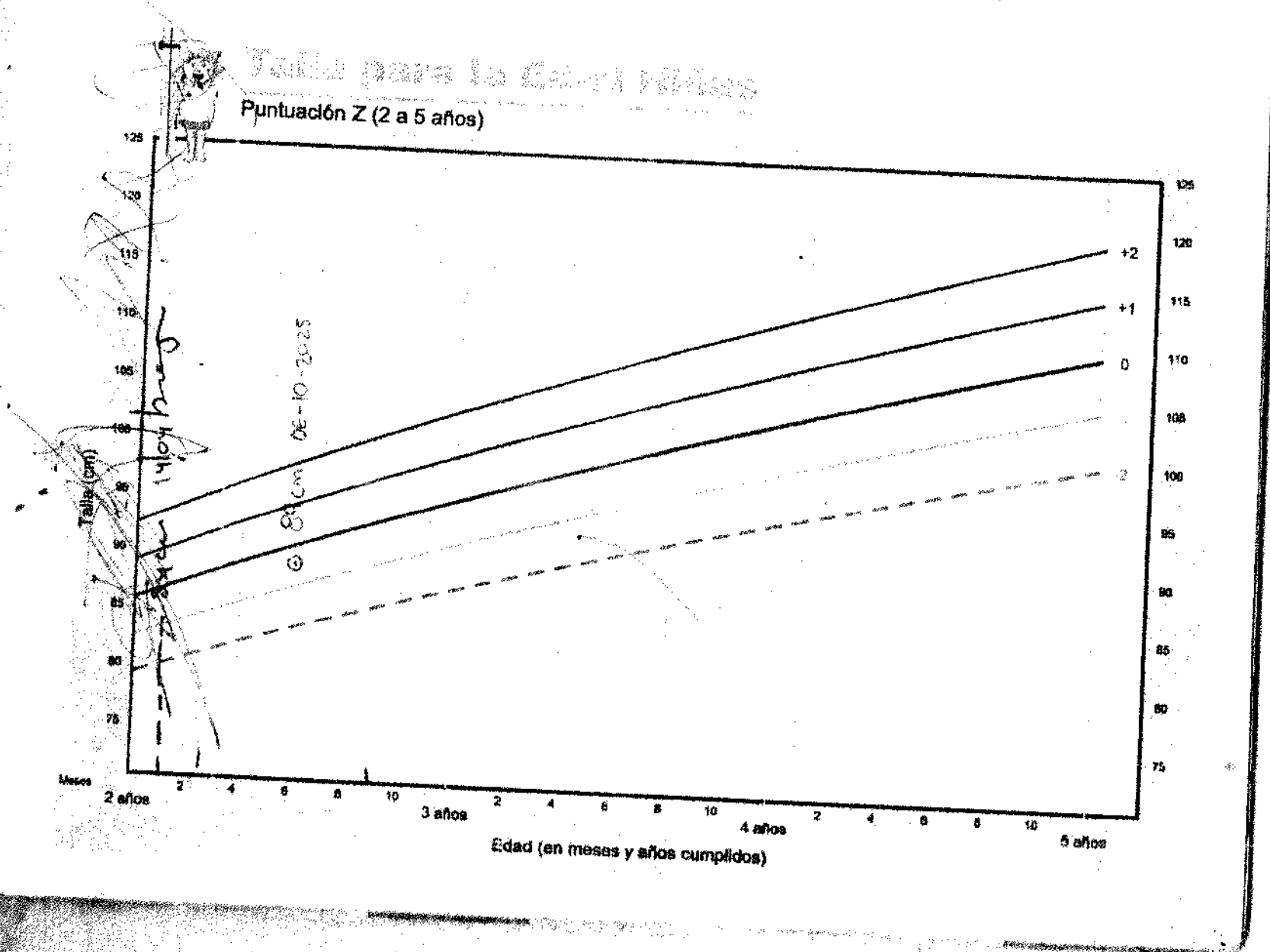


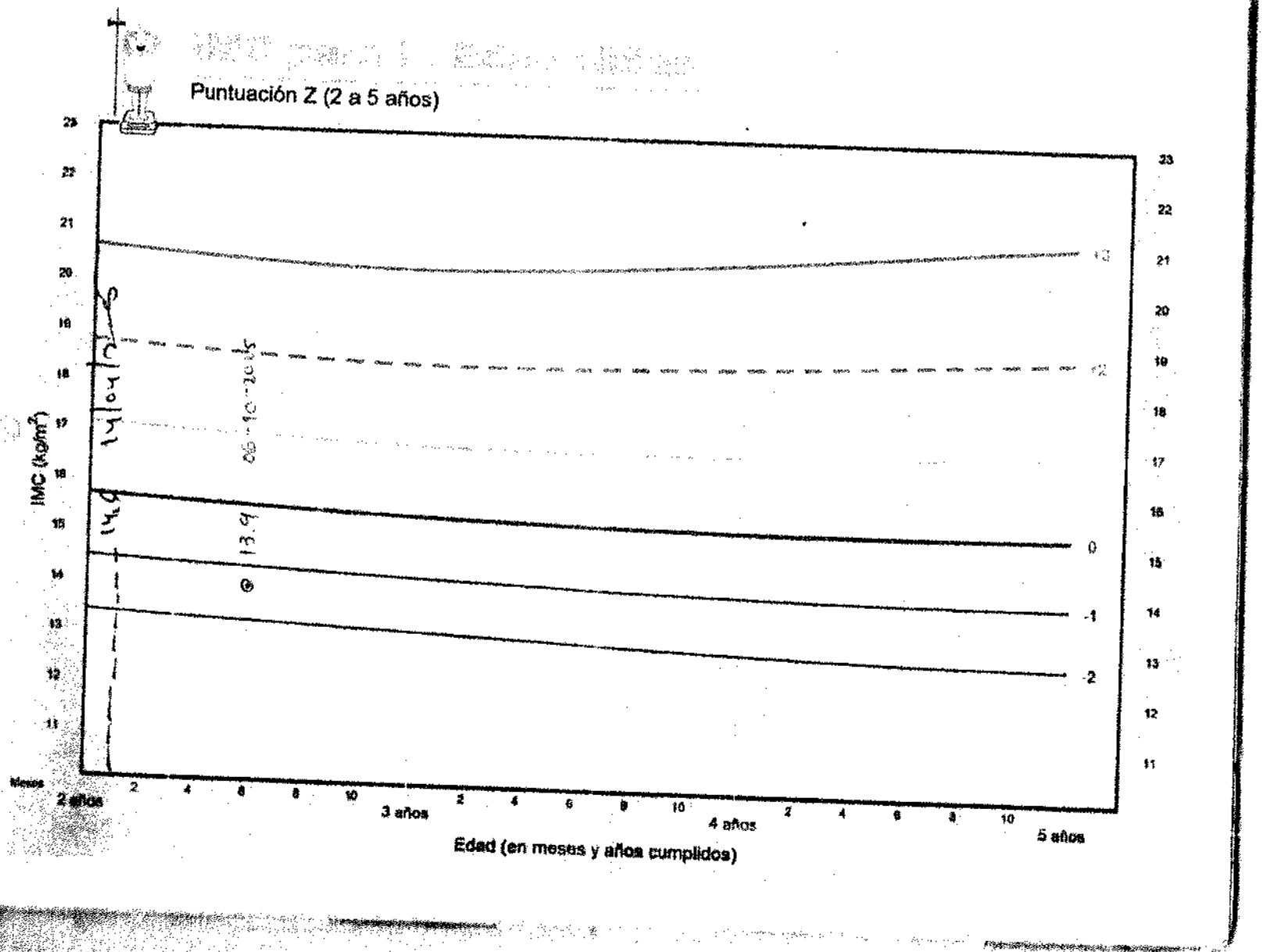
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: SARA ISABELLA	Apellidos: DEVIA ANDRADE
Fecha de nacimiento: 17 (DÍA) | 03 (MES) | 2023 (AÑO)	Historia Clínica: 1122344214
Barrio/Vereda: V/ RISARALDA	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS: 115

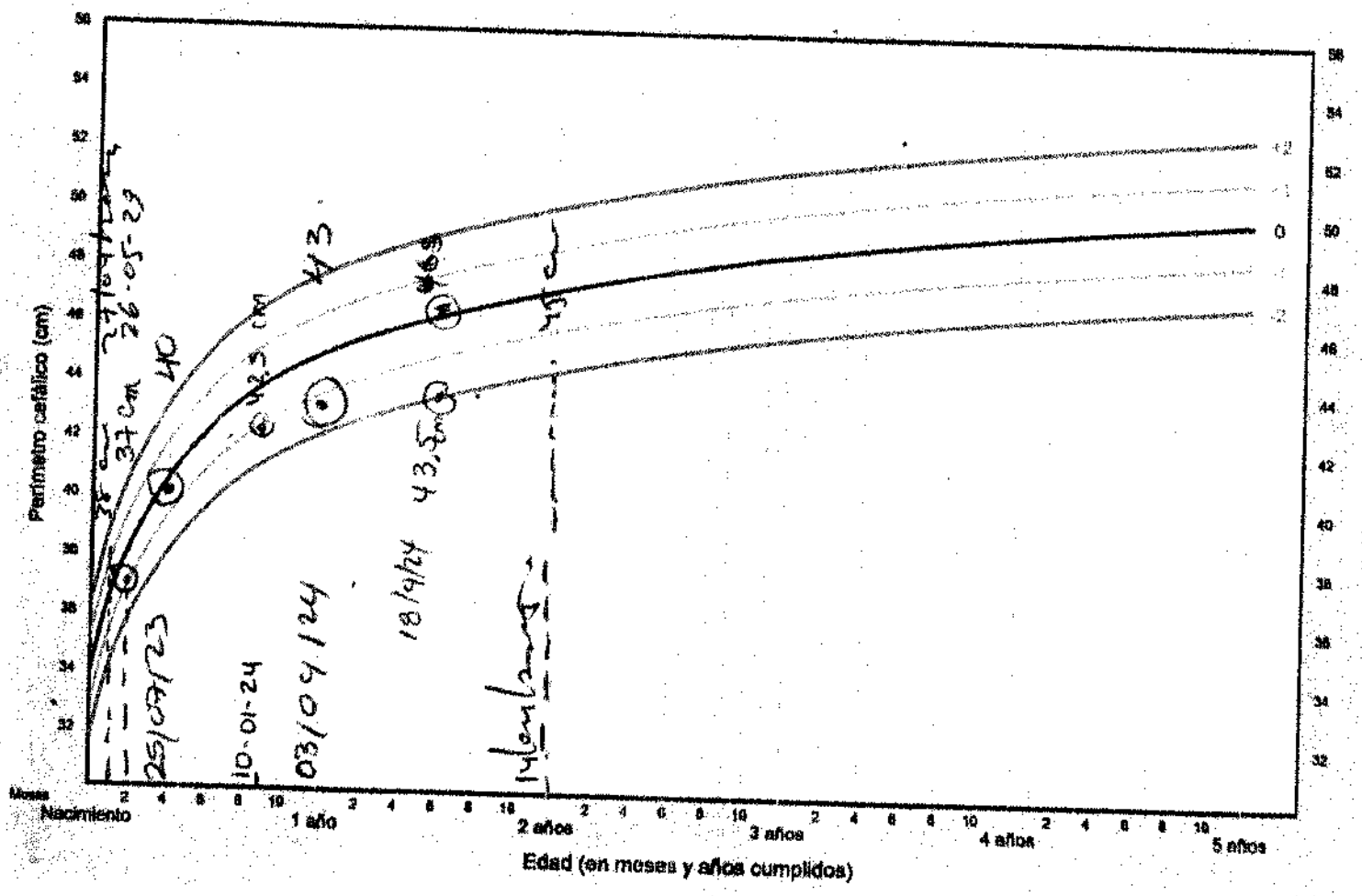

Puntuación Z (2 a 5 años)
Peso (kg)
Talla (cm)
+2
+1
0
-2
-3


Puntuación Z (2 a 5 años)
Talla (cm)
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-2


Puntuación Z (2 a 5 años)
IMC (kg/m²)
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
3
2
1
0
-1
-2
14.4
13.9
14.04
26-10-2015

Perímetro Cefálico (PC)

Puntuación Z (0 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
17	05	2023	ENF	Si 26-05-23	
17	Julio	2023	MED.	Si ✓	
17	Sept.	2023	Enf	✓	
10	Enero	2024	Enf	✓	
17	Marzo	2024	Med	—	
03	Abril	2024	Medi	Si ✓	
17	Sept.	2024	Enf.	SIV Milena C	
18	Marzo	2025	Medico		X
14	04	2025		✓	
17	09	2025			
06	Octubre	2025	Enfer	SIV Milena C	
14	Marzo	2026	Medico	cita	

Dra. Magaly Cabrera
Médico General
M.P. 67027189-Univalle

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
24/04/23.	7,7.	53	38.	15.	15,2.	12/05/23	
26-05-23	4,7	57	37	13	14,5	17-09-23	Dra. Magaly Cabrera Médico General M.P. 67027189-Univalle
25/07/23	6.	63	40	13	15,1	17/09/23	
20/09/23	7,7	66	41,5	13,5	17	12/12/23	
10/01/24	7,5	69,5	42,3	14	16	17/03/24	Dra. Magaly Cabrera Médico General M.P. 67027189-Univalle
03/04/24	7,8	73	42	13	13,9	12/06/24	
28/09/24	9,5	77	43,5	13,5	15,2	27/03/24	Milena C.
14/04/25.	10,3	84	45	14	14,6.	12/09/25	
06.10.2025	11	89	45	15	13,9	13-03-2025	Milena C.

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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1. entrega			
2. entrega			
3. entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega						
2.ª entrega						
3.ª entrega						
4.ª entrega						
5.ª entrega						

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6 mes			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL -AGUDEZA VISUAL

3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

Vacunar oportunamente con todas las dosis a tus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por 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:

0 meses

2 meses

4 meses

6 meses

7 meses

12 meses

18 meses

5 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: Sara Isabella Devia Andrade.

Fecha de nacimiento: 17 mayo 23.

N° de certificado de nacido vivo: 2303631038325 2.

Registro civil:

Sexo: F

Grupo sanguíneo

Peso al nacer: 3450

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Nayeli Andrade.

Municipio de residencia: la dorada.

Departamento: Rotmayo

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
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
Recién nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	17	MAY	23	Serum	03711MA0993	H Local				Tamara Linares
	Hepatitis B	Recien nacido	17	MAY	23	Serum	03210D01310	H Local				
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.°	13	06	23	Biol	220801 6					Saoly Martinez
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	1.°	13	06	23		C85 1X04 0C		cita 13 agosto 2023			
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	1.°	13	06	23	Serum	1 1 1 1 1 1 1 1	HFUD				
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°	13	06	23	Serum	A201 0095 AA					
	Diarrea por rotavirus	1.°	13	06	23	GSK						
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	13	06	23	Pfizer	EX85 89					
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.°	22	08	23	Biological	2SNOU20214					Yuren A.
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	2.°	22	08	23	Serum	28S1X0 4 0C	HND	Cita 10-23			
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	2.°	22	08	23	Serum	28S1X0 4 0C	HFUD				
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°	22	08	23	Serum	A2S1X0 4 0C					
	Diarrea por rotavirus	2.°	22	08	23	GSK	A220 1 90 93 AA					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	22	08	23	Pfizer	FFU8 95					
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.°	23	10	23	Biolog	2208 5U16A					Jeniffer C
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	3.°	23	10	23	Serum	2208 4U33C	HND				
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	3.°	23	10	23	Serum	2258 4U32C	HFUD	Cita: 17- MARZO 2024			
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°	23	10	23	Serum	2251 4U3PBC					
	Influenza estacional	1.°	14	05	24	Butantan	2409 2991 0D					
7 meses	Influenza estacional	2.°	30	07	24	Butantan	2402 7900					Jeniffer Cabrera
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	03	04	24	Serum	0132N0 4 8B					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	03	04	24	Pfizer	F499 25					
	Varicela	2.°	03	04	24	XO Merck	X006 537					
	Hepatitis A	Única	03	04	24	MSD	W027 736					
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	1.° Refuerzo	18	11	24	Biological	2239 003	HFUD	Cita: 23 octubre 2024.			Saoly M Jeniffer C.
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.° Refuerzo	18	11	24	Serum	2823 X01 3B	HFUD				
	Fiebre amarilla	Única	03	04	24	Sanofi	231 VEC 0 03 E					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	2. Refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2. Refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	18	11	24	Serum	0132NO 7 1 B	HFUD	CITA 5 AÑOS CUMPLIDOS			Saoly M.
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
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.

13
P/N

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

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 | Viceversa

CIUDAD San miguel FECHA: DIA 06 MES 06 AÑO 2025 HORA: 3 pm

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Sara Isabella APELLIDOS Deula Andrade

TIPO DE IDENTIFICACION: RC [x] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NUMERO: 1122344214

FECHA DE NACIMIENTO DIA: 17 MES: 03 AÑO: 2023 EDAD: 2A años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emsanar

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunacion es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el pais 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 si mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación. Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación cientifica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

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

No quiere acceder a la vacuna

¿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 única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (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 farmacológica mas eficaz que la vacunacion para la prevencion 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 clinica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante, lo cual debera presentar al momento de la vacunación certificacion 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, despues de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condicion, 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 participan 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 medico 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: Nardi Andrade Cubides CC 1123305710

En caso de requerirse, identificación y firma del representante legal

Nombres _____ Apellidos _____

Tipo de identificación: CC[X] CE[ ] OTRO[ ] Numero 1123305710

Firma: _____

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

_____ Identificado(a) con C.C[ ] C.E[ ] OTRO[ ] numero _____

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

_____
Firma del Rogado
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Jenifferi Yuliath Cabezas Meneses

Firma Jenifferi Cabezas Tipo de Identificación: CC[ ] CE[ ] OTRO[ ] Numero 1126446069

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putomayo 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

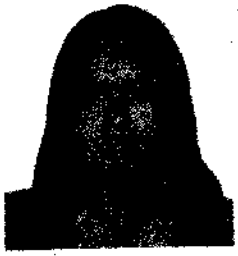
NUMERO **1.123.305.710**

ANDRADE GUATIVA

APELLIDOS

NAYELI

NOMBRES



nayeli Andrade Guativa

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-DIC-1991**
PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

21-OCT-2010 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6400200-00269428-F-1123305710-20101207 0028125583A 1 35788148

15

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.126.454.515**

DEVIA ANAYA

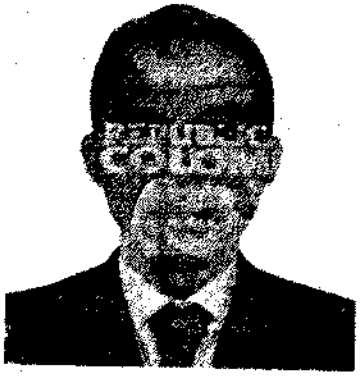
APELLIDOS

NICTOR

NOMBRES

Nictor Devia

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-MAR-1994**

VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

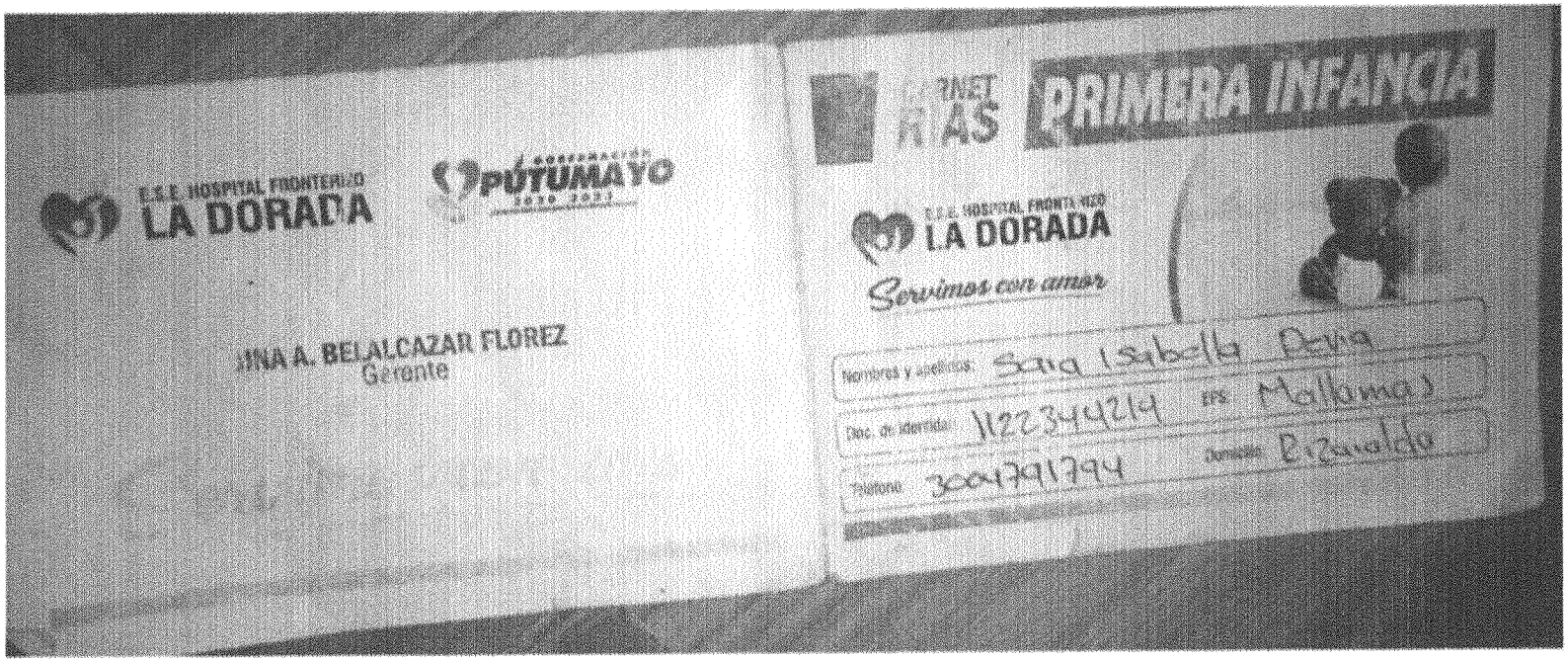
1.73	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

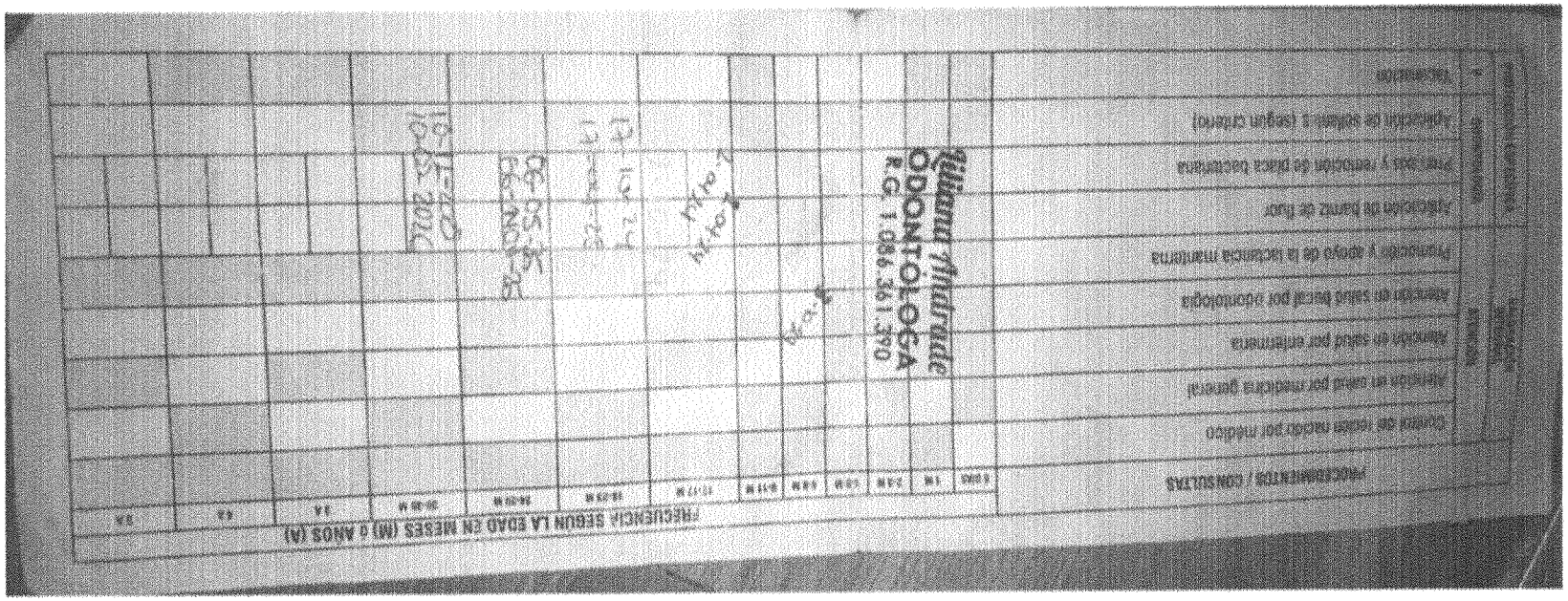
16-MAR-2012 VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-6401800-00618127-M-1126454515-20140903 0039832958A 1 41680068


E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
PUTUMAYO
INA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente
PRIMERA INFANCIA
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
Servimos con amor
Nombres y apellidos: Sara Isabella Pena
Doc. de identidad: 1122344214
EPS Mallamas
Telefono: 3004791794
Domicilio: Bizerralda


ODONTOLOGÍA
R.G. 1.088.361.390
PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS
Consulta de primer nacido por médico
Atención en salud por medicina general
Atención en salud por enfermera
Atención en salud bucal por odontología
Fluoruración y aplicación de la lactancia materna
Aplicación de flúor barniz de flúor
Profilaxis y remoción de placa bacteriana
Aplicación de sellantes (según criterio)
Valoración
RECIBIDA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) O AÑOS (A)

Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo NAYELI ANDRADE Identificado con C.C N° 1123305710 en calidad de: padre o madre ( ), del niño o niña: Sara Isabella Devia o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mis ternuritas, 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.

NAYELI ANDRADE
Madre o Acudiente
C.C 1123305710

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 Sara Isabella Devia andrad, identificado (a) con documento de identidad número 1122394214, 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	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Nayeli ANDRADE GUATIVA, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1123305910, 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	

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 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: Nayeli GUATIVA ANDRADE
Nombre: Nayeli Andrade
Calidad - Titular: x Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 314 2946850
Fecha: 01-04-2024
Municipio: SAN MIGUEL

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel

Nombre completo de la niña o niño SARA ISABELLA DEVIA ANDRADE

Fecha de nacimiento 17 03 2023 **N° Documento de Identidad** 1122344214

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Yennifer Quiñonez Diaz

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 **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

la niña Sara Isabella Andrade Se encuentra en Perfil esperado ya que realiza actividades de acuerdo a su edad. Sara conoce su nombre interatua con las Personas mediante el juego.

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

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 **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

La niña Sara Devia realiza y participa activamente en actividades Propuestas de acuerdo a su edad. La niña se encuenta en Perfil esperado.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

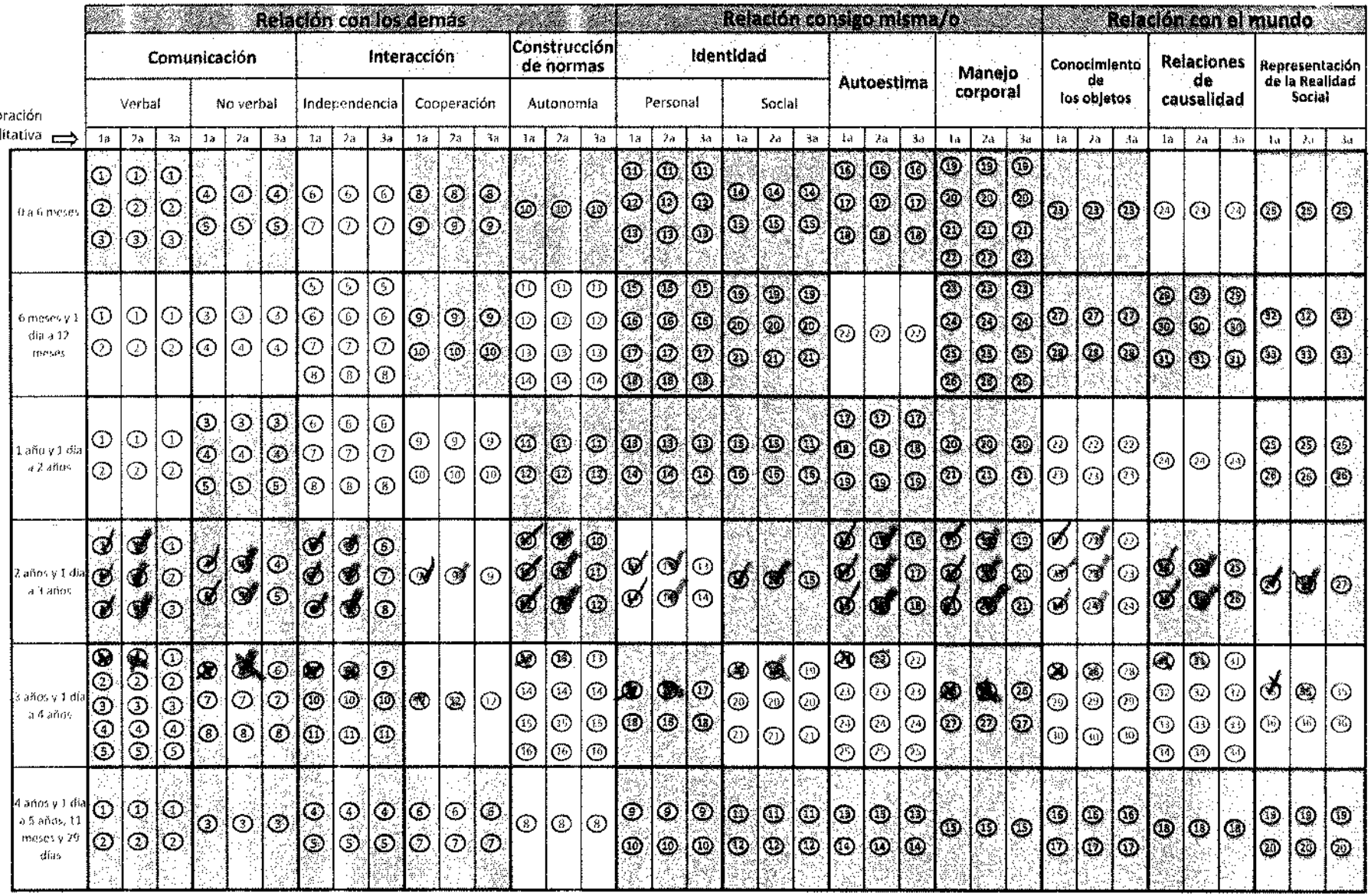
Fecha de resgistro cualitativo

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

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

Observaciones generales

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



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA
"EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Sara Isabella Dera IDENTIFICACIO: 1122344214 FECHA DE NACIMIENTO: 17-marzo-2023

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					
10-08-2025					realizamos dialogo con la madre de familia donde nos da a conocer que la niña no presenta la vacuna de refuerzo de influenza por motivos de que el biologico no se encontraba	nayela Andrade G	Andrea Cordoba	le damos a conocer a la madre de familia que evidenciamos que por la edad perdio su biologico de influenza		Madre se compromete a estar mas pendiente de la documentación de la niña. Se cierra la novedad el 10-08-2025
27-09-2025	X				disponible Realizamos llamada telefonica donde la Madre de Familia Nos da a conocer que por motivo que la Fecha de la cita de CyD no lo ha llevado porque es un sabado y no hay Atencion de parte de hospital.	nayely Andrade G.	Andrea Cordoba	Ofertemos a la Madre de Familia sobre la importancia de tener la Documentacion al dia.		Madre se compromete a llevar a la niña para el d., 3-10-2025 ya que ella tiene disponibilidad para agendar una cita para la salud de la niña, y hoy entregara en horas de la Documentacion