Fundación Agua de Vida

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripción y Matricula con ffotografía 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).
7	Copia del carnet de vacunación.
8	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
9	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
10	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
11	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
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	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
17	Formato de autorización uso de imágenes.
18	Planilla seguimiento nutricional
19	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
20	OTROS: Formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa (Cuando aplique

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

FECHA SOLICITUD CUPO: 26-03-2025 **FECHA INGRESO:** 01-04-25

UDS: Grandes exploradores **MUNICIPIO:** San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Jhonar Alexis Pantoja Santi

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1122343692

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 29 Nov-2020 **EDAD:** 4 años **MUNICIPIO:** San Miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** Colombia **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: V/Albania **ESTRATO:** 1 **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: ____ NO: X
¿CUAL?: ____ **MOTIVO DEL RETIRO:** N/A **PARTICIPA**

EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: ___ NO: X CUAL: ____ **EPS DEL PARTICIPANTE:** Emssanar

SUBSIDIADO: X **CONTRIBUTIVO:** _ **PRESENTA DISCAPACIDAD:** SI: __ NO: X **DIAGNOSTICO:** ____
____ **ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD:** ____
____ **PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD:** SI: ___ NO: X CUAL: ____

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: ___ NO: X CUAL: ____ **TIENE**

SISBEN: SI: X NO: __ PUNTAJE: ____ **DESPLAZADO:** SI: _ NO: _ **VICTIMA DEL CONFLICTO**

ARMADO: SI: ____ NO: X **RED UNIDOS:** SI: ____ NO: ___

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: ___ NO: X CUAL: ____

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carlos Yasmani Pantoja Quindigua **No. IDENTIFICACION:** 1122336765 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/Albania **CELULAR:** 3219612038 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: oficios Varios **EMPRESA DONDE LABORA:** N/A **NIVEL DE ESCOLARIDAD:** Secundaria **PROFESIÓN:** N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Magali Yamileth Santi Parra **No. IDENTIFICACION:** 2100891635 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/Albania **CELULAR:** 3229559614 **E.P.S:** No tiene

OCUPACION U OFICIO: oficios Varios **EMPRESA DONDE LABORA:** N/A **NIVEL DE ESCOLARIDAD:** Secundaria **PROFESIÓN:** N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Carlos Yasmani Pantoja
NUMERO IDENTIFICACION: 1122336765 **CELULAR:** 3219612038
DIRECCION: V/Albania **PARENTESCO:** Padre

Carlos Pantoja
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE **FIRMA AGENTE EDUCATIVA**

Latitud

0.301155

N0°18'4.15656"

Longitud

−76.766094

W76°45'57.93948"

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 1442804

NUIP 1.122.343.692

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
PANTOJA SANTI JHONAR ALEXIS

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	0	Mes	N	O	V	Día	2	9	MASCULINO	

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	1	Mes	A	B	R	Día	2	1	0061318440

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
SANTI PARRA MAGALI YAMILETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DOCUMENTO EXTRANJERO 210089163-5	ECUADOR

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
PANTOJA QUINDIGUA CARLOS YASMANI

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.336.765	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
PANTOJA QUINDIGUA CARLOS YASMANI

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.336.765

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) | X | Código: 8 | 2

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)											
Año	2	0	2	1	Mes	A	B	R	Día	2	1

Adhesivo Copia Registro Civil
[redacted]
28209238-5

Nombre y firma del funcionario

ROY [illegible] CAICEDO QUIRAMA

Registrador del Estado Civil

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 22/10/2025

Ficha: 86757002479000000113

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JHONAR ALEXIS

Apellidos: PANTOJA SANTI

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343692

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/11/2017

Última actualización ciudadano: 08/06/2021

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	1122343692
NOMBRES	JHONAR ALEXIS
APELLIDOS	PANTOJA SANTI
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	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	01/12/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/19/2025 18:38:57	**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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



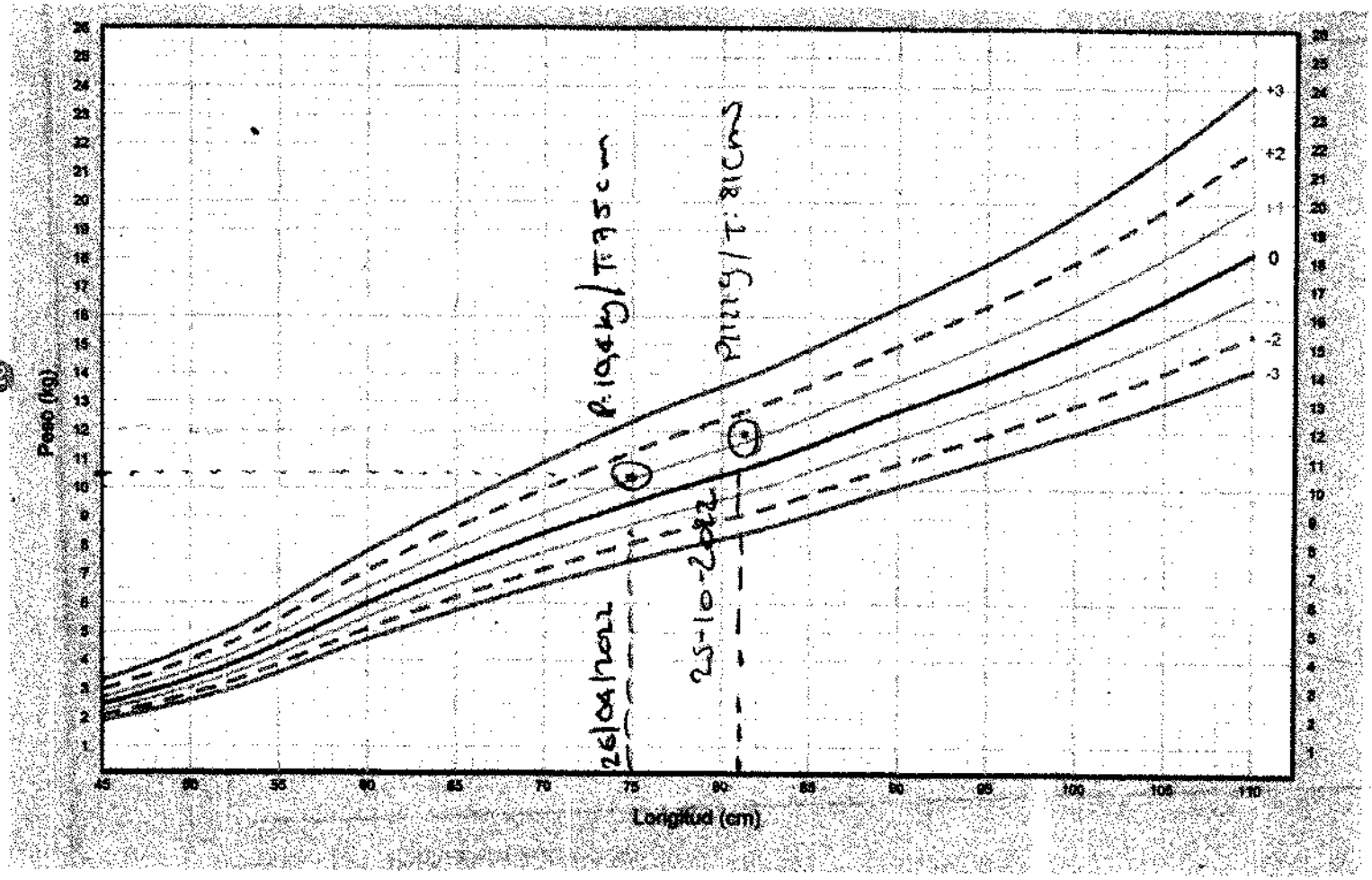
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Janer Alexis	Apellidos: Pantoja Santi
Fecha de nacimiento: 29 DÍA | 11 MES | 2020 AÑO	Historia Clínica: 1122343692.
Barrio/Vereda: V/ Albania.	Responsable del niño: Carlos Yasmani Pantoja.
Teléfono: 3109428259.	EPS: Emssanar.

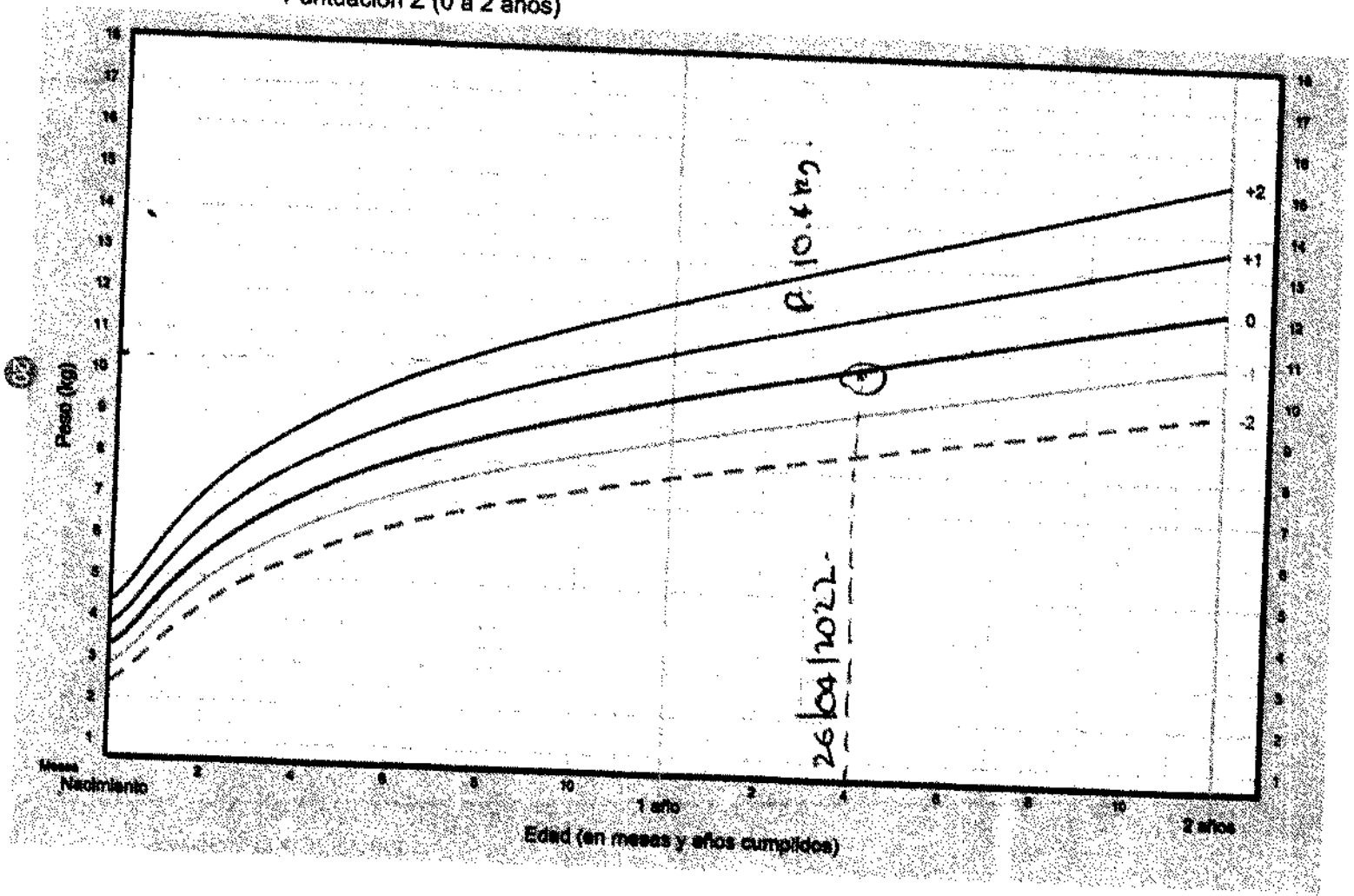
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso para la Edad Niños

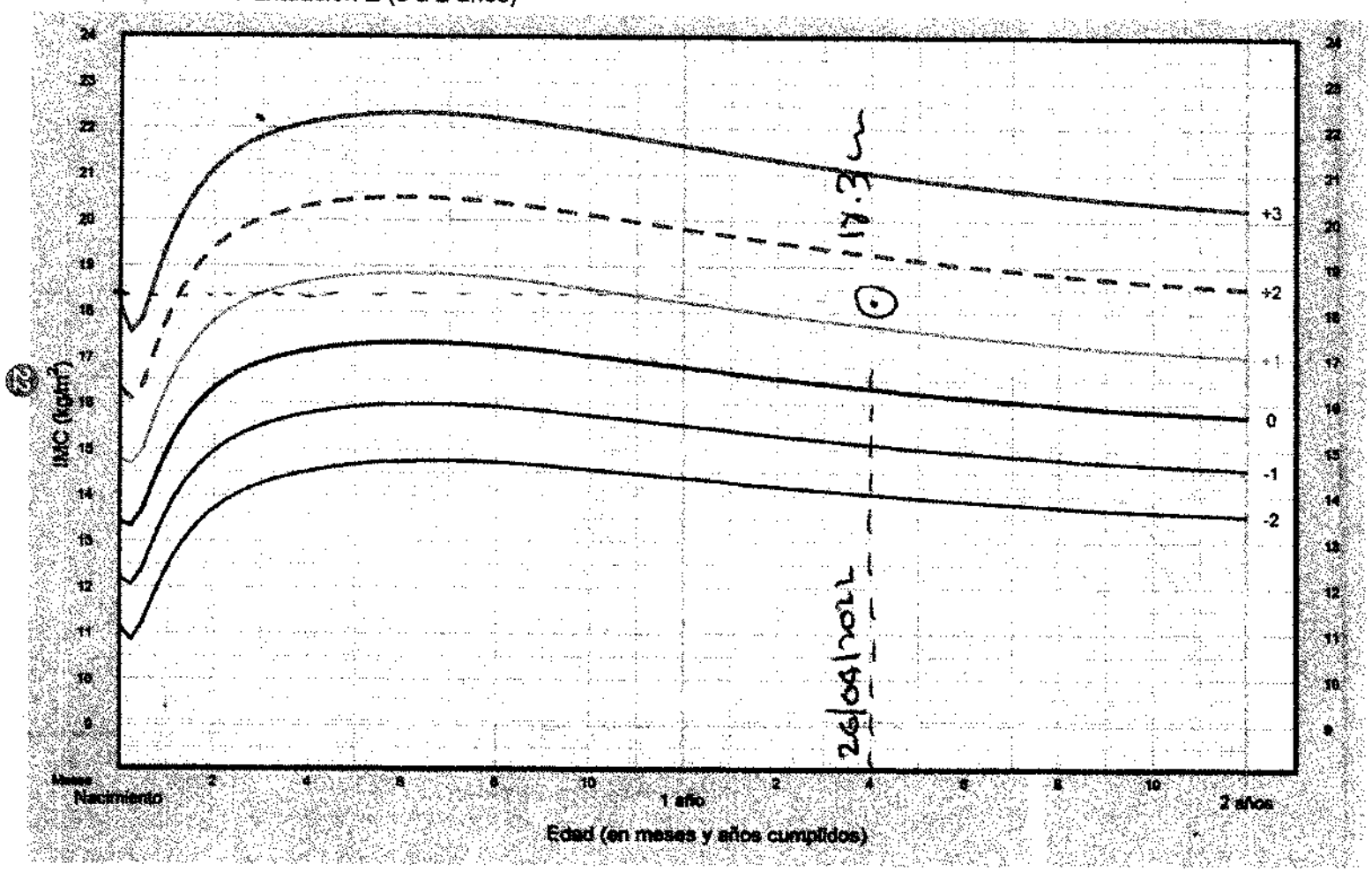
Puntuación Z (0 a 2 años)



8
R/V

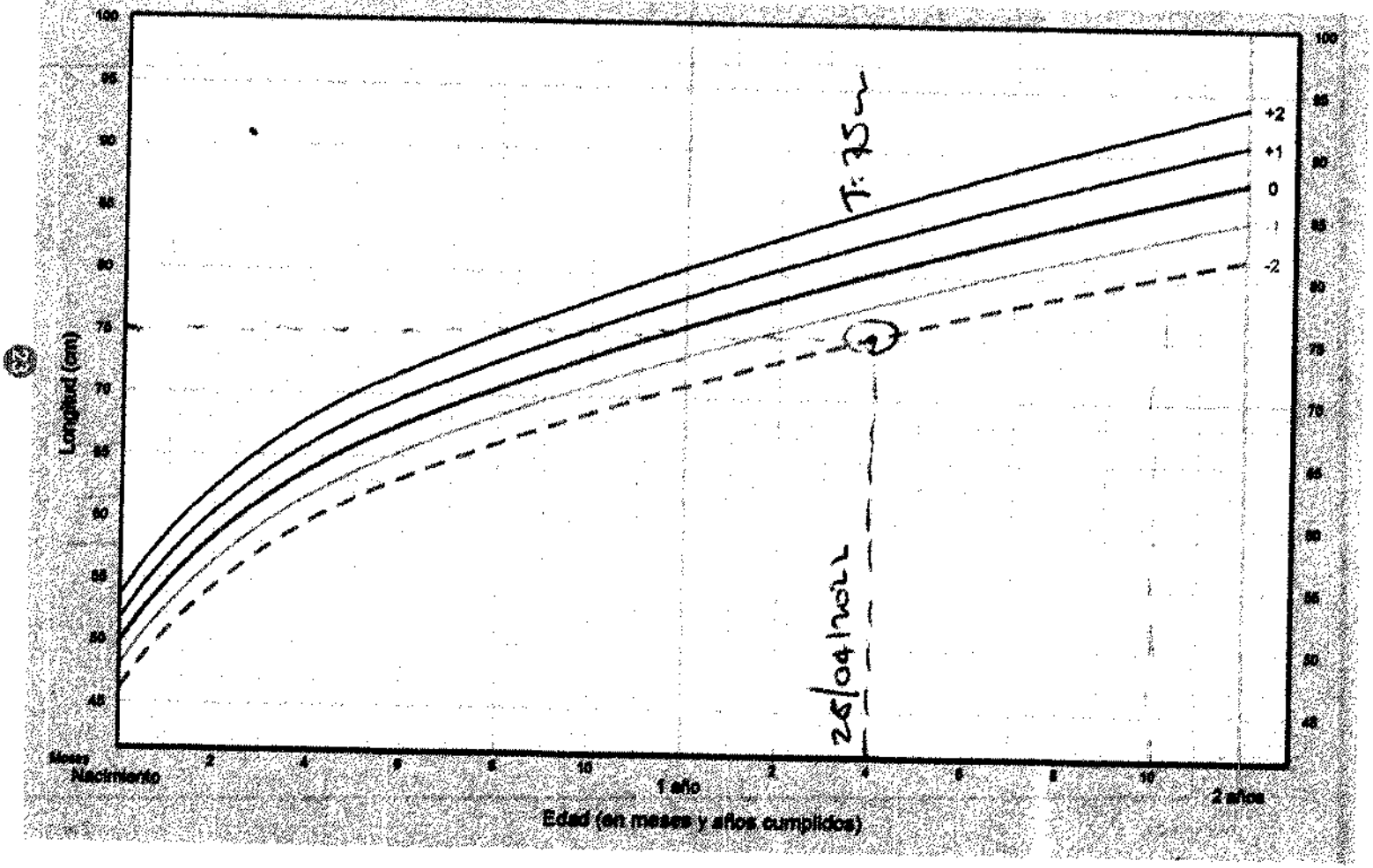
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Talla para la Edad Niños

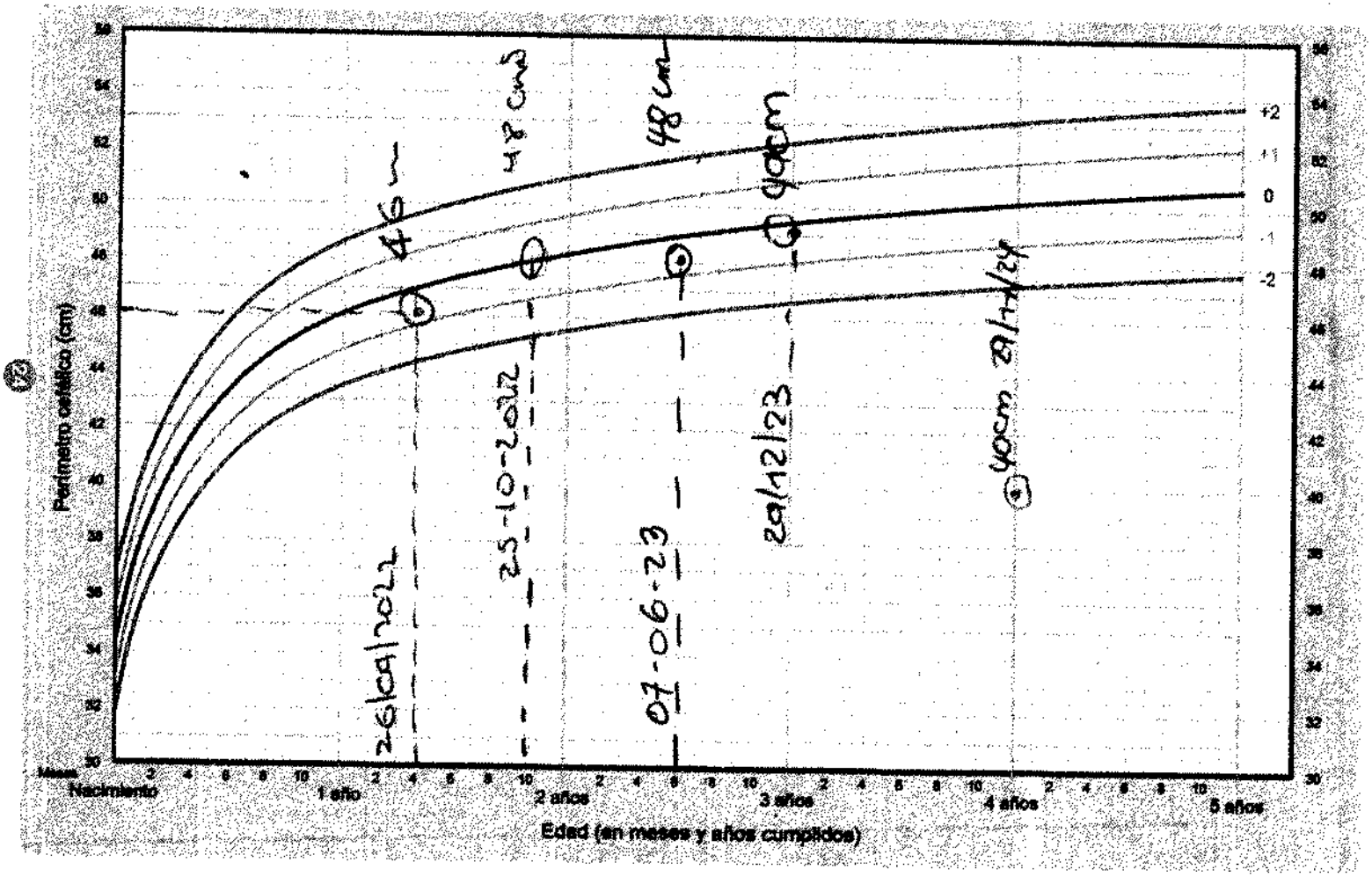
Puntuación Z (0 a 2 años)



9
R/V

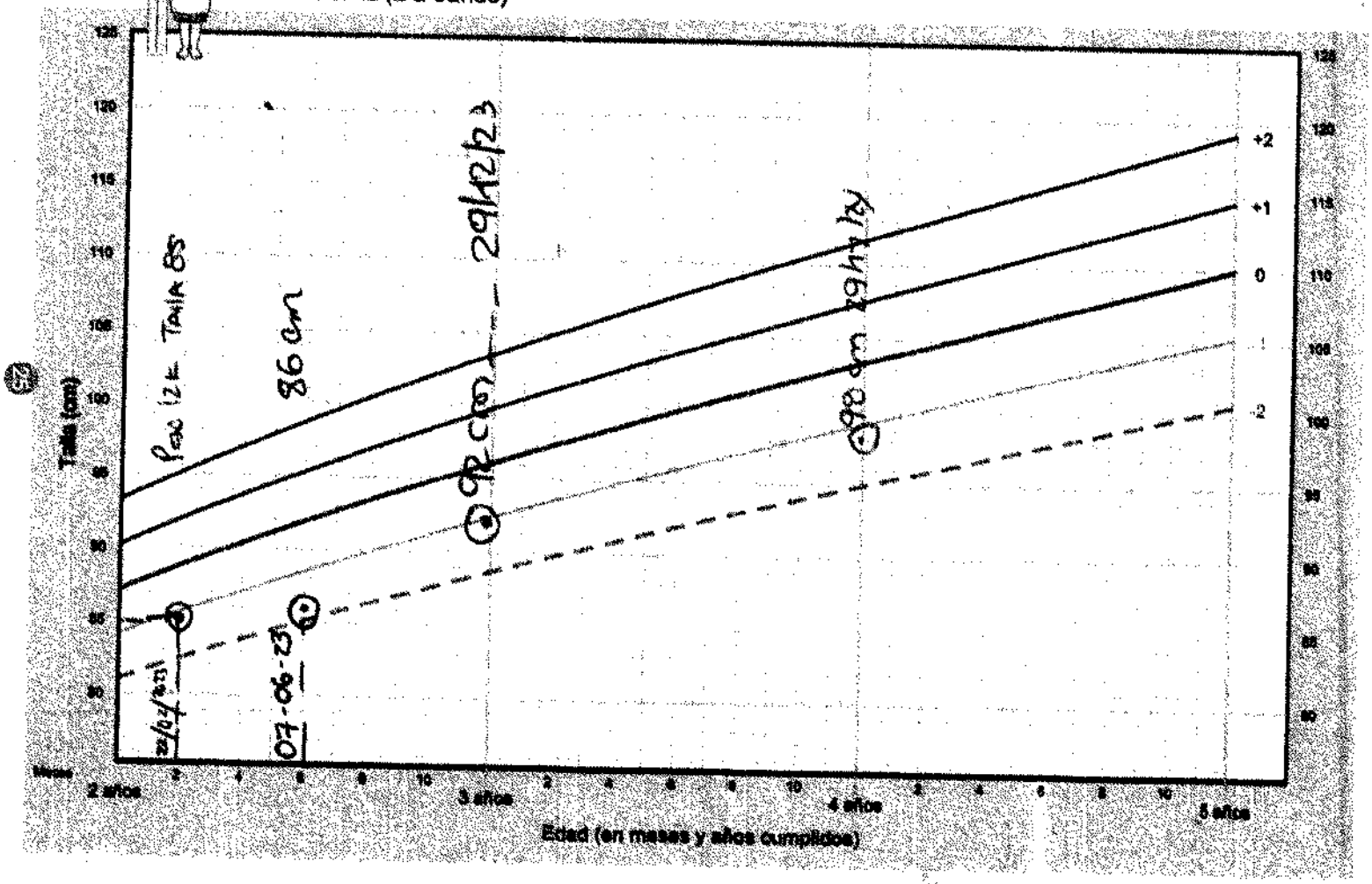
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



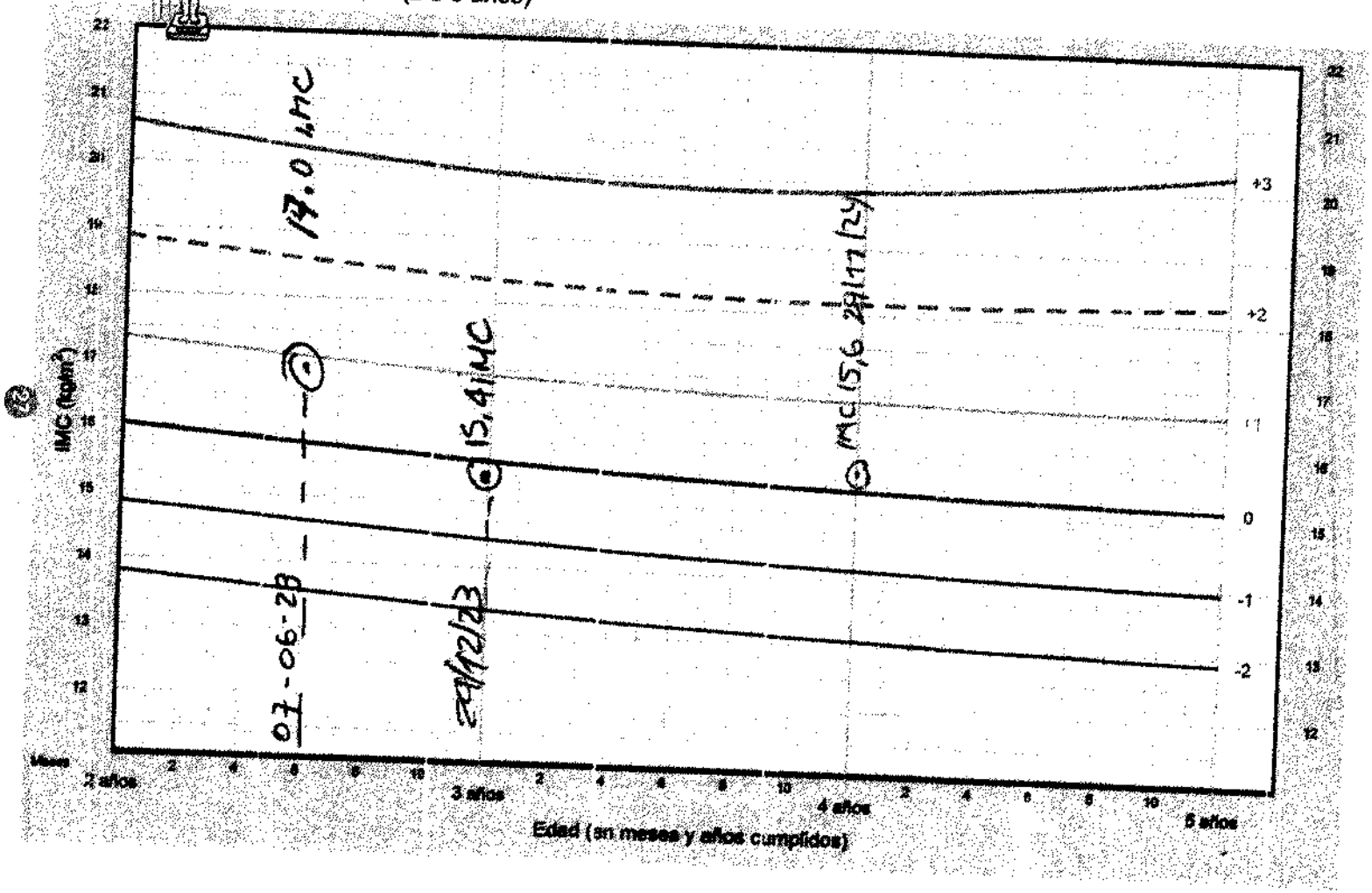
Talla para la Edad Niños

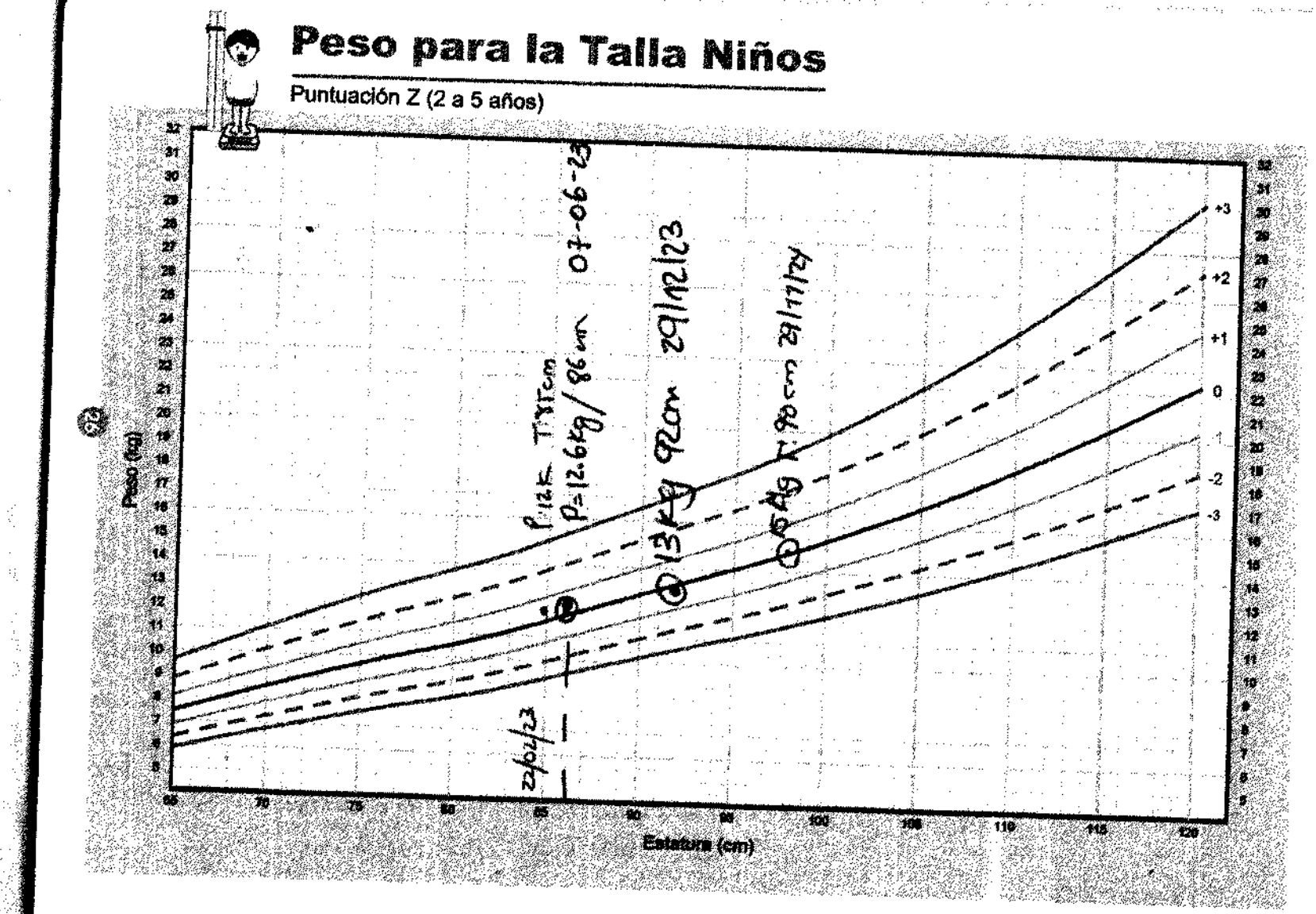
Puntuación Z (2 a 5años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)




Peso para la Talla Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Peso (kg)
Estatura (cm)
+3
+2
+1
0
-1
-2
-3
P 12K T 88cm 07-06-23
P=12.6kg / 86 cm
13Kg 92cm 29/12/23
6Kg T 80 cm 21/11/24
26/04/23

CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
25	octubre	2022	x Enf		
25	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SI	
29	MAYO	2023	Enfer	Si 07-06-23	
29	NOVIEMBRE	2023	MEDICO	Si	
29	NOV	2024	Enfe.	SI/ Milena C.	
29	NOV	2025	Medico		

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
24/01/2023	12	85	49	14.5		24/05/2023	
07-06-23	12.6kg	86cm	48	16.	17.0	29-11-23	
29-12-23	13.	92	49	15	15,4	29-11-24	
29-11-24	15	98	50	75	15,6	29-nov.2025	Milena C-

12
R/V

A DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
TE EN ACCIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

o de vida:	**Fecha:**

PRIMER CONTROL MÉDICO

ormes de vida:	**Fecha:**

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió

s deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina
es desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de
tocolo de la estrategia AIEPI.

Fecha	Edad	Fecha
	42 meses	
	48 meses	
	54 meses	
	60 meses	
	66 meses	

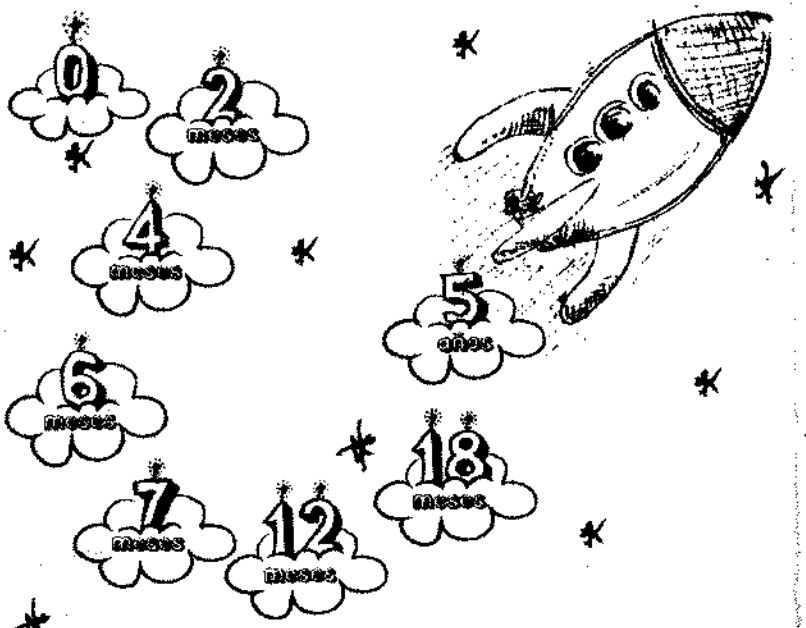
niños se debe realizar toma de TSH al momento
estudio de hipotiroidismo.

TSH:	
ón:	
verificó:	

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

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI

de cero a siempre

MinSalud

Vacunas al día, se la ponemos fáci

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Jonex Alexis Portilla
Fecha de nacimiento: 29 Nov. 2020
Nº de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: 1122343692
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 3.300 kg
Dirección: Nueva Armonía
Teléfono: _____
Responsable: Angely Sanchez
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo
TI 1008916365

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: Jonar Alexis Portela [redacted] Reg. Civ. [redacted] 1122343692

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Numero de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombr
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva Sí☐ No☐							
	Tuberculosis B.C.G.	Única	27 Abril 2004	Serum	0372 MA052	PS Afiliado		Marcos
	Hepatitis B	Recién nacido						Tec. Aux.
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí☐ No☐							665
	Polio (Oral - IM)	1ª	25 Marzo 2021	Sanofi	B3 1891	PS A		Marcos
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	25 Marzo 2021	B0594032A	Biologicals	SPS Afiliado		Marcos
	Rotavirus	1ª						
	Neumococo	1ª	25 Marzo 2021	6 5 K	ASPN0238BA	PS Afiliado		
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí☐ No☐							Marcos
	Polio (Oral - IM)	2ª	5 Mayo 2021	Biologicals	20170004	PS Afiliado		
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	5 Mayo 2021	Biologicals	20594021B	PS Afiliado		Marcos
	Rotavirus	2ª	5 Mayo 2021					
	Neumococo	2ª	5 Mayo 2021	6 5 K	A[redacted]	PS Afiliado		Marcos
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	5 Junio 2021	Biologicals	20170004	PS Afiliado		
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	5 Junio 2021	Biologicals	20594021B	PS Afiliado		
7 Meses	Influenza	1ª	20 Julio 2021	Sanofi	U3C181B	PS Afiliado		Marcos
	Influenza	2ª	20 Agosto 21	Sanofi	U3C13	PS Afiliado		Marcos
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	30 Nov 2021	Serum	0138N093	PS Afiliado		
	Fiebre Amarilla	1ª	30 Nov 2021	Sanofi	RB687	PS Afiliado		
	Neumococo	Refuerzo	30 Nov 2021	6 5 K	ASPN0238BA	PS Afiliado		
	Influenza	Anual	6 Junio 22	refuerzo	U5022008	PS Afiliado		
	Hepatitis A	ÚNICA	30 Nov 2021	1 SD	U01922 6	PS Afiliado		
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª Refuerzo	6 Junio 22	Serum	23350020	PS Afiliado		
	Polio (Oral - IM)	1ª Refuerzo	6 Junio 22	Sanofi	T801P018	PS Afiliado		
5 Años	Polio (Oral - IM)	2ª Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	04-6-23	Serum	OBINO7M	HTID		HCV
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª					Cita: 5 AJUS.	
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	UNICA	30 Nov 2021	Merck	U006227	PS Afiliado		
	SR	UNICA	15 Feb 2022	Serum		PS Afiliado		Marcos

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

13
R/V

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

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 — Minsalud

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 06 MES 05 AÑO 2025 HORA: 10:20 AM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Jhonar Alexis APELLIDOS Pantoja Santi

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.343.692

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 29 MES: Nov AÑO: 2020 EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE BmSanar

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

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se 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 a la Vacuna

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar 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 (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES

La vacuna tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 días 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 dusrante la gestación, por el impacto que sobre la salud materna y perinatal produce la infección por SARS-Co-2 y ante el alto riesgo de complicaciones severas, ingreso a UCI, y 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:** ☐ que se me aplique la vacuna

Firma de la persona: Magali Santi

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

Nombres Magali yamileth Apellidos Santi Parra

Tipo de Identificación: CC [x] CE ☐ OTRO ☐ Número 2100891 63 - 5

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
C.C. N°

Firma del Rogado
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Mario Alirio Cisneros Ruiz

Firma Tipo de Identificación: CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 2041513

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS) Hospital Fronterizo la Dorada.

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

26-4-22	X	26-4-22
26-Nov-22	X	26-Nov-22
04-05-23	X	04-05-23
10-NOV-23	X	10-NOV-23
15-05-24	X	15-05-24
10 DIC-2024	X	10 DIC-2024

Derly Benavides V.
Odontóloga
Reg. 52-3847

Emb. Sandra
Alexia Pantoja

x 29 11 24

1122345912
V/ Alcaraz

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) O AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontologia													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna							Próximo control				29 Mayo-2023		
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor													
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

Yuly Vanessa Correa Rodriguez
ENFERMERA PROFESIONAL
C.C. 1054929731

Próximo control 29 Mayo-2023

15

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET
RIAS

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.359-4

Mi prioridad es tu salud...



16
R/V

CÉDULA DE IDENTIDAD

REPÚBLICA DEL ECUADOR

DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL, IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN



APELLIDOS

SANTI
PARRA

CONDICIÓN CIUDADANIA



NOMBRES

MAGALI YAMILETH

NACIONALIDAD

ECUATORIANA

FECHA DE NACIMIENTO

28 MAR 2004

SEXO

MUJER

LUGAR DE NACIMIENTO

SUCUMBIOS PUTUMAYO
PTO. CARMEN DEL PUTUMAYO

No. DOCUMENTO

053435127

FECHA DE VENCIMI

24 ABR 2033

FIRMA DEL TITULAR

NAT/CAN

590861

NUI.2100691635

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE

SANTI PAYAGUAJE ENRIQUE HERNAN

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE

PARRA PONCE ISABEL

ESTADO CIVIL

SOLTERO

CÓDIGO DACTILAR

E33431222

TIPO SANGRE **N/I**

DONANTE

No donante

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

LAGO AGRIO 24 ABR 2023

DIRECTOR GENERAL

I<ECU053435127O<<<<<2100891635
0403287F3304248ECU<NO<DONANTE2
SANTI<PARRA<<MAGALI<YAMILETH<<

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.122.336.765**

PANTOJA QUINDIGUA
APELLIDOS

CARLOS YASMANI
NOMBRES

Carlos
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **05-ENE-2002**

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

09-ENE-2020 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



P-840(1600-01128914-M-1122336765-20200127 0069824598A 1 51868228

Fundación Alma de Vida
Fomentando nuevos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Magali Yamileth Santi Identificado con C.C N° 210089163-5 en calidad de: padre o madre (Madre), del niño o niña: Jhonar Alexis Pantoja Santi o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Grandes Exploradores, 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 16 Días del mes de Abril del Año 2025.

Magali Santi
Madre o Acudiente
C.C 210089163-5