BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA	F2.MT1.PP | 30/01/2025 Versión 2 | Página 2 de 2 Clasificación de la Información: Pública

Fecha de diligenciamiento: 14 | 11 | 025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: (X) Niño/a entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante

Tipo de vinculación: ( ) Participante de nuevo ingreso ( ) Participante de continuidad

Unidad de Servicio sugerida: CDI Fronteras de Paz

Tipo documento identidad: (X) Registro Civil ( ) Tarjeta de identidad ( ) Cédula de ciudadanía ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Cédula extranjería ( ) Sin documento **Nacionalidad:** _____

Número de documento: 1.122344149

Fecha nacimiento: 25 | 11 | 2022

Nombres: Andrea Carolina

Apellidos: Hernandez Quevales.

Presenta discapacidad? ( ) Sí (X) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? ( ) Sí (X) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ( ) Sí (X) No

Indique cuales aplican: ( ) Física ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Intelectual ( ) Psicosocial (mental) ( ) Múltiple ( ) Sordoceguera ( ) N/A

Seleccione la que aplique: ( ) Afrocolombiano ( ) Indígena ( ) No se autorreconoce ( ) Comunidad neg ( ) Rom / Gitano ( ) Palenquero (a) ( ) Raizal

Indique cuales aplican: ( ) Migrante ( ) Campesinado ( ) Firmante de paz ( ) Víctima conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Urbano

Barrio:

Vereda:

Sector:

Dirección:

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (X) Madre ( ) Padre ( ) Cuidador/a

Tipo documento identidad: ( ) Tarjeta identidad (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Sin documento **Nacionalidad:** _____

Número de documento: 30169355

Nombres: Manexis Amperimo

Apellidos: Quevaltel Villegas

País de nacimiento: Venezuela.

Fecha nacimiento: 17 | 11 | 03

Correo electrónico:

Número de celular: 3504351844

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

Autoriza el registro en sistema?: https://prematricula.icbf.gov.co ( ) Sí ( ) No

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador:

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Yurany Galindez

Observaciones:

Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

FICHA DE INFORMACION - VIGENCIA 2025
CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL - MODALIDAD INSTITUCIONAL

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Andrea Carolina Hernandez Querales.

N° DOCUMENTO: 1122344149 **TIPO DOCUMENTO:** RC___ CC___ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 25/11/2022 **EDAD:** _____
LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis Putumayo

NOMBRE DE LA UDS: CDF Fronteras de Paz.
CODIGO UDS: 8675112697 2 **BARRIO/VEREDA:** Bl 7 Agosto
FECHA DE INGRESO: 13 NOV. 025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A.2 **EPS:** Emmsanar **RÉGIMEN (C)**__ **(S)** X
DESPLAZADO: SI___ NO___ **DISCAPACIDAD:** SI___ NO___ **¿CUAL?** _____
GRUPO ETNICO: SI___ NO___ **¿CUAL?** _____
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ NO___ **¿CUAL?** _____
NOMBRE DE LA MADRE: Querales Villegas Mariexis Anyelimar
N° CÉDULA: 30323445 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Venezuela.
NOMBRE DEL PADRE: Hernandez Brizuela Jose Andrel.
N° CÉDULA: 30169355 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Venezuela.
N° DE CELULAR: 3504351844
NOMBRE DEL ACUDIENTE: querales Villegas Mariexis Anyelimar
N° CÉDULA: 30323445 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Venezuela.
DIRECCIÓN VIVIENDA: _____ **ZONA POBLACIONAL:** (R)___ (U)___
NUMERO DE CELULAR 3504351844.

_____ Yurany Galindez S.

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE **NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO**

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

63693406

NUIP 1.122.344.149

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63693406

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** X 6 Z

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HERNANDEZ	QUERALES

Nombre(s)

ANDREA CAROLINA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes NOV Día 25	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	221172102106l4

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

QUERALES VILLEGAS MARIEXIS ANYELIMAR

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE 30323445	VENEZUELA

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

HERNANDEZ BRIZUELA JOSE ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE 30169355	VENEZUELA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ BRIZUELA JOSE ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
DE 30169355	Andres H.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes DIC Día 19	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Andres H. Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

~~19.DIC.2022 - VALIDO PARA DEMOSTRAR NACIONALIDAD SEGUN RESOLUCION 8617 DE 19/08/2021.. LIBRO DE VARIOS - FOLIO N° 045 DE 19/12/2022.~~

dispapeles 60391

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Adhesivo Copia Registro Civil
38622411-7

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

San Miguel (La Dorada) - Putumayo, 14 de abril de 2025
VALIDO TRAMITES LEGALES Y CIVILES

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador Municipal del Estado Civil

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 30.323.445

MM743

Juan Dugarte
Director

APELLIDOS QUERALES VILLECAS

NOMBRES MARIEXIS ANYELIMAR

MarieXiS Q.

17-11-03 SOLTERA
F. NACIMIENTO EDO. CIVIL

12-08-16 08-2026
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO


REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 30.169.355

007

APELLIDOS HERNANDEZ BRIZUELA

NOMBRES JOSE ANDRES

Gustavo Vizcaino
Director

FIRMA TITULAR

10/12/2002 F. NACIMIENTO

SOLTERO EDO CIVIL

03/02/2020 F. EXPEDICION

02/2030 F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

6

Registro válido

Fecha de consulta:	06/11/2025
Ficha:	865684741028900006163

A2

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ANDREA CAROLINA

Apellidos: HERNANDEZ QUERALES

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344149

Municipio: Puerto Asís

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	03/04/2025
Última actualización ciudadano:	03/04/2025
Última actualización via registros administrativos:	

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

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 Ni pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:	DORA GIXLENA AJA OSORIO
Dirección:	Calle 9 No 18-05 Barrio San Franciscor
Teléfono:	3116759590
Correo Electrónico:	sisben@puertoasis-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	1122344149
NOMBRES	ANDREA CAROLINA
APELLIDOS	HERNANDEZ QUERALES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	PUERTO ASIS

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	01/03/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/20/2025 13:46:52	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 Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR EPS SAS
Régimen Subsidiado

EMSSANAR EPS SAS, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	RC 1122344149
Apellidos:	HERNANDEZ QUERALES
Nombres:	ANDREA CAROLINA
Ficha Sisben:	865684741028900006163
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A02
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	01/03/2023
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	PUERTO ASÍS
Departamento de Portabilidad:	PUTUMAYO
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal
Municipio de Portabilidad:	SAN MIGUEL

IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.

IPS de portabilidad de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - SAN MIGUEL (PUTUMAYO)	KR 7 # 1 - 36	MEDICINA GENERAL

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 14 de Noviembre de 2025 a solicitud del interesado.

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:
AUDREIA CAROLINA

Apellidos:
HERNANDEZ QUERALES

Fecha de nacimiento:
25 11 2022

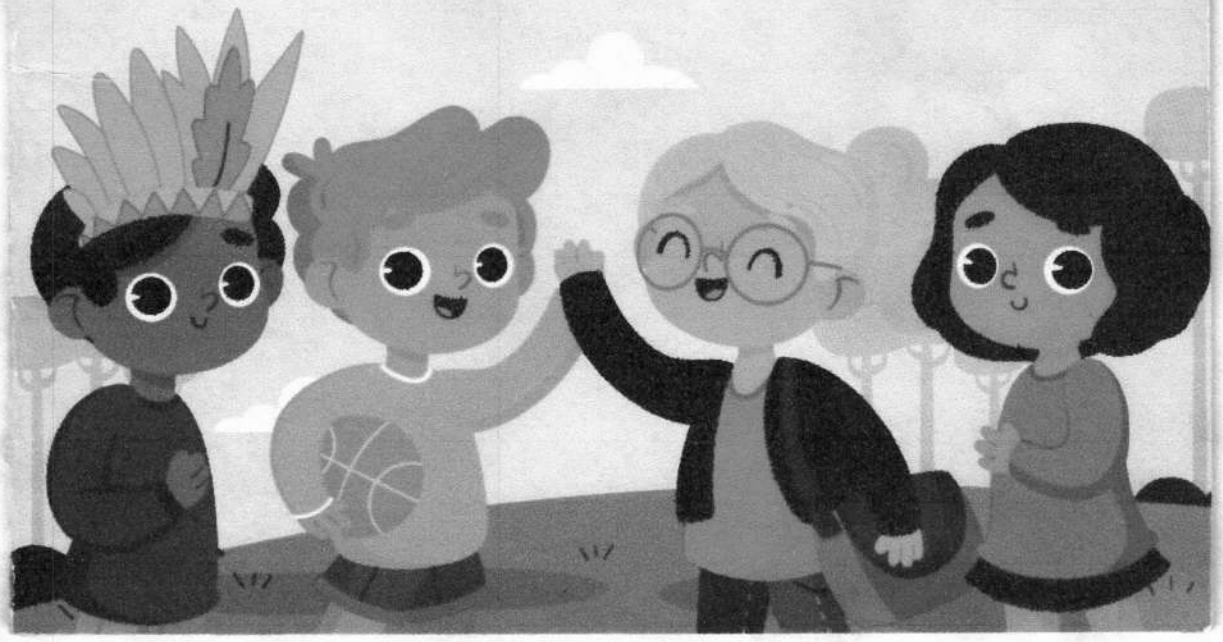
Historia Clínica:
1122344149

Barrio / Vereda:
B/ MEMBRILLAL

Responsable del niño (a):
MARIAXI. Q.

Teléfono:
-

EPS:
EMSSANAR

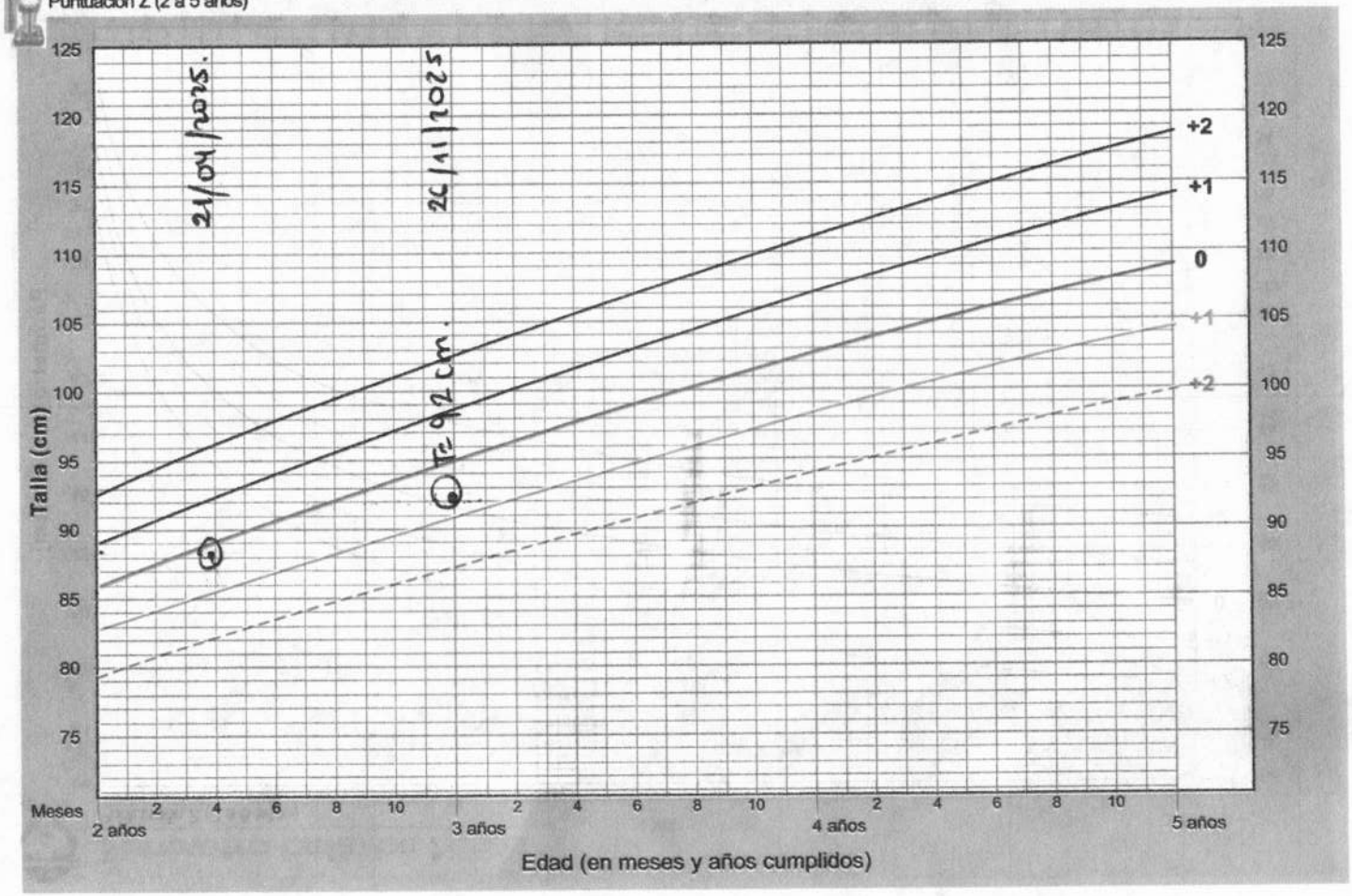


CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
25	11	2026	Enferm.		

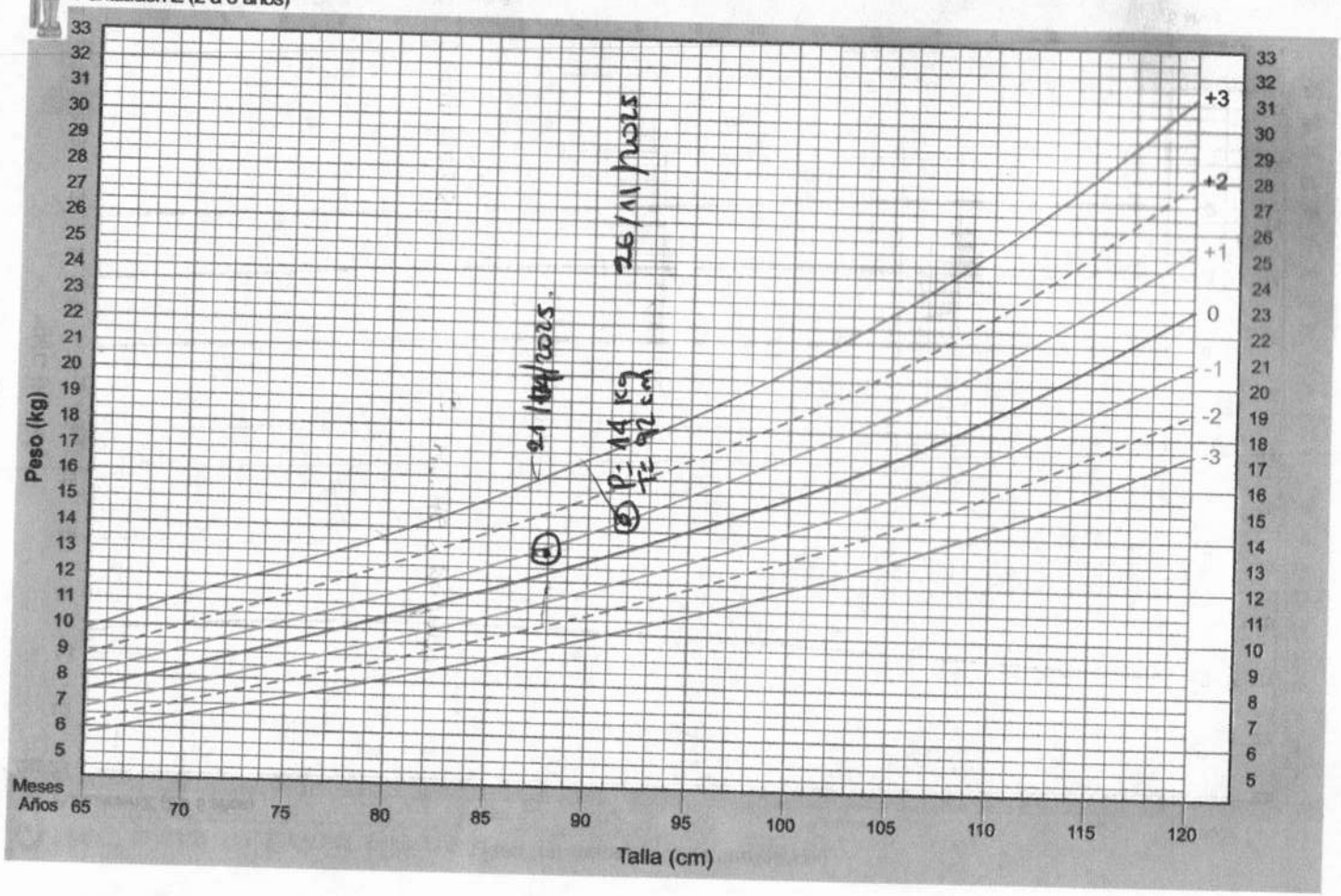
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niñas

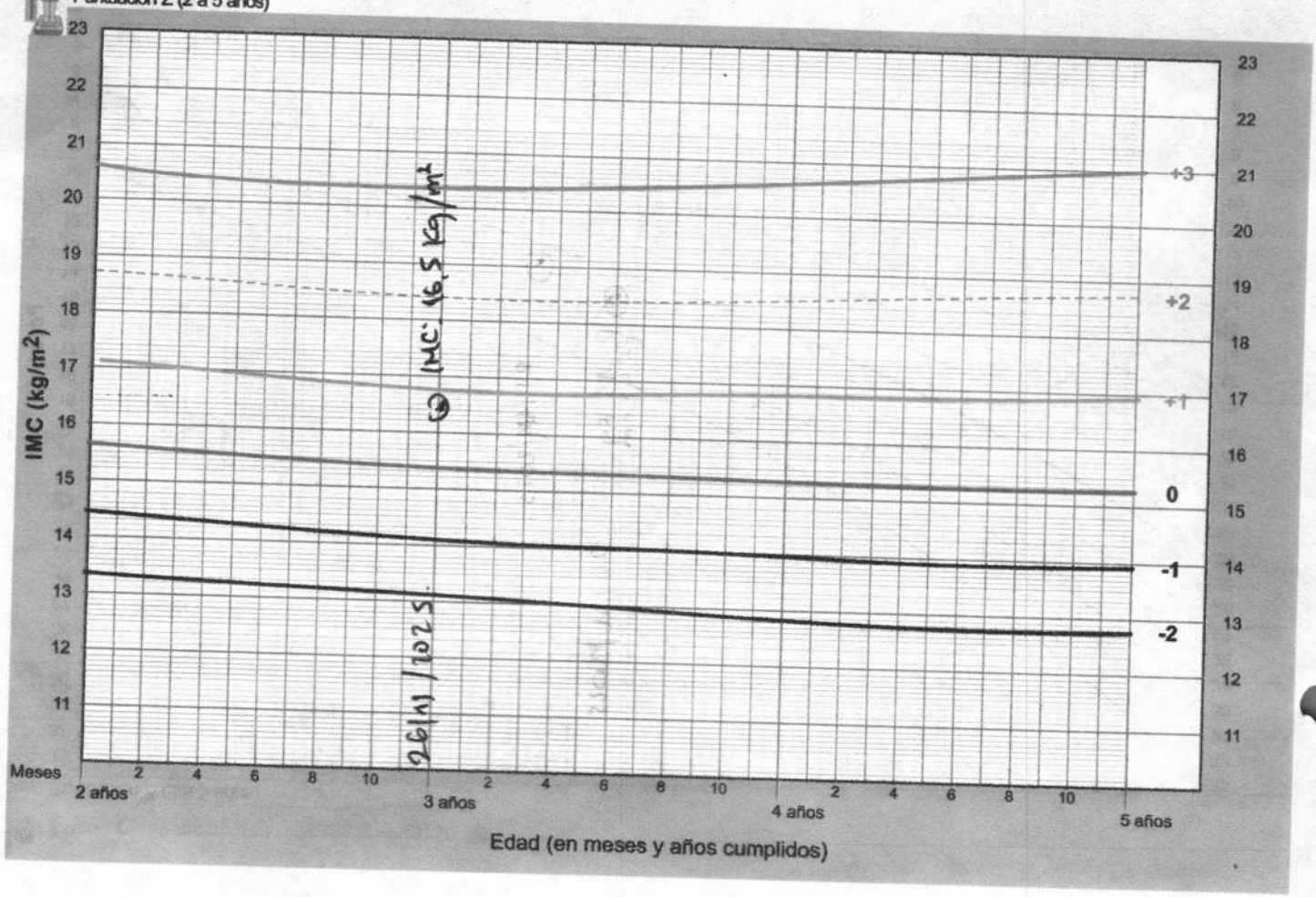
Puntuación Z (2 a 5 años)



(11)

IMC para la Edad Niñas

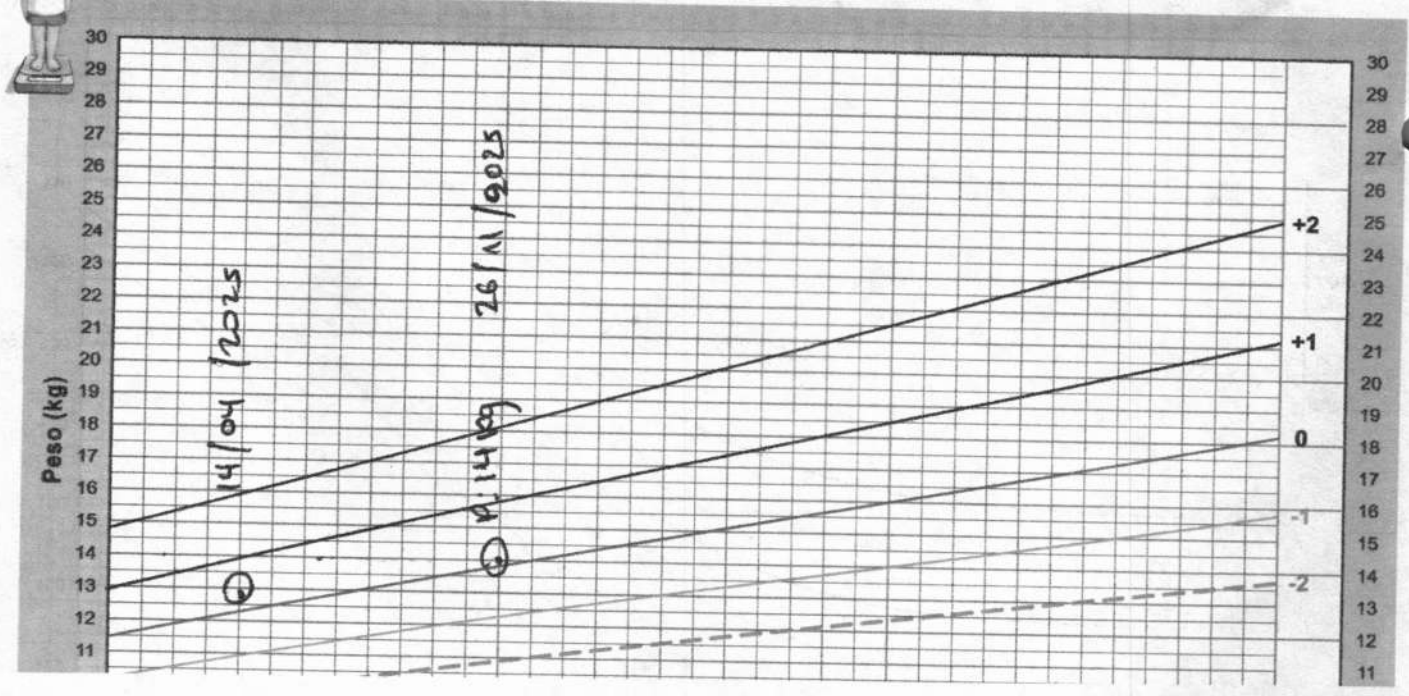
Puntuación Z (2 a 5 años)



(12)

Peso para la Edad Niñas

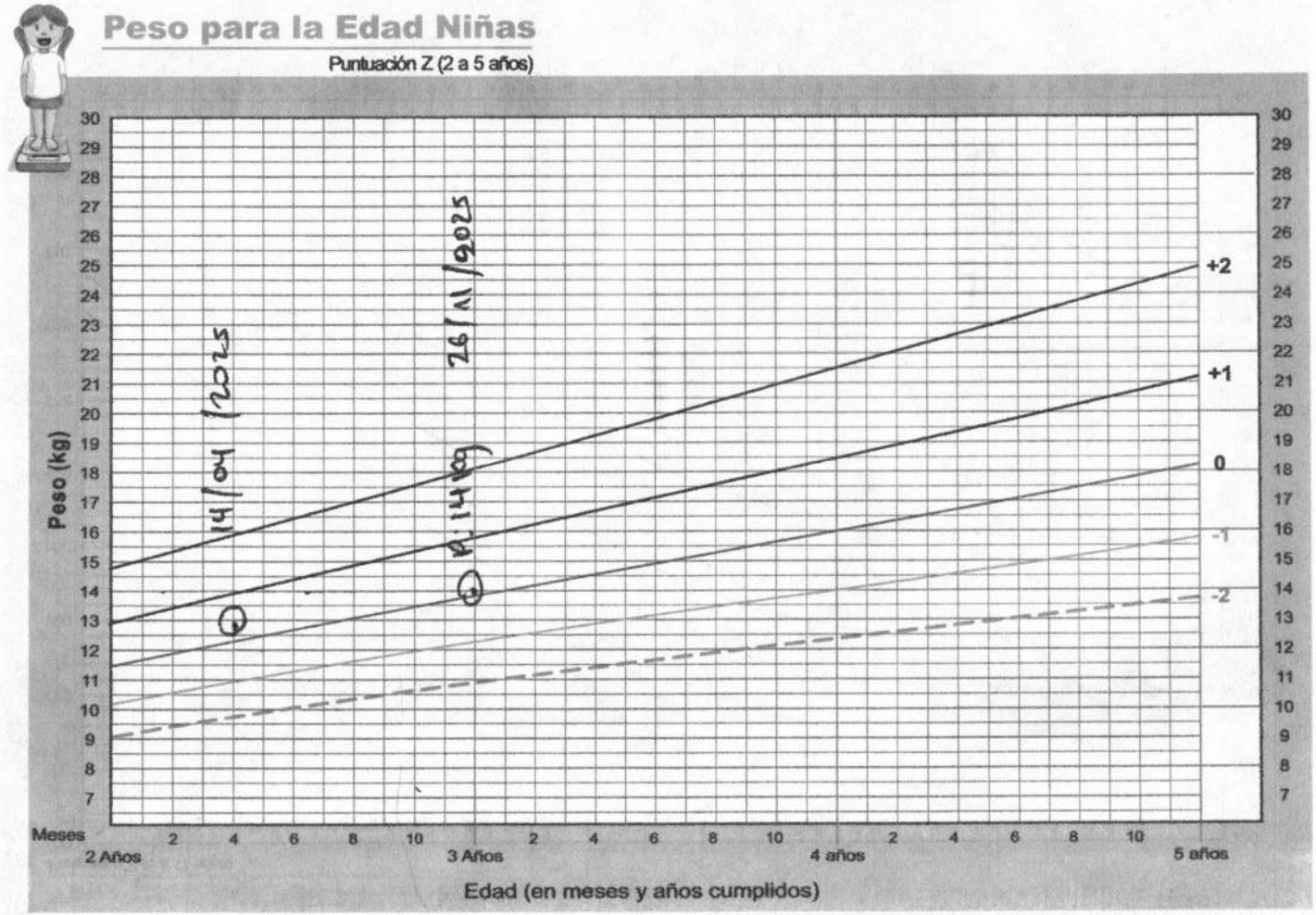
Puntuación Z (2 a 5 años)



(13)

Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



(13)

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
26/11/2025	14 kg	92 cm	50 cm	14 cm	16.5	25/11/2026	[signature]

Cita: 2 meses cumplidos

16

Nombres y Apellidos: **Tipo identificación:** **No. ID:**

Edad	Me protege de		Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido				Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Tuberculosis meningea (BCG)		Única	25	NOV	22	Serum I.I	0 3 7 1 M P 0 3 1	H. local pb Asv				Maira M
	Hepatitis B		Recién nacido	25	NOV	22	Serum I.I	0 3 2 1 Q 0 1 3 D	H. local pb As.				Maira M
2 meses				Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)		1.ª	1-4-23									
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	24.4.23.									
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	1.ª										
	PENTAVALENTE	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª										
	Diarrea por rotavirus		1.ª										
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		1.ª	24 07 24			Pfizer	F4992J	HELD				Kerly J
4 meses				Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)		2.ª	24 07 24			Biological	2 2 3 9 0 0 1					
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	24 07 24			Serum	2 8 5 2 X 0 1 4 B	HELD				Kerly Jimenez
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	2.ª	24 07 24			Serum	2 8 5 2 X 0 1 4 B					
	PENTAVALENTE	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª										
	Diarrea por rotavirus		2.ª										
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		2.ª										
6 meses				Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)		3.ª										
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	22 Oct 2025									
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	3.ª										
	PENTAVALENTE	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª										
	Influenza estacional		1.ª										
7 meses	Influenza estacional		2.ª										
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		1.ª	24 07 24			Serum	0 1 3 2 N 0 7 4 A					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		Refuerzo										
	Varicela		2.ª	24 07 24			Merck	X 0 1 9 1 3 7					M. Jiménez
	Hepatitis A		Única	24 07 24			MSD	W0 1 7 3 6					Carlos Chaves
	Influenza estacional		Anual	17 09 2025			Gerlu	VT05250042/26	R00 Extravul	22 OCT 2025			Kerly J
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)		1.er refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		1.er refuerzo										
	Fiebre amarilla		Única	24 07 24			Sanofi	X 3 A 87					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)		2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		2.ª	17 09 2025			Serum	0 1 3 3 N 1 3 8 B 7/26.	R00 Extravul				Tatiana Madrigal
	Varicela		Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)		1.ª										
			2.ª										
			3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis													
	Polio c.p.			23/07/23									

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.

Citas 24 - Agosto - 24

Busca ya las vacunas

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

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

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

	D	M	A	SI*	NO*
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 neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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



Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Andrea Carolina

Nombre y Apellidos: Hernandez Quevedo

Fecha de nacimiento: 25 Noviembre 2022

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil:

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3.410 Talla: 51 Sem 38

Dirección: La Dorada

Teléfono 1: 3184098526

Teléfono 2:

Responsable: Maireris Quevedo

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

Busca ya las vacunas ¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

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 — Minsalud

CIUDAD dorada FECHA: DÍA 16 MES 11 AÑO 25 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES andrea carolina APELLIDOS Hernandez guevares

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [x] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122344149

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 25 MES: NOV AÑO: 2022 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE 118

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)

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar No accede a la vacuna por miedo 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 durante la gestación, por el impacto que sobre la salud materna y perinatal produce la infección por SARS-Co-2 y ante el alto riesgo de complicaciones severas, ingreso a UCI, y morbilidad y mortabilidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

En consecuencia, decido **ACEPTAR:** ☐ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** ☒ que se me aplique la vacuna

Firma de la persona: Mariexis

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

Nombres _____ Apellidos _____

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

Firma: Mariexis

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: Edward IB	
Firma	Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004768431

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HRD

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

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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Andrea Carolina Hernandez

Doc. de Identidad: RC 1122344149

EPS: Emssanar

Teléfono:

Domicilio: B/ Metropolitano

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor			[redacted]							2023-08-22 2023-11-22			
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:
Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad _____, identificado (a) con documento de identidad número _____, 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		Audios		Videos		Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:
Yo, _____, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número _____, 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		Audios		Videos		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_____, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa _____

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: _____
Calidad - Titular: _____Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: _____
Municipio: _____

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

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

CLASIFICADA

EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
Nit. 846.000.553-0 - NUIR: 2-86568000-7
Autorretenedores Res. 547 de 25/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 50210-4	Pago oportuno hasta:	07/11/2025	Mes Facturado
Factura Nro	2037343759	Suspensión a partir de:	08/11/2025	OCTUBRE 2025

1.Información Genera

Nombre:	MANUEL JESUS CUARAN	**Último pago**	$ 118,280
Dirección:	BARRIO SAN FELIPE INSP POLICIA LA DORADA AP2	Tuve servicio de energía entre:	18-SEP-2025 - 20-OCT-2025 (32)

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica
SM1	S106	248	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	1.9	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - SAN FELIPE

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta
FACTURA DE VENTA	27/10/25	27-OCT-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 448672 0

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU)* Generación + Transmisión + Distribución + Comercialización + Pérdidas + Restricción

411.7 + 51.66 + 269.4 + 142.55 + 58.46 + 37.23 = CU 971 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
UNI	2000133460	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	10006	9717
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	289		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	280619		
Tarifa (hasta 173 Kwh):			451.42
Subsidio: %	53.51	$	-89881.99
Contribución: %	0	$	0
Sub Total $	190737.01		

Meses en deuda: 1 % Tasa Interés Moratorio: 0.5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2025	ABRIL	1801	0
2025	MAYO	878	0
2025	JUNIO	717	0
2025	JULIO	321	0
2025	AGOSTO	360	0
2025	SEPTIEMBRE	225	0
	PROMEDIO	**717**	**0**

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD108 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 269.7063 Dscto %t:20
CEC: 229.12
DIU: 93.72 FIU: 107
HC: 12.52 VC: 12
Valor a Compensar: 24717.75

3.Información de Créditos EEBP

Tipo de Plan	Capital Crédito	No. Cuotas	Saldo Capital	Cuotas Pagadas	Cuotas por Facturar

Gerente General

4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	Total
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	280,619.00	.00	.00	280,619.00
SUBSIDIO	-89,881.99	.00	.00	-89,881.99
COMPENSACION RES.CREG_015/2018	-24,717.75	.00	.00	-24,717.75
AJUSTE A LA DECENA	.74	.00	.00	.74

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 166,020

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Públi

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	15,350	0	15,350

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillad

Concepto	Empresa	Dirección PQR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado				0	0			0		0
Aseo*				6,000	0			0		6,000

*Aseo: Frecuencia Semanal > No Aprovechables: 3 Barrido: 3

8.Información Facturación Otros Convenios

Concepto	Empresa	Dirección PQR y/o Teléfono	Valor Tarifa	Saldo Anterior	Valor Total

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debo pagar en Total
166,020	15,350	6,000	0	$ 187,370

IFE:
76031239806920e4fb3c8fa12d36113fb11f40bd9aab2cc69264f493e1056b410930586a9c22b5a600aa9160dea6a70d

(415)7709998005532(8020)1000203734375988(3900)0000187370(96)20251121

Paga fácil por Internet en www.eebpsa.com.co/factur
www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

BIENESTAR FAMILIAR

23RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Andrea Hernandez UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 1. AGENTE EDUCATIVO: Yurany Galindez

MUNICIPIO: San Miguel. FECHA DE INGRESO: _____

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
19 Nov. 025 20 Nov. 025	Se realiza llamado de asistencia y se logra evidenciar que la niña ha ingresado a la unidad. Porque llego tarde.	Se le informa a la mamita que ya se llamo asistencia y que hay que tener en cuenta el horario de ingreso de es 8:am. Ya que ella llego a las 8:25 am. Se logra evidenciar que la niña ingreso a la unidad. bien aparentemente por lo tanto se hace el cierre de la novedad.	Yurany Galindez	Maiexis

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

24

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Andrea. Carolina. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany Galindez

MUNICIPIO: San Miguel. **FECHA DE INGRESO:** _____

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
24 Nov. 023 25 Nov. 023	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar, que la niña no ingreso a la Unidad.	Se envia mensaje de texto. para saber el. motivo de la inasistencia pero no es posible la. Comunicacion. - Se logra evidenciar. que la niña ingreso a la unidad aparente mente bien.	Yurany Galindez	- Marlexis

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Andrea Carolina. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany Galindez

MUNICIPIO: San Miguel. **FECHA DE INGRESO:** _____

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
19 Nov. 025	Se hace la respectiva revision. y se logra evidenciar que en la Carpeta le faltan algunos papeles para quedar al dia.	Se le informa a la mamita y nos manifiesta que no fue posible el traspaso del control al cuadernillo se informa al grupo psicosocial y se realiza un. Correo al hospital para que se haga el debido proceso de los controles para transcribir al cuadernillo y de paso ponerce al dia con con los controles pendientes de igual manera la mamita manifiesta que para el dia lunes tiene la cita de Higiene Oral	Yurany Galindez	Marlexis

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	28 noviembre. 025. Se logra evidenciar. que ya la niña este al dia en cuanto al Control y Higiene Oral.

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com