Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

# 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)<br>___SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7)<br>___Pertenecientes a Res UNIDOS<br>___Pertenecientes a Familias en Acción<br>___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición<br>___Remitidos por SNBF<br>___Victimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado)<br>X Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.)<br>___Niños y niñas con discapacidad.<br>___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión.<br>___Población migrante en condición de vulnerabilidad.<br>___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<br>GESTION DOCUMENTAL<br>INSCRIPCION Y MATRICULA | Código: FO-GG-012<br>Versión: 001<br>Fecha: 25/03 /2025 |
|---|---|---|

FECHA SOLICITUD CUPO: 2703-2025 FECHA INGRESO: 1-04-2025

UDS: Chiquitines del mañana MUNICIPIO: San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Thiago Emanuel Garcia Pascal

TIENE REGISTRO CIVIL: SI x NO __ NUIP No. 1126144854

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 1/08/2024 EDAD: 11 M. MUNICIPIO: Lago Agrio

DEPARTAMENTO: Nueva Loja PAIS: Ecuador DIRECCION

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

EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: x CUAL: N/A EPS DEL PARTICIPANTE: MALLAMAS

SUBSIDIADO: x CONTRIBUTIVO: _ PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: x DIAGNOSTICO: N/A .

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: x CUAL: N/A

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: x CUAL: N/A TIENE SISBEN: SI: x NO: x PUNTAJE: N/A DESPLAZADO: SI: _ NO: x VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: _____ NO: x RED UNIDOS: SI: ____ NO: x

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: x NO: ___ CUAL: AWA

**DATOS DEL PADRE**

NOMBRES Y APELLIDOS: Eyder Sergio Garcia Narvaez . No. IDENTIFICACION: 1087751957 DIRECCION RESIDENCIA: V/monterrey CELULAR: 3134902154 . E.P.S: Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Agricultor . EMPRESA DONDE LABORA: N/A . NIVEL DE ESCOLARIDAD: Quinto de primaria. PROFESIÓN: N/A .

**DATOS DE LA MADRE**

NOMBRES Y APELLIDOS: Yadilsa Pascal No. IDENTIFICACION: 1122340252 DIRECCION RESIDENCIA: V/monterrey CELULAR: 1122340252 / 3134902154 E.P.S: Mallamas

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Yadilsa Pascal

NUMERO IDENTIFICACION: 1122340252 CELULAR: 3134902154

DIRECCION: V/ Monterrey PARENTESCO: Madre

Yadilsa P. — FIRMA DEL PADRE / ACUDIENTE

Kelly SC. — FIRMA AGENTE EDUCATIVA

3

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

| NUIP | 1126144854 |
|---|---|

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **64362756**

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

| Registraduría | Notaría | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | X | | | Y 4 Z |

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| GARCIA | PASCAL |

Nombre(s)
THIAGO EMANUEL

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor Rh |
|---|---|---|---|
| Año 2024 Mes AGO Día 01 | MASCULINO | O | + |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
ECUADOR , SUCUMBIOS , LAGO AGRIO, NUEVA LOJA

| Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO | 2150837355 |

*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
GARCIA NARVAEZ EYDER SERVIO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1087751957 | COLOMBIANA |

*Datos del padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos
PASCAL CHECA YADILSA DEYANIRA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1122340252 | COLOMBIANA |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos
PASCAL CHECA YADILSA DEYANIRA

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 1122340252 | Yadilsa Pascal |

*Datos Primer testigo*

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXX

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| XXXXXXXXXXXXXXX | SIN FIRMA |

*Datos segundo testigo*

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXX

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| XXXXXXXXXXXXXXX | SIN FIRMA |

| *Fecha de inscripción* | *Nombre y firma del funcionario que autoriza* |
|---|---|
| Año 2024 Mes SEP Día 18 | MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES<br>Nombre y firma |

| *Reconocimiento paterno* | *Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento* |
|---|---|
| EYDER SERVIO GARCIA NARVAEZ<br>Firma | MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES<br>Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

Fiel copia del original expedida el 2024/09/20 por MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES, CONSUL en el Consulado de Colombia

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

64362756

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 | 1126144854 |
| NOMBRES | THIAGO EMANUEL |
| APELLIDOS | GARCIA PASCAL |
| 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 | 01/09/2024 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 10/01/2025 19:42:52 | **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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAL MIGUEL
CABILDO INDÍGENA LA RAYA
Resolución 0042 del 24 de junio del 2009
LA DIRECTIVA DEL CABILDO INDÍGENA AWÁ LA RAYA EN USO DE SUS ATRIBUCIONES LEGALES Y CONSTITUCIONALES QUE LE CONFIERE LA LEY 89 DE 1890 Y LEY 21 DE 1891 CON NUMERO RESOLUCIÓN 0042 DEL 24 DE JUNIO 2009,

# CERTIFICA

A, THIAGO EMANUEL GARCIA PASCAL, identificado con N° de NUIP 1126144854 de San Miguel (ptyo), es indígena, perteneciente al cabildo indígena Awá la Raya del Departamento del Putumayo, donde se encuentra vigente en el actual censo 2025.

El presente certificado se expide a favor del interesado.

Dado en el cabildo indígena Awá la Raya a los 01 días del mes de abril del 2025

JOSE ALIORIO RAMOS BAICUE
Cc 97472787
Gobernador la Raya

Nelson Hernán Cuastumal Caipe
cc 98342473
secretario

# CARNET DE CONTROL

## NIÑO Y NIÑA

## ...SANOS

**MIS DATOS:**

Nombres:
Thiago Emanuel

Apellidos:
Garcia Pascal

Fecha de nacimiento:
01 08 2024

Historia Clínica:
1126144854

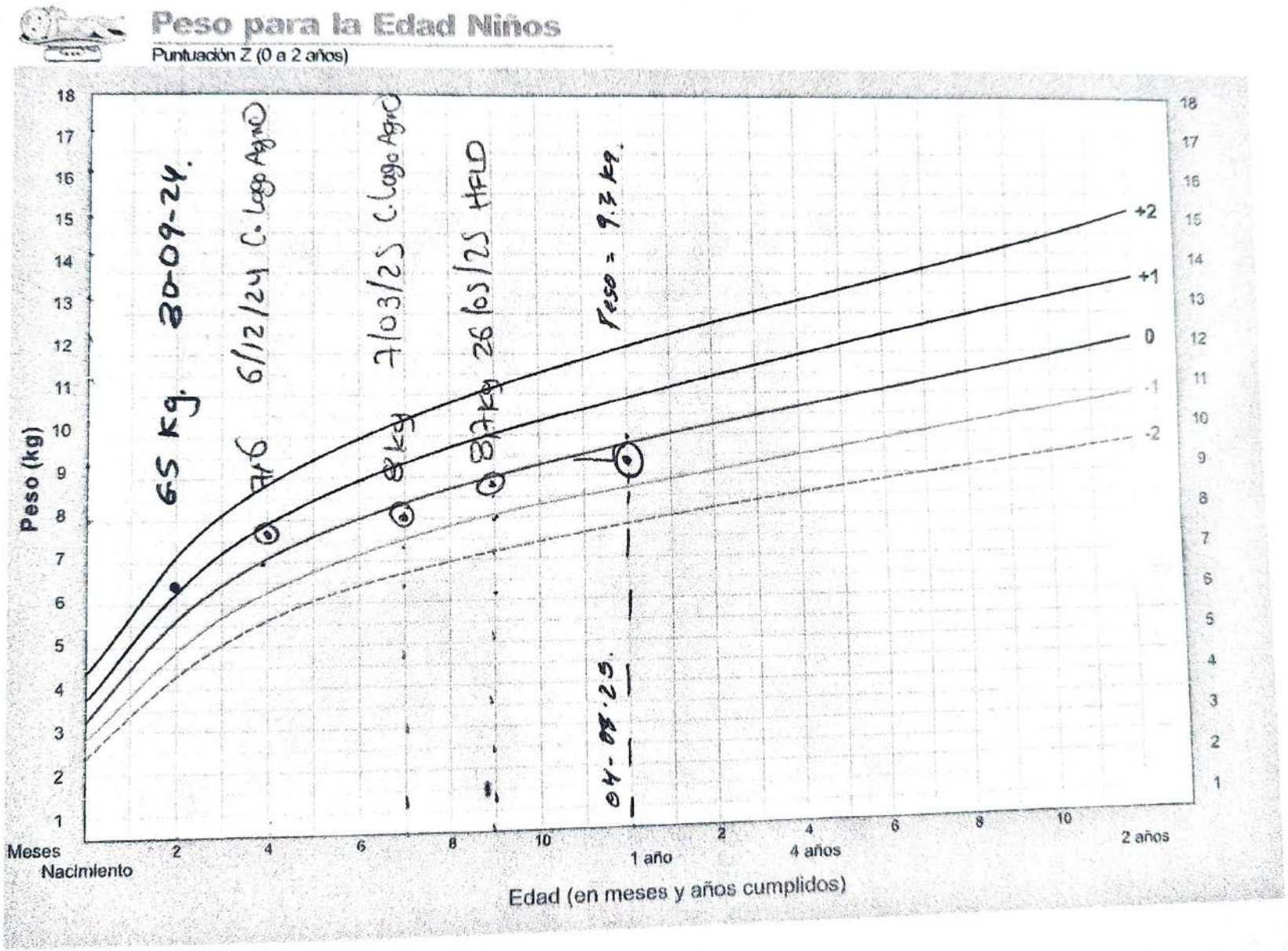
Barrio / Vereda:
V/ Cabildo la Raya

Responsable del niño (a):
Yadilsa Garcia

Teléfono:

EPS:
Mallamas

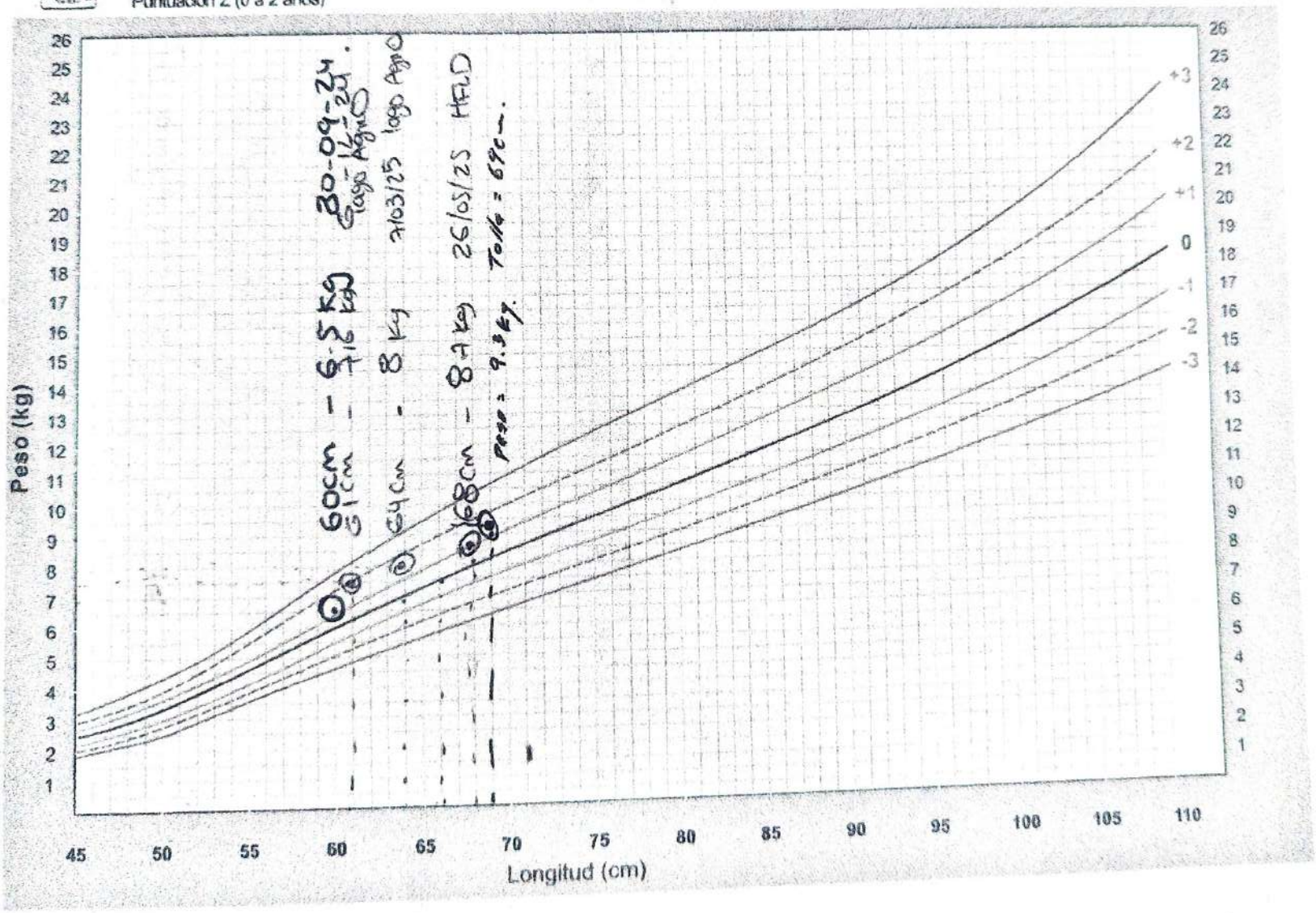



Peso para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Meses
Nacimiento
2
4
6
8
10
1 año
2
4
6
8
10
2 años
4 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-1
-2
65 kg. 20-09-24.
7/6 6/12/24 C. Lago Agrio
8 kg 7/03/25 C. Lago Agrio
8,7 kg 26/05/25 HFLD
Peso = 9.3 kg.
04-08-25.

(21)

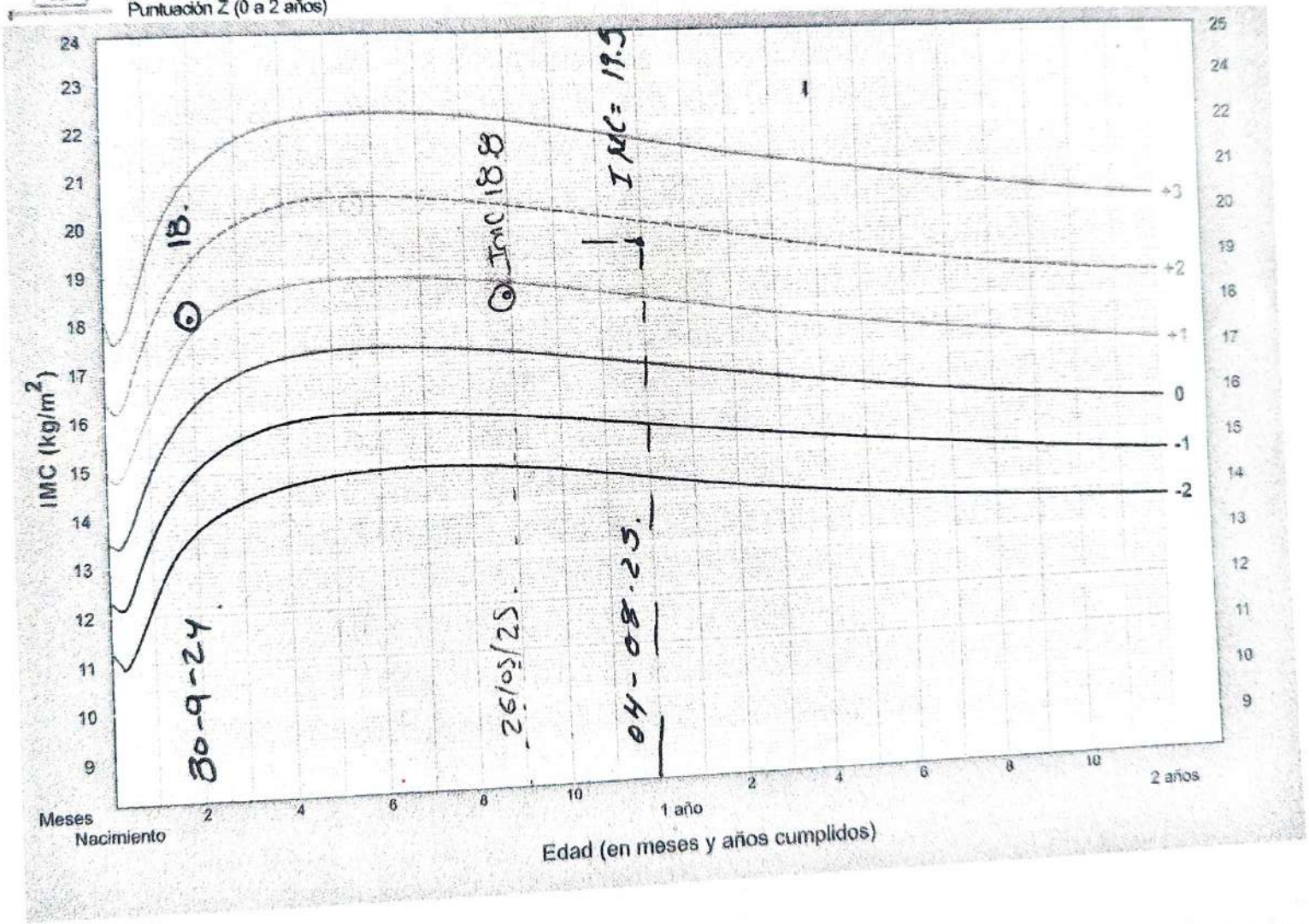
## Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

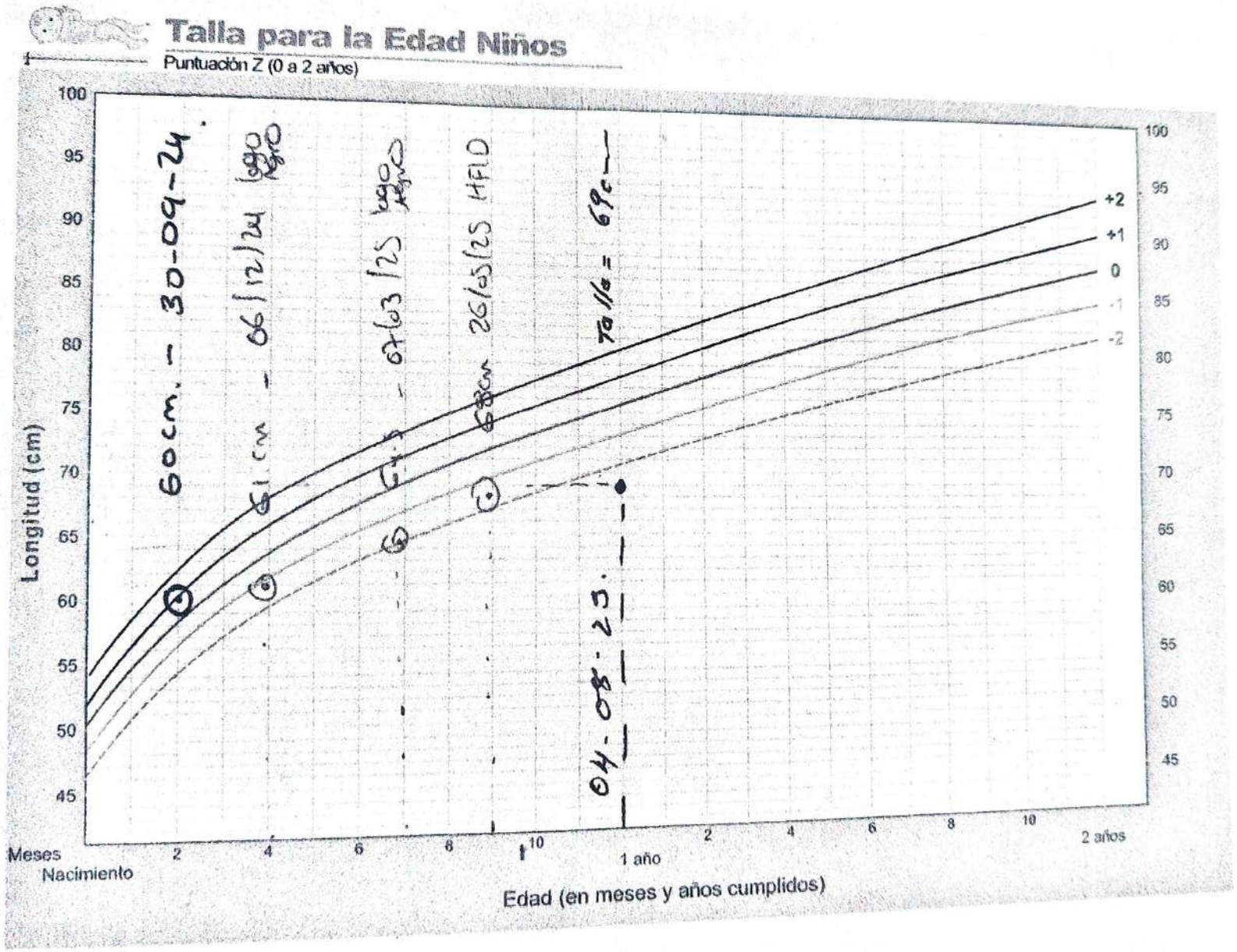


## IMC para la Edad Niños

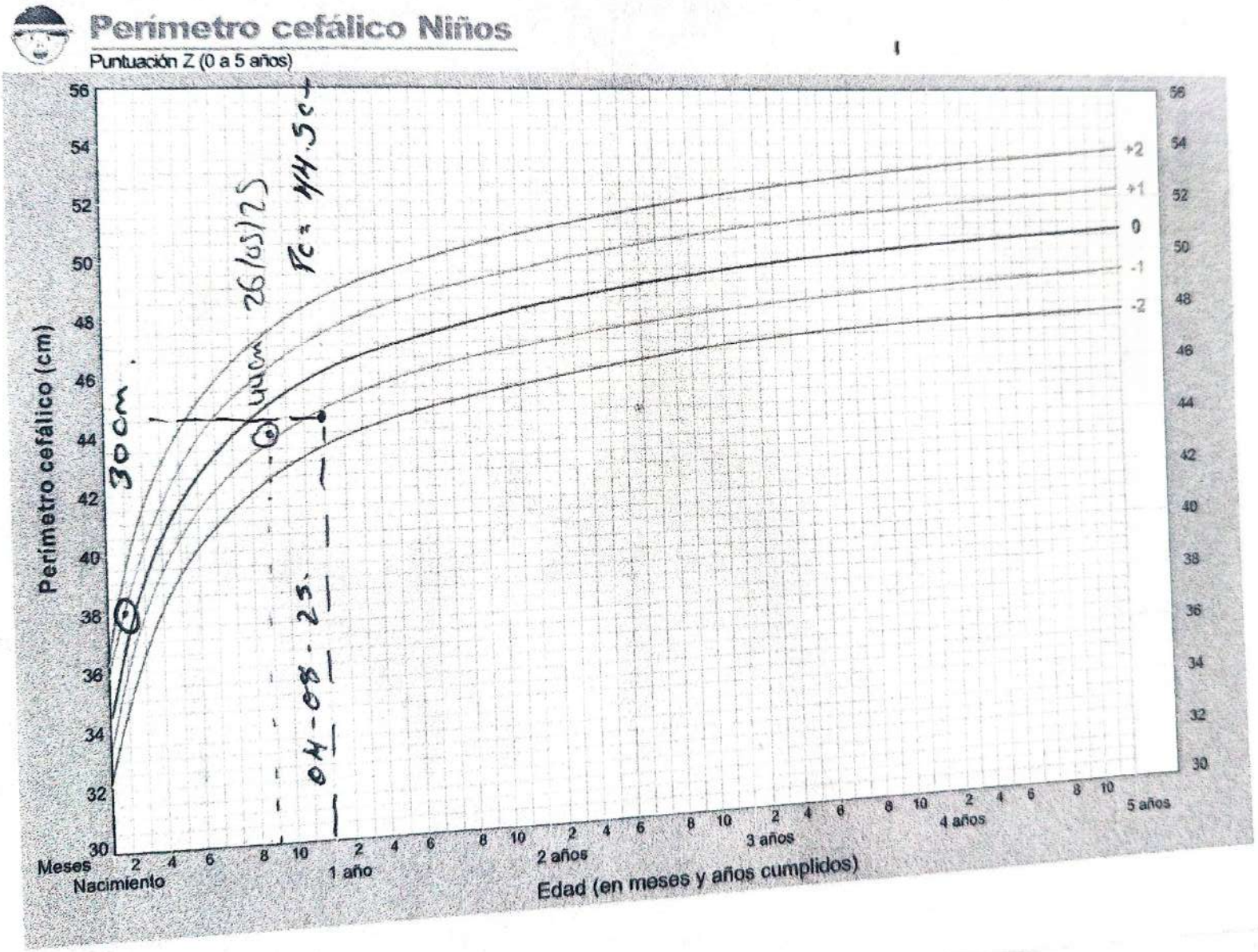
Puntuación Z (0 a 2 años)




(22)


Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
Longitud (cm)
100
95
90
85
80
75
70
65
60
55
50
45
+2
+1
0
-1
-2
60cm. - 30-09-24.
61 cm - 06/12/24 1990 kgs
67cm - 07/03/25 kgs
68cm 26/05/25 HFLD
Talla = 69cm
04-08-25.
Meses
Nacimiento
2
4
6
8
10
1 año
2
4
6
8
10
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)

(23)


Perímetro cefálico Niños
Puntuación Z (0 a 5 años)
Perímetro cefálico (cm)
56
54
52
50
48
46
44
42
40
38
36
34
32
30
+2
+1
0
-1
-2
30cm.
44cm 26/03/25
Pc = 44.5cm
04-08-23
Meses
Nacimiento
2 4 6 8 10
1 año
2 4 6 8 10
2 años
2 4 6 8 10
3 años
2 4 6 8 10
4 años
2 4 6 8 10
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

(24)

# CITAS PROGRAMADAS

| DÍA | MES | AÑO | HORA | ASISTIÓ | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | SÍ | NO |
| 30 | 09 | 24 | 10:00 | X | |
| 01 | 12 | 24 | | | |
| 01 | 08 | 25 | med. | | |
| 01 | feb. | 2026. | enfermeri. | | |

| Fecha de atención | Peso | Talla | Perímetro Cefálico | Perímetr braquial | IMC | Fecha del próximo control | Firma del profesional |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 30/09/24 | 6.5 | 60 | 38 | 15 | 18.1 | 01/12/24 | [illegible] |
| 06/12/24 | 7.6 | 61 | 41.2 | | | | [illegible] |
| 07/03/25 | 8 | 64.5 | 43 | | | | [illegible] |
| 26/05/25 | 8.7 | 68 | 44 | 17 | 18.8 | 01/08/2025 | [illegible] |
| 4/08/25 | 9.3 | 69 | 44.1 | 17. | 19. | 01/02/2026 | [illegible] |

35

## Registro de Vacunación

### Niños y niñas menores de 5 años

1A

| Tipo de vacuna | Dosis | Edad óptima de vacunación | Fecha de aplicación Día | Mes | Año | Edad de aplicación | Lote | Nombres del vacunador | Establecimiento de salud |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *BCG (Meningitis) | Dosis única | Dentro de las 24 horas | 10 | 08 | 24 | 10días | 0343M1A054 | HCMN1 | HCMN1 |
| HB cero (Hepatitis B) | 1ª dosis | Dentro de las 24 horas | | | | PIERDE | | | |
| **Rotavirus (Diarrea) | 1ª dosis | 2 meses | 28 | 10 | 24 | 2M | AR01D660AA | Lic. J.C | C.S.G.F |
| | 2ª dosis | 4 meses | 6 | 12 | 24 | 4m | AR01D66AA | Lic. H.H | C.S.G.F |
| ***Pentavalente (Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis, Neumonía) | 1ª dosis | 2 meses | 28 | 10 | 24 | 2M | 22C038823B | Lic. J.C | C.S.G.F |
| | 2ª dosis | 4 meses | 6 | 12 | 24 | 4m | 22C038823B | Lic. H.H | C.S.G.F |
| | 3ª dosis | 6 meses | 7 | 3 | 25 | 7m | 23C038823B | Lic P.A | C.S.G.F |
| ****IPV (Poliomielitis) | 1ª dosis | 2 meses | 28 | 10 | 24 | 2M | 2324C021 | Lic. J.C | C.S.G.F |
| | 2ª dosis | 4 meses | 6 | 12 | 24 | 4m | 2324001 | Lic. H.H | C.S.G.F |
| bOPV (Poliomielitis) | 3ª dosis | 6 meses | 7 | 3 | 25 | 7m | 189APO11 | Lic P.A | C.S.G.F |
| Neumococo conjugado (Neumonía, Meningitis, Otitis) | 1ª dosis | 2 meses | 28 | 10 | 24 | 2M | ASPNB356AA | Lic. J.C | C.S.G.F |
| | 2ª dosis | 4 meses | 6 | 10 | 24 | 4m | ASPNB356AA | Lic. H.H | C.S.G.F. |
| | 3ª dosis | 6 meses | 7 | 3 | 25 | 7m | ASPNB356AA | Lic P.A | C.S.G.F |

*BCG dosis única: se administrará hasta los 11 meses 29 días.

**Rotavirus: La primera dosis es hasta los 3 meses 29 días. La segunda dosis podrá administrarse hasta los 7 meses de edad (7 meses 29 días).

***En caso de reacción anafiláctica o alergia a la vacuna pentavalente, colocar vacuna HB pediátrica en el mismo esquema que pentavalente

****El intervalo entre IPV (1) y IPV (2) debe ser de 8 semanas

## Registro de vacunación

### Niños y niñas de 12 a 23 meses

| Tipo de vacuna | Dosis | Edad óptima de vacunación | Fecha de aplicación Día | Mes | Año | Edad de aplicación | Lote | Nombres del vacunador | Establecimiento de salud |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SRP (Sarampión, Rubeola, Parotiditis) | 1ª dosis | 12 meses | 04 | 08 | 25 | 1A | 0133M132 | EduardB | HHD |
| | 2ª dosis | 18 meses | | | | | | | |
| Fiebre amarilla | 1ª dosis | 12 meses | 04 | 08 | 25 | 1A | 2460660 | EduardB | HHD |
| Varicela | 1ª dosis | 15 meses | 04 | 08 | 25 | 1A | 10158588 | EduardB | HHD |
| DPT (Difteria, Tosferina, Tétanos) | 1° refuerzo (4° dosis componente DPT) | 18 meses | | | | | | | |
| bOPV (Poliomielitis) | 1° refuerzo (4ª dosis) | 18 meses | | | | | | | |

15 e/v

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

NIT. 846.002.309-9

## ANEXO 2. 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 12 MES 7 AÑO 2025 HORA: 1:30

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:**

NOMBRES Thiago Emanuel APELLIDOS Garcia Pascal

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1126144854

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 1 MES: 08 AÑO: 2024 / EDAD: 1 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE mallamas.

**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. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. 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.

| | |
|---|---|
| ¿CÓMO SE APLICA? | Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides). - |
| VACUNA Y DOSIS | Nombre de la vacuna a aplicar ninguna.<br>Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] ó 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. |

**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.

En consecuencia, decido: **ACEPTAR:** ____ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** __X__ que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Yadilsa Pascal

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

Nombres Yadilsa Pascal. Apellidos _____

Tipo de Identificación: RC☐ TI☐ CC☒ CE☐ OTRO☐ Número 1122340252

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 el(la) señor(a)

_____ identificado(a) con C.C ☐ C.E.☐ OTRO☐ número _____

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador: Eduard Ipial

Firma Tipo de Identificación: RC☐ TI☐ CC☒ CE☐ OTRO☐ Número 1004769431

**DATOS DE LA INSTITUCIÓN**

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HEO.

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel

Nota: Cuanto se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con unos de sus padres o su representante legal.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.340.252
PASCAL CHECA

APELLIDOS
YADILSA DEYANIRA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-MAR-1993
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.49 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

25-ABR-2011 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-6401800-00302059-F-1122340252-20110519 0027010551A 1 30230097



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.087.751.957
GARCIA NARVAEZ
EYDER SERVIO
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-FEB-1993
POLICARPA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-MAR-2011 POLICARPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P:2309800-00301829-M-1087751957-20110519 0027001400A 1 34349895

| PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS | FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A) | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 5 DÍAS | 1M | 2-3 M | 4-5 M | 6-8 M | 9-11M | 12-17M | 18-23M | 24-29M | 30-35M | 3A | 4A | 5A |
| Control del recién nacido por médico | | | | | | | | | | | | | |
| Atención en salud por medicina general | | | | | | | | | | | | | |
| Atención en salud por enfermeria | | | | | | | | | | | | | |
| Atención en salud por Odontología | | | | | | | | | | | | | |
| Promoción y apoyo de la lactancia materna | | | | | | | | | | | | | |
| Aplicación de barniz de flúor | | | | | | | | | | | | | |
| Profilaxis y remoción de placa | | | | | | | | | | | | | |
| Aplicación de sellantes (Según Criterio) | | | | | | | | | | | | | |
| Vacunación | | | | | | | | | | | | | |

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 6600493-2019

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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Paraíso 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: Thiago Emanuel Garcia Pascual

Doc. de Identidad: 1126149854

EPS: Malamos

Teléfono: 3134902154

Domicilio: Jardines

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Yadilsa Deyanira P. C. Identificado con C.C N° 1122340252 en calidad de: padre o madre (Madre), del niño o niña: Thiago Emanuel Garcia P. o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Chiquitines del mañana 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 24 Días del mes de 07 del Año 2025.

Yadilsa Pascal

**Madre o Acudiente**
C.C 1122340252

| 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 Yadilsa Deyanira Pascal Checo. identificado (a) con documento de identidad número 1122340252 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. Thiago Emanuel Garcia Pascal, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1126144854, 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 Fundacion Alma de Vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa E.I.C

**Suscriben:**

Firma: Yadilsa Pascal
Nombre: Yadilsa Deyanira Pascal C.
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3134902154
Fecha: 24-07-2025
Municipio: San Miguel Putumayo



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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

21
RH

Ciudad San Miguel Atumayo

Nombre completo de la niña o niño Thiago Emanuel Garcia Pascal

Fecha de nacimiento 1 08 2024 N° Documento de Identidad 1126144854

Sexo Masculino ● Femenino ○ Fecha de 1er día de atención en el año 16 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Kelly Sanchez.

Fecha de registro cualitativo 17 04 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

El niño Thiago Emanuel es un niño que dice palabras de dos silabas, que le gusta jugar solo por periodos cortos realiza todas las actividades acordes al rango de su edad.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Kelly Sanchez C.

Fecha de registro cualitativo 20 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

Thiago es un niño que usa palabras para comunicar como se siente, le gusta escuchar y cantar canciones como la vaca lola, y la serpiente; sigue con la mirada cuando una persona señala algo con el dedo aunque aun se le dificulta comprender o responder cuando se le da instrucciones por medios de apoyo; sin embargo es un niño que realiza todas las actividades acordes al rango de su edad.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

Color de registro valoración cualitativa

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

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

| ación tativa ⇨ | Relación con los demás | | | | | | | | | | | | | | | Relación consigo misma/o | | | | | | | | | | | | | | | Relación con el mundo | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Comunicación | | | | | | Interacción | | | | | | Construcción de normas | | | Identidad | | | | | | Autoestima | | | Manejo corporal | | | Conocimiento de los objetos | | | Relaciones de causalidad | | | Representación de la Realidad Social | | |
| | Verbal | | | No verbal | | | Independencia | | | Cooperación | | | Autonomía | | | Personal | | | Social | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a |
| 0 a 6 meses | 1 2 3 | 1 2 3 | 1 2 3 | 4 5 | 4 5 | 4 5 | 6 7 | 6 7 | 6 7 | 8 9 | 8 9 | 8 9 | 10 | 10 | 10 | 11 12 13 | 11 12 13 | 11 12 13 | 14 15 | 14 15 | 14 15 | 16 17 18 | 16 17 18 | 16 17 18 | 19 20 21 22 | 19 20 21 22 | 19 20 21 22 | 23 | 23 | 23 | 24 | 24 | 24 | 25 | 25 | 25 | | | |
| 6 meses y 1 día a 12 meses 11 meses | 1 2 | 1 2 | 1 2 | 3 4 | 3 4 | 3 4 | 5 6 7 8 | 5 6 7 8 | 5 6 7 8 | 9 10 | 9 10 | 9 10 | 11 12 13 14 | 11 12 13 14 | 11 12 13 14 | 15 16 17 18 | 15 16 17 18 | 15 16 17 18 | 19 20 21 | 19 20 21 | 19 20 21 | 22 | 22 | 22 | 23 24 25 26 | 23 24 25 26 | 23 24 25 26 | 27 28 | 27 28 | 27 28 | 29 30 31 | 29 30 31 | 29 30 31 | 32 33 | 32 33 | 32 33 | | |
| 1 año y 1 día a 2 años 1 año | 1 2 | 1 2 | 1 2 | 3 4 5 | 3 4 5 | 3 4 5 | 6 7 8 | 6 7 8 | 6 7 8 | 9 10 | 9 10 | 9 10 | 11 12 | 11 12 | 11 12 | 13 14 | 13 14 | 13 14 | 15 16 | 15 16 | 11 16 | 17 18 19 | 17 18 19 | 17 18 19 | 20 21 | 20 21 | 20 21 | 22 23 | 22 23 | 22 23 | 24 | 24 | 24 | 25 26 | 25 26 | 25 26 | | |
| 2 años y 1 día a 3 años | 1 2 3 | 1 2 3 | 1 2 3 | 4 5 | 4 5 | 4 5 | 6 7 8 | 6 7 8 | 6 7 8 | 9 | 9 | 9 | 10 11 12 | 10 11 12 | 10 11 12 | 13 14 | 13 14 | 13 14 | 15 | 15 | 15 | 16 17 18 | 16 17 18 | 16 17 18 | 19 20 21 | 19 20 21 | 19 20 21 | 22 23 24 | 22 23 24 | 22 23 24 | 25 26 | 25 26 | 25 26 | 27 | 27 | 27 | | |
| 3 años y 1 día a 4 años | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 6 7 8 | 6 7 8 | 6 7 8 | 9 10 11 | 9 10 11 | 9 10 11 | 12 | 12 | 12 | 13 14 15 16 | 13 14 15 16 | 13 14 15 16 | 17 18 | 17 18 | 17 18 | 19 20 21 | 19 20 21 | 19 20 21 | 22 23 24 25 | 22 23 24 25 | 22 23 24 25 | 26 27 | 26 27 | 26 27 | 28 29 30 | 28 29 30 | 28 29 30 | 31 32 33 34 | 31 32 33 34 | 31 32 33 34 | 35 36 | 35 36 | 35 36 | | |
| 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días | 1 2 | 1 2 | 1 2 | 3 | 3 | 3 | 4 5 | 4 5 | 4 5 | 6 7 | 6 7 | 6 7 | 8 | 8 | 8 | 9 10 | 9 10 | 9 10 | 11 12 | 11 12 | 11 12 | 13 14 | 13 14 | 13 14 | 15 | 15 | 15 | 16 17 | 16 17 | 16 17 | 18 | 18 | 18 | 19 20 | 19 20 | 19 20 | | |

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales