Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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).
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	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
17	Formato de autorización uso de imágenes.
18	Planilla seguimiento nutricional
19	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
20	Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa,

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

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

FECHA SOLICITUD CUPO: 30-09-2025 **FECHA INGRESO:** 1-10-2025

UDS: Chiquitines del mañana **MUNICIPIO:** San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Brayan Alexi Pai Taicuz

TIENE REGISTRO CIVIL: SI x NO ___ **NUIP No.** 1122343694

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? _____

FECHA NACIMIENTO: 12-MAR-2021 **EDAD:** 4 años **MUNICIPIO:** P. Asis

DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** Colombia **DIRECCION DE RESIDENCIA:** V/ Monterrey **ESTRATO:** _____ **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: _____ NO: _____ **¿CUAL?:** _____ **MOTIVO DEL RETIRO:** _____ **PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF:** SI: ___ NO: x CUAL: _ **EPS DEL PARTICIPANTE:** _____

SUBSIDIADO: _ **CONTRIBUTIVO:** _ **PRESENTA DISCAPACIDAD:** SI: ___ NO: ___ **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: A5

DESPLAZADO: SI: x NO: _ **VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:** SI: x NO: ____ **RED UNIDOS:** SI: ____ NO: ___

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: x NO: ___ CUAL: Awa.

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carlos Ramiro Pai
No. IDENTIFICACION: 97445968 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/ Monterrey
CELULAR: 3225409871 **E.P.S:** mallamas.
OCUPACION U OFICIO: Agricultor.
EMPRESA DONDE LABORA: N/A.
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria **PROFESIÓN:** N/A.

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Lucia Taicuz Pascal
No. IDENTIFICACION: 1087814938 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/ Monterrey
CELULAR: 3225409871 **E.P.S:** mallamas
OCUPACION U OFICIO: N/A.
EMPRESA DONDE LABORA: N/A.
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria. **PROFESIÓN:** N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Lucia Taicuz Pascal.
NUMERO IDENTIFICACION: 1087814938 **CELULAR:** 3225409871
DIRECCION: V/ monterrey **PARENTESCO:** madre.

Lucia Taicus
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Kelly S.
FIRMA AGENTE EDUCATIVA

3

11a

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: N 1442806

NUIP 1.122.343.694

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
PAI TAICUZ BRAYAN ALEXY

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	1	Mes	M	A	R	Día	1	2	MASCULINO	O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	1	Mes	A	B	R	Día	2	2	0061318442

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
TAICUZ PASCAL LUCIA

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.087.814.938 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
PAI PAI CARLOS RAMIRO

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 97.445.968 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
PAI PAI CARLOS RAMIRO

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 97.445.968

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) | Código: X 6 Z

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

REGISTRADURIA

Adhesivo Copia Registro Civil
26209[illegible]7-4

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

4

Sisbén

Registro valido

A5

Fecha de consulta: 11/07/2025

Ficha: 86757674952700001376

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: BRAYAN ALEXY

Apellidos: PAI TAICUZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343694

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/08/2023

Última actualización ciudadano: 15/08/2023

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**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTE

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libert

Teléfono: 4210537 - 32131387

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov

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	1122343694
NOMBRES	BRAYAN ALEXY
APELLIDOS	PAI TAICUZ
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	13/03/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/01/2025 19:59:43	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

6
KN

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



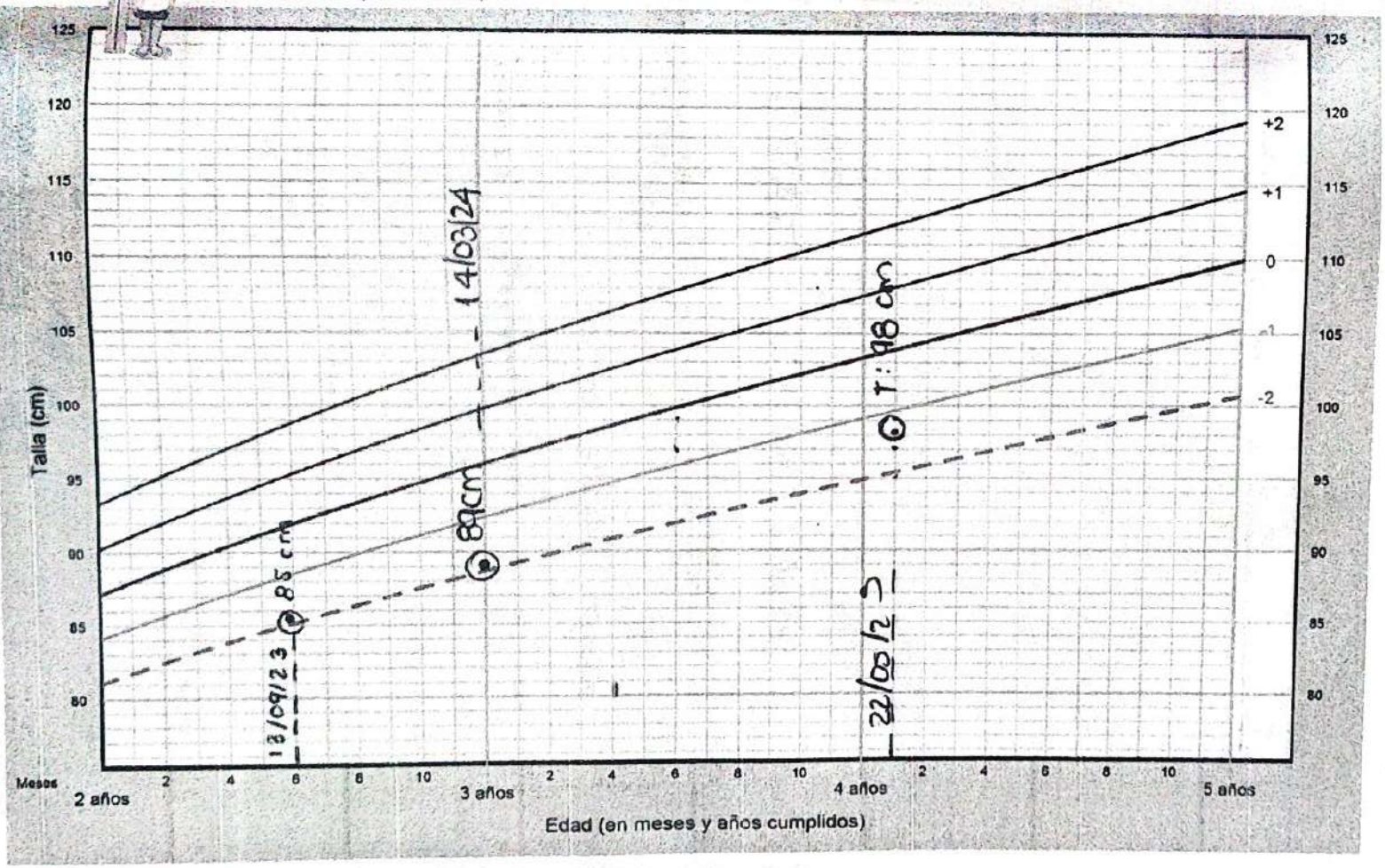
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Bryan Alexi	Apellidos: Paz Tiria
Fecha de nacimiento: 12 | 03 | 2021	Historia Clínica: 1122343694
Barrio/Vereda: Monterey	Responsable del niño:
	EPS: Nalcumas

Talla para la Edad Niños

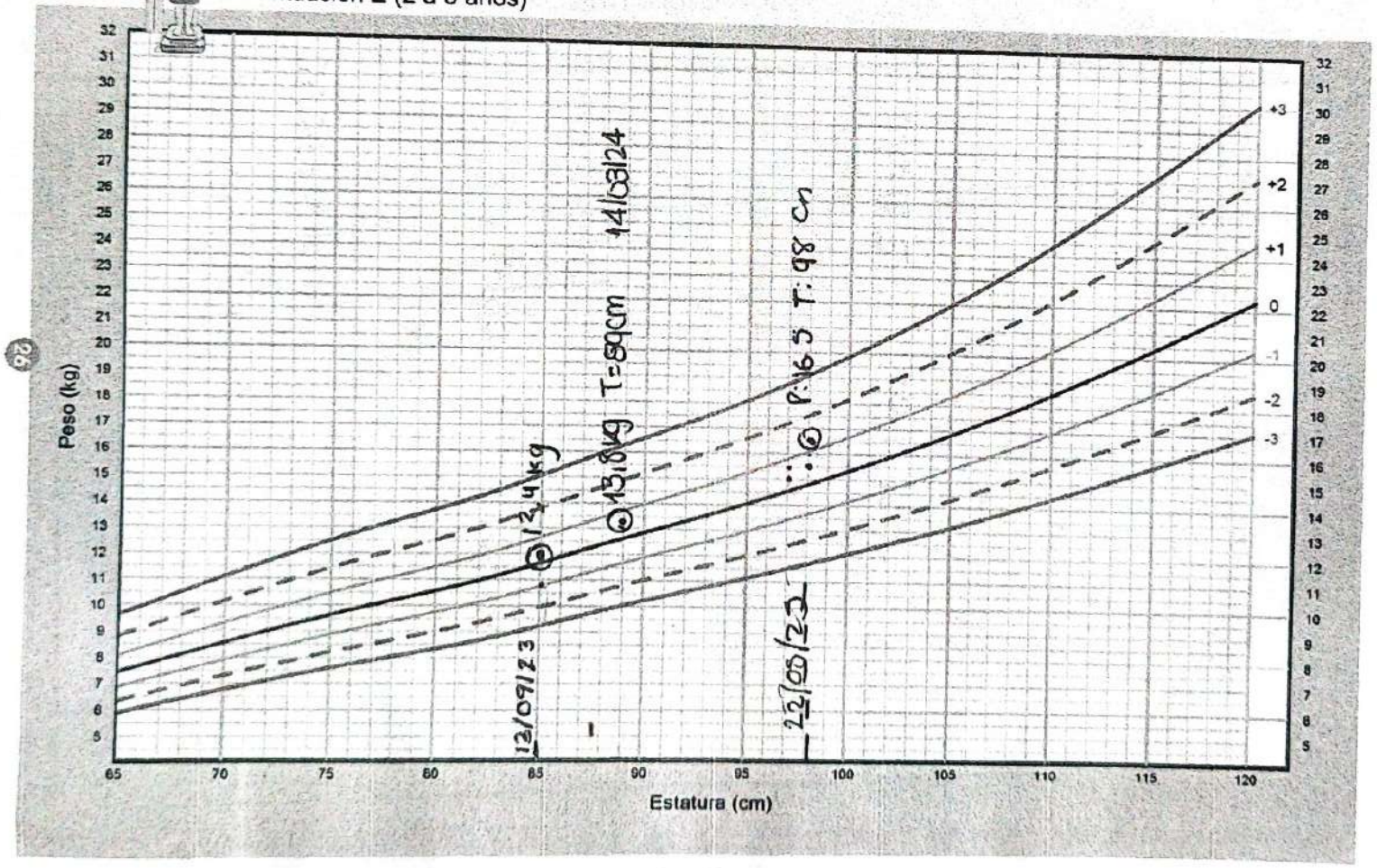
Puntuación Z (2 a 5años)



7
R/V

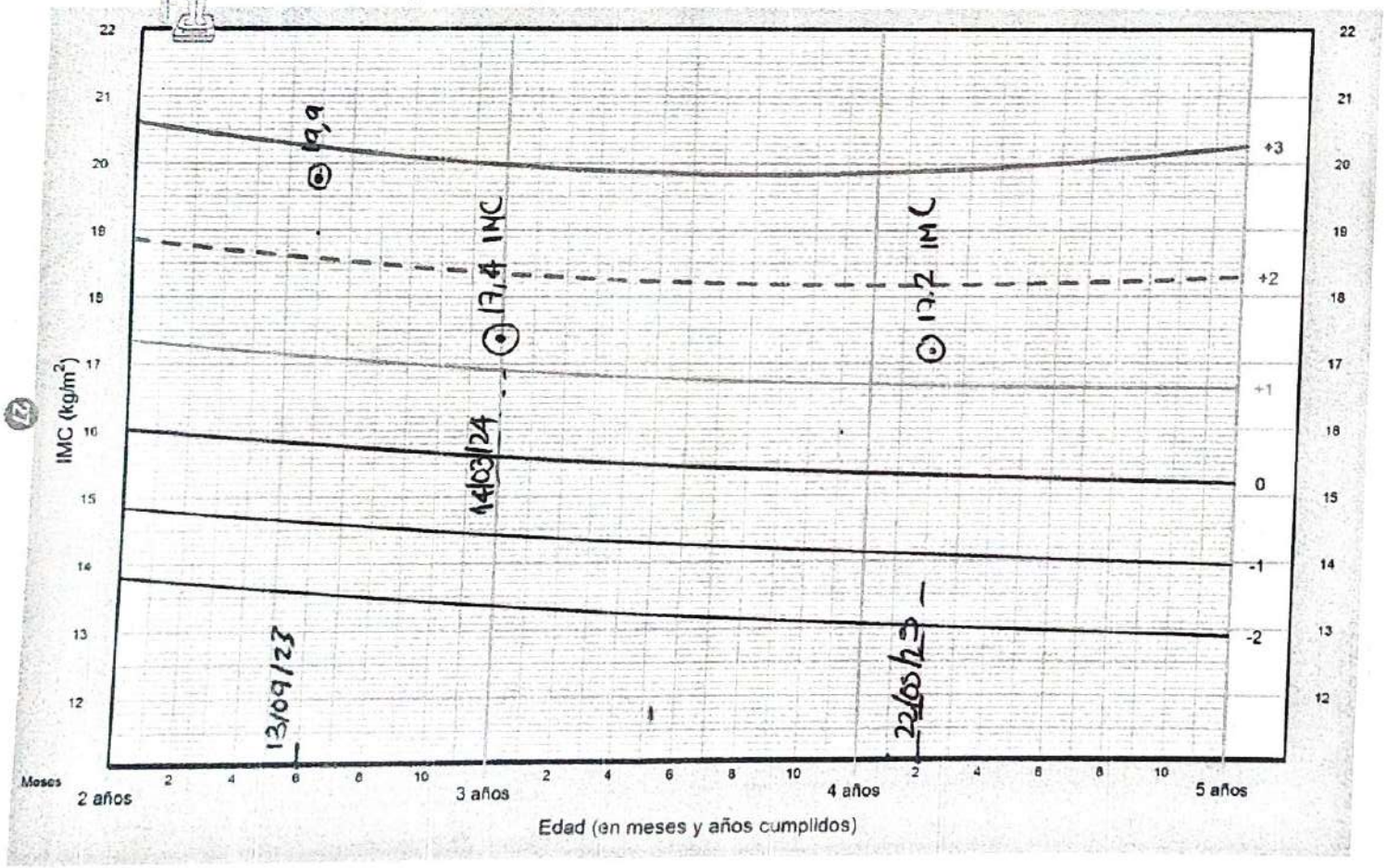
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
13	Marzo	2023		✓	
12	Sep.	2023	Jefe	✓	
12	Marz	2024	Médico	✓	
12	Marzo	2025	Enfermera		
12	Marzo	2026			

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
13-03-23	12Kg	81cm	46 cm	15cm	18.3	13-09-23	[illegible]
13-09-23	12.4kg	85,3	48 cm	16cm	19,9	12-03-23	[illegible]
14/03/24	13,8kg	89cm	49 cm	17cm	17,4	12/03/25	[illegible]
22/05/25	165Kg	98cm	49cm	18cm	17.2	12/03/25	[illegible]

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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

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

9
R/V

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Pai Taicoz.

Nombre y Apellidos: Brayan Alexy

Fecha de nacimiento: 12 - marzo - 2021

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1122343694

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: Talla:

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Lucia Taicoz

Municipio de residencia: San miguel

Departamento: Putumayo

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

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

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido						Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	12	03	21	Serum	0 3 7 M 0 1 9 1	HFLD				Saida M.
	Hepatitis B	Recién nacido	12	03	21	Serum	0 3 2 7 0 0 1 3 B	HFLD				Saida M.
						Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	12	05	21	Biolo	2 1 4 1 0 1 4					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	12	05	21		2 8 5 1 X 0 2 1 D					Sandy Martinez
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	12	05	21							
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	12	05	21	Serum	1 1 1 1 1 1 1 1 1	HFLD				
	Diarrea por rotavirus	1.ª	12	05	21	GSK	A R O L C 8 S 8 A C					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	12	05	21	GSK	A S P N B 3 4 2 A D					
						Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	13	08	21	Biologicu	2 1 4 1 0 1 4					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	13	08	21		2 8 5 1 X 0 2 1 D					Karen Pachecano
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	13	08	21							
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	13	08	21	Serum	1 1 1 1 1 1 1 1 1	HFLD				
	Diarrea por rotavirus	2.ª	13	08	21	GSK	A R O 2 8 5 8 A C					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	13	08	21	GSK	A S P N B 3 4 2 A D					
						Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	17	11	21	Biologicu	2 1 4 1 0 1 4					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	17	11	21		2 8 5 1 X 0 2 1 D					Sandy Martinez
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	17	11	21							
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	17	11	21	Serum	J 1 1 1 1 1 1 1 1	HFLD				
	Influenza estacional	1.ª	Segunda	dosis	2021	Green Cross	J K 0 2 3 0 0 7	PS Arbeláez				Alixie C.
7 meses	Influenza estacional	2.ª										
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	10	05	23	Serum.	0 1 3 1 N 0 3 6	HFLD				Sandy M.
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	10	03	23	GSK.	A S P N B 3 4 2 A	HFLD				Sandy M
	Varicela	2.ª	10	03	23	Merk.	W O 2 S O 3 9	HFLD	Cita. 10 Abril 2023			Sandy M.
	Hepatitis A	Única	10	03	23	MSD	W O O 4 8 O 2	HFLD				Sandy M.
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☒ VOPb ☐)	1.er refuerzo	13	09	23	Serum	2 8 2 1 X 0 0 2 B	HFLD				Jenifer C
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	13	09	23	Biolo.	2 2 0 8 0 1 6 A	HFLD				Jenifer C
	Fiebre amarilla	Única	13	03	23	Sanofi	V 3 N 2 1	HFLD				Sandy M.
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	11	05	23	Serum	O 1 3 N O 4 8 B	HFLD				Alixie C
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª						Buscar ya las vacunas				
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

10
e/v

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

NIT. 846.000.309-9

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

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 17 MES 7 AÑO 2025 HORA: 1:30

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Brayan Alexi APELLIDOS Pai Tacos.

TIPO DE IDENTIFICACION: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122343694.

FECHA DE NACIMIENTO DIA: 12 MES: 03 AÑO: 2021 / EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas.

INFORMACION 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 aprobación 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)

Reacción a la vacona.

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides). -
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar ninguna Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] o 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); escalofrío; 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: x Luicia tacos.

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

Nombres: Lucia Tacos. Apellidos: _____

Tipo de identificación: RC☐ TI☐ CC☒ CE☐ OTRO☐ Número: 1087814938.

Firma: _____

En caso de requerirse firma a ruego:

En calidad 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 1004764231.

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HTLD.

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putomayo. MUNICIPIO: San Miguel.

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

11

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.087.814.938**
TAICUZ PASCAL

APELLIDOS
LUCIA

NOMBRES
Lucia Taicuz

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-ABR-1989**
TUMACO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-AGO-2010 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6401800-00267037-F-1087814938-20101124 0024949139A 1 30229634

12

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 97.445. 68
PAI PAI
APELLIDOS
CARLOS RAMIRO
NOMBRES

Carlos Ramiro Pai
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 21-MAY-1977
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

ESTATURA	G.S. RH	SEXO
1.60	O+	M

13-MAY-1998 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
DEL ESTADO CIVIL



A-2313800-01044554-M-0097445968-20161108 0060314008910 1 9806060700

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846 002 369-9

MI CARNET DE HIGIENE ORAL

E.P.S. Mallamas
Nombres: Brayan Alexy
Apellidos: Pal Tacor
Sexo: M F Fecha de Nacimiento: 12 03 21
Identificación: 1122343699
Dirección: N.H.C.

Servimos con amor

FECHA	PROCEDIMIENTO				PRÓXIMA CITA
	CP	S	F	D	
1-04-22	X		X		01-10-22
10-03-23	X		X		10-09-23
13/09/23	X		X		13/03/24
15-03-24	X	X	X		15 Sep-24
02-10-24	X	X	X		02-03-25
27-06-25	X	X	X		27-12-2025

Dilmar Cardona
ODONTOLOGO
R 1088341396

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Lucia Tacos Pascual Identificado con C.C N° 1087814138 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Brayan Alexi Paz T. o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Chiguatines 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 23 Días del mes de 10 del Año 2025.

Lucia Tacos
Madre o Acudiente
C.C 1087814938

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 Brayan Alexy Pal T., identificado (a) con documento de identidad número 1122343694, 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, Lucia Tascon P., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1087149 38, 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 EIC.

Suscriben:

Firma: Lucia
Nombre: Lucia Tascon P.
Calidad - Titular: x Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3225409871
Fecha: 24-10-2025
Municipio: San Miguel