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) ___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) X Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.) X ___Niños y niñas con discapacidad. ___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión. ___Población migrante en condición de vulnerabilidad. ___Activos en ruta de reincorporación.
5	Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente (ADRESS)
6	Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo).
6	Copia del carnet de vacunación.
7	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
8	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
9	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
10	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
11	Fotocopia de un recibo de servicios públicos domiciliarios cuando sea necesario (aplica para zona urbana y en zona rural solo si se cuenta con servicios públicos)
12	Certificado de asistencia a consulta de salud bucal (Niños y niñas mayores de 6 meses)
13	Certificado del examen de agudeza visual (Niños y niñas mayores de 4 años)
14	Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años)
15	Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal.
16	Formato de veracidad de la información ficha de caracterización.
17	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
18	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,

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

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



FECHA SOLICITUD CUPO: 27-03-2025 FECHA INGRESO: 1-04-2025

UDS: Chiquitines del Mañana MUNICIPIO: San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Juan David Palacios Pascal.

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1122344038

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 19-06-2022 EDAD: 2 Años-9M MUNICIPIO: Puerto Asis

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION VDA: Monterrey

DE RESIDENCIA: Vda - Monterrey ESTRATO: N/A ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: ____ NO: X

¿CUAL?: N/A MOTIVO DEL RETIRO: ____ PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: ____

EPS DEL PARTICIPANTE: Mallamos

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

____ ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: ____

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

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: ____ TIENE SISBEN: SI: __ NO: X PUNTAJE: ____

DESPLAZADO: SI: _ NO: X VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: ____ NO: X RED UNIDOS: SI: ____ NO: ____

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: X NO: ____ CUAL: Awa Matna Unión la dorada.

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Henry Damian Palacios Macias No.

IDENTIFICACION: 2200522676. DIRECCION RESIDENCIA: V/Monterrey CELULAR: 3133259707

E.P.S: N/A

OCUPACION U OFICIO: Agricultor EMPRESA DONDE LABORA: N/A NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: ____

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yesica Andrea Pascal Santa Cruz No.

IDENTIFICACION: 1122341792 DIRECCION RESIDENCIA: V/Monterrey CELULAR: 3224551514

E.P.S: Mallamas

OCUPACION U OFICIO: ____ EMPRESA DONDE LABORA: Oficios Varios NIVEL DE ESCOLARIDAD: Noveno. PROFESIÓN: ____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Yesica Andrea Pascal

NUMERO IDENTIFICACION: 1122341792 CELULAR: 3229551514

DIRECCION: V/ Monterrey PARENTESCO: Madre

Yesica Pascal.
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Kelly SC.
FIRMA AGENTE EDUCATIVA

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 1573706

NUIP 1.122.344.038

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
PALACIOS PASCAL JUAN DAVID

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2022	Mes JUN	Día 13	MASCULINO	B +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2022	Mes JUL	Día 12	0061322574

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
PASCAL SANTACRUZ YESICA ANDREA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.341.792	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
PALACIOS MACIAS HENRY DAMIAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DOCUMENTO EXTRANJERO 220052267-6	ECUADOR

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
PASCAL SANTACRUZ YESICA ANDREA

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.341.792

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

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

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)			Nombre y firma del funcionario
Año 2022	Mes JUL	Día 12	Carolina Sacanambuy.

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
30519075-7

JENNY CAROLINA SACANAMBUY GOMEZ
Registrador del Estado Civil

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL
CABILDO INDIGENA AWA MAKNA
(AWA UNION LA DORADA)
Resolución 0127 de septiembre 22 de 2014
Código del DANE 51119

LA SUSCRITA GOBERNADORA DEL CABILDO INDIGENA AWA MAKNA (UNION LA DORADA), CON RESOLUCION N°0127 DEL 22 DE SEPTIEMBREDEL 2014, EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES Y CONSTITUCIONALES Y EN ESPECIAL LAS CONFERIDAS A LA LEY 89 DE 1890, LEY 21 DE 1991 Y DEMAS

HACE CONSTAR QUE:

Que: **YESICA ANDREA PASAL SANRACRUZ**, identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 1122341792, expedida en san miguel (P), residente en el Municipio de San Miguel (La Dorada), se encuentra afiliado y está registrado(a) en el censo poblacional del cabildo indígena **AWA MAKNA UNIÓN LA DORADA.**

Esta Constancia se expide a favor del interesado para trámites varios.

Esta Constancia se firma en la Dorada, San Miguel Putumayo a los 27 días del mes de marzo del 2025

NELLY PASCAL GUANGA
C.C N° 41116311
Gobernadora cabildo Awa makna (Unió La Dorada)

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	1122344038
NOMBRES	JUAN DAVID
APELLIDOS	PALACIOS 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	22/06/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/01/2025 19:44:57	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...Sanos



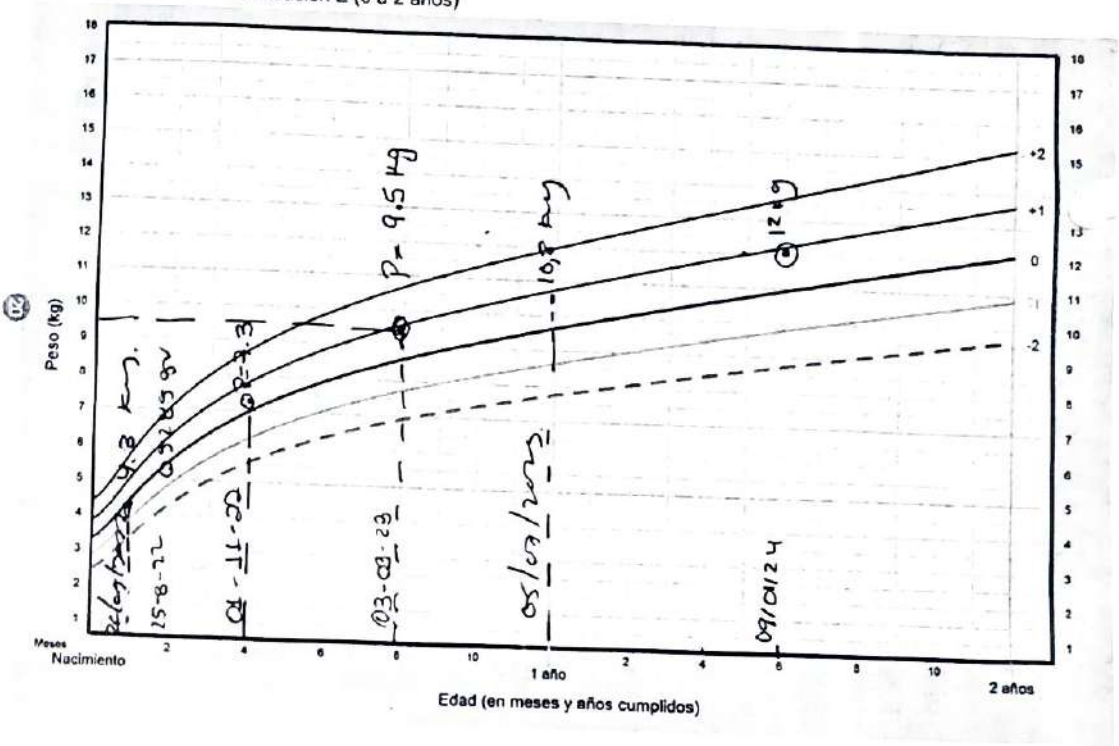
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Juan David	Apellidos: Palacios Pascal
Fecha de nacimiento: DÍA 19 | MES 06 | AÑO 2022	Historia Clínica: 1122344038
Barrio/Vereda: vl San Juan Bosco	Responsable del niño: Yesica pascal
Teléfono:	EPS:

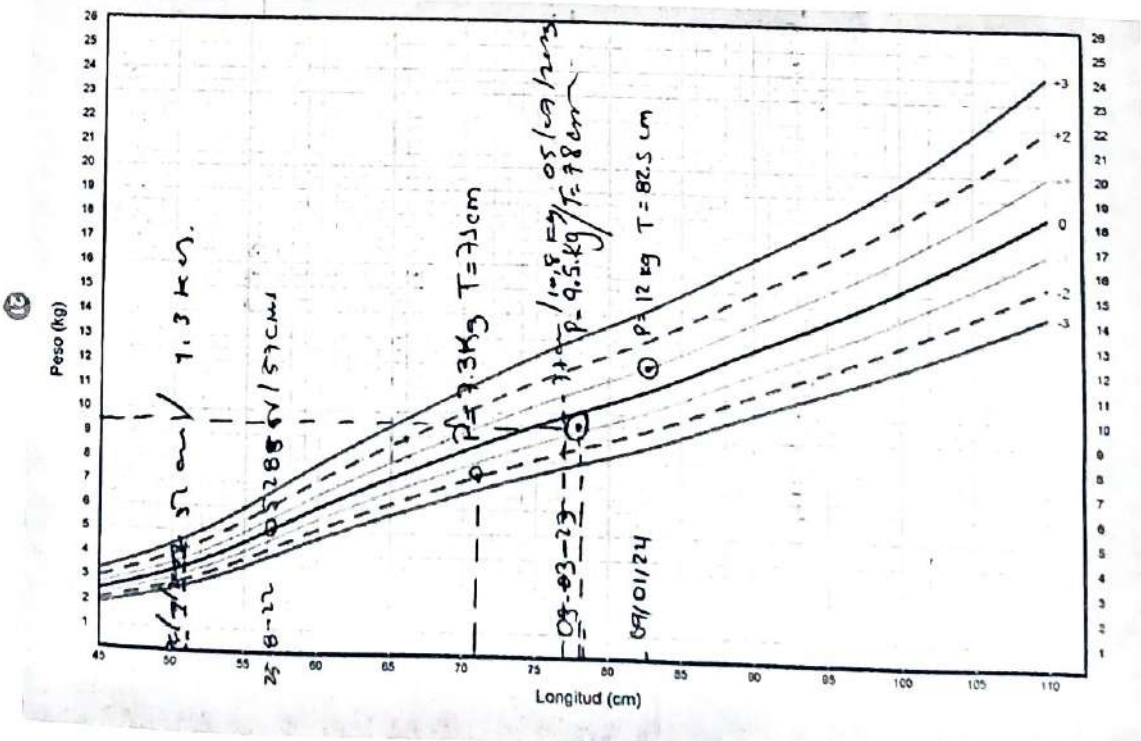
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



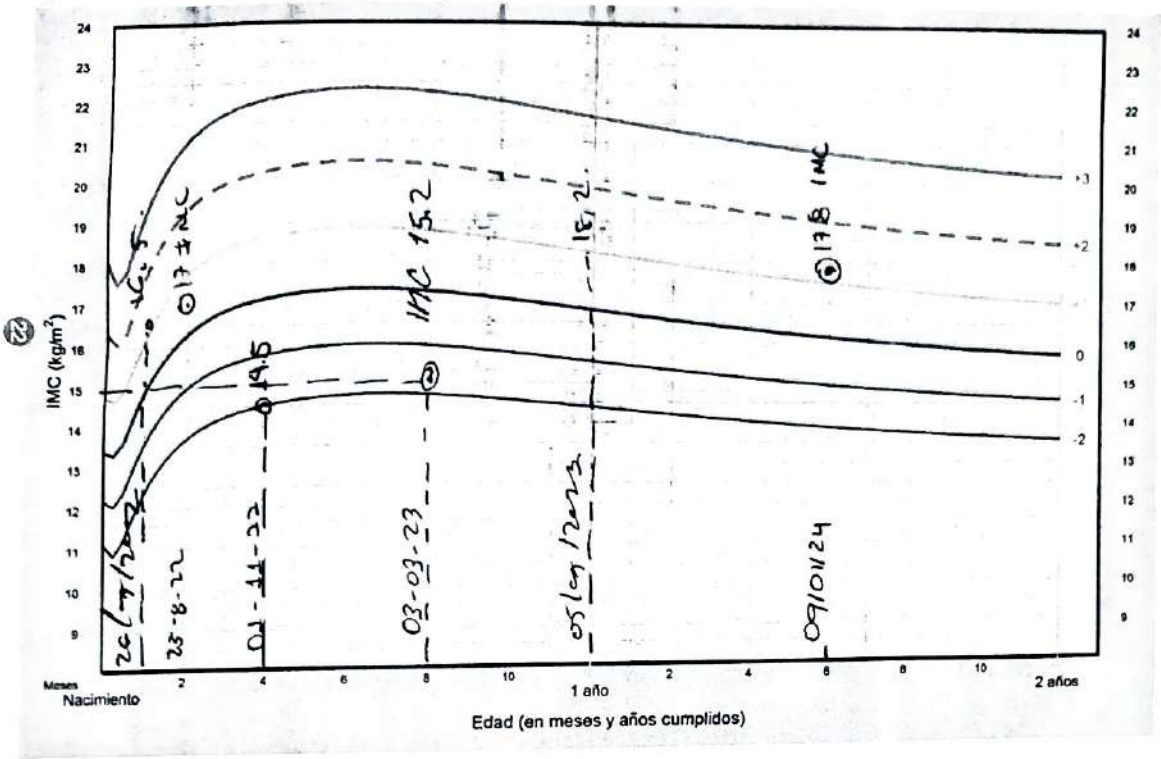
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



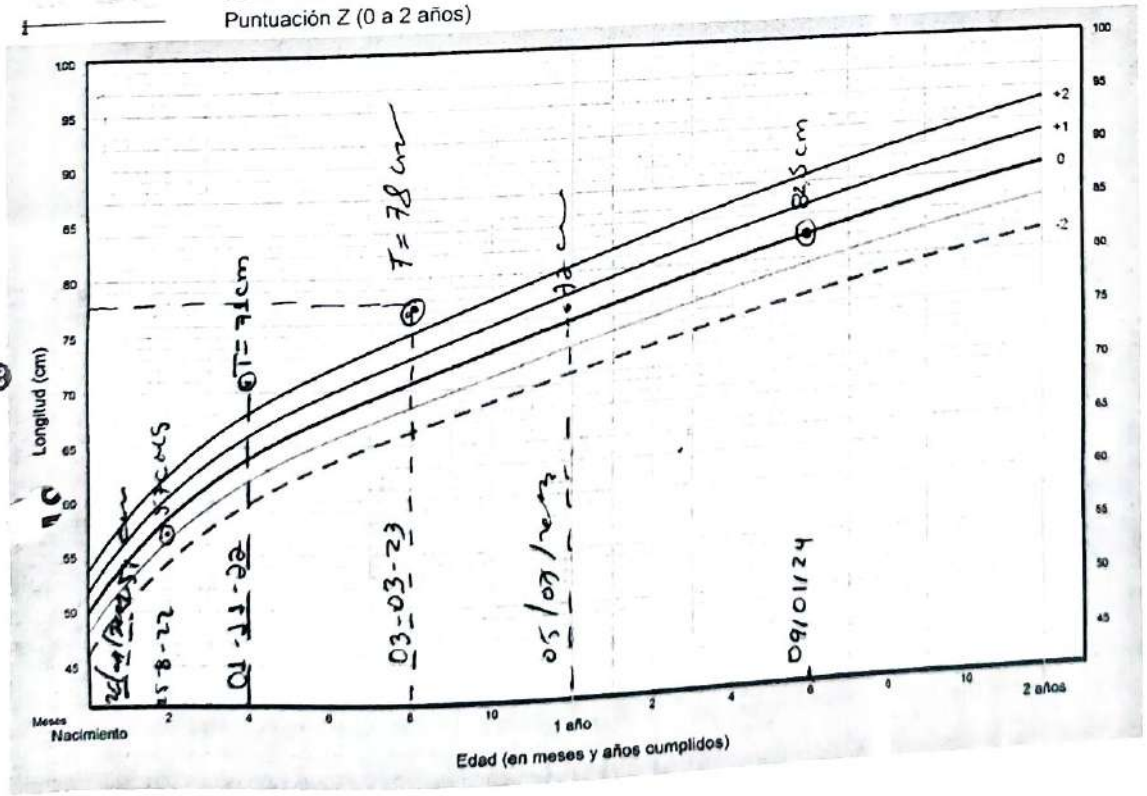
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



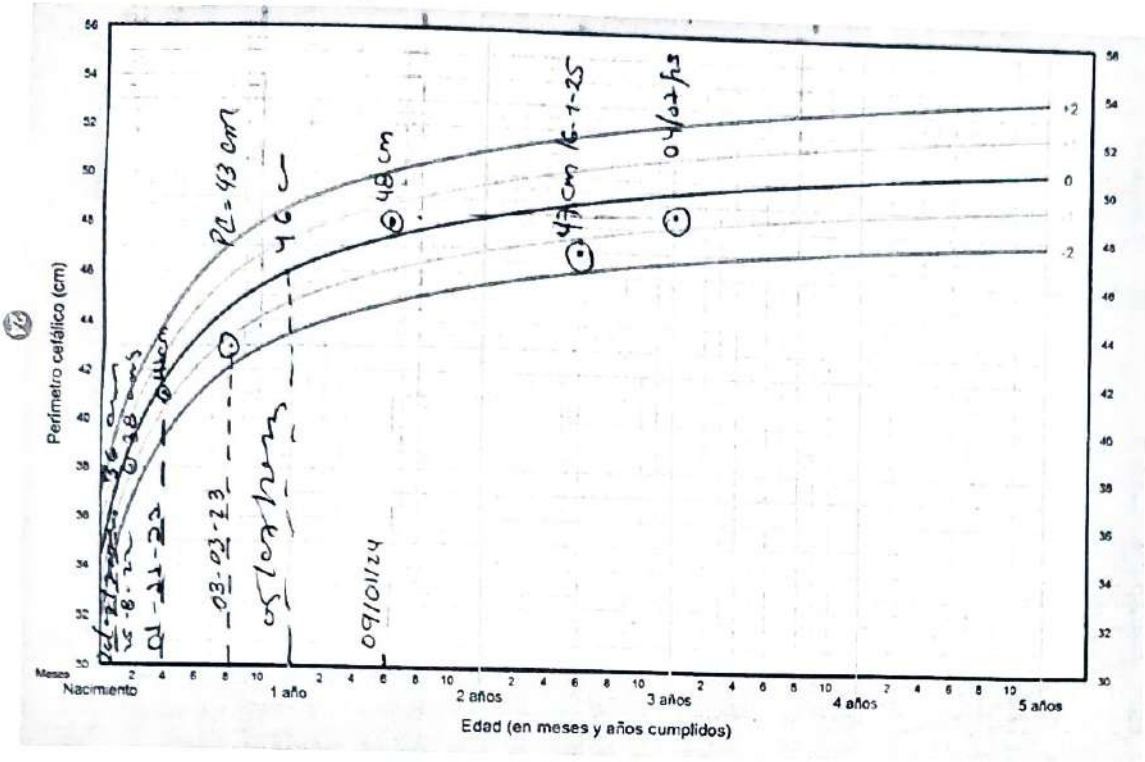
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



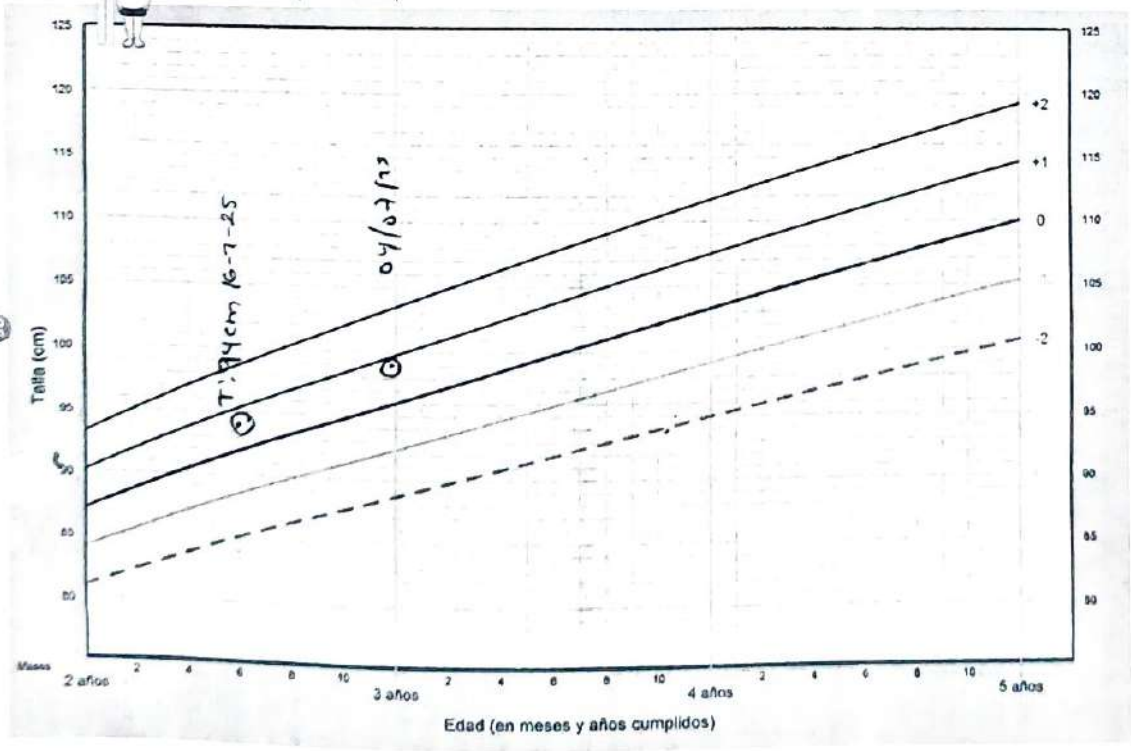
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



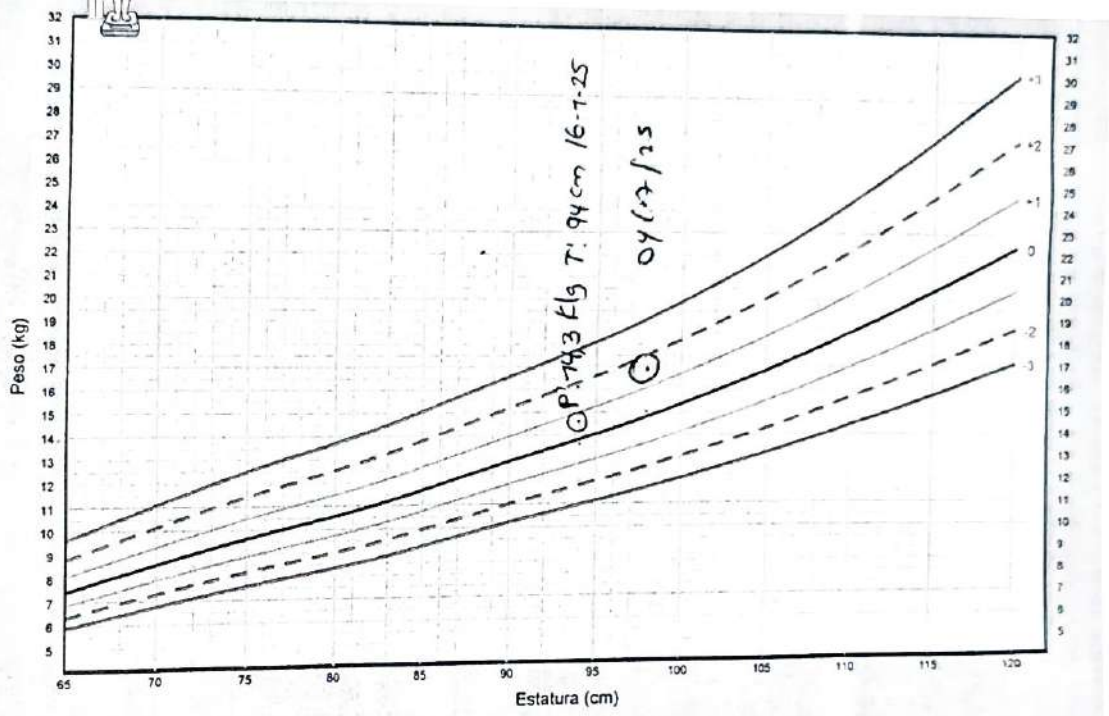
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



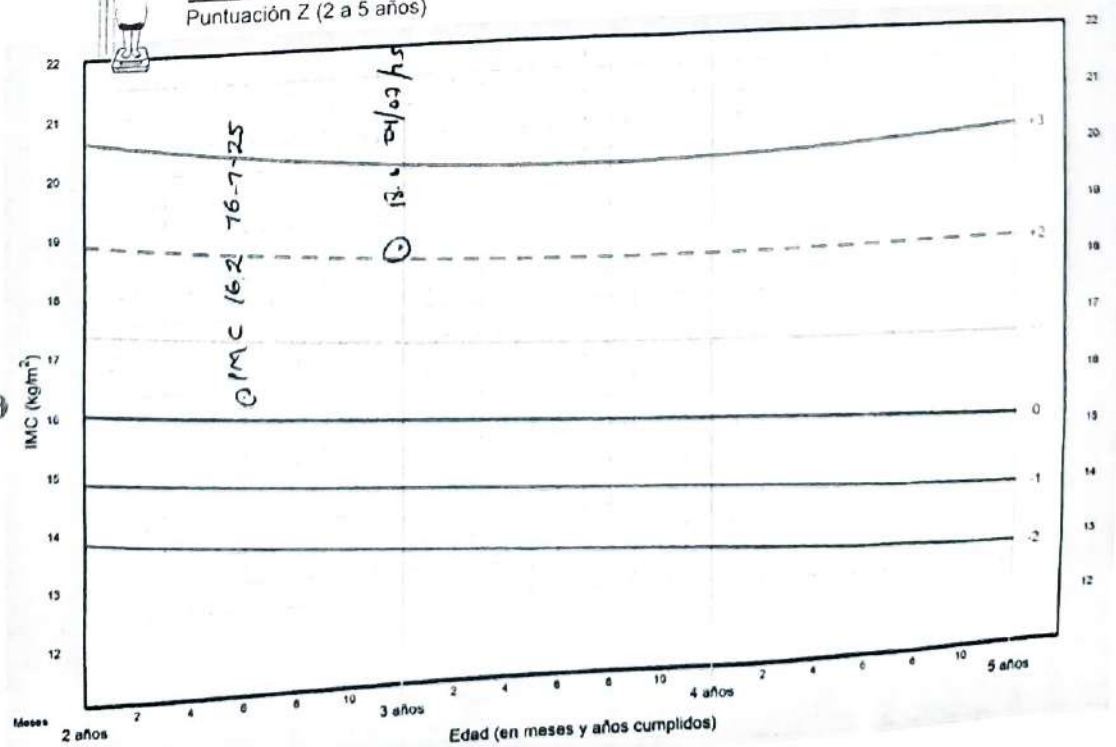
Peso para la Talla Niños

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	ASISTIÓ NO
26	07	2022		✓	
25	10	2022		✓	
01	02	2023	ENF	Si 03-03-23	
20	06	2023	MEDICO		
09	01	2024	Enf	Sí.	
19	06	2024	Méd.		
16	Enero	2025	Enferme	Si ✓ Milena C.	
19	Junio	2025	Medico		NO.
04	07	2025	Med	Si.	

Meliza Guevara
Médica General
1006995742

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
26/07/2022	4.13	51	36	12	16.5	26/08/2022	
25/08/2022	5.185	57	38	12	17.0	25/10/2022	Victor Cruz
01/11/2023	7.2Kg	71cm	41cm	14cm	14.5	01/02/2023	
03-03-23	9.5	78.	43	16cm	15.2	20-06-23	
05/03/2023	10,5.	77	46.	17	15.2	19/12/2023	
09/01/24	12	825	48	15	17.8	19/06/24	
16-01-25	14.3	94	47	15	16.2	19-06-25	Milena C.
04/07/25	17.9	98	48.5	16.5	18.6	19/06/26	

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				
	Cardipopatia 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

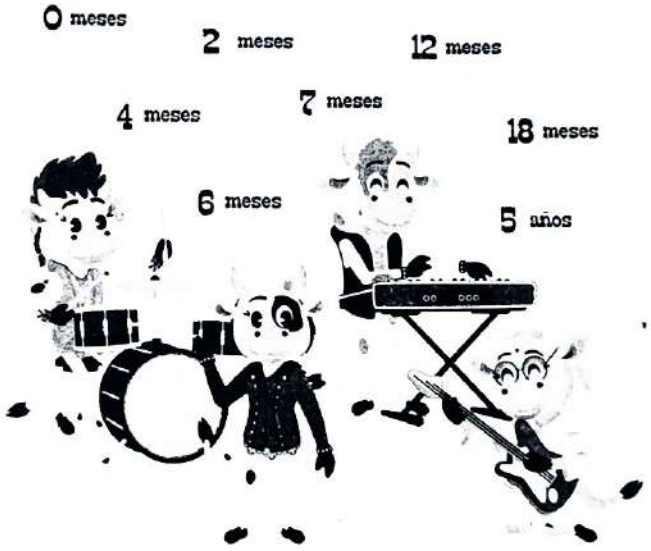
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meningea, 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

Nombre y Apellidos: JAN DAVID PAIACIO
Fecha de nacimiento: 19-06-2022
Nº de certificado de nacido vivo: 171869237
Registro civil: 1.122.344.038
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: CC: 1.122.341.792
Peso al nacer: 2840 Talla: 48
Dirección: U/San Juan bosco
Teléfono 1: 3229551514
Teléfono 2:
Responsable: CC 1122 341 792 Yesica Andrea Pascal
Municipio de residencia: SAN MIGUEL
Departamento: PETUMAYO

#118

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

1/a
21

Nombres y Apellidos: JUAN DAVID PAIACIN PASCAL Tipo Identificación: RC. No. ID: 1.122.344.088.

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
Recién nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	19	06	22	Serum	037 MA 98	Clinica Putumayo	19	08	22	Conda.
	Hepatitis B	Recién nacido	19	06	22	Serum	032 70 73 B					
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1°	25	08	22	Biologica	2121 CU 4A					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1°	25	08	22	Serum	2E51 40 22 A					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1°	25	08	22	Serum	2E51 40 22 A					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1°	25	08	22	Serum	2E51 40 22 A					
	Diarrea por rotavirus	1°	25	08	22	GSK	RRCI CE 92 A					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1°	25	08	22	GSK.	FR4E 47					
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2°	10	11	22	Biologica	2141 01 4					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2°	10	11	22	Serum	2851 40 22 A					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2°	10	11	22	Serum	2851 40 22 A					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2°	10	11	22	Serum	2851 40 22 A					
	Diarrea por rotavirus	2°	10	11	22	GSK	ARCI D0 J0 A C					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2°	10	11	22	GSK	AR48 97					
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3°	18	01	23	Biologico2	2141 01 4	HFLD				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3°	18	01	23	Serum	2851 Y0 22 B	HFLD				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3°	18	01	23	Serum	2851 X0 22 B	HFLD				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3°	18	01	23	Serum	2851 Y0 22 B	HFLD				
	Influenza estacional	1°	05	07	23	GC	V500 52 30 01	HFLD				
7 meses	Influenza estacional	2°	04	06	24	Butantan	2400 97 91 00	HFLD	Cita.			
12 meses	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	1°	05	07	23	Serum	0131 N0 71 A	HFLD	19=06=			
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	05	07	23	Pfizer	FR4B 95	HFLD	2023			Herly
	Varicela	2°	05	07	23	Merck	W031 G5 7	HFLD				
	Hepatitis A	Unica	05	07	23	MSD	W000 51 4	HFLD				
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1° refuerzo	04	06	24	Biological	2233 00 5	HFLD	cita:			Jeniffer C
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1° refuerzo	04	06	24	Serum	2851 X0 14 B	HFLD	18 enero-24			Herly
	Fiebre amarilla	Unica	05	07	23	Fiocruz	2131 FC02 7Z	HFLD				
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2° refuerzo							Cita: 04-Julio-24 2da influenza			
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2° refuerzo										
	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	2°	04	06	24	Serum	0132 N049 B	HFLD				Jeniffer C
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1°										
		2°										
		3°										
Vacunas complementarias y otras dosis												

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

15
RIV

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 17 MES 07 AÑO 2025 HORA: 1:30

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Joan David APELLIDOS Palacios Pascal

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122344038

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 19 MES: 06 AÑO: 2022 / EDAD: 3 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. 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 (linfadenopatia), malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica 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: _____

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

Nombres Yesica Andrea Apellidos Pascal Santacruz.

Tipo de Identificación: RC☐ TI☐ CC☒ CE☐ OTRO☐ Número 1122341792

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 _____

	Firma del Rogado
	C.C. N°
Huella dactilar o plantar del Rogante	

C.C. N° –

Nombres y apellidos del vacunador: Edward Ipial
Firma Tipo de Identificación: RC☐ TI☐ CC☒ CE☐ OTRO☐ Número 1004768431

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLD

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

14

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.122.341.792
PASCAL SANTACRUZ

APELLIDOS
YESICA ANDREA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-NOV-1996
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

18-DIC-2014 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

A-6401600-90848874-F-1122341792-20160914 0051148752A 1 46160788



REPÚBLICA DEL ECUADOR
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL
IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN

CÉDULA DE CIUDADANÍA N.° 220052267-6

APELLIDOS Y NOMBRES
PALACIOS MACIAS
HENRY DAMIAN

LUGAR DE NACIMIENTO
SUCUMBIOS
SHUSHUFINDI
SHUSHUFINDI CENTRAL

FECHA DE NACIMIENTO 1995-08-24
NACIONALIDAD ECUATORIANA
SEXO HOMBRE
ESTADO CIVIL CASADO
YESICA ANDREA
PASCAL SANTACRUZ



INSTRUCCIÓN
BACHILLERATO

PROFESIÓN / OCUPACIÓN
ESTUDIANTE

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
PALACIOS ALAVA JOSE JAIRO

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
MACIAS PIVAQUE BLANCA MERY

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN
LAGO AGRIO
2017-12-06

FECHA DE EXPIRACIÓN
2027-12-06

V2333V4222

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.389-9

Mi prioridad es tu salud...



Nombres y Apellidos: Juan David Palacios Pascal

Fecha de Nacimiento: [illegible] Edad: Mallamas

Teléfono: 1122349038 Dirección: Vereda Monterey

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) Ó AÑOS (A)												
			5 DIAS	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
ATENCIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología										14-2-25			
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor										14-6 Enero 2025	26-2025		
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)										14-6 Enero 2025	26-2025		
	V	Vacunación													

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg 22083
Universidad de Caldas

Agudeza Visual 20/20 normal

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Yesica Andrea Pascal Identificado con C.C N° 1122341792 en calidad de: padre o madre (Madre), del niño o niña: Juan David Palacios Pascal 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.

Yesica Pascal
Madre o Acudiente
C.C 1122341792

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 Yesica Andrea Pascal Santacruz, identificado (a) con documento de identidad número 1122341792, 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, Juan David Palacios Pascal, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122344038, 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 Fundación 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: Yesica Pascal
Nombre: Yesica Andrea Pascal S.
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3229551514
Fecha: 24-07-2025
Municipio: San Miguel

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel Antiguo

Nombre completo de la niña o niño Juan David Palacios Pascal

Fecha de nacimiento 19 06 2022 N° Documento de Identidad 1122344038

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 07 2025

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

Color de registro valoración cualitativa

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

El niño Juan David es un niño que participa con otros niños en juego de roles; sigue normas de la vida cotidiana se le dificultad argumentar porque algo no le gusta pero 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)*

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Kelly Sanchez.

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

Juan es un niño que cumple con pequeñas responsabilidades- reconoce que existen consecuencias cuando se incumple alguna norma, ya argumenta cuando algo no le gusta 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

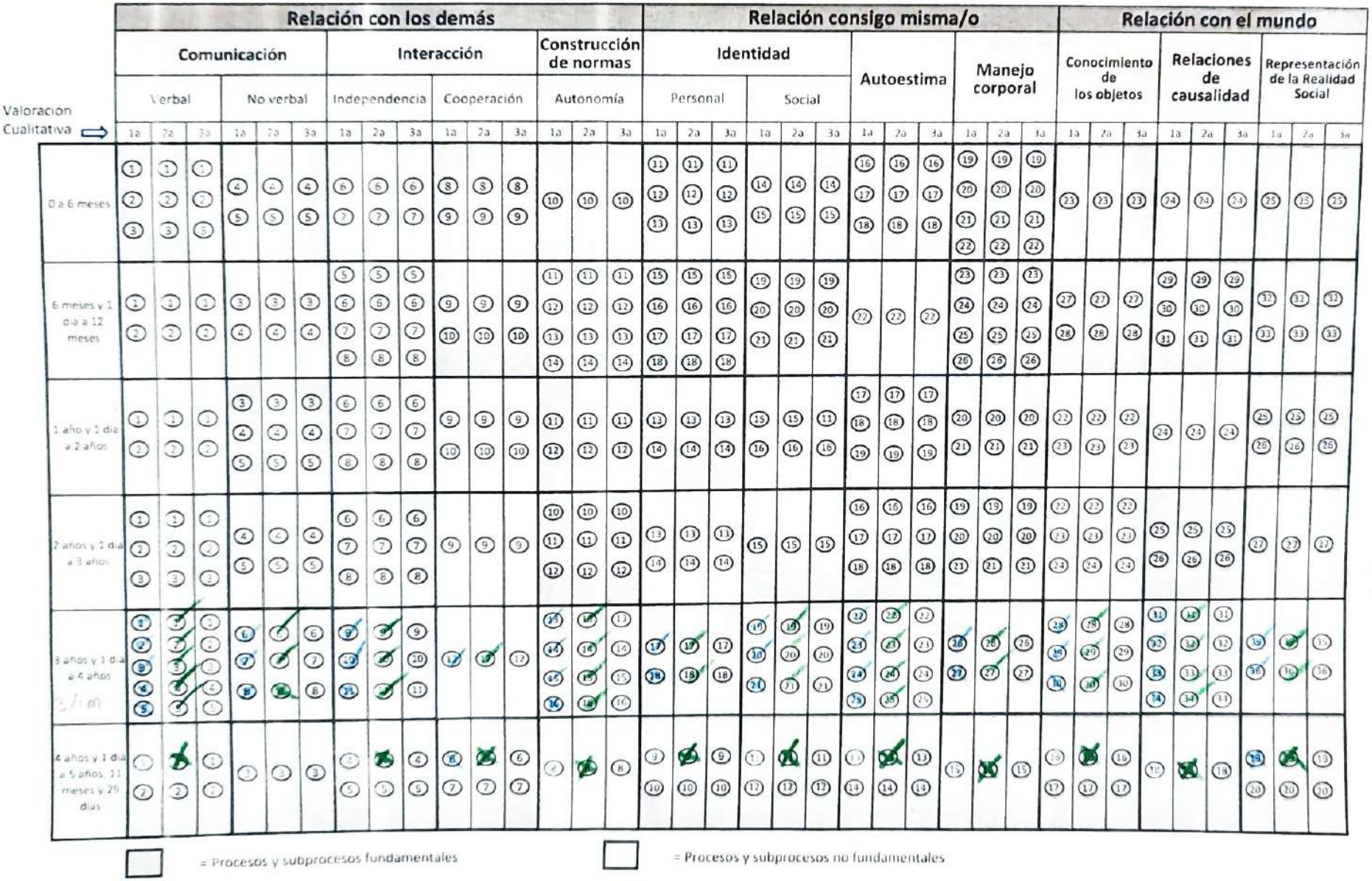
Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

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)*


Relación con los demás
Comunicación
Interacción
Construcción de normas
Relación consigo misma/o
Identidad
Autoestima
Manejo corporal
Relación con el mundo
Conocimiento de los objetos
Relaciones de causalidad
Representación de la Realidad Social
Verbal
No verbal
Independencia
Cooperación
Autonomía
Personal
Social
Valoración Cualitativa
1a 2a 3a
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
= Procesos y subprocesos fundamentales
= Procesos y subprocesos no fundamentales