Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

# LISTA DE CHEQUEO
# DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

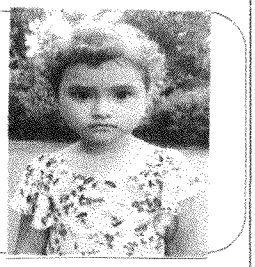
| No. | DOCUMENTOS |
|---|---|
| 1 | Ficha de Inscripcion y Matricula con fotografía del usuario. |
| 2 | Lista de chequeo documentos participantes |
| 3 | Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras). |
| 4 | Fotocopia 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>___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado)<br>___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, |

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:** 26-03-2025 **FECHA INGRESO:** 01-04-2025

**UDS:** Amor y Ternura **MUNICIPIO:** San Miguel



**NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:**
Yoselin Jazmin Jimenez Canacuan

**TIENE REGISTRO CIVIL:** SI X NO __ **NUIP No.** 1.122.343.738

**¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL?** N/A

**FECHA NACIMIENTO:** 02-06-2021 **EDAD:** 3 AÑOS **MUNICIPIO:** Pto Asis.

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

**DE RESIDENCIA:** Vl Mesas del Sabalito **ESTRATO:** 1 **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: X NO: ____

**¿CUAL?:** DIMF **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: __ PUNTAJE: A3 **DESPLAZADO:** SI: ___ NO X

**VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:** SI: ____ NO: X **RED UNIDOS:** SI: ____ NO: X

**PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA:** SI: ___ NO: X CUAL: N/A

**DATOS DEL PADRE**

**NOMBRES Y APELLIDOS:** Jhon Jairo Jimenez.

**No. IDENTIFICACION:** 1.085.898.827 **DIRECCION RESIDENCIA:** M. Sabalito

**CELULAR:** 3172172998 **E.P.S:** Mallamas

**OCUPACION U OFICIO:** Agricultor

**EMPRESA DONDE LABORA:** N/A

**NIVEL DE ESCOLARIDAD:** Bachiller **PROFESIÓN:** N/A

**DATOS DE LA MADRE**

**NOMBRES Y APELLIDOS:** Yadira Patricia Canacuan Ituyan.

**No. IDENTIFICACION:** 1.122.342.343. **DIRECCION RESIDENCIA:** M. Sabalito

**CELULAR:** 317 2172998 **E.P.S:** Mallamas

**OCUPACION U OFICIO:** Ama de casa.

**EMPRESA DONDE LABORA:** N/A.

**NIVEL DE ESCOLARIDAD:** Bachiller **PROFESIÓN:** N/A

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE:** Yadira Patricia Canacuan.

**NUMERO IDENTIFICACION:** 1.122.342.343. **CELULAR:** 317 2172998

**DIRECCION:** Vl Mesas del sabalito **PARENTESCO:** Madre.

Yadira Canacuan
**FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

Omaira Meneses
**FIRMA AGENTE EDUCATIVO**

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

**CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**

Número: **N** 1442852

**NUIP** 1.122.343.738

*Tipo de certificado* | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

***Datos del Inscrito***

Apellidos y Nombres completos

JIMENEZ CANACUAN YOSELIN JAZMIN

| Fecha de Nacimiento (Mes en letras) | | | | | | | | | | | Sexo (en letras) | Tipo Sanguíneo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Año | 2 | 0 | 2 | 1 | Mes | J | U | N | Día | 0 | 2 | FEMENINO | 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 | J | U | N | Día | 1 | 5 | 0061318486 |

***Datos de la Madre***

Apellidos y Nombres completos

CANACUAN ITUYAN YADIRA PATRICIA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.342.343 | COLOMBIA |

***Datos del Padre***

Apellidos y Nombres completos

JIMENEZ JHON JAIRO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 1.085.898.827 | COLOMBIA |

***Datos del Solicitante***

Apellidos y Nombres completos

JIMENEZ JHON JAIRO

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.085.898.827

***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 | J | U | N | Día | 1 | 5 |

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 26209360-1

**Nombre y firma del funcionario**

ROY EDISON CALLE QUIRAMA

**Registrador del Estado Civil**

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

**Fecha de consulta:** 20/10/2025

**Ficha:** 86757035952700000206

# A3

GRUPO SISBEN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

**Nombres:** YOSELIN JAZMIN

**Apellidos:** JIMENEZ CANACUAN

**Tipo de documento:** Registro civil

**Número de documento:** 1122343738

**Municipio:** San Miguel

**Departamento:** Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 09/09/2020

**Última actualización ciudadano:** 20/09/2021

**Última actualización via registros administrativos:**

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

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 No pobre ni vulnerable

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

**Dirección:** Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

**Teléfono:** 4210537 - 3213138790

**Correo Electrónico:** sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co

ADRES

# ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | RC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1122343738 |
| NOMBRES | YOSELIN JAZMIN |
| APELLIDOS | JIMENEZ CANACUAN |
| 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 | 06/06/2021 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| **Fecha de Impresión:** | 09/16/2025 15:03:08 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

# CARNET DE CONTROL

## NIÑO Y NIÑA

## ...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

## MIS DATOS

| | |
|---|---|
| Nombres: Yoselin Jaimin | Apellidos: Jimenez Canacuan |
| Fecha de nacimiento: 09 DÍA / 06 MES / 2021 AÑO | Historia Clínica: 1122343738 |
| Barrio/Vereda: Sabaleta | Responsable del niño: Yadira Canacuan |
| Teléfono: 3172172998 | EPS: 115 |

# CONDICIONES DEL NIÑO(A) AL NACER

Necesidad de reanimación: SI ☐ NO ☐
APAGAR al minuto:_____ APAGAR a los 5 minutos:_____
Peso: 2500 Talla: 47 Perímetro Cefálico: _____
Ictericia: _____ Antes de 24 horas:_____ Después de 72 horas: _____
¿Estuvo en fototerapia? SI ☒ NO ☐ ¿Dónde?
Grupo sanguíneo: O -

**Perímetro braquial**

¿Estuvo hospitalizado? SI NO
¿Dónde? *UCI **UCE CUNA
¿Cuánto tiempo?_____
Diagnostico: _____
TSH: _____ Resultado:_____

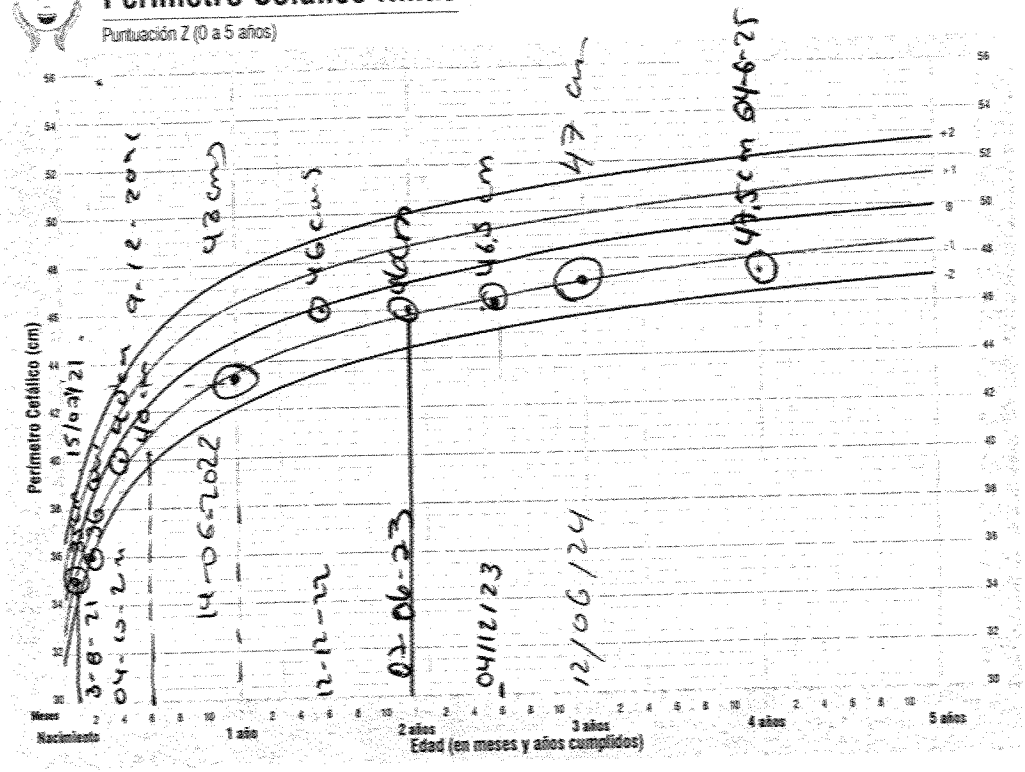
**ANTES DE SALIR DE LA CLÍNICA**

¿Le aplicaron las vacunas? SI NO
¿A qué tiempo de nacimiento comenzó la lactancia materna?

| | | |
|---|---|---|
| Antes de la hora | SI | NO |
| Después de la hora | SI | NO |
| Antes de salir de la clínica | SI | NO |

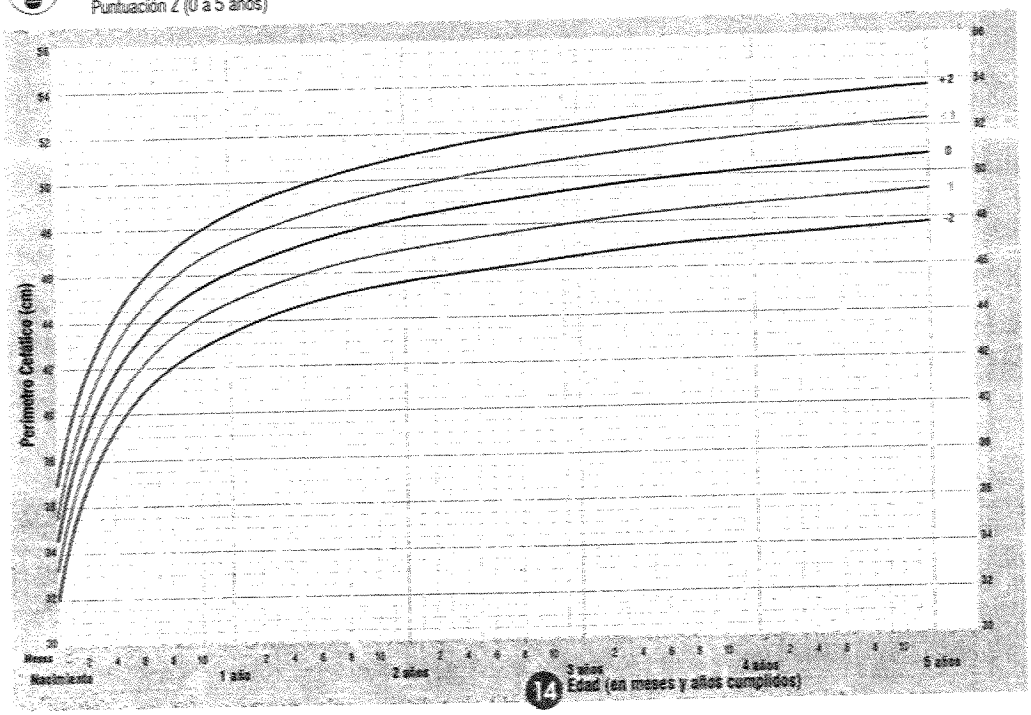
## Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



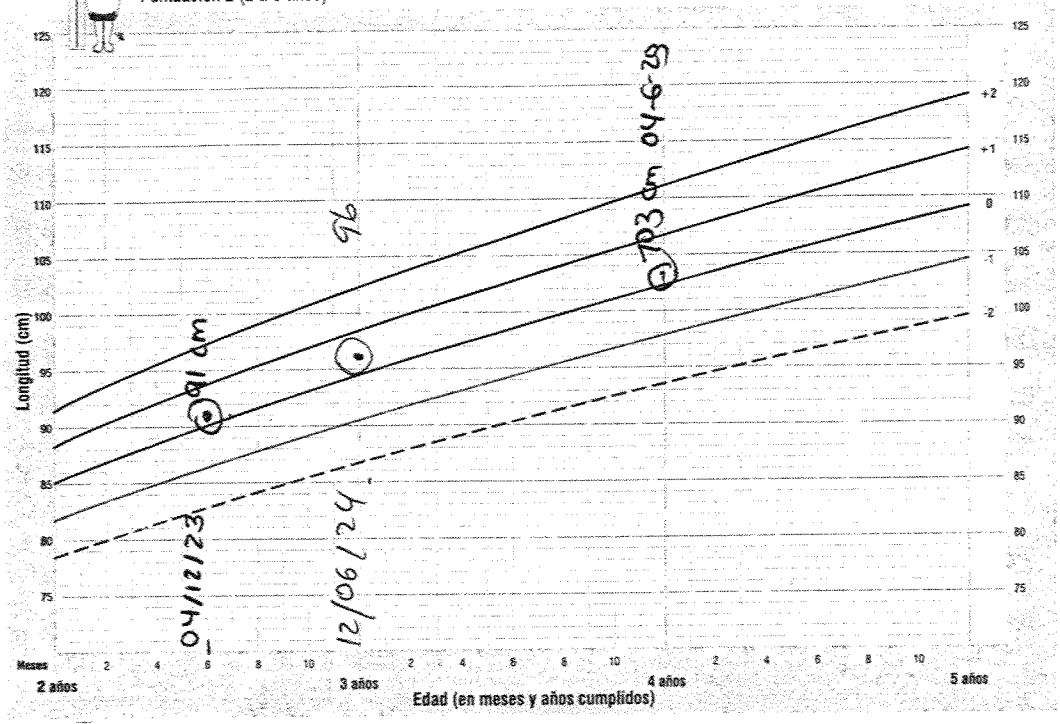

## Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



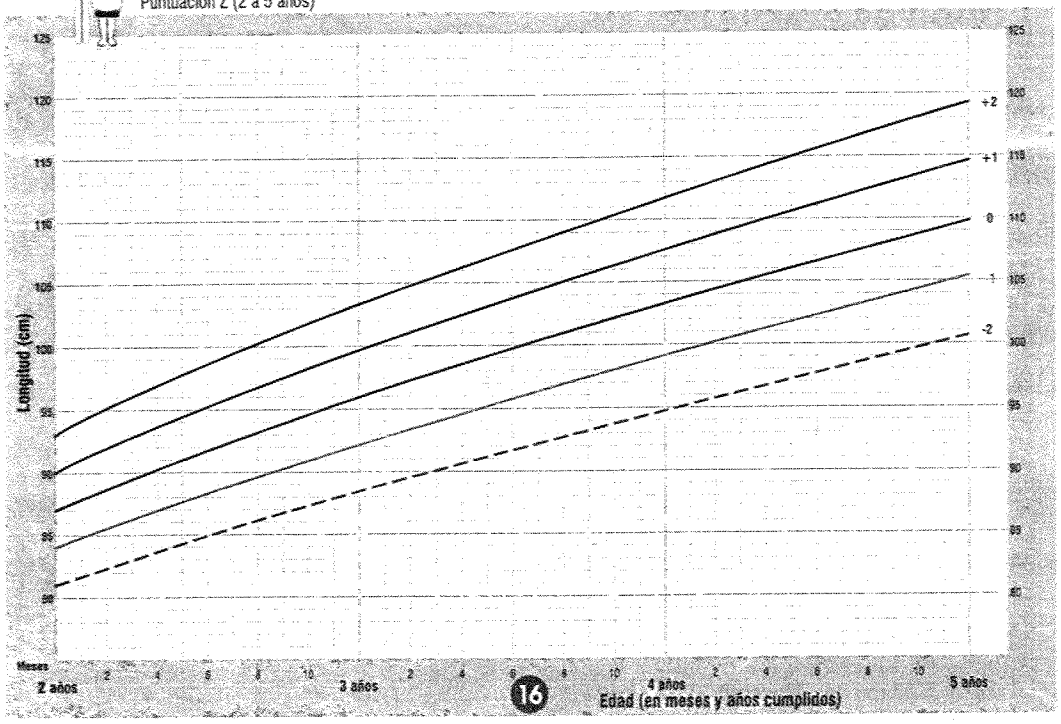
# Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



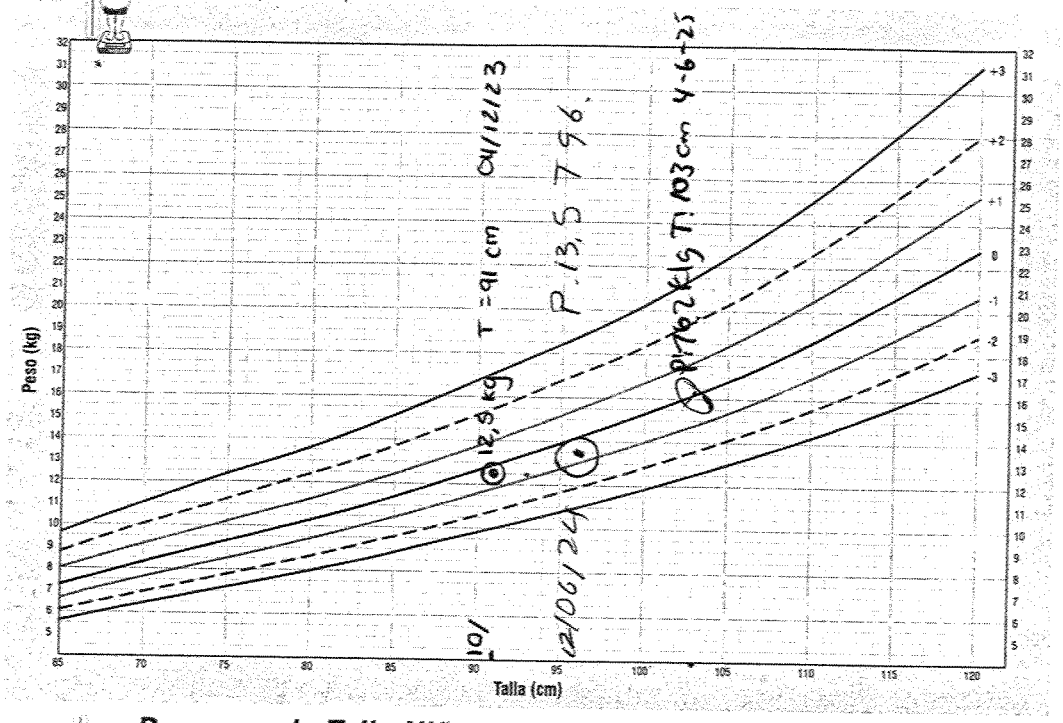

# Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



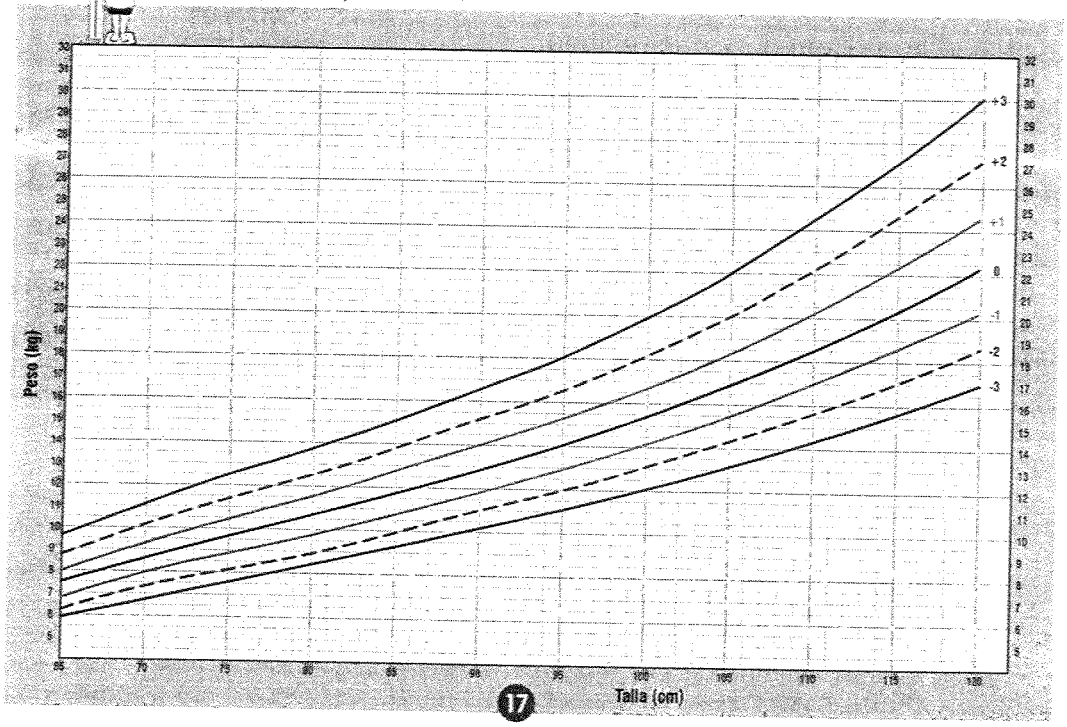
## Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



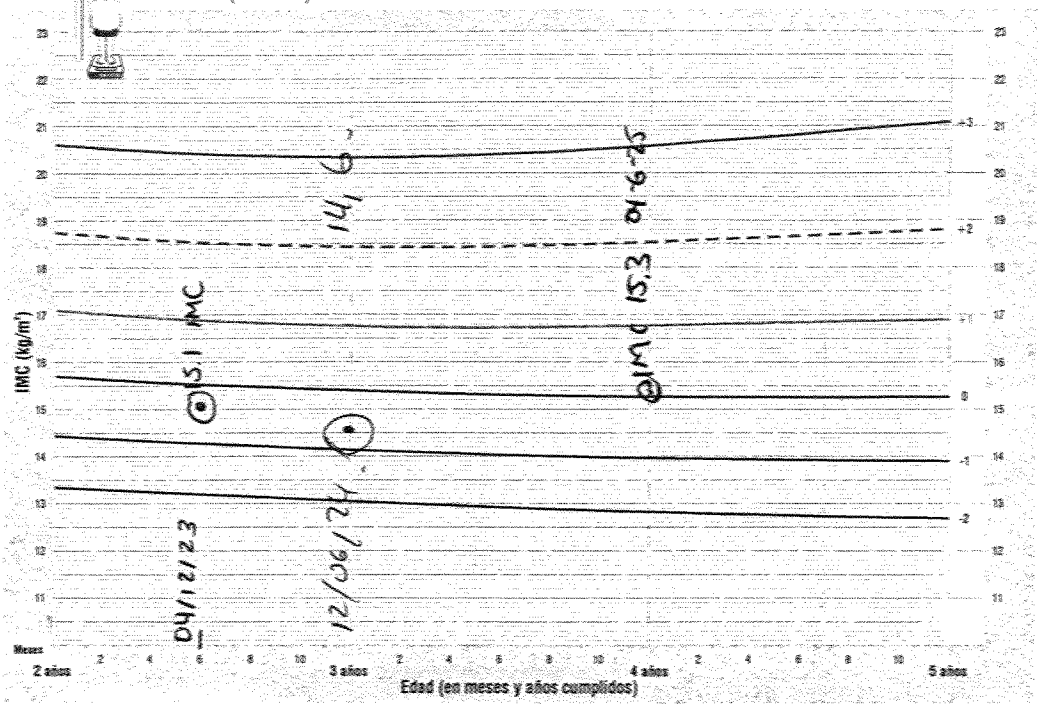

## Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



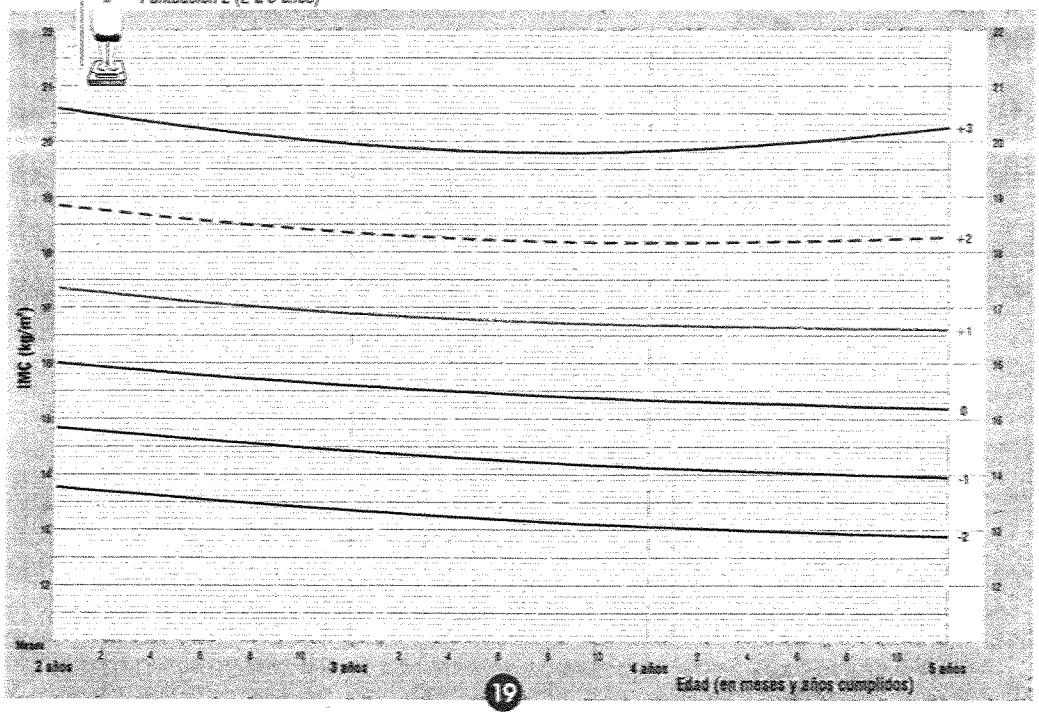
## IMC para la Edad Niñas

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 |
|---|---|---|---|---|---|
| 08 | Agosto | 2021 | Control x enf. | Si ✓ | |
| 015 | Agosto | Control de peso. | | | |
| 04 | oct. | 2021 | NO. | | |
| 09 | Dic | 2021 | Jefa | Si ✓ | |
| 8. | Marzo | 2022. | | Si ✓ | |
| 14 | Junio | 2022 | | 14-06 2022 | Medico. |
| 12 | Diciembre | 2022 | Enfermera | Si ✓ | |
| 07 | Junio | 2023 | Medico | Si | |
| 04 | Diciembre | 2023 | Enf | Si | |
| 12 | Junio. | 2024 | Méd. | Si | |
| 04 | Junio | 2025. | Enf. | SIC Milena C | |
| 02 | Junio | 2026 | Medico | cita. | |

Dra. Magaly Cabrera
Médico General
R.M. 67027189 Univalle

| PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO | | | |
|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA | | | |
| Al momento de nacer | Fecha: | | |
| PRIMER CONTROL MÉDICO | | | |
| Durante el primer mes de vida | Fecha: | | |
| SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA | | | |
| Edad | Fecha de cita programada | Fecha en que asistió | Profesional que atendió |
| 1 a 3 meses | | | |
| 4 a 6 meses | | | |
| 7 a 9 meses | | | |
| 10 a 12 meses | | | |
| 13 a 16 meses | | | |
| 17 a 20 meses | | | |
| 21 a 24 meses | | | |
| 25 a 30 meses | | | |
| 31 a 36 meses | | | |
| 37 a 48 meses | | | |
| 49 a 60 meses | | | |
| 61 a 66 meses | | | |
| 67 a 72 meses | | | |
| 73 a 78 meses | | | |
| 79 a 84 meses | | | |
| 8 años (1) | | | |
| 8 años (2) | | | |
| 9 años | | | |

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

| Edad | Fecha | Edad | Fecha |
|---|---|---|---|
| 6 meses | | 42 meses | |
| 12 meses | | 48 meses | |
| 18 meses | | 54 meses | |
| 24 meses | | 60 meses | |
| 36 meses | | 66 meses | |

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

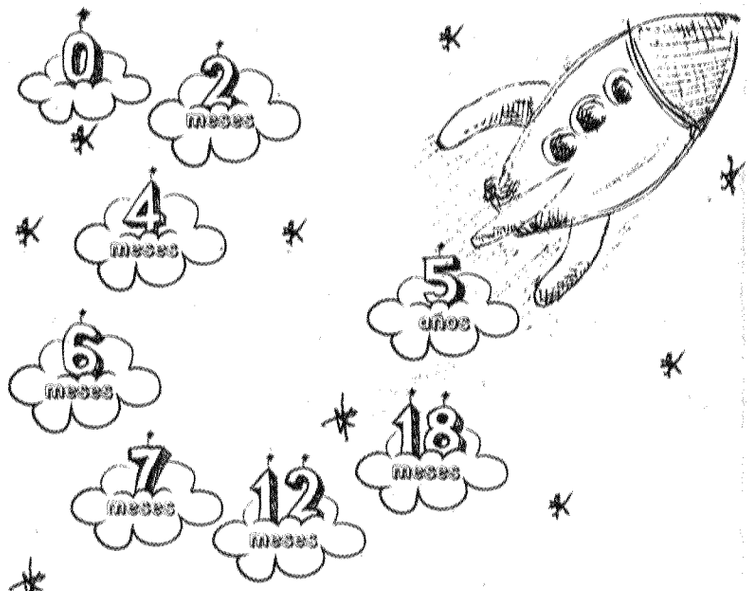
| | |
|---|---|
| Valor reportado TSH: | |
| Fecha verificación: | |
| Profesional que verificó: | |

**Exíjalo**

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

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

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




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


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

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


AIEPI
Porque mi vida hoy que protegerla hoy

de cero a siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

# Vacunas al día, se la ponemos fácil

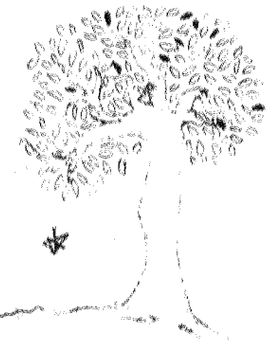
## CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Jimenez Canacuan Yeselin Jazmi
Fecha de nacimiento: 2 Junio 2021
Nº de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: 1122343738
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: _____
Peso al nacer: 2.565 Sem. 40
Dirección: _____
Teléfono: _____
Responsable: Yadira Canacuan
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo

## Recuerda:

**Estas vacunas son gratuitas**





PROSPERIDAD PARA TODOS

Cita: 2 meses cumplidos

**Nombre:** Yoselin Jazmin Jimenez Cenacoan **Registro Civil:** 1122343738

| Edad | Me protege de | Dosis | Fecha de Aplicación (Día Mes Año) | Laboratorio | Número de lote | IPS vacunadora | Fecha próxima cita (Día Mes Año) | Nombre del Vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Recién Nacido | Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ | | | | | | | |
| | Tuberculosis B.C.G. | Única | 2 JUN 21 | Serum I.I | 0370G071 | H. local pto Asis | | Cristina C |
| | Hepatitis B | Recién nacido | 2 JUN 21 | Serum I.I | 0320Y013E | H. local pto Asis | | Cristina C. |
| 2 Meses | Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 1ª | 03-08-2021 | Serum | 2017004 | HFID | | Ana Izquierdo |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1ª | 03-08-21 | Biolo | 28504018 | HFID | | Ana Izquierdo |
| | Rotavirus | 1ª | 03-08-21 | GSK | AHAC774 | HFID | | Ana Izquierdo |
| | Neumococo | 1ª | 03-08-21 | GSK | ASPNB308 | HFID | CITA: 3-OCT-2021 | Ana Izquierdo |
| 4 Meses | Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 2ª | 04-10-21 | Serum | 2017004 | HFID | | Ana Izquierdo |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2ª | 04-10-21 | Biolo | 28504018 | HFID | | Ana Izquierdo |
| | Rotavirus | 2ª | 04-10-21 | GSK | AHAC774A | HFID | | Ana Izquierdo |
| | Neumococo | 2ª | 04-10-21 | GSK | ASPNB330 | HFID | | Ana Izquierdo |
| 6 Meses | Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva. | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 3ª | 06-12-21 | Biologica | 2017004 | HFID | CITA 04-12-21 | Paola C |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 3ª | 06-12-21 | Serum | 28504018D | HFID | | Paola C. |
| | Influenza | 1ª | 14-6-22 | GC | U50222008 | HFID | | Paola C |
| 7 Meses | Influenza | 2ª | 26-07-22 | Green | U50222008 | HFID | CITA 02 Junio 2022 | |
| 12 Meses | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | 1ª | 14-6-22 | Serum | 012ZN121B | HFID | | |
| | Fiebre Amarilla | 1ª | 14-6-22 | Fercny | 1211UFC126 | HFID | | |
| | Neumococo | Refuerzo | 14-6-22 | GSK | ASPNB394CBA | HFID | | |
| | Influenza | Anual | 02-6-23 | Green | U50523007 | HFID | | |
| | Hepatitis A | ÚNICA | 14-6-22 | MSD | L01A226 | HFID | | |
| 18 Meses | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1° Refuerzo | 12-12-2022 | Biological | 2114014 | HFLD | | Dennis N |
| | Polio (Oral - IM) | 1° Refuerzo | 12-12-2022 | Serum | 2821Q016A | HFLD | | Dennis N |
| 5 Años | Polio (Oral - IM) | 2° Refuerzo | | | | | | |
| | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2° Refuerzo | | | | | | |
| | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | Refuerzo | 02-06-23 | Serum | 013N047A | HFID | | Sarai H. |
| Niñas 9 Años o más | VPH | 1ª | | | | | | |
| | VPH | 2ª | | | | | | |
| | VPH | 3ª | | | | | | |
| Vacunas complementarias y otras dosis | Varicela | 1dl | 19-6-22 | merck. | U026211 | HFID | CITA: 5 AÑOS CUMPLIDOS | Sarai H. |
| | Sarampion y Rubeola | 1-8-22 | Serum | 012N054 | HFID | | | Karen A |

Sandy Martinez Tec. Auxiliar en Enfermeria D.C. No 12336822

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

14
RV

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
# LA DORADA
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 15 MES 05 AÑO 2025 HORA: 03:19

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:**

NOMBRES Yoselin Jazmin APELLIDOS Jimenez Canacuan

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122343738

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 02 MES: 06 AÑO: 2021 / 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 [redacted] 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)

Temor 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: Yadira Canacuan I

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

Nombres Yadira Patricia Apellidos Canacuan Ituyan

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1122342343

Firma: Yadira Canacuan

**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: Jeniffer Yulieth Cabezas Meneses

Firma Jeniffer Cabezas Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126460659

**DATOS DE LA INSTITUCIÓN**

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFU

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 **1.122.342.343**

**CANACUAN ITUYAN**

APELLIDOS

**YADIRA PATRICIA**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-ENE-1998**

**CORDOBA**
**(NARIÑO)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.52** **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

**10-MAR-2016 SAN MIGUEL(LA DORADA)**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6401800-00818297-F-1122342343-20160425 0049467775A 1 46159571

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.085.898.827**

**JIMENEZ**

APELLIDOS

**JHON JAIRO**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-MAR-1995**
**IPIALES**
**(NARIÑO)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**10-MAY-2013 IPIALES**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2306700-00452152-M-1085898827-20130723 **0034**090327A 1 40412717

## RECOMENDACIONES

- Visite a su médico semestralmente
- Cepillese los dientes mínimo 5 veces al día
- Mantenga una dieta balanceada
- Acostúmbrese a usar seda dental en cada cepillada

**I.I.A.M.I.** INICIATIVA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y DE LA INFANCIA

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
NIT 846.000.074-9
TEL. (0)4833-42 EXTENSIÓN - LA DORADA - PUTUMAYO

## MI CARNET DE HIGIENE ORAL

| | |
|---|---|
| E.P.S. | Nueva EPS |
| Nombres: | Yaselin Jazmin |
| Apellidos: | Jimenez Canacuan |
| Sexo: | M [X] F — Fecha de Nacimiento: 02 06 21 |
| Identificación: | RC 1122343738 |
| Dirección: | N.H.C. |

Salud con Calidad!

| FECHA | PROCEDIMIENTO CP | F | PROXIMA CITA |
|---|---|---|---|
| 14-06-22 | X | X | 14 DIC-22 |
| 16-12-22 | X | X | 16-06-23 |
| 22-06-23 | X | X | 22 DIC-2023 |
| 02-enero-24 | X | X | 02 JUL-24 |
| 03-07-24 | X | X | 03-01-25 |
| 07-04-25 | X | X | 07-10-2025 |
| 07-10-25 | X | X | 07-04-2026 |

Liliana Maribel Córdoba
HIGIENISTA ORAL
Res 004933 de 2017

**E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO**
**LA DORADA**

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

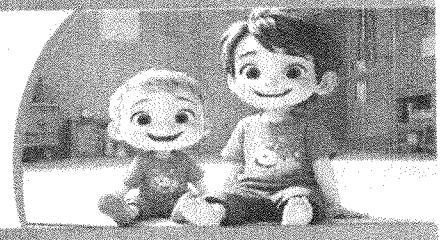
Dirección: B/ el Paraiso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

CARNET RIAS

# PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

*Mi prioridad es tu salud...*



Nombres y Apellidos: Yoselin Jazmin Jimenez Cañacuan
Doc. de Identidad: 1122343738
EPS: Nuevas
Teléfono: 3152719150
Domicilio: V/ Salalito

| | | PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS | FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A) | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 5 DÍAS | 1 M | 2-3 M | 4-5 M | 6-8 M | 9-11M | 12-17M | 18-23M | 24-29M | 30-35M | 3 A | 4 A | 5 A |
| VALORACIÓN INTEGRAL | ATENCIÓN | Control del recién nacido por médico | | | | | | | | | | | | | |
| | | Atención en salud por medicina general | | | | | | | | | | | 12-6-2024 | | |
| | | Atención en salud por enfermería | | | | | | | Proxima control 2 - Junio 2025 | | | | | | |
| | | Atención en salud por Odontología | | | | | | | | | | | | | |
| | | Promoción y apoyo de la lactancia materna | | | | | | | | | | | | | |
| PROTECCIÓN ESPECIFICA | ODONTOLOGÍA | Aplicación de barniz de flúor | | | | | | | | | | | 7-Abril 2025 | | |
| | | Profilaxis y remoción de placa | | | | | | | | | | | | | |
| | | Aplicación de sellantes (Según Criterio) | | | | | | | | | | | | | |
| | V | Vacunación | | | | | | | | | | | | | |

Zury Vanessa Cortes Rodriguez
ENFERMERA PROFESIONAL
C.C. 1094929731

Agudeza Visual 20/20 Normal 12-6-2024
Agudeza Visual 20/20 Normal 4-6-2025.

Hipotermal 9 octubre 2025 proxima control

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Yadira Patricia Cancuan Identificado con C.C N° 1122342343 en calidad de: padre o madre ( X ), del niño o niña: Yoselin Jazmin Jimenez o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Amor y Ternura, 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 03 Días del mes de 04 del Año 2025.

**Madre o Acudiente**
**C.C** 1.122342343.

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA | F2.P2.CE | 11/07/2024 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN | Versión 5 | 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 Yoselin Jazmin Jimenez Canacuan, identificado (a) con documento de identidad número 1122343738, 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 | Y | Audios | | Videos | X | Otros datos personales | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Autorización - Uso imagen del titular:**

Yo, Yadira Patricia Canacuan, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122342343, 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 | Y | Audios | | Videos | X | 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 y adolescentes 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 y adolescentes, 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 Educacion Inicial Campesina EIC

**Suscriben:**

Firma: [signature]
Nombre: Yadira Canacuan F
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3152719150.
Fecha: 03-04-2025
Municipio: San Miguel

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

## PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

**Ciudad** San Miguel

**Nombre completo de la niña o niño** Yoselin Jazmin Jimenez Canacuan

**Fecha de nacimiento** 02 06 2021 **Nº Documento de Identidad** 1122343738

**Sexo** Masculino ○ Femenino ☒ **Fecha de 1er día de atención en el año** 03 04 2025

Primer Registro Cualitativo

**Nombre del observador** Omaira Andrea Meneses

**Fecha de registro cualitativo** 04 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**

Se observa que la niña le gusta interactuar en los juegos con los demás compañeros, tiene buen dominio de su cuerpo también maneja el lapiz de manera controlada. ella cumple con los item fundamentales en su rango de edad.

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

Segundo Registro Cualitativo

**Nombre del observador** Omaira Andrea Meneses

**Fecha de registro cualitativo** 06 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**

La niña expresa de manera clara lo que le gusta y lo que no le gusta, reconoce diferentes objetos, animales, personajes y profesiones de su entorno, tiene buen manejo del lapiz. una de las dificultades que se evidencia el no reconocer colores.

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

Tercer Registro Cualitativo

**Nombre del observador**

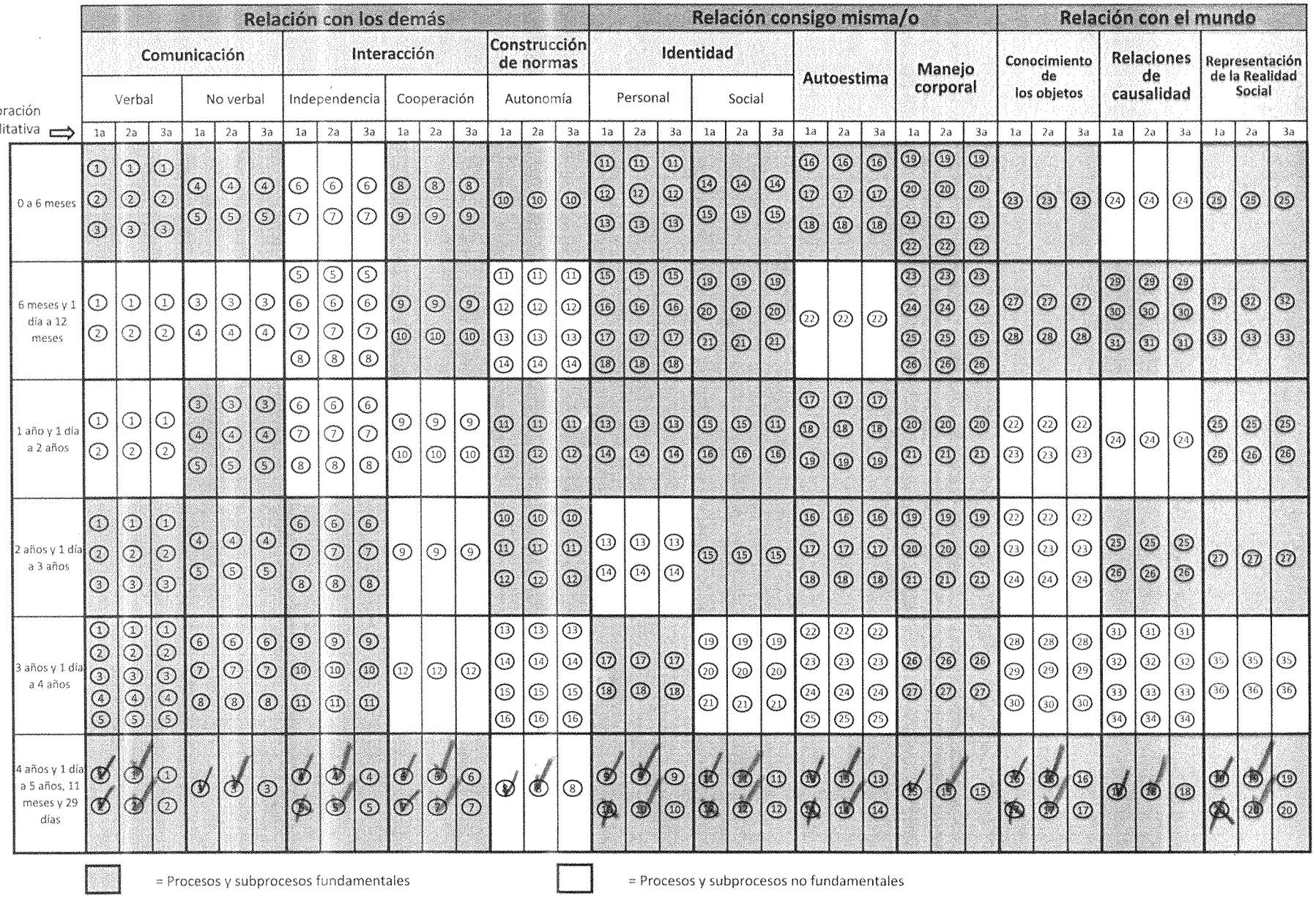
**Fecha de resgistro cualitativo** Día Mes Año

**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)***




PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL