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

	FUNDACION ALMA DE VIDA	Código: FO-GG-012
	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 265 0/2024



FECHA SOLICITUD CUPO: 28/03/2025 FECHA INGRESO: 01-04/2025

UDS: Solecitos MUNICIPIO: San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Michael Snaider Rodriguez Taicos

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1140016042

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? NA

FECHA NACIMIENTO: 28-Julio-2021 EDAD: 3 MUNICIPIO: V/Del Guamuez

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: Palmira mandur. ESTRATO: 1 ¿HA

ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: x NO: __

¿CUAL?: DIMF MOTIVO DEL RETIRO: Terminacion de contrato

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: x CUAL: __

EPS DEL PARTICIPANTE: Emssanar SUBSIDIADO: x CONTRIBUTIVO:

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X DIAGNOSTICO: NA

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: NA

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

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: NA

TIENE SISBEN: SI: X NO: __ PUNTAJE: A4 DESPLAZADO: SI: X __ NO:

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: __ NO: X RED UNIDOS: SI: __ NO: X

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: __ NO: X CUAL: NA

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Romelber Rodriguez Arboleda

No. IDENTIFICACION: 1126451721 DIRECCION RESIDENCIA: Palmira Mandur

CELULAR: 3237724597 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: NA

NIVEL DE ESCOLARIDAD: 5 Primaria. PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Deisy Marisol Taicus Bisbicus

No. IDENTIFICACION: 1010088808 DIRECCION RESIDENCIA: Palmira Mandur

CELULAR: 3237724598 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: 4 primaria. PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: NA

NUMERO IDENTIFICACION: NA CELULAR: NA

DIRECCION: NA PARENTESCO: NA

Deisy Taicus
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

ANDREA LOPEZ
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

Adhesivo Copia Registro Civil
28336270-7

NUIP 1140016042

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59616411

59616411

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de [ ] Código D Q Y

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

COLOMBIA - PUTUMAYO - VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA) VALLE DEL GUAMUEZ H.S.C DE JESUS

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RODRIGUEZ	TAICUS

Nombre(s)

MICHAEL SNAIDER

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes JUL Día 28	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - PUTUMAYO - VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	166642782

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

Apellidos y nombres completos

TAICUS BISBICUS DEISY MARISOL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1010088808	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ ARBOLEDA ROMELBER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1126451721	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ ARBOLEDA ROMELBER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1126451721	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2021 Mes JUL Día 29	CARMEN PATRICIA CASANOVA YANDI Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	CARMEN PATRICIA CASANOVA YANDI Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 80:29/07/2021

NÚMERO DE PREPARACIÓN 16697832

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A4

Fecha de consulta: **01/10/2025**

Ficha: **86865029481600000173**

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **MICHAEL SNAIDER**

Apellidos: **RODRIGUEZ TAICUS**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1140016042**

Municipio: **Valle del Guamuéz**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **29/09/2023**

Última actualización ciudadano: **09/10/2023**

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: **BELSY MILDRED GOMEZ ERASO**

Dirección: **Calle 7 No 5 - 20**

Teléfono: **4282059 - 3134307915**

Correo Electrónico: **sisben@valledelguamuez-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	1140016042
NOMBRES	MICHAEL SNAIDER
APELLIDOS	RODRIGUEZ TAICUS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	VALLE DEL GUAMUEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	28/07/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/01/2025 19:58:26	**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



E.S.E.
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús

CARNET DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

NOMBRES: Michael Snaider

APELLIDOS: Rodriguez Tascos

FECHA DE NACIMIENTO: 28-07-2021

LUGAR DE NACIMIENTO: Valle del Guamuez

HISTORIA CLÍNICA: 1140016042

BARRIO / VEREDA: Corbon

RESPONSABLE DEL NIÑO: Marisol Tascos

N° DE TELÉFONO: 318 388 5461

E.P.S: Emssanar

GRUPO SANGUÍNEO: O+

¡Mamita Segura! Lo mejor de nosotros para ti

IAMI INSTITUCION AMIGA DE LA MUJER Y LA INFANCIA

AIEPI Porque mi vida hoy que protegeria hoy

DATOS DEL RECIÉN NACIDO

PESO AL NACER: 3000 grs PC 32 cms.
TALLA AL NACER: 52 cm
REANIMACION: SI ____ NO X
PRUEBA TSH: Cordón Umbilical
1 ra Muestra : fecha:____ resultado:____
2 da Muestra: fecha:____ resultado:____
APGAR 8/9/10

DATOS FAMILARES

DATOS DE LA MADRE

APELLIDOS: Taicus Bisbicus
NOMBRES: Deisy Marisol
FECHA DE NACIMIENTO: Día 23 Mes 09 Año 1990
GRUPO SANGUINEO: O RH +
ENFERMEDADES HEREDITARIAS: NO

CONTROL PRENATAL #8
COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO:
NO

PARTO

LUGAR DE ATENCIÓN: H.S.C.J. ESE
SEMANAS DE GESTACION: 40.0 RN a termino X
RN a pretermino ____
RN a postermino ____

CESÁREA SI ____ NO X
Gesta #2

DATOS DEL PADRE

APELLIDOS: Rodriguez Arboleda

NOMBRES: Romelber

FECHA DE NACIMIENTO: Día 10 Mes 12 Año 1990

GRUPO SANGUINEO O RH +

ANTECEDENTES FAMILIARES DE INTERÉS QUE PUEDAN INFLUIR EN LA SALUD DEL NIÑO.

Niegan los padres

Enfermedades de Interés

(Escribir fechas)

Alérgicas:

Toxicas:

Quirúrgicas:

Hospitalizaciones:

Algunos Exámenes de Importancia

Agudeza Visual

Fecha: 29/07/2015 20/20

Resultados:

Observaciones:

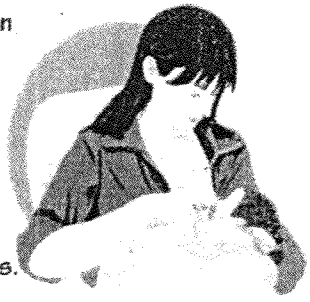
VENTAJAS DE LA LECHE MATERNA

Ventajas para el niño en los dos primeros años

El calostro es la primera leche que produce la madre después del parto, lo protege contra infecciones, enfermedades y es un laxante natural para el recién nacido.

La leche materna garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia y fortalece el vínculo afectivo.

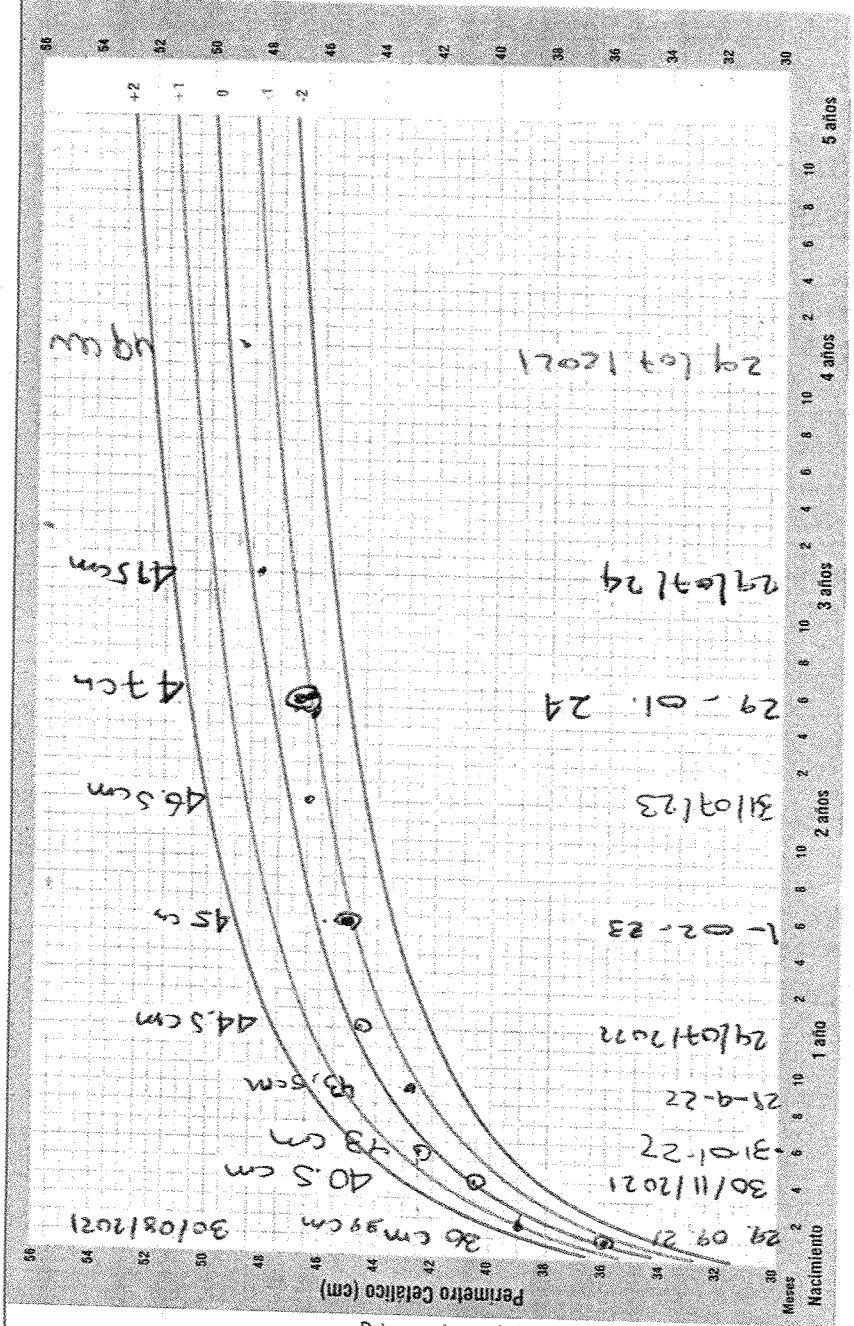
La leche materna protege al niño de alergias, enfermedades de la piel, desnutrición, obesidad, diabetes juvenil y deficiencia de micro nutrientes.



FECHA	PESO	TALLA	DX	FIRMA PROFESIONAL
30/08/21	4.5 kg	55 cm	Adecuado	
29.09.21	5.6 kg	58cm	Adecuado	
30/11/21	6.8 kg	64 cm	Adecuado	Dayco
31-01-22	7.7kg	67 cm	Adecuado	Marcelino
28-4-22	8.0kg	70.cm	ADECUADO	Gomez
29/07/22	8.6 kg	73cm	R. Peso bajo R. Talla baja	Dayco
1.02.23	8.6 kg	76 cm	R. peso bajo Talla baja x edad	Gabriel
31/07/23	10.2 kg	83cm	R. Peso bajo R. Talla baja	Dayco.
29.01.24	10.7kg	85.5cm	R. peso bajo Talla baja	Gomez
29/07/24	12.7 kg	89 cm	R. Peso bajo R. Talla baja	Dayco
29/01/25	14.6kg	96.5cm	R. Talla baja	Gomez

Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



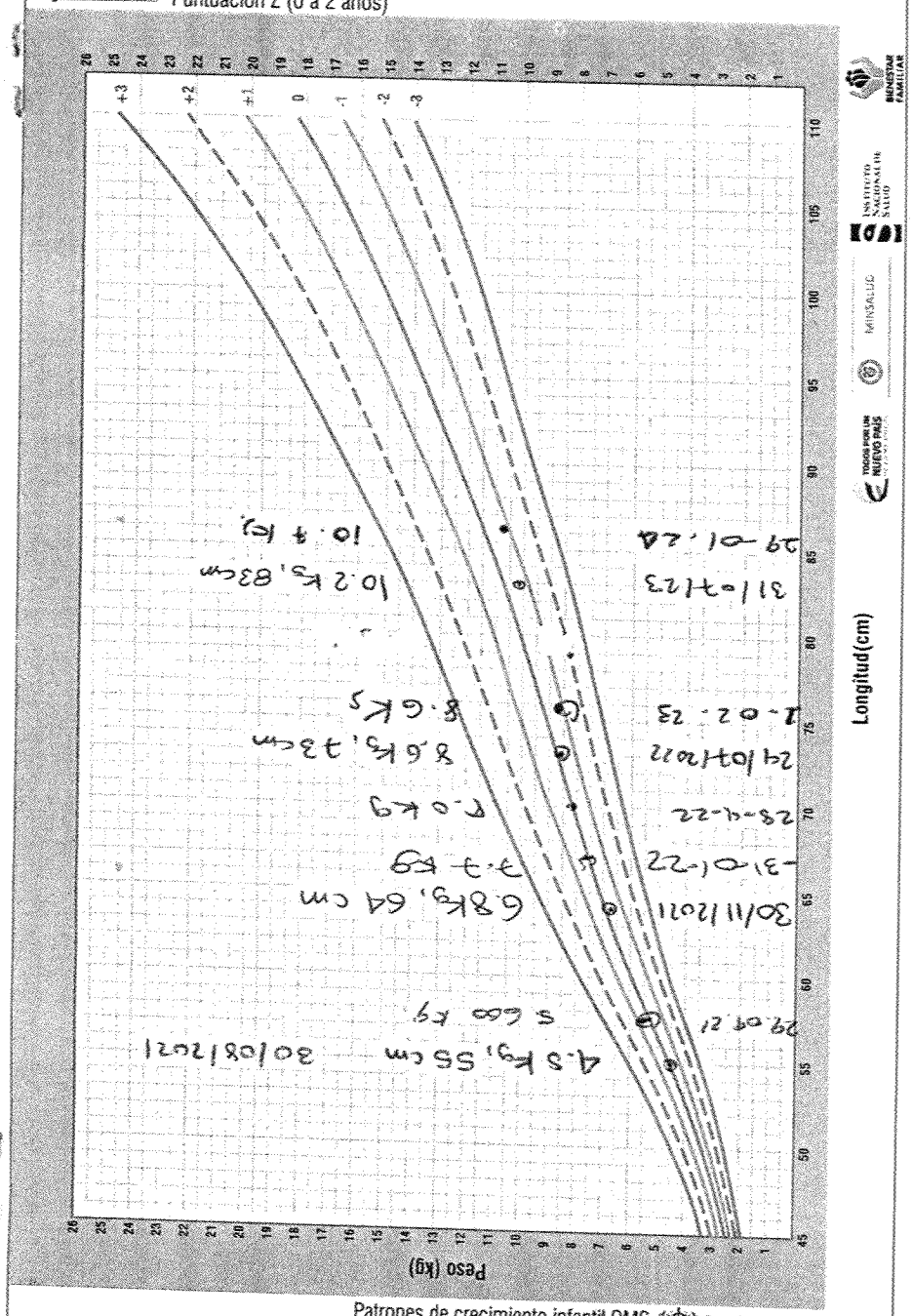
Patrones de crecimiento infantil OMS

Organización Mundial de la Salud

Resolución número 00002465-Junio 14 de 2016

Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil OMS Organización Mundial de la Salud

Resolución número 00002465-Junio 14 de 2016

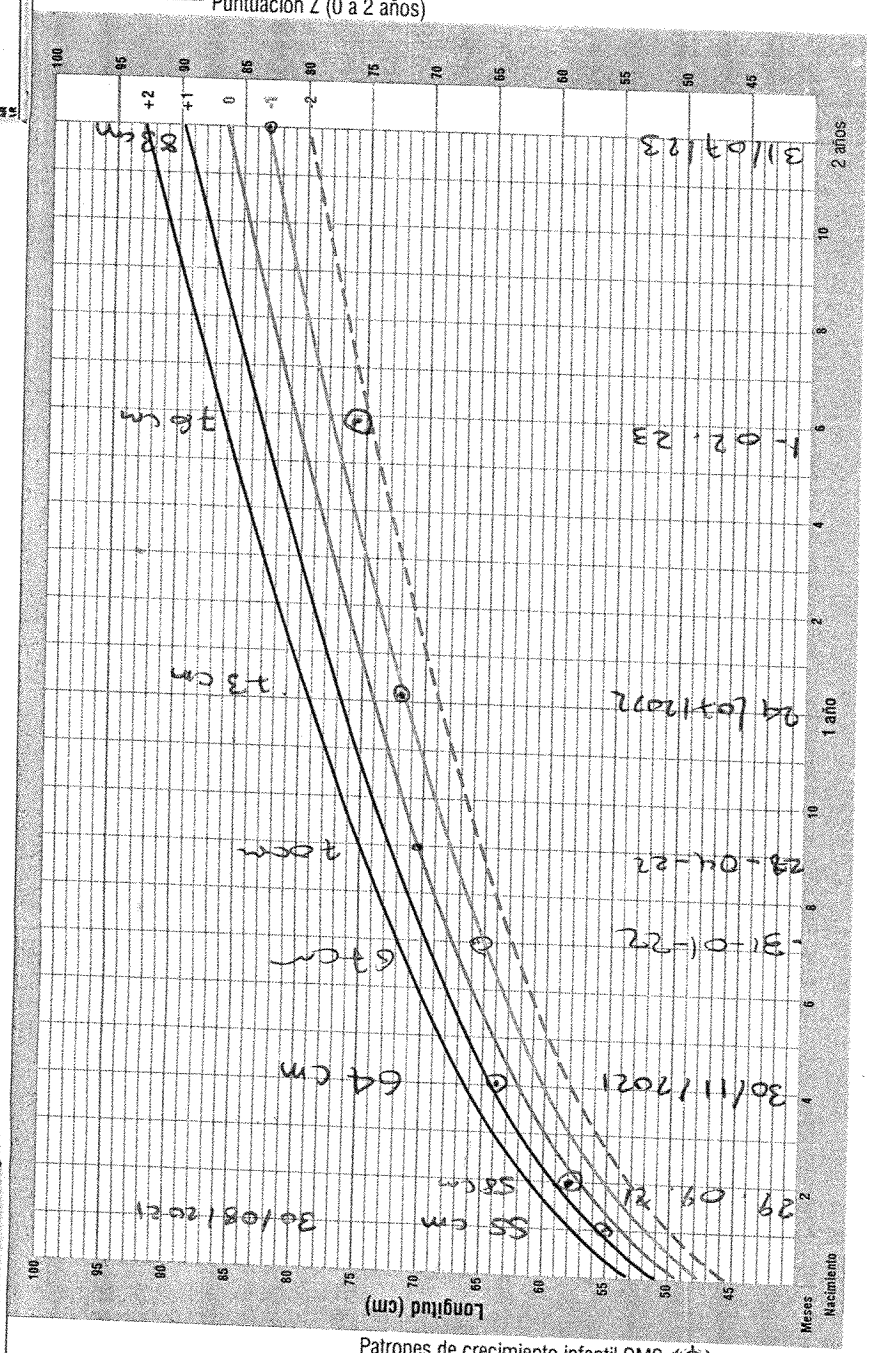
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

Edad (en meses y años cumplidos)

Talla para la edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil OMS

Organización Mundial de la Salud

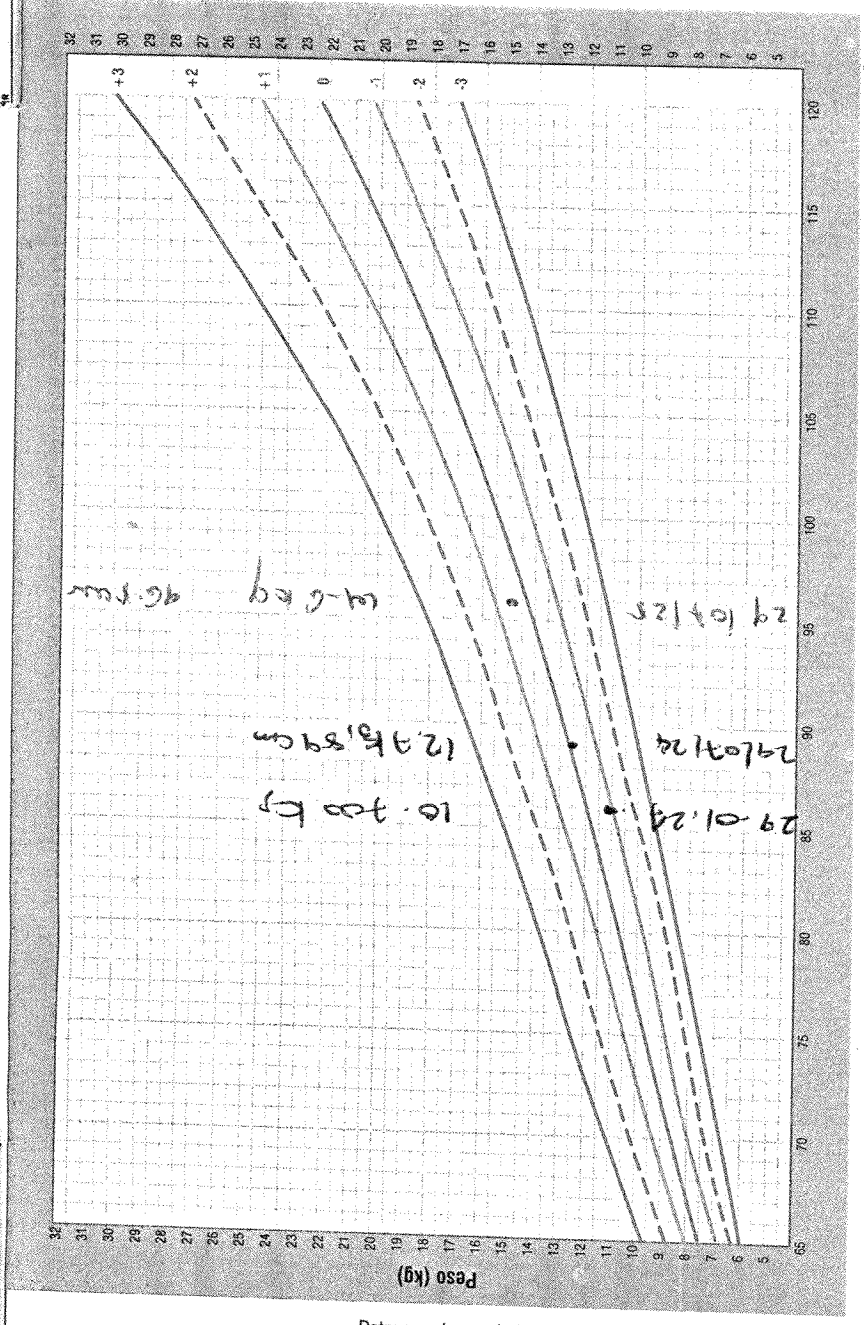
Resolución número 00002465-Junio 14 de 2016

IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil OMS

Organización Mundial de la Salud

Resolución número 00002465-Junio 14 de 2016

Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

Patrones de crecimiento infantil OMS

Organización Mundial de la Salud

Resolución número 00002465-Junio 14 de 2016

IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

Patrones de crecimiento infantil OMS Organización Mundial de la Salud

Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

Patrones de crecimiento infantil OMS

Organización Mundial de la Salud

Resolución número 00002465-Junio 14 de 2016

CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO	
				SI	NO
28	Sep	10am	x enf		
30	Nov	2021	8am y med.		
~~29~~	~~Ene~~	~~2022~~	~~8:00 am~~ ~~enf~~		
31	Enero	2022	11: AM en persona		
28	Abr. 1	2022	10:30 Am ~~Enfermedad~~		
29	Julio	2022	11: AM x MEDICO		
1	Enero	2023	10:30 Am enfermedad		
29	Julio	2023	02:00pm x medico		
29	enero	2024	2:40 pm enf.		
29	Julio	2024	2:30 pm.		
29	Julio	2025	2:00pm x enf		
29	Julio	2026	2:30pm x med		

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.

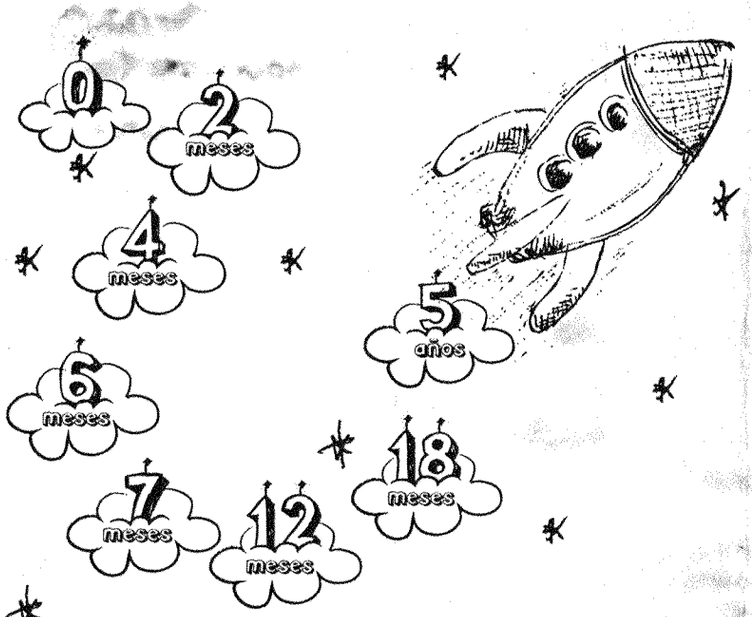
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

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 protegerse 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: Michael Snaider Rodriguez Tamara
Fecha de nacimiento: 28 Julio 2021
Nº de certificado de nacido vivo: 1666427782
Registro civil: 1.740.016.042
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 3000gr 52cm 40Ser
Dirección: Fonbon
Teléfono: 318 386 2111
Responsable: Deisy Tamara
Municipio de residencia: Ml. Guamo
Departamento: Tolima

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: Michael Snaider Rodriguez Taicuz **Registro Civil:** 1.740016042

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	28 Julio 2021	Serum	0106110	ESE HSCJ	29 Sep 2021	
	Hepatitis B	Recién nacido	28 Julio 2021	Serum	03200002	ESE HSCJ		
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª	29 Sep 2021	Bithoven	2027007	ESE HSCJ		
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	29 Sep 2021	Serum	28504035B	ESE HSCJ		
	Rotavirus	1ª	29 Sep 2021	GSK	ARNCB424A	ESE HSCJ		
	Neumococo	1ª	29 Sep 2021	GSK	ASPNB321BA	ESE HSCJ		
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	30 NOV 21	Bithoven	2105001	ESE HSCJ	29 NOV 2021	
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	30 NOV 21	Serum	28504035B	ESE HSCJ		
	Rotavirus	2ª	30 NOV 21	GSK	AROLCB18AC	ESE HSCJ		
	Neumococo	2ª	30 NOV 21	GSK	ASPNB315BA	ESE HSCJ		
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	31 Enero 2022	Biologicos	2113006	ESE HSCJ	30 Enero 2022	
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	31 Enero 2022	Serum	28504035B	ESE HSCJ		
	Influenza	1ª	20 Mayo 2022	Green Cr	V502222008	ESE HSCJ	20 Mayo 2022	
7 Meses	Influenza	2ª	21 Junio 2022	G. Cross	V502222008	ESE HSCJ	20 Junio 2022	
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	29 Julio 22	Serum	0130N131A	ESE HSCJ	29 Julio 2022	
	Fiebre Amarilla	1ª	29 Julio 22	Biomanguinos	L212VFC0157	ESE HSCJ		
	Neumococo (HA)	Refuerzo	29 Julio 22	MSD	V025AA	ESE HSCJ	↑	
	Influenza	Anual	03-05-22	Green	2400979100	ESE HSCJ	20 Mayo 2023	
	Hepatitis A (NEU)	ÚNICA	29 Julio 22	GSK	ASPNB347A	ESE HSCJ		
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) (penta. vip.)	1° Refuerzo	1 Feb 23	Serum	28514022B	HSCJ	31 Enero 23	
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	1 Feb 23	Bithoven	21410 4	HSCJ		
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo					28 Julio 26 (5 Años)	
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	1 Feb 23	Serum	0130N133B	HSCJ		
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	↑	29 Julio 22	MSD	V026355	ESE HSCJ		
	Sarampion Rubeola		06 mar 23	Serum	01220019	ESE HSCJ		

Estas vacunas son gratuitas

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.

MiVacuna
Covid 19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid 19

Certificado de vacunación

Nombres: Michael Snaider

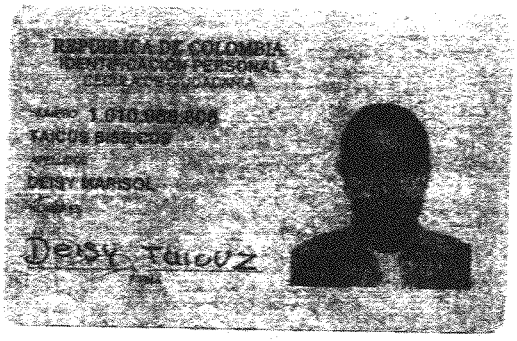
Apellidos: Rodriguez Tafur

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cual: RC

No. 1100216042

Fecha de nacimiento: Día 29 Mes 07 Año 2021

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	9 julio 2025	Moderna pediatrica	041A250	CUE HUJ	Diana Cadena	1006995024
	2	31-ago-25	moderna pediatrica	041A250	ESE HSCJ	Aylin Tonguino CC 1.006.999.482 Aux. Enfermeria	
			28-07-2025	Unicas	de Sitio	Acedad	


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
1.010.988.809
YACUA PIRACUN
DEISY MARISOL
Deisy Yacua


FECHA DE NACIMIENTO 23-SEP-1990
SAN MIGUEL (LA DORADA)
SAN MIGUEL(LA DORADA) (PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.46 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
23-SEP-2008 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.126.451.721

RODRIGUEZ ARBOLEDA

APELLIDOS

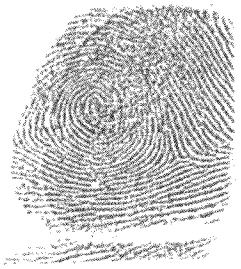
ROMELBER

NOMBRES

Romelber rodrigue

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-DIC-1990

VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
VALLE DEL GUAMUEZ (PUTUMAYO)

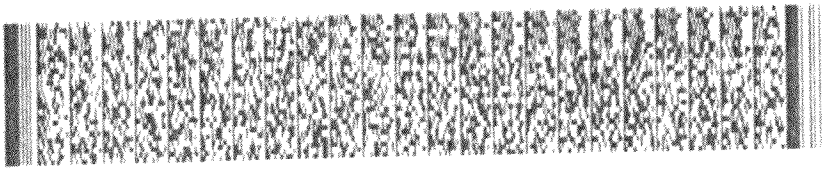
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-DIC-2008 VALLE DEL GUAMUEZ

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-6402800 00155273 M 1126451721 20090427 0011075984A 1 25685011

CONTROL DE CITAS

Este carnet es un documento de identificación como usuario de los servicios del hospital; tratelo con cuidado y no lo pierda pues su duplicado tiene un valor de $ 2.000

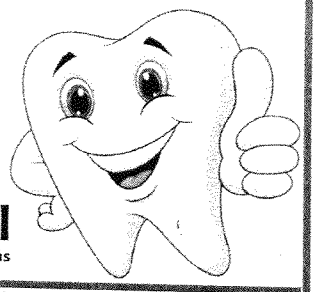
Debe ser puntual en el cumplimiento de su cita Odontológica. Si no se presenta en la hora fijada perderá su turno y tendrá que sacar una nueva cita

De la asistencia a su cita depende el éxito del tratamiento.

Si por atender a un usuario de cuidado urgente, usted sufre alguna demora en ser atendido, rogamos nos excuse.

o. Soluciones Integrales Nit 41120648-6 / Cel 311 840 50 99

CARNET DE ODONTOLOGÍA



E.S.E.
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús

NIT. 846.000.471-5

MUNICIPIO VALLE DEL GUAMUEZ - LA HORMIGA - PUTUMAYO
esehormiga2008@hotmail.com - Tel. 4287089

NOMBRES Y APELLIDOS

MICHAEL SNEYDER

DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EPS/ARS
1140816042	113

DOMICILIO

PRÓXIMA CITA	PRÓXIMA CITA
Paciente cumplió cita	Programada
23-febrero-2022	9:19 Am Flor Sánchez Odontóloga
Higiene oral => 17-Agosto-2022	17-febrero-2023
Higiene oral => 29-Septiembre-2023 => Solutor lucate	
Higiene oral · 20-10-2023	20-Abril 2024
Apertura Historia Clinica 28-04-2024.	Carolin
Higiene Oral=> 25-abril-2024	=> 28-Octubre-2024
Higiene oral=>. 28-octubre-2024 =>	28-abril-2025
Higiene oral 13 mayo 2025	13 Nov-2025
Hygiene oral-> 13-Noviembre-2025	=> 13-mayo-2026

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Deisy Marisol Tacuz Identificado con C.C N° 1.010.088.808 en calidad de: padre o madre (madre.), del niño o niña: Michael Snaider Rodriguez o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Solecitos, 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 14 Días del mes de Abril del Año 2025.

Deisy Marisol Tacuz
Madre o Acudiente
C.C 1010088808

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 Michael Snaider Rodriguez Taicus, identificado (a) con documento de identidad número 1140016042, 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	x	Audios	x	Videos	x	Otros datos personales	x

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Deisy Marisol Taicus Bisbicus, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1010088828, 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	x	Audios	x	Videos	x	Otros datos personales	x

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 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 EIC

Suscriben:

Firma: Deisy Taicus
Nombre: Deisy Marisol Taicus Bisbicus
Calidad - Titular: Madre Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3237724598
Fecha: 14-04-2025
Municipio: San Miguel - Putumayo

CLASIFICADA

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Lisbeth Diaz Guevara NOMBRE UCA: Solectos

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Michael Snaider Rodriguez IDENTIFICACIO: 1.140.076.042. FECHA DE NACIMIENTO: 28/07/2021

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

NOMBRE DE LA MAESTRA (O):_____ NOMBRE UCA: _____

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: _____ IDENTIFICACIO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Dorada - San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Michael Snaider Rodriguez Tarcis

Fecha de nacimiento 28 09 2021 **N° Documento de Identidad** 1.140.076.042

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 14 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Lisbeth Daniela Diaz Guerrero

Fecha de registro cualitativo 15 09 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

Michael Snaider comparte juegos con otros niños, resolviendo pequeñas dificultades, pregunta el porque de las cosas, hace dibujos rudimentarios. Realiza estas y diferentes actividades acordes a 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 Lisbeth Diaz Guerrero

Fecha de registro cualitativo 16 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

Se evidencia que Michael Snaider presenta diferentes habilidades y destrezas realizando actividades acordes a su rango de edad; como: Reconoce las diferencias físicas entre un hombre y una mujer, no se lastima a propósito. No se evidencia dificultades en su desarrollo.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

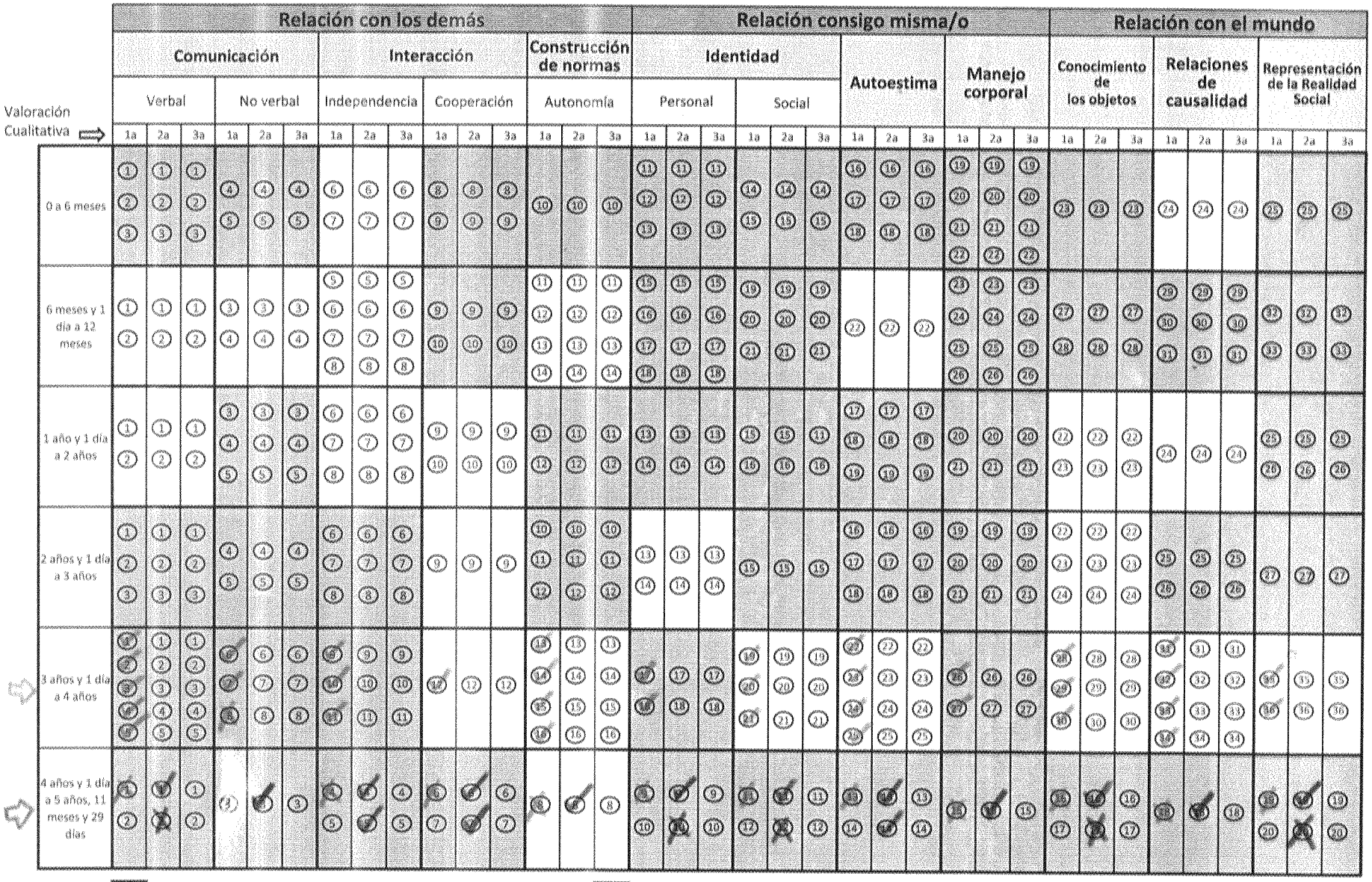
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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