Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con otografía 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,

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: 28-03-2025 FECHA INGRESO: 1-04-2025

UDS: Mundo de Colores MUNICIPIO: San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Mailen Yanai Montes Tarapuez

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ NUIP No. 1.122.344.365

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? NIA

FECHA NACIMIENTO: 20-12-2023 EDAD: 1 año MUNICIPIO: Villagarzon

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION DE RESIDENCIA: Vl. Manzal ESTRATO: N/A ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: X NO: ____ ¿CUAL?: D.I.M.F. MOTIVO DEL RETIRO: NIA.

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: NIA

EPS DEL PARTICIPANTE: Emssanar SUBSIDIADO: X CONTRIBUTIVO:

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

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: NIA

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

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

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: NIA

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jhonier Montes Lagos

No. IDENTIFICACION: 1.126.448388 DIRECCION RESIDENCIA: Vl. Manzal

CELULAR: 3222817042 E.P.S: Nueva eps

OCUPACION U OFICIO: Oficios Varios

EMPRESA DONDE LABORA: NIA.

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: NIA.

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Liliana Yamile Tarapuez Chamba

No. IDENTIFICACION: 41.745.743 DIRECCION RESIDENCIA: Vl. Manzal

CELULAR: 3222817042 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: NIA.

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria. PROFESIÓN: NIA.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: NIA

NUMERO IDENTIFICACION: NIA CELULAR: NIA

DIRECCION: NIA PARENTESCO: NIA

Liliana Yamile Tarapuez
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.365

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63700359

-63700359-

3

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 6 Z

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MONTES	TARAPUEZ

Nombre(s)

MAILEN YANAI

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023	Mes DIC	Día 20	FEMENINO	A	POSITIVO.

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

COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	23122010791210

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

Apellidos y nombres completos

TARAPUEZ CHAMBA LILIANA YAMILE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 41.145.193	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos

MONTES LAGOS JHONER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.126.448.388	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

TARAPUEZ CHAMBA LILIANA YAMILE

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 41.145.193	Liliana Tarapuez

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 2024 Mes ENE Día 12	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

12.ENE.2024 - LIBRO DE VARIOS NO. [illegible]

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
35416110-0

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

San Miguel (La Dorada) - Putumayo, 12 de enero de 2024
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES.

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador Municipal del Estado Civil

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A3

Fecha de consulta: 21/10/2025

Ficha: 86757024477900000097

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MEILEN YANAI

Apellidos: MONTES TARAPUEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344365

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 26/06/2023

Última actualización ciudadano: 22/01/2024

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTE

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Liber

Teléfono: 4210537 - 32131387

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122344365
NOMBRES	MAILEN YANAI
APELLIDOS	MONTES TARAPUEZ
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	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	21/12/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/21/2025 21:24:58	**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.

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



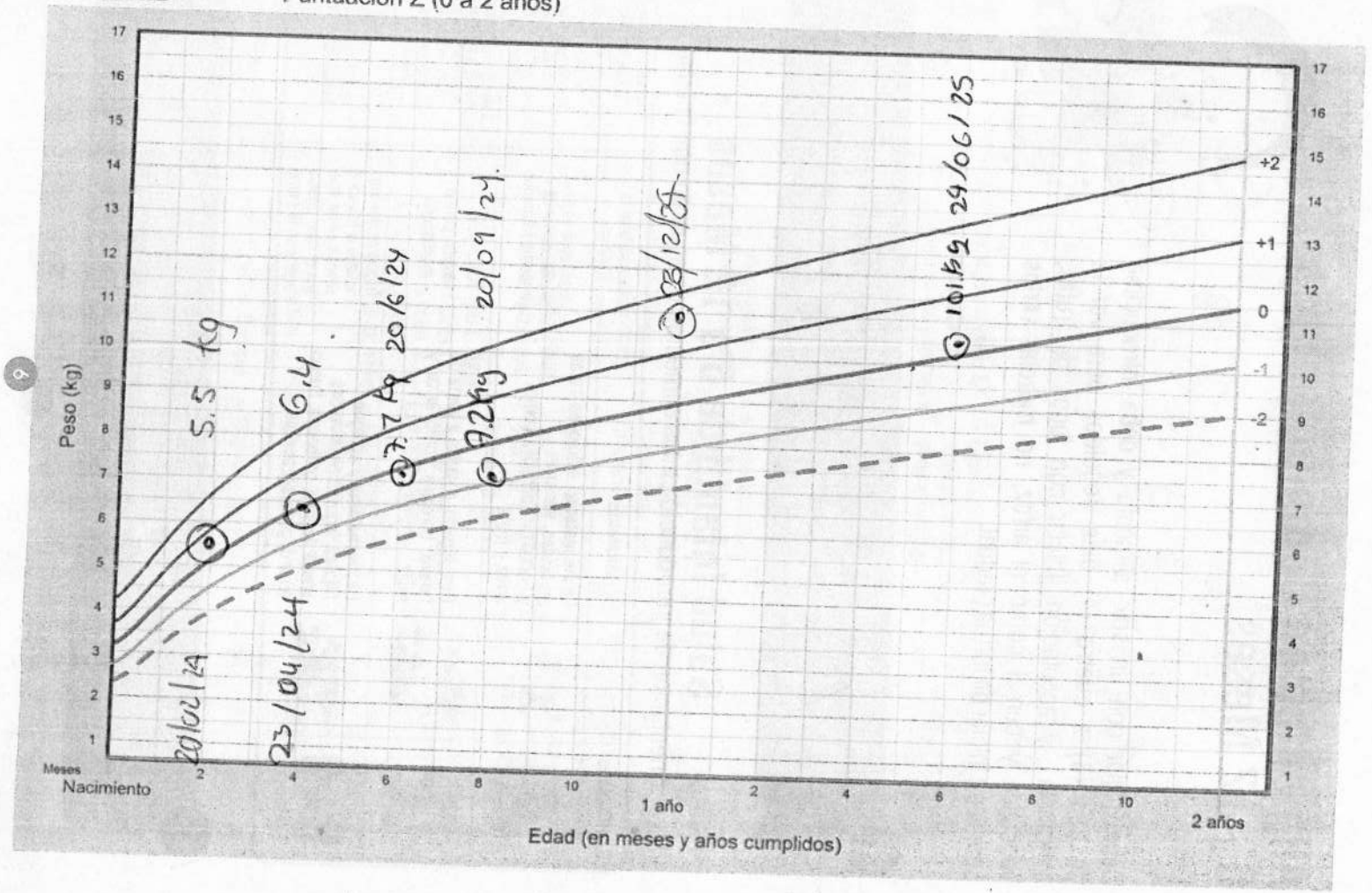
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: MAIEN YANAI	Apellidos: MONTES TARAZONA
Fecha de nacimiento: 20 (DÍA) | 12 (MES) | 2023 (AÑO)	Historia Clínica: 1122344365
Barrio/Vereda: V/ MANIZALES	Responsable del niño: LILIANA T.
Teléfono:	EPS: 118

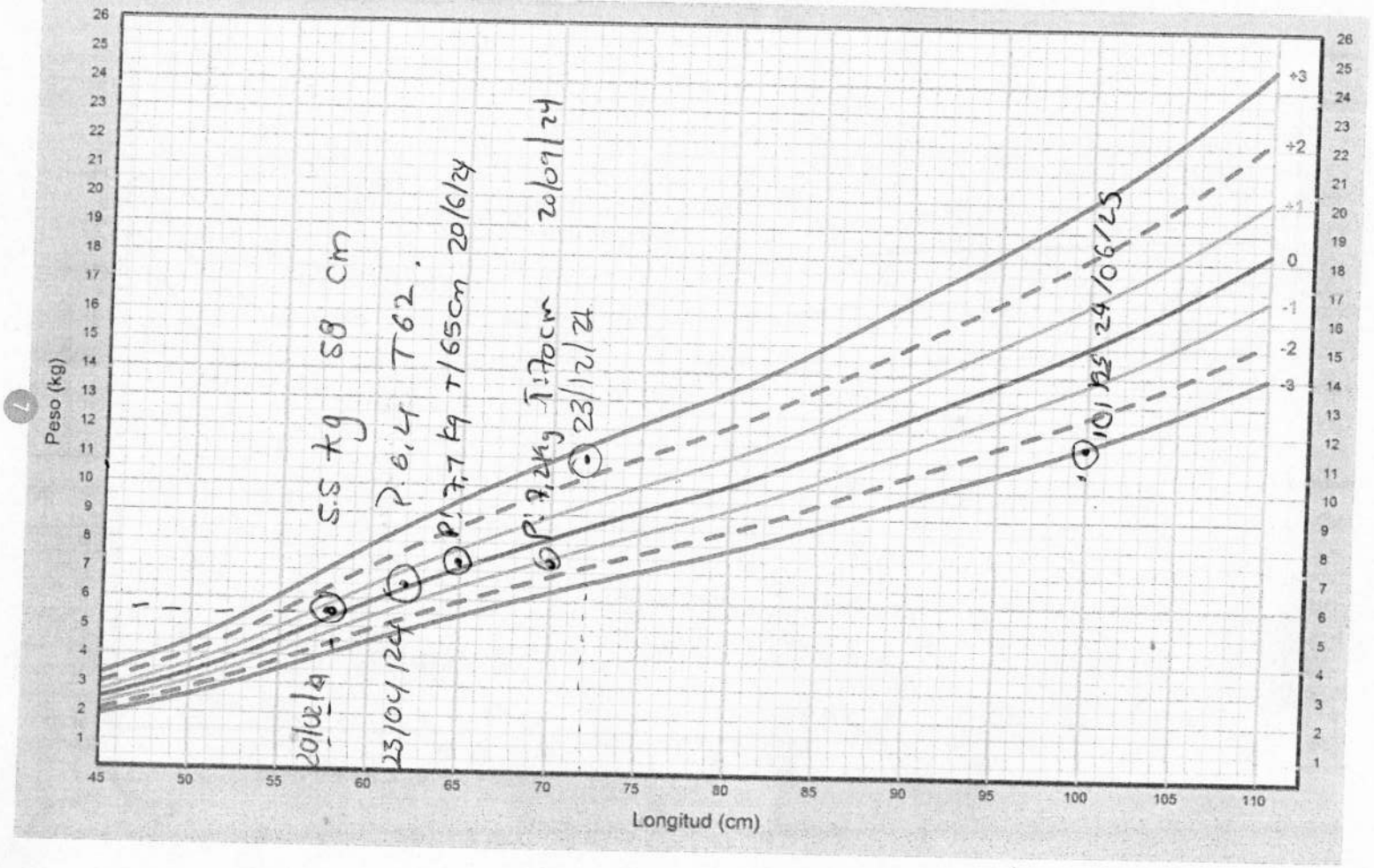
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



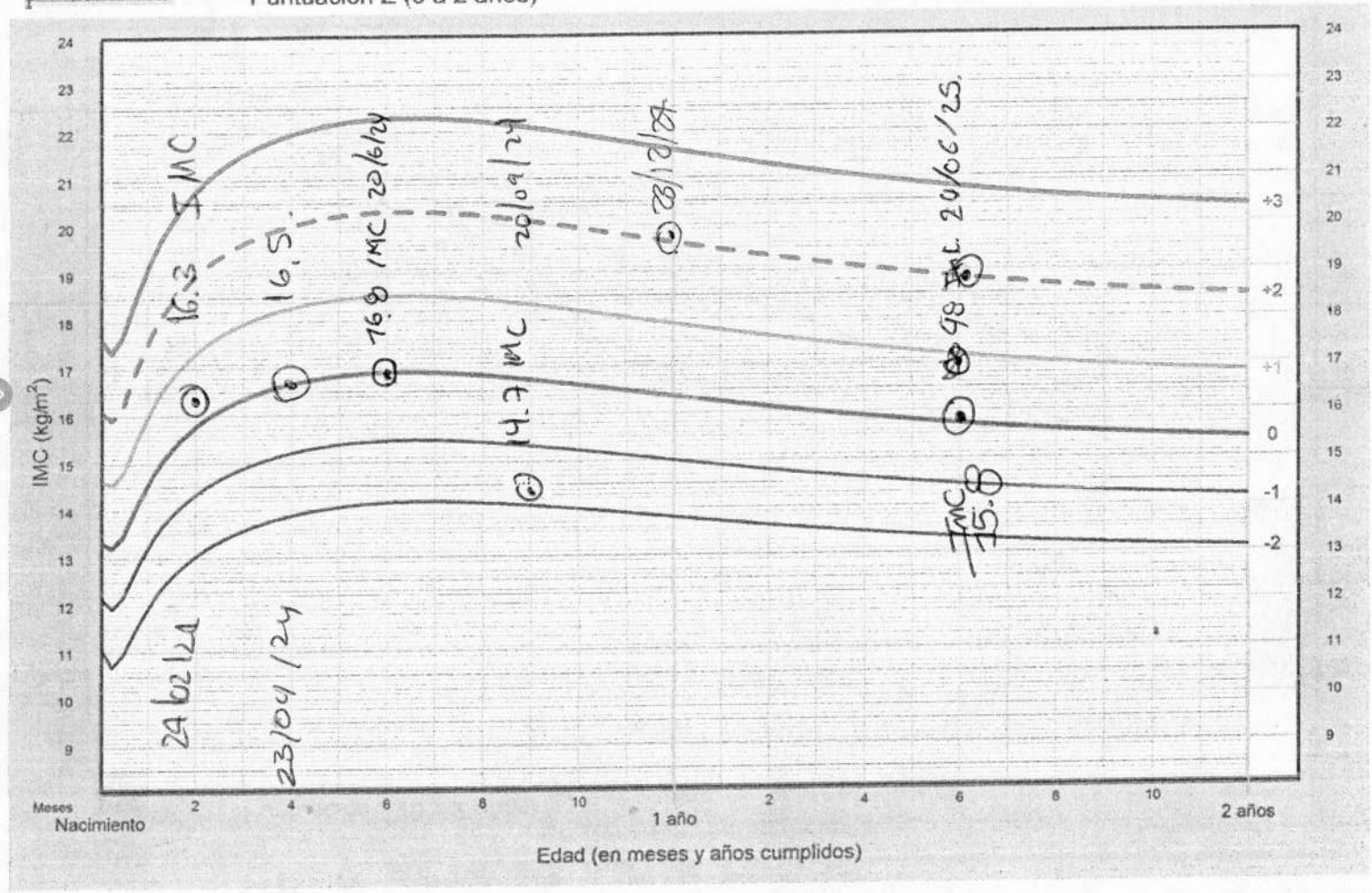
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



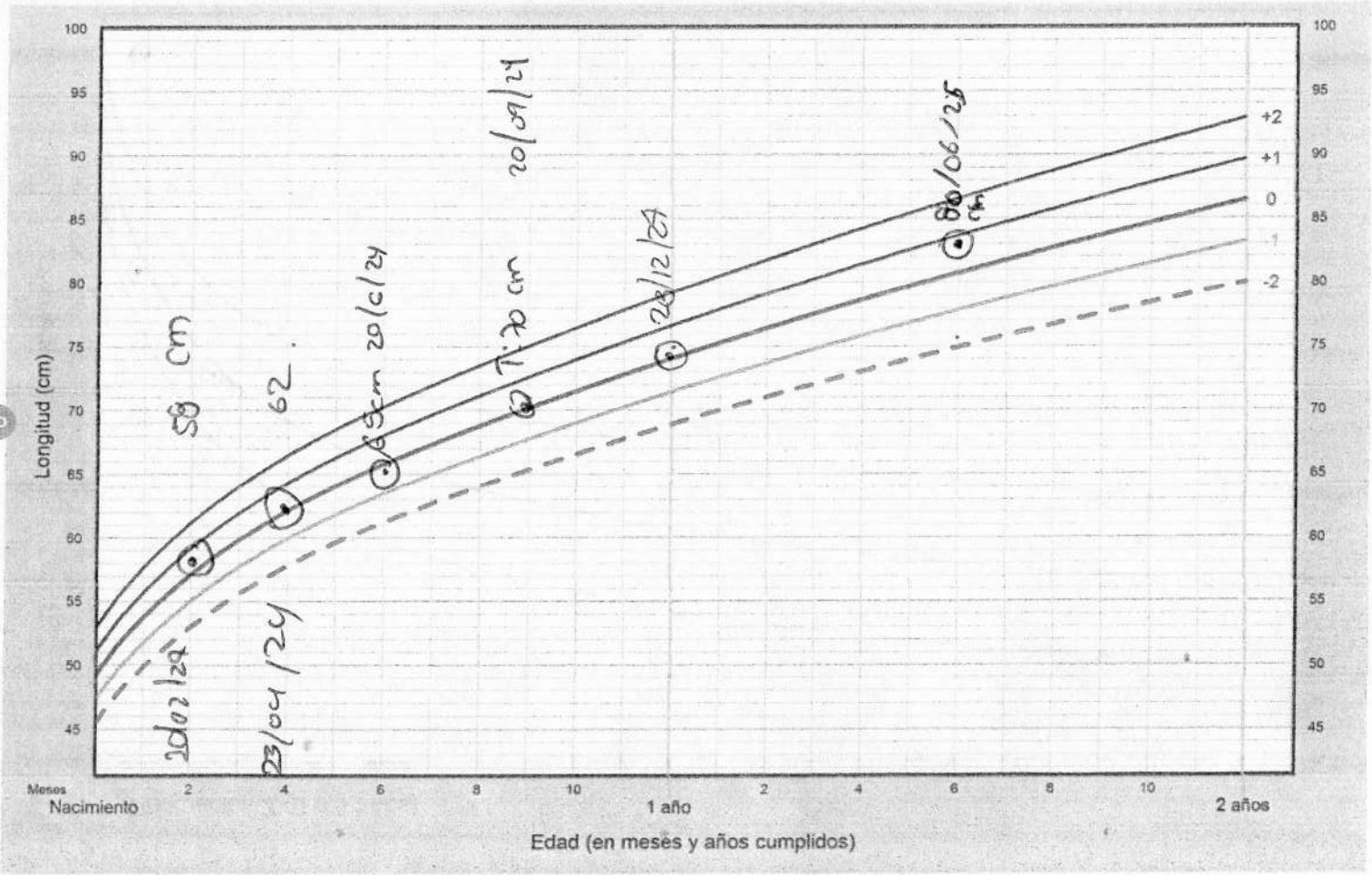
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



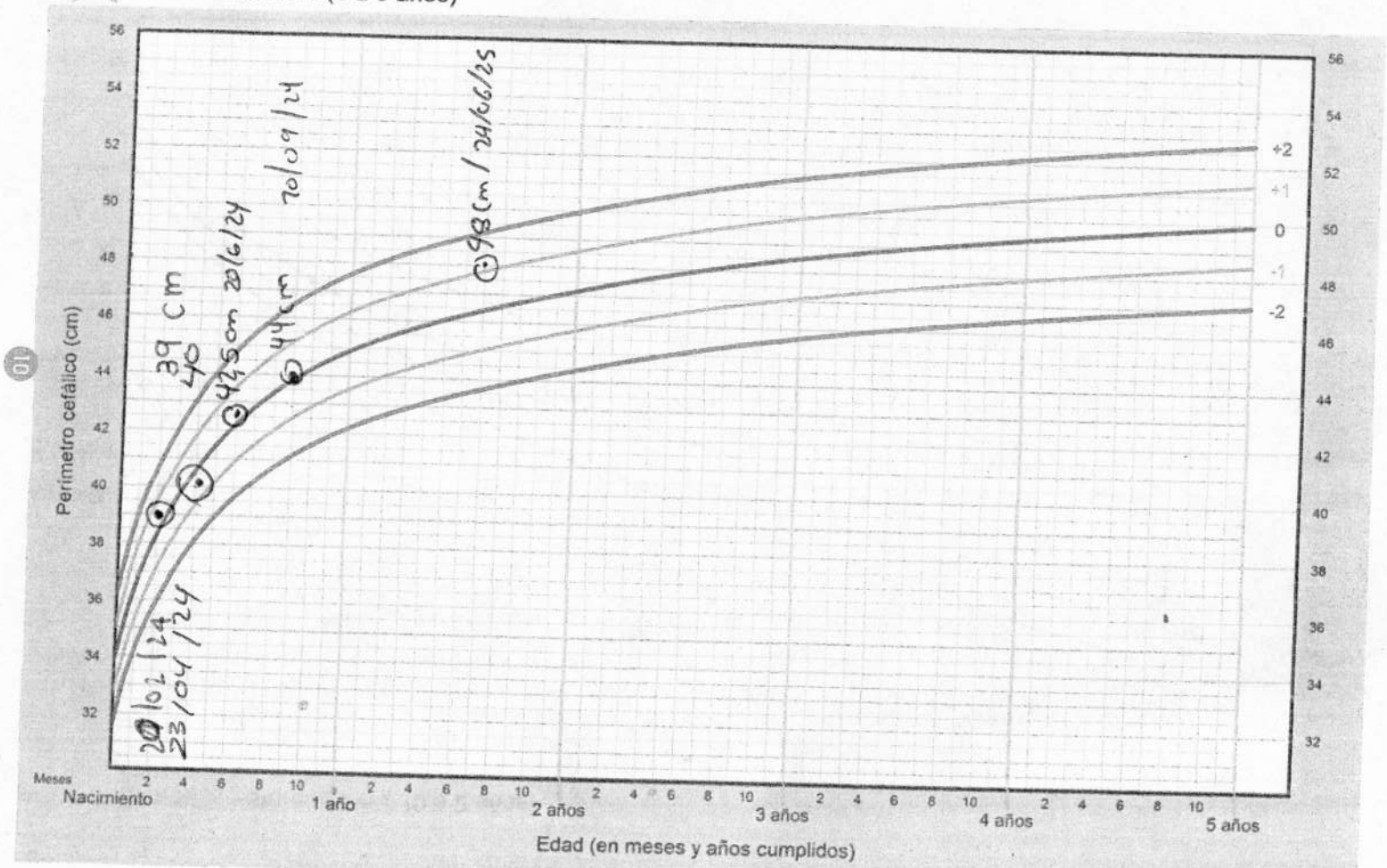
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO SI	ASISTIO NO
20	feb	2024	Med	✓	
(19)23	Abril	2024	Med	Si Viviana	
20	Junio	2024	Enf	Si ✓	
20	Sep	2024	Enf	Si	
20	Dic	24	Med	Si	
20	Junio	2025	enf.	Si ✓	
20	12	2025	med.		

Dra. Magaly Cabrera
Médico General
RM. Biomédicas-Univalle

Enfermera

Dra. Natalia Ortega
Médico General
Rm 1075229841
Uni. Surcolombiana

13

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
20/02/24	5.58	58	39	14	16	20/04/24	Alissa A. Vargas
23/04/24	6,4	62	40	15	16.5	20/06/24	Dra. Magaly Cabrera Médico General
20/06/24	7,7	65	42.5	15	16.8	20/09/24	Sandra Viviana [illegible]
20/09/24	7,2	70	44	15	14.7	20/12/24	Enfermera
23/12/24	11	73	47	15	20.	20/06/25	Dra. Natalia Ortega C. Médico General Rm 1075229841 Uni. Surcolombiana
24/06/25	10.1	80	48	16	18.7 18.8	20/12/25	Amp Portela

Vacunar Oportunamente con todas las dosis a tus hijos, **Garantiza la Protección** frente a enfermedades como:

Tuberculosis meníngea, **H**epatitis B, **P**oliomielitis, **M**eningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus Influenzae tipo B, **D**ifteria, **T**osferina, **T**étanos, **D**iarrea por rotavirus; **N**eumonía, **O**titis, **M**eningitis bacteriemia causada por Neumococo, **E**nfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, **S**arampión, **R**ubéola, **P**arotiditis, **V**aricela, **H**epatitis A, **F**iebre Amarilla y **V**irus del Papiloma Humano.



Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

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)

www.**minsalud**.gov.co @MinSaludCol

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

	D	M	A	D	M	A	D	M	A	D	M	A
1.ª entrega												
2.ª entrega												
3.ª entrega												
4.ª entrega												
5.ª entrega												

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

	D	M	A	SI*	NO*
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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

	D	M	A
1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

14 R/V





Carné de Vacunación





Nombres y Apellidos Mailen Yanai Montes Tarapuez.

CC TI OTRO 1122344365

Tipo de Documento No. de Documento

Fecha de Nacimiento 20 DIA DIC MES 2023 AÑO

Sexo: F

Grupo sanguíneo: A+

Peso al nacer: 3540 40} Talla: Sr

Dirección:

Teléfono 1: 3222817042.

Teléfono 2:

Responsable: Viviana Yamile Tarapuez CC 41145193

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo.

Nombres y Apellidos:_____ Tipo de Indentificación_____ No. ID:_____

	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién Nacido						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						Eugenia Velasco C.C 27.167.321 Aux. Enfermería
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	20	12	23	Serum	037 24MH 052	ESE HSCJ				
	Hepatitis B	Recién nacido	20	12	23		10 3 2 2 4 3 0 9 A					
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐			20	Feb	2024	
	Poliomielitis (VIP)	1ª	20	02	24	Biologicals	2 2 3 3 0 0 5					
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	20	02	24	Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A	HTCD.				Eduard Ipial.
Pentavalente	Hepatitis B	1ª	20	02	24	Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A					
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	20	02	24	Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A					
	Diarrea por rotavirus	1ª	20	02	24	GSK	A R O C D 7 5 0 A					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	20	02	24	Pfizer	F 4 9 9 2 5					
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐			cita:			
	Poliomielitis (VIP)	2ª	23	04	24	Biologicals	2 2 3 3 0 0 5		20-Abril			
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	23	04	24	Serum	2 8 5 2 4 0 1 1 A	HTCD	2024.			Saoly Martinez
Pentavalente	Hepatitis B	2ª	23	04	24	Serum	2 8 5 2 4 0 1 1 A					
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	23	04	24	Serum	2 8 5 2 4 0 1 1 A					
	Diarrea por rotavirus	2ª	23	04	24	GSK	A R O C D 7 5 0 AA					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	23	04	24	Pfizer	F 4 9 9 2 5					
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐			cita:			
	Poliomielitis (VIP)	3ª	26	06	24	Biological	2 2 3 3 0 0 5		23-Junio			
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	26	06	24	Serum	2 8 5 2 X 0 1 4 B	HEP	2024			Jenifer Cabezas
Pentavalente	Hepatitis B	3ª	26	06	24	Serum	2 8 5 2 X 0 1 4 B					
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	26	06	24	Serum	2 8 5 2 X 0 1 4 B					
	Influenza estacional	1ª	26	06	24	Butantan	2 4 B 0 9 7 4 B 0					
7 meses	Influenza estacional	2ª	28	07	24	Butantan	2 4 0 0 9 7 9 1 00	HFID				Jenifer C.
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	23	12	24	Serum	0 1 3 2 N U 7 4 A					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	23	12	24	Pfizer	6 X 1 9 1 2		Cita: 20-Diciembre 2024.			
	Varicela	1ª	23	12	24	Merck	X 0 2 7 6 1 2	HFD				Kelly Jiménez
	Hepatitis A	Única	23	12	24	MSD	2 0 3 2 0 7 0 4 5	HFD				
	*Influenza estacional	Anual	13	05	25	Segins	P 1 0 U 7 9 2 7 A5	HFID				
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	26	06	25	Biological	2 4 0 6 0 0 1		CITA: 26-06-25			Kelly Jiménez
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo	26	06	25	Serum	2 8 5 3 X 0 2 0 C	HFID				Kelly Jiménez
	**Fiebre Amarilla	Única	23	12	24	Flocruz	2 3 1 V F C 0 0 5 2	HFID				
5 años	arampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	26	06	25	Serum	0 1 3 2 N U 7 4 A	HFD	CITA: A los 5 años			Kelly Jiménez
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª										
		2ª										
		3ª										
Sin rango de edad	Covid-19	1ª										
		2ª										
		1er Refuerzo										
		2do Refuerzo										
Vacunas complementarias y otras dosis												

*De acuerdo al antecedente de primovacunación **A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

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
NIT. 846.002.309-9

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-COV-2 / COVID-19

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos — Minsalud

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 12 MES 05 AÑO 2025 HORA: 9:22 am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Nailen Yanai APELLIDOS Montes Taiapuez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 23122010797210

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 20 MES: 12 AÑO: 2023 / EDAD: 2 años 1.122.344.365

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE EmSSanar

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. 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 Primera dosis [ ] Segunda dosis [ ] 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.

INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES

La vacuna tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 días postparto, siempre que los posibles beneficios superen los posibles riesgos con base en la evaluación clínica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante, lo cual deberá presentar al momento de la vacunación certificación que acredite tal evaluación.

La vacuna que se le está administrando es eficaz para evitar complicaciones severas y muerte en la gestante y el feto por SARS CoV-2 COVID-19

A la fecha no hay pruebas que la vacuna cause efectos adversos importantes para la mujer embarazada, el feto o la placenta, además de los ya observados para la población general

A nivel poblacional son muchos mayores los beneficios de administrar el biológico, sobre los riesgos de llegar a padecer COVID-19 durante la gestación, por el impacto que sobre la salud materna y perinatal produce la infección por SARS-Co-2 y ante el alto riesgo de complicaciones severas, ingreso a UCI, y morbilidad y mortabilidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.

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.

Soy mujer con más de 12 semanas de gestación o durante los 40 días postparto: SI ☐ NO ☐ y en caso afirmativo aporto certificación del médico tratante que acredita evaluación clínica para que obre adjunto a este consentimiento, requisito indispensable para recibir la vacuna.

En consecuencia, decido **ACEPTAR:** ☐ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** ☒ que se me aplique la vacuna

Firma de la persona: * Liliana Tarapuez

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

Nombres yamile liliana Apellidos Tarapuez chamba

Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 41.145 193

Firma: Liliana Tarapuez

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

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

_____

Firma del Rogado
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Kerly Jimenez

Firma Kerly Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1075.682.134

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLB

DEPARTAMENTO/DISTRITO: putumayo MUNICIPIO: San Miguel

Nota 1: Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar junto con uno de sus padres o su representante legal
Nota 2: Para los menores de 12 años deben firmar sus padres o su representante legal

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.126.448.388**

MONTES LAGOS

APELLIDOS

JHONER

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-MAY-1988**

VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
VALLE DEL GUAMUEZ (PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

08-SEP-2006 VALLE DEL GUAMUEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6402800-00162655-M-1126448388-20090714 **00133**85429A 1 21863262

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.145.193**

TARAPUEZ CHAMBA

APELLIDOS

LILIANA YAMILE

NOMBRES

Liliana Yamile Tarapuez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-NOV-1983**

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

15-NOV-2001 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-6402300-00552315-F-0041145193-20140304 **00375**69088A 2 41065206

17
RIV

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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Karlen Yanai Ante>

Doc. de Identidad: RC 1122344365

EPS: Emssanar

Teléfono: 3222817042

Domicilio: V/ Naiza

		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													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor							20-06-2025 20-12-2025						
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600[illegible]93-2011

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Liliana yamile Tarapuez Identificado con C.C N° 41145193 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Hailen yanai Hortes Tarapuez o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Soñadores C. Mundo, 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 01 Días del mes de Abril del Año 2025.

Liliana Yamile Tarapuez
Madre o Acudiente
C.C 41145193

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 Hailen Yanai Montes Tarapuez, identificado (a) con documento de identidad número 1122344365, 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, Liliana Yamile Tarapuez Chamba, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 41.145.195, 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 E. I. C.

Suscriben:

Firma: Liliana Yamile Tarapuez
Nombre: Liliana Yamile Tarapuez
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3222817042
Fecha: 01-04-2025
Municipio: San Miguel