Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con fotografía del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras).
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar X en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización) ___SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7) ___Pertenecientes a Res UNIDOS ___Pertenecientes a Familias en Acción ___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición ___Remitidos por SNBF ___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado) ___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,

PUBLICA

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

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

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

UDS: Soñadores MUNICIPIO: San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Smith Sneider Antuash Cuellar

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1126144479

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A.

FECHA NACIMIENTO: 16-Jun-2021 EDAD: 3Años/8M MUNICIPIO: Lago Agrio

DEPARTAMENTO: Sucumbios PAIS: Ecuador DIRECCION DE RESIDENCIA: v/ Los olivos ESTRATO: N/A. ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: ___ NO: X ¿CUAL?: N/A. MOTIVO DEL RETIRO: N/A.

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: N/A.

EPS DEL PARTICIPANTE: AIC EPS 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: A1 DESPLAZADO: SI: X NO: X

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: ___ NO: N RED UNIDOS: SI: ___ NO: N

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ivan Patricio Antuash Nuninga

No. IDENTIFICACION: 2100752332 DIRECCION RESIDENCIA: v/ Los olivos

CELULAR: 3138601099 E.P.S: AIC EPS

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A.

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: N/A.

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nury Liliana Cuellar Chacua

No. IDENTIFICACION: 1126456473 DIRECCION RESIDENCIA: v/ Los olivos

CELULAR: 3138601099 E.P.S: AIC. EPS

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A.

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: N/A.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Nury Liliana Cuellar chacua

NUMERO IDENTIFICACION: 1126456473 CELULAR: 3138601099

DIRECCION: v/ Los olivos PARENTESCO: Madre

x Nury Liliana Cuellar
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

3

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1126144479

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 64347125

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
			X			Y 4 Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ANTUASH	CUELTAN

Nombre(s)
SMITH SNEIDER

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes JUN Día 16	MASCULINO	O	+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
ECUADOR , SUCUMBIOS , LAGO AGRIO NUEVA LOJA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	2150694368

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
ANTUASH NUNINGA IVAN PATRICIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE 2100752332	ECUATORIANA

Datos del 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
CUELTAN CHACUA NURY LILIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1126456473	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
CUELTAN CHACUA NURY LILIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1126456473	

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2023 Mes JUN Día 14	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
IVAN PATRICIO ANTUASH NUNINGA Firma	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Nombre y firma

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

* 64347125 *

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Verificación - Calidad del Registro - Desmejoramiento en variables de vivienda

A1

Fecha de consulta: 24/11/2025

Ficha: 86865005478300000338

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: SMITH SNEIDER

Apellidos: ANTUASH CUELTAN

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1126144479

Municipio: Valle del Guamuéz

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/07/2025

Última actualización ciudadano: 11/07/2025

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 ERA

Dirección: Calle 7 No 5 -

Teléfono: 4282059 - 31343079

Correo Electrónico: sisben@valledelguamuez-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	1126144479
NOMBRES	SMITH SNEIDER
APELLIDOS	ANTUASH CUELTAN
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	01/02/2025	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/24/2025 01:08:58	**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

CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
17	Julio	2024	x medi		
17	Junio	2025	9:30 x Enfer		
13	Julio	2025	9:00 cuxtue.		
17	Junio	2026	2:00pmx med		

E.S.E
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús



Nombres: Smith Sneider
Apellidos: Anvasn Cuellar
Fecha de nacimiento: 16/06/2021
Lugar de nacimiento: Lago Agrio - Ecuador.
Identificación: 1126144479
Barrio/vereda: Vda Los Olivos.
Responsable del niño: Nury Liliana Cuellar.
N° de Teléfono: 3106298662.
E.P.S.: AIC
Grupo Sanguíneo: O positivo

¡Mamita Segura! Lo mejor de nosotros para ti

IAMI INSTITUCION AMIGA DE LA MUJER Y LA INFANCIA

AIEPI Porque en vida hay que protegerla hoy

E.S.E. Hospital Sagrado Corazón de Jesús

Nombre del menor: [redacted] Sneider Antuash.

Identificación del menor: 1126144479.

FECHA	PESO	TALLA	DX	FIRMA PROFESIONAL
16/07/24	14 Kg	92 cm	Adecuado	Dra. Dayanal
16-07-25	15.7 Kg	98.6cm	Riesgo talla baja	Lina

[redacted]

APGAR FAMILIAR

El APGAR FAMILIAR evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto y Recursos.

FUNCIÓN	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisfacela participación que mi familia brinda y permite					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza y amor					
Me satisface como compartimos en familia: El tiempo para estar juntos Los espacios en la casa El dinero					

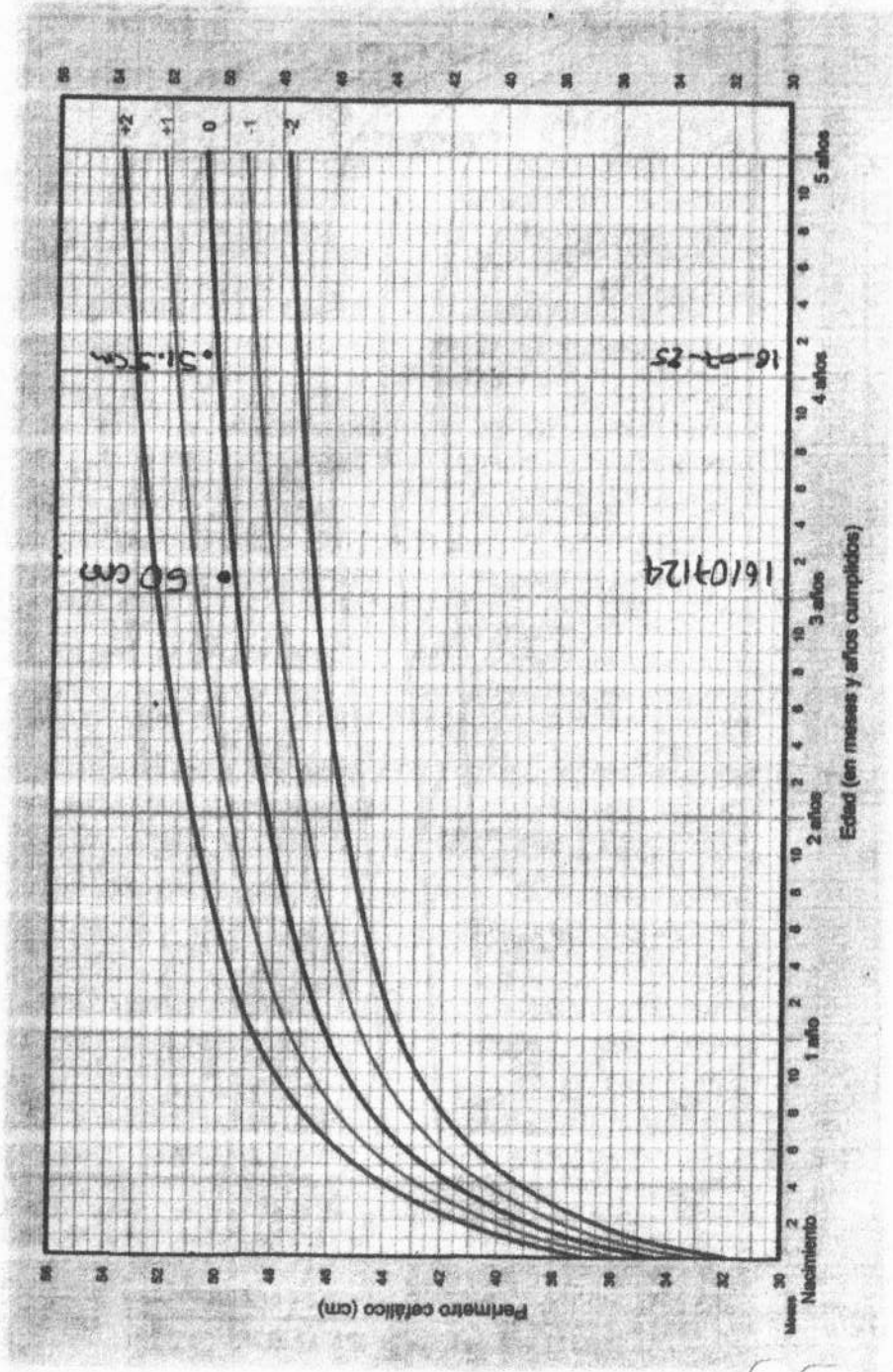
Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:
0: Nunca
1: Casi nunca
2: Algunas veces 3: Casi siempre
4. Siempre

Interpretación del puntaje:
-Normal: 17-20 puntos
-Disfunción leve: 16-13 puntos
-Disfunción moderada: 12-10 puntos
-Disfunción severa: Menor o igual a 9

FECHA DE VALORACIÓN	RESULTADO	INTERPRETACIÓN	CONDUCTA	FIRMA PROFESIONAL

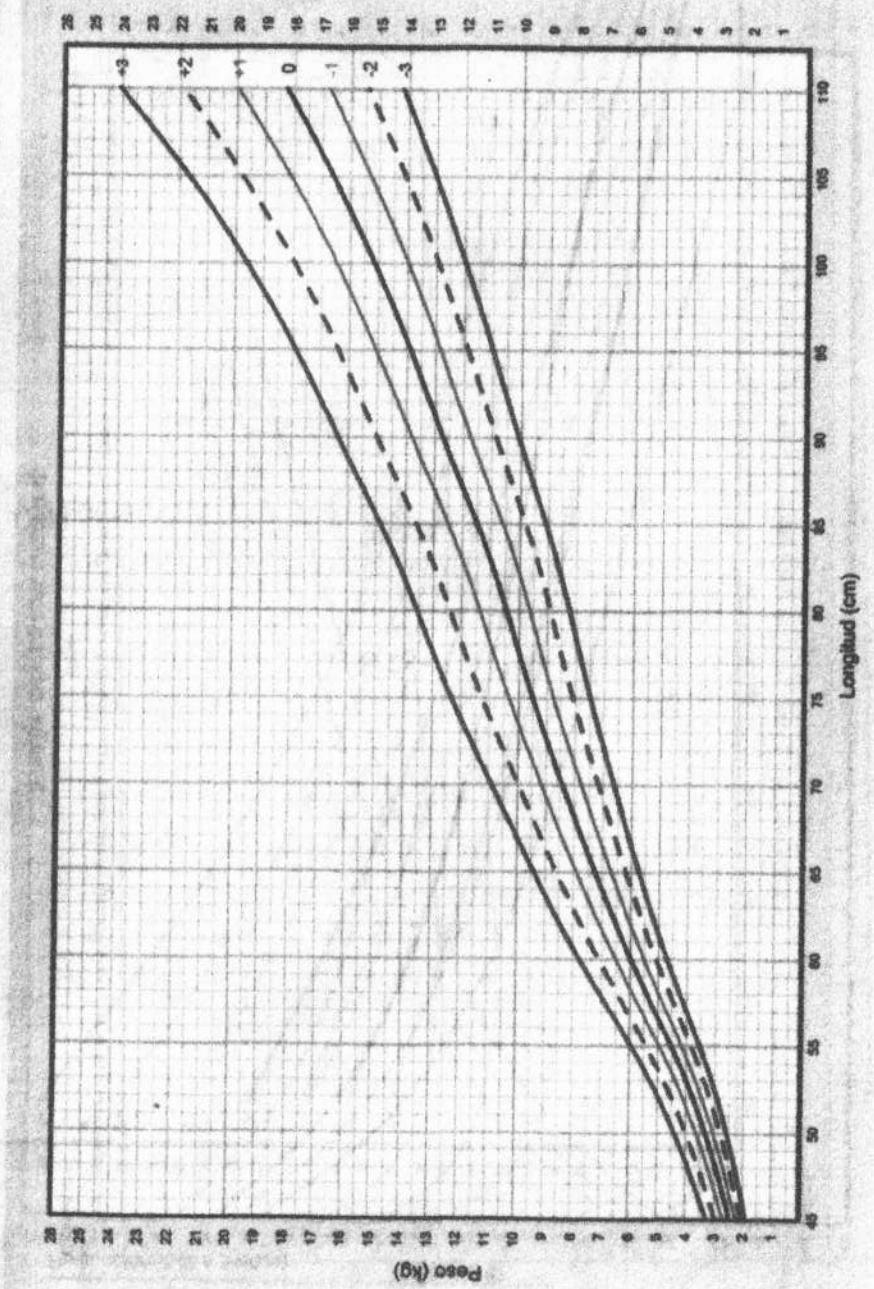
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



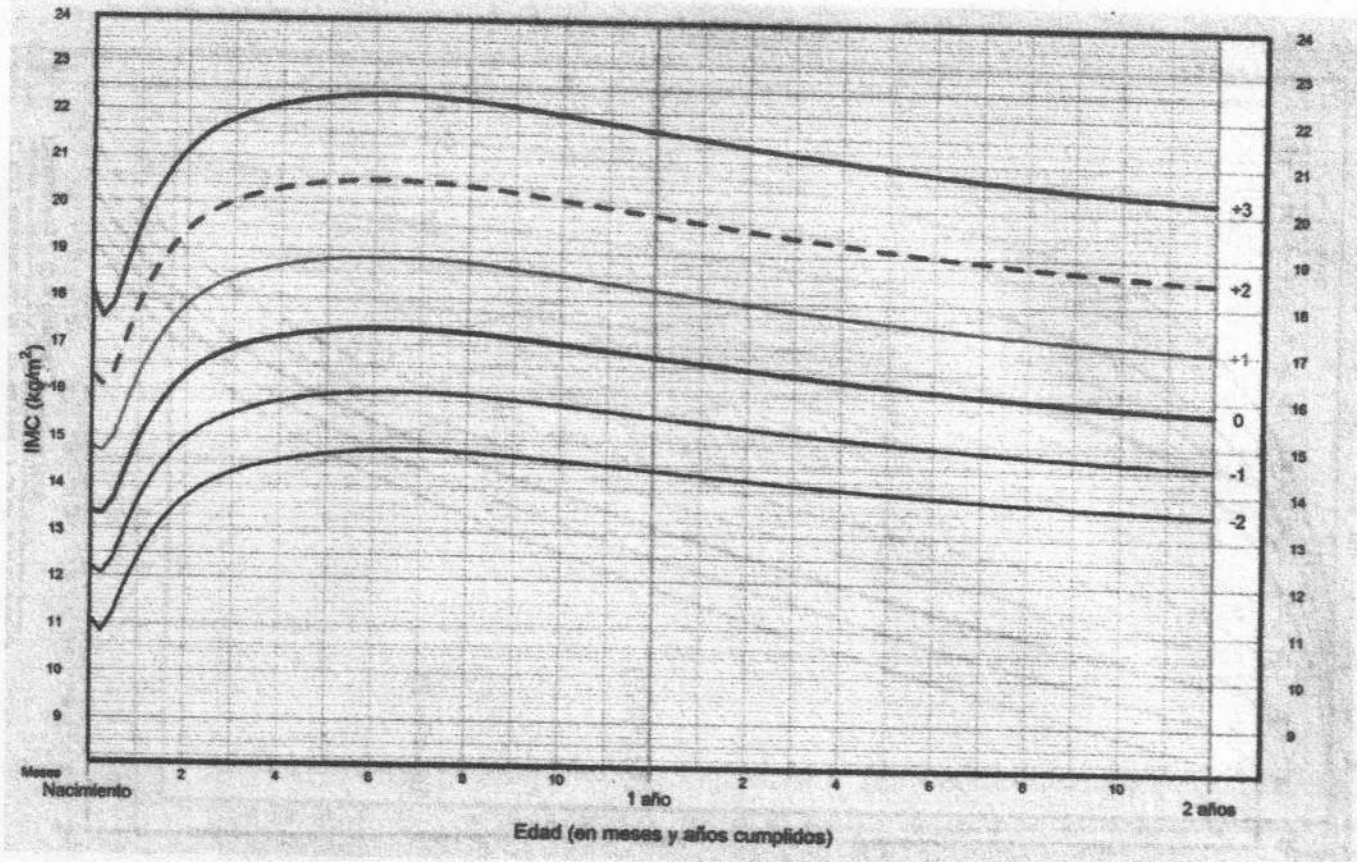
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



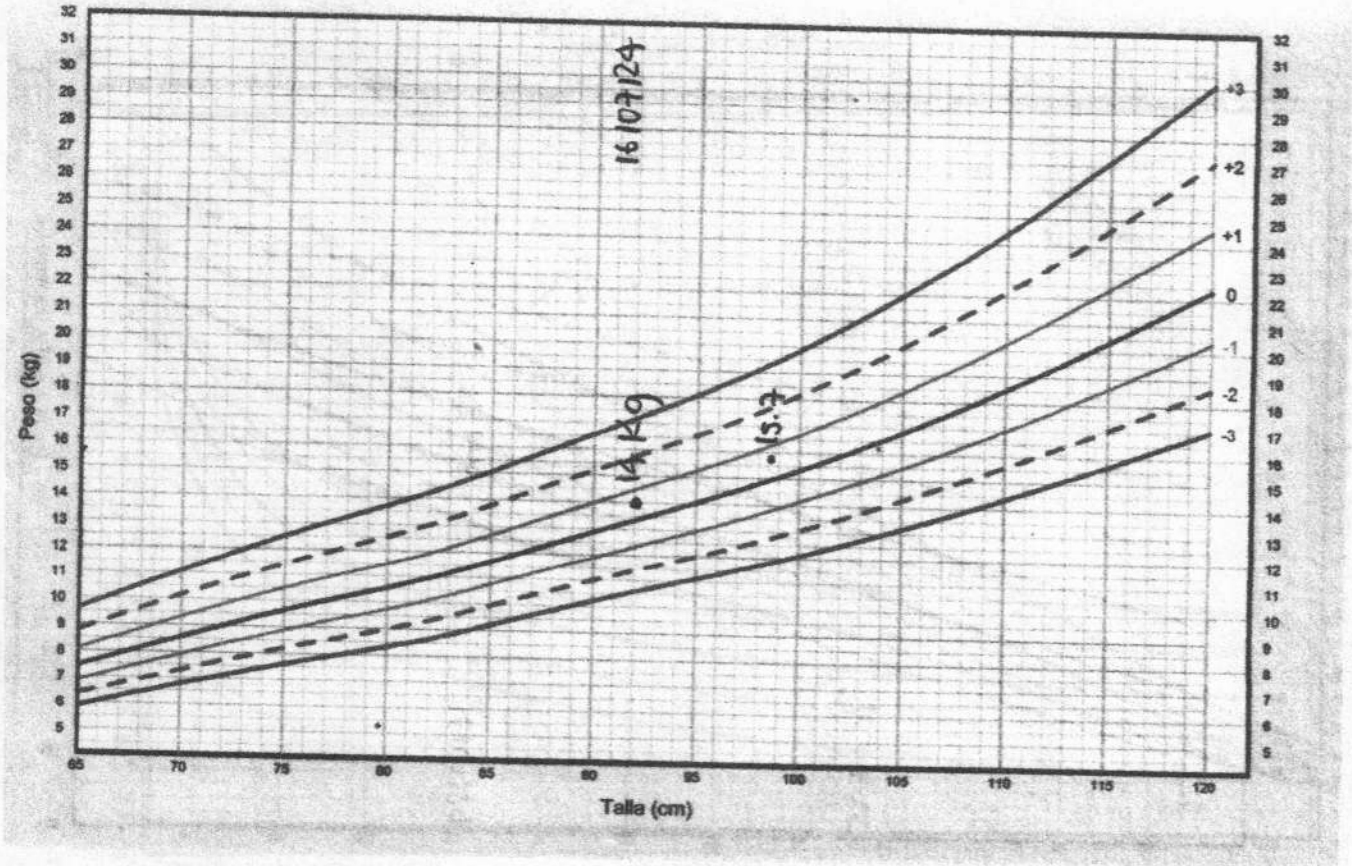
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso para la Talla Niños

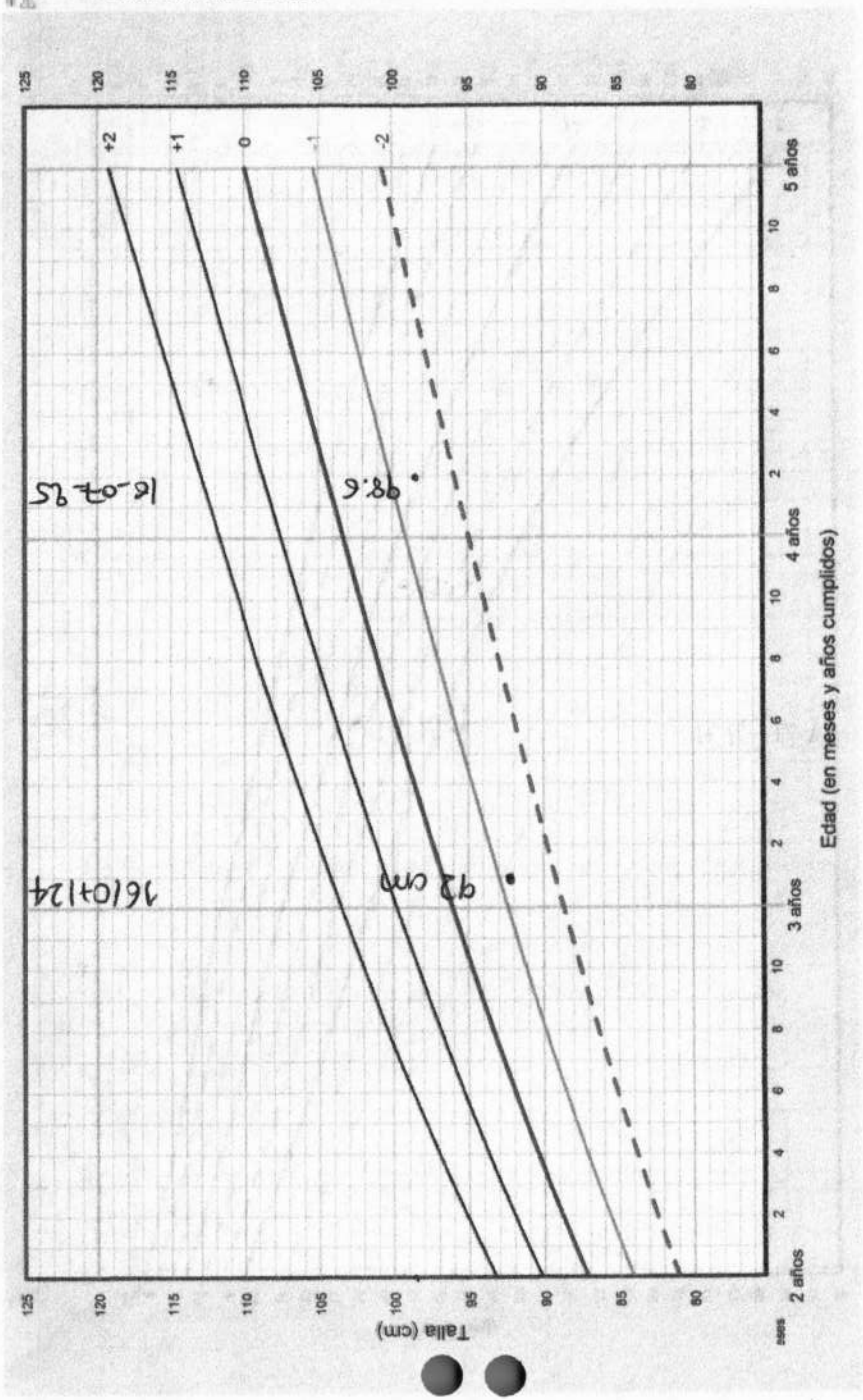
Puntuación Z (2 a 5 años)



10
R/V

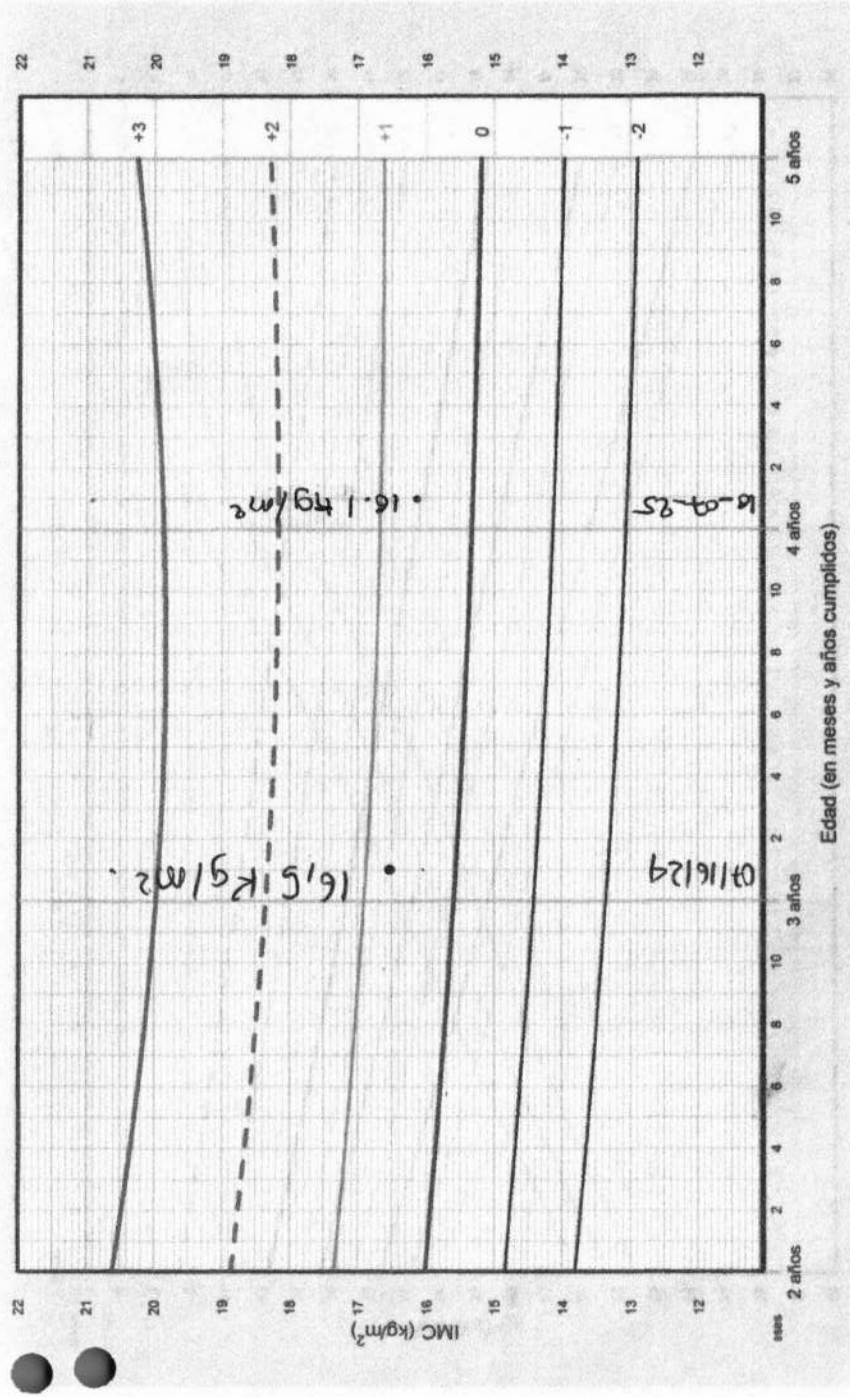
Talla para la Edad Niños

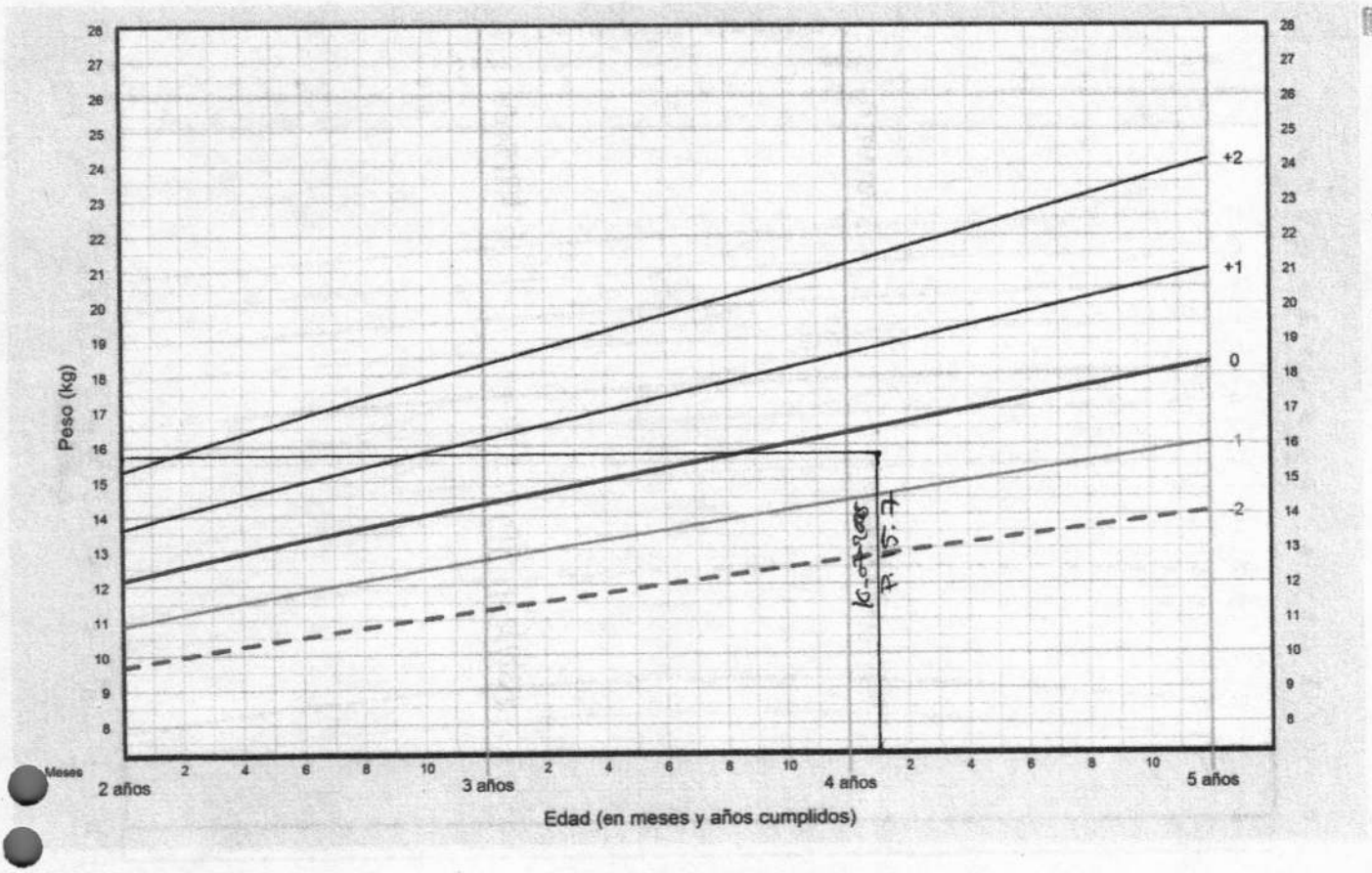
Puntuación Z (2 a 5años)

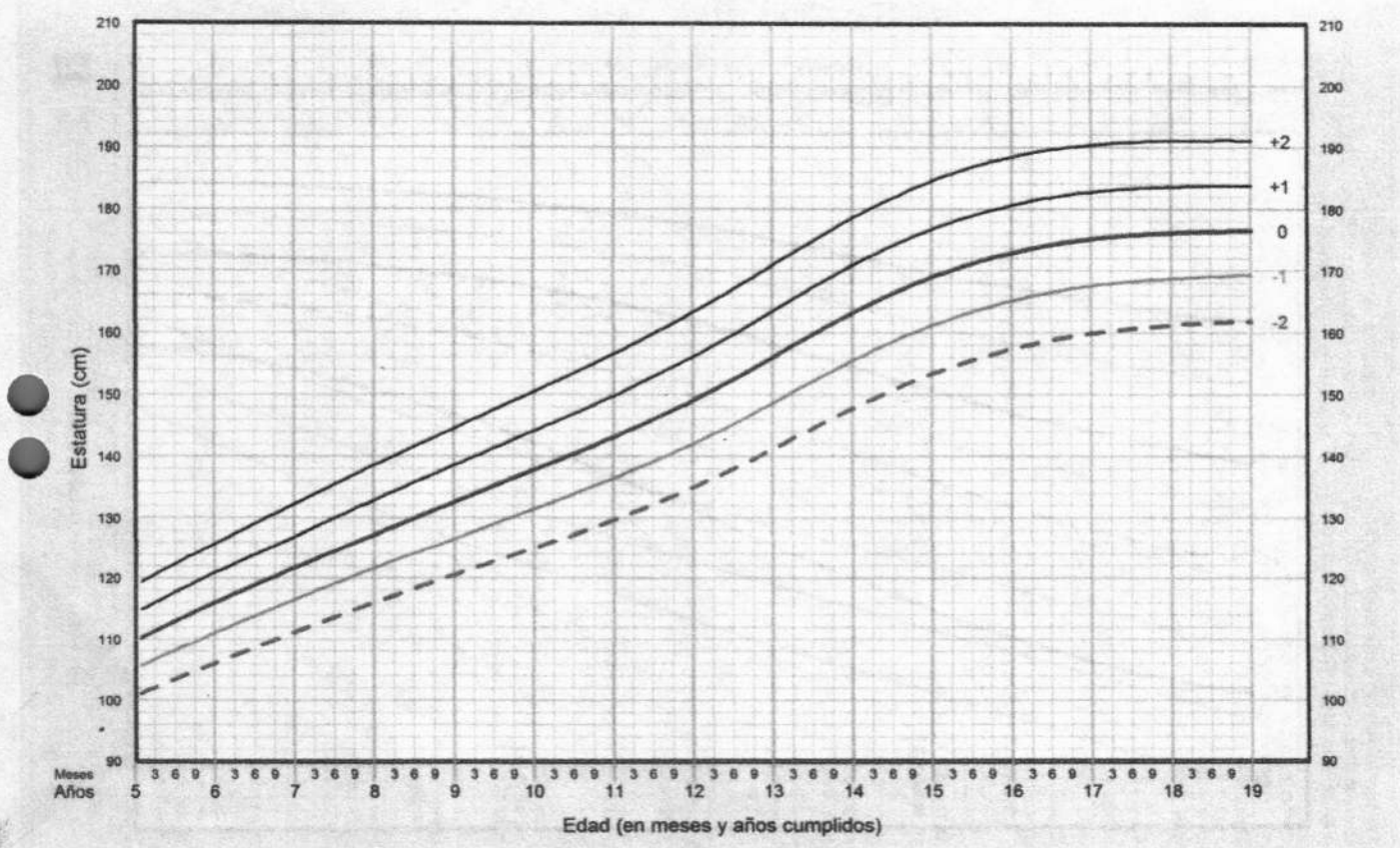


IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)




Peso para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Peso (kg)
+2
+1
0
-1
-2
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)


Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (5 a 17 años)
Estatura (cm)
+2
+1
0
-1
-2
Meses
Años
Edad (en meses y años cumplidos)

CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
17	Julio	2024	x medi		
17	Junio	2025	9:30 x Emer.		
18	Julio	2025	9:00 cuidado.		
17	Junio	2026	2:00pmx	med	



INFORMACIÓN SALUD ORAL

Fecha de revisión			Alteración de tejidos blandos y periodontales		Alteración de tejidos duros (No Dentales)		Maloclusiones		Otras Alteraciones		Niño o niña sano (a)		Fecha de próxima cita			Nombre del profesional
D	M	A	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	D	M	A	
5	04	23		X		X		X		X	X		5	10	23	[firma]

Fecha de revisión			Uso de elementos fluorados			Se requiere atención odontológica		Elementos para la higiene oral				Aplicación de barniz de flúor		Profilaxis y remoción de placa bacteriana		Aplicación de sellantes		Fecha de próxima cita			Nombre del profesional
D	M	A	Si	No	¿Cuales?	Si	No	cepillo	crema	seda	Otro ¿Cuál?	Si	No	Si	No	Si	No	D	M	A	

CARNÉ DE VACUNACIÓN

	VACUNAS	FECHA	LOTE NUMERO	LABORATORIO	I.P.S.	PRÓXIMA CITA	VACUNADOR	OBSERVACIONES
R.N.	HEPATITIS B	17-06-2021		03799089		Lic. Cabascanga		ecuador
	BCG	17-06-2021		030Q011A		Lic Cabascga		Ecuador
2 MESES	DIFTERIA TETANOS TOS FERINA	19/08-2021			Ecuador			Santa Rosa.
	HEPATITIS B	19/08/2021						
	H. INFLUENZA B	19/08/2021	220100321A					
	POLIO	19/08/2021	20270007		HSCJ			Alba Nelly
	ROTAVIRUS	19/08/2021	A201C867AD		ecjador			Santa Rosa
	NEUMOCOCO	19/08/2021	ASPNB311BA		HSCJ			Alba Nelly.
4 MESES	DIFTERIA TETANOS TOS FERINA	25/11/2021						
	HEPATITIS B	25/11/2021	2850X035B		HSCJ			
	H. INFLUENZA B	25/11/2021			HSCJ			
	POLIO	25/11/2021	20210001		HSCJ			Alba Nelly.
	ROTAVIRUS	25/11/2021	A201C858AC		HSCJ			
	NEUMOCOCO	25/11/2021	ASPNB315BA		HSCJ			
6 MESES	DIFTERIA TETANOS TOS FERINA	28/Marzo/2022	Serum	2850X035B		HSCJ		
	HEPATITIS B	28/Marzo/2022	Serum	2850X035B		HSCJ		Alba Nelly.
	H. INFLUENZA B	28/Marzo/2022	2115006			HSCJ		
	POLIO	28/Marzo/2022	2115006		HSCJ			Alba Nelly
6 A 23 MESES	INFLUENZA ESTACIONAL 1 DOSIS	15/7/2022	Green	V5022200S		HFID		Palya 6
	INFLUENZA ESTACIONAL 2 DOSIS	19/Agos/22	Green Cross	V5022200S		HSCJ		Leonisa Sem
	INFLUENZA ESTACIONAL REF.							
12 MESES	SARAMPION RUBEOLA PAROTIDITIS	15/7/2022	Serum	0130N121B		HFID		Palya 6
	VARICELA	15/7/2022	Merck	V06616		HFID		Palya 6
	NEUMOCOCO	15/7/2022	MSK	ASPNB342A		HFID		Palya 6
	HEPATITIS A	15/7/2022	MSD	T03626		HFID		Palya
18 MESES	DIFTERIA TETANOS TOS FERINA	05-ou-235	Serum	2821X012A		HFID		Denis N
	POLIO	05-ou-23	220612	Biological		HFID		Denis N
	FIEBRE AMARILLA	15/7/2022	Sanofi	L3L2LL		HFID		Palya 6.
5 AÑOS	DIFTERIA TETANOS TOS FERINA							
	POLIO							
	SARAMPION RUBEOLA	05-ou-23	0131N010A	Serum		HFID		Denis N
	VARICELA							

E.P.S. INDIGENA MALLAMAS

"La oportunidad sana para una Comunidad con futuro"

Guardar y llevar siempre este carné, es el mejor regalo que usted puede dar a su hijo

Organización Panamericana de la Salud

República de Colombia
Ministerio de la Protección Social
Instituto Nacional de Salud

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

VIGILADO Supersalud

CARNÉ DE SALUD INFANTIL

Vacunación sin barreras, un compromiso de todos



E.P.S. INDIGENA MALLAMAS

"La oportunidad sana para una Comunidad con futuro"

No olviden llevar el carné siempre que acudan al médico y cuando viajen.

14
RIV

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

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 La Dorada San Miguel FECHA: DÍA 5 MES 05 AÑO 2025 HORA: 11:40 AM.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Smith Sneider APELLIDOS Antuash Cuellar

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.126.744.479

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 16 MES: 06 AÑO: 2021 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE A.I.C EPS

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)

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Covid-19 Primera dosis [ ] Segunda dosis [ ] dosis única [ ] Ninguna dosis
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 dusrante 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.

15

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: Yuri Liliana Cuellar Chacua

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

Nombres Yuri Liliana Cuellar Chacua Apellidos Cuellar Chacua

Tipo de Identificación: CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126456473

Firma: Yuri Liliana Cuellar Chacua

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
C.C. N°

Firma del Rogado
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Sacm M

Firma Tipo de Identificación: CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1122336822

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: Sanmiguel

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

15

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.126.456.473
CUELTAN CHACUA

APELLIDOS
NURY LILIANA

NOMBRES

Nury Liliana Cueltan

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 22-DIC-1995
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

11-AGO-2014 VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-8402600-00653460-F-1126456473-20141224 0042108132A 2 42887186

5

CONTROL DE CITAS

Este carne 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 de Higiene Oral. 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 del éxito del tratamiento.

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

Calidad y oportunidad en los procesos

Hospital

NIT. 846.000.471-5
MUNICIPIO VALLE DEL GUAMUEZ - LA HORMIGA - PUTUMAYO
esehormiga2008@hotmail.com - Tel.: 4287089

HIGIENE ORAL



NOMBRES Y APELLIDOS

Smith Antuosh

DOCUMENTO DE IDENTIDAD | **No. HISTORIA CLINICA**

1126144477 | 118

DOMICILIO

v / Los Olivos

¡Una buena Higiene Oral para una salud total!

CP.	F	S	D	PRÓXIMA CITA	PRÓXIMA CITA
✓	✓			20 mayo 2025	22 Nov 2025
✓	✓			19-Nov-2025	23-Mayo-2026

Higienista Oral

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Nury Liliana Cuellar Chacua Identificado con C.C N° 1126456473 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Smith Sneider Antunh Cuellar o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Soñadores, 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.

Nury Liliana Cuellar
Madre o Acudiente
C.C 1126456473

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 Nory Liliana Cuellar Chacua, identificado (a) con documento de identidad número 1126456473, 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, Nuri Liliana Cuellar Chacua, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1126456473, 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 La 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: Nuri Liliana Cuellar
Nombre: Nory Liliana Cuellar Chacua
Calidad - Titular: x Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3138601099
Fecha: 01-04-2025
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.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Angel Madroñero NOMBRE UCA: Soñadores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Smith Gneider Antuash Cuellar IDENTIFICACIO: 1126144479 FECHA DE NACIMIENTO: 16 - Jun - 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					
15-09-2025	x			12:00 PM.	A la fecha no cuenta con tamizaje auditivo x agudeza visual. La madre manifiesta que no ha podido hacerle este control, por falta de recursos económicos, para subir al hospital para	Nury Adriana.		Se habla con la madre y se le explica la importancia de tener al dia en los controles al niño.		La madre se compromete a realizar estas valoraciones hasta el 22-10-25 y presentarla para anexarla en la carpeta.
18-11-2025	4			10:00 AM.	Todavia continua con sin agudeza visual y tamizaje auditivo. La mamá nos comenta que no lo ha realizado por que cuando ha asistido no la han atendido.	Nury Liliana		Se habla con la señora para que lo haga lo más pronto posible.		Ella se compromete a hacerlo en una semana 28-11-2025; luego de ello presentar estas valoraciones actualizadas.