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,

COPIA PUBLICA

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

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

FECHA SOLICITUD CUPO: 26/03/2025 **FECHA INGRESO:** 04/04/2025
UDS: Cristales del Sol. **MUNICIPIO:** San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Amaya Itzae Nastacuas Jaimes

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1.122344438
¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 25/05/2024 **EDAD:** 10 Meses **MUNICIPIO:** Mocoa
DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** Colombia **DIRECCION**
DE RESIDENCIA: Cabildo Cristalina 2. **ESTRATO:** 1 **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: X NO:
¿CUAL?: Fundacion Fraternidad **MOTIVO DEL RETIRO:** terminación del programa
PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: N/A
EPS DEL PARTICIPANTE: Mallamas **SUBSIDIADO:** X **CONTRIBUTIVO:**
PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X **DIAGNOSTICO:** N/A
ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A
PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: N/A
PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: N/A
TIENE SISBEN: SI: __ NO: X PUNTAJE: N/A **DESPLAZADO:** SI: __ NO: X
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: __ NO: X **RED UNIDOS:** SI: __ NO: X
PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: X NO: __ CUAL: Pueblo awa

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Cristian Arley Nastacuas Guamica
No. IDENTIFICACION: 1126455810 **DIRECCION RESIDENCIA:** Cristalina 2
CELULAR: __ **E.P.S:** Mallamas
OCUPACION U OFICIO: Agricultor.
EMPRESA DONDE LABORA: N/A
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria **PROFESIÓN:** N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jersy Fancy Jaimes
No. IDENTIFICACION: 1122342408 **DIRECCION RESIDENCIA:** Cristalina 2
CELULAR: 3237952314 **E.P.S:** Mallamas
OCUPACION U OFICIO: Ama de Casa
EMPRESA DONDE LABORA: N/A
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria **PROFESIÓN:** N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Jersy Fancy Jaimes
NUMERO IDENTIFICACION: 1122342408 **CELULAR:** 3237952314
DIRECCION: Cristalina 2 **PARENTESCO:** Madre

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE
Jersy Jaimes.

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

63700446

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.122.344.438

Indicativo Serial 63700446

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
NASTACUAS	JAIMES

Nombre(s)

AMAYA ITZAE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes MAY Día 25	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO MOCOA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	2405771098587

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

JAIMES JERSY FANEY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.342.408	COLOMBIA

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 segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

NASTACUAS GUARNICA CRISTIAN ARLEY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.126.455.810	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

JAIMES JERSY FANEY

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.342.408	Jersy fanet Jaimes

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 JUN Día 20	ROLFEDISON CARLO QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

20.JUN.2024 - LIBRO DE VARI

dispapeles 82775

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Adhesivo Copia Registro Civil 36588616-3

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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

Interior

EL(LA) SUSCRITO(A) DIRECTOR(A) DE LA DIRECCION DE ASUNTOS INDIGENAS, ROM Y MINORIAS DEL MINISTERIO DEL INTERIOR

HACE CONSTAR

Que consultado el sistema de información indígena de Colombia (SIIC), se registra la Comunidad Indígena CRISTALINA II en las bases de datos de esta Dirección.

Que consultado el auto-censo sistematizado y aportado por la Comunidad Indígena CRISTALINA II, se registra el Señor (a): AMAYA ITZAE NASTACUAS JAIMES, identificado (a) con RC y número de documento: 1122344438, en el(los) censo(s) del(los) año(s) 2025.

Se expide en Bogotá D.C., al(os) 7 día(s) del mes 5 del año 2025.

La presente información se emite conforme a los registros que al día de hoy reposan en el Sistema de Información Indígena de Colombia

Roquelina Sabis Blanco Moscarella
Director de Asuntos indígenas, Rom y Minorías

Url Verificación

Este Certificado Consta De 01 Hoja(s), y su generación es totalmente gratuito.

5

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	1122344438
NOMBRES	AMAYA ITZAE
APELLIDOS	NASTACUAS JAIMES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	26/05/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/01/2025 17:00:24	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

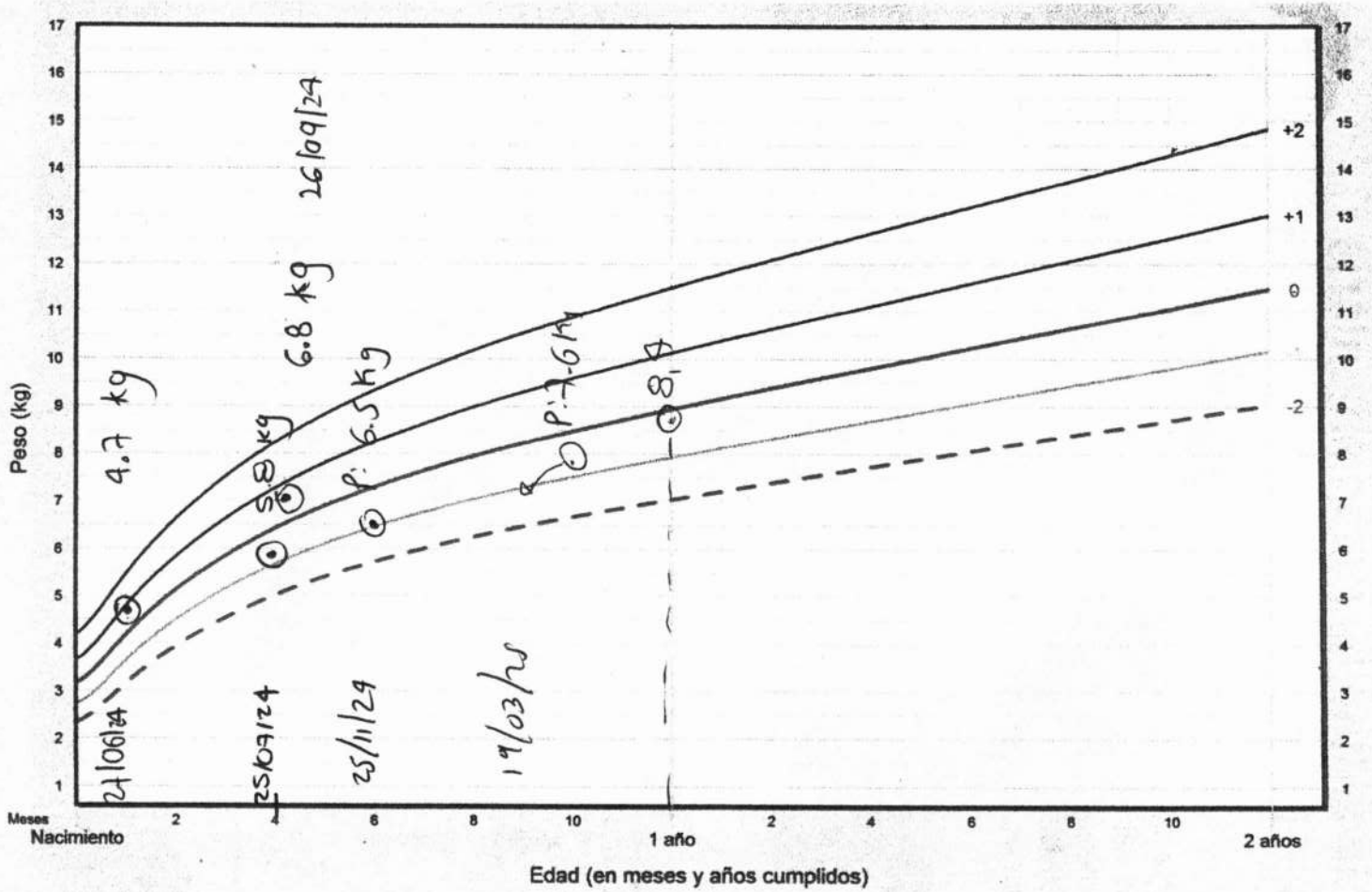
MIS DATOS

Nombres: AMAYA ITZAE	Apellidos: NASTAWAS JAILI
Fecha de nacimiento: 25 DÍA | 05 MES | 2024 AÑO	Historia Clínica: 1122344489
Barrio/Vereda: V/ CRISTALINA	Responsable del niño: JERSY J.
Teléfono:	EPS: 115



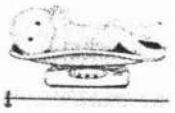
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



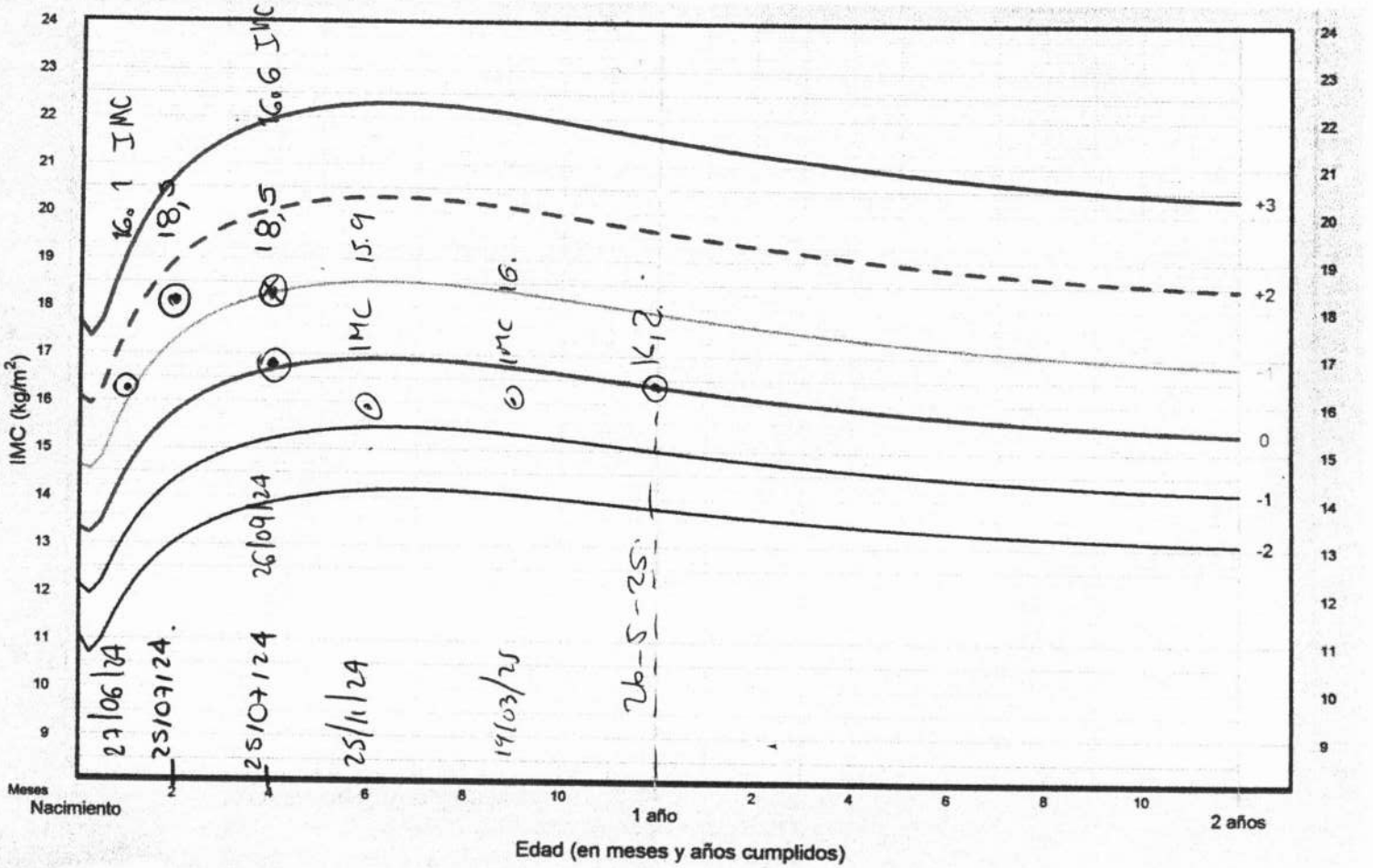
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



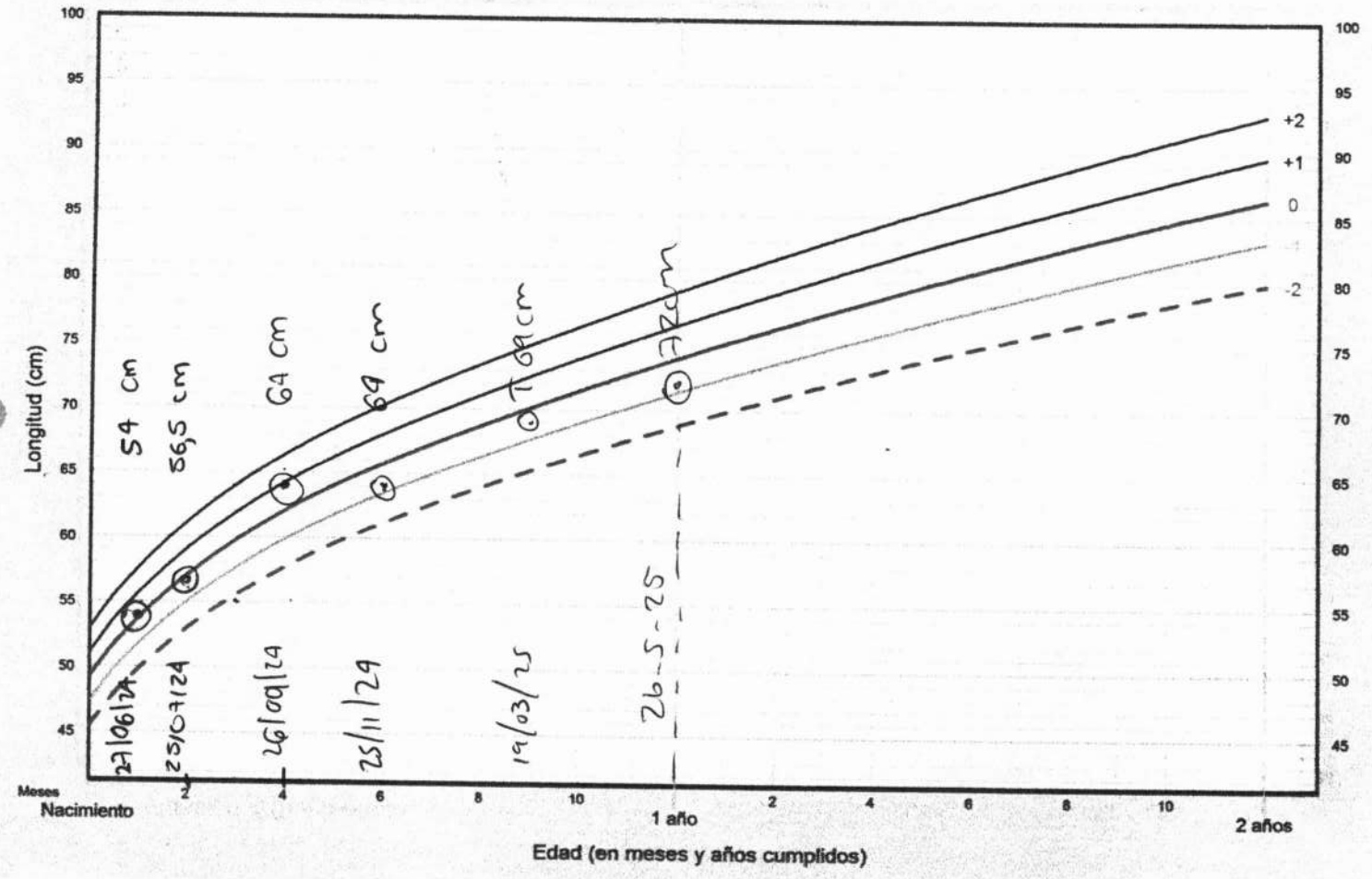
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Talla para la Edad Niñas

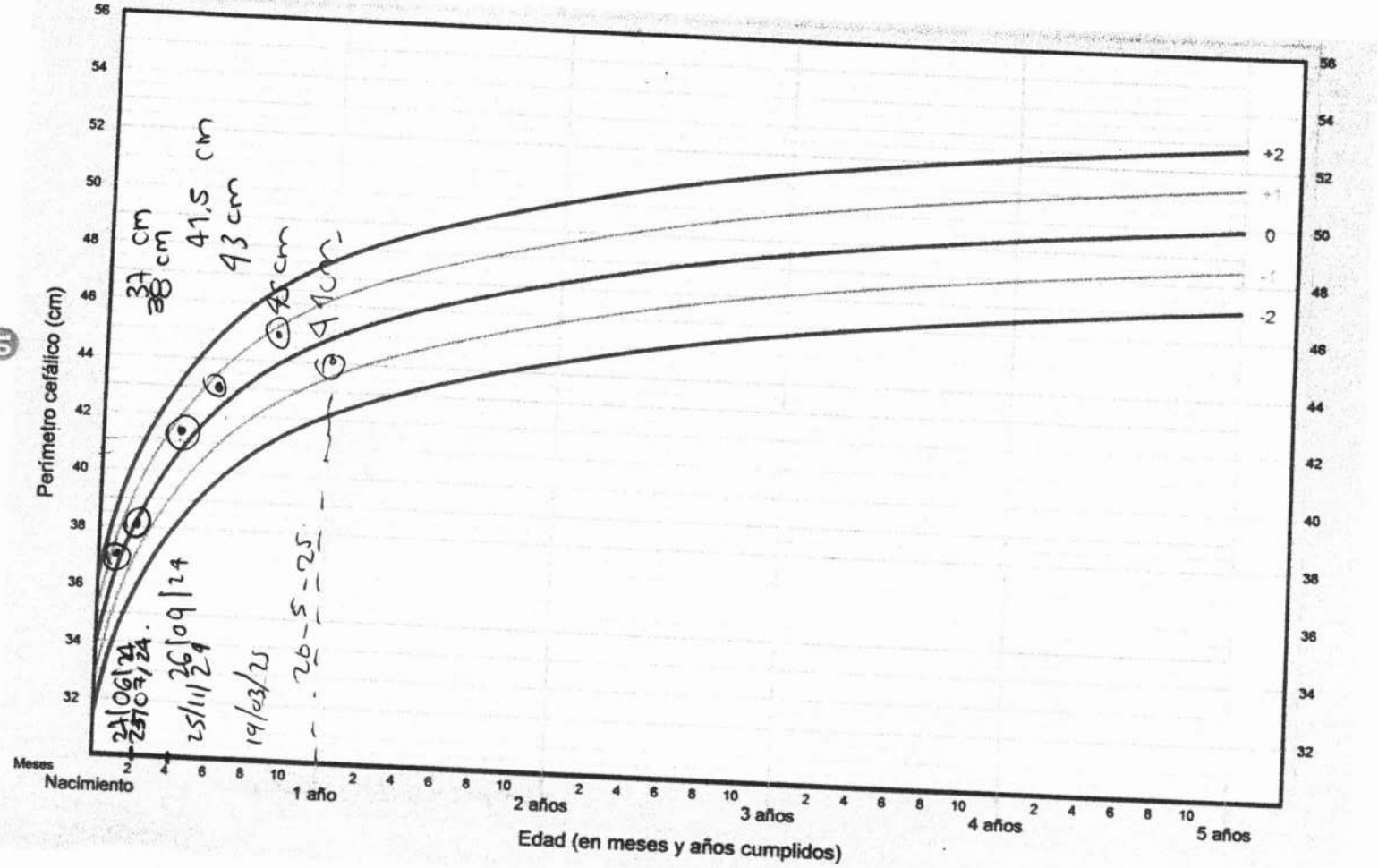
Puntuación Z (0 a 2 años)





Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
27	06	24	Med	✓	
25	07	24	Enf	✓	
25	09	24	Med.	✓	
25	NOV	24	Enf	✓	P. Olofer
19	Mayo	2025	Enf	Si	P. Olofer
25	mayo	2025	Med.	✓	
25	Noviembre	2025	Jefe	✓	

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
27/06/24	4.7	54	37	14	16.2	25/07/24	Jlissa A. Vargas
25/07/24	5.8	56.5	38	14.5	18.5	25/09/24	Rau Dur [illegible]
25/09/24	6.8	64	41.5	13.5	166	26/11/24	Elissa A. Vargas
25/11/24	6.5	64	43	15	15.9	25/02/25	P. Paz
19/03/25	7.6	69	45	15	16	25/05/25	P. Paz
26-05-2025	8.4	72	41		16.2	25-11-2025	Nathalia Ortega

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

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

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

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

*Menor o igual a 20 normal

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración Nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

14 R/V





Carné de Vacunación





Nombres y Apellidos Anaya Haze Nastacwas Jaimes

[X] RC [ ] TI [ ] OTRO — 1.122.344.438

Tipo de Documento — No. de Documento

Fecha de Nacimiento 25 (DÍA) 05 (MES) 2024 (AÑO)

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: Talla:

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Jersy Fanet Jaime

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

CC: 1.122.342.408

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
						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
Recién Nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única										
	Hepatitis B	Recién nacido										
						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	29	07	2024	Biological	2 2 3 9 0 0 3 A	ESE HFLD				Jeniffer Cabezas
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	29	07	2024	Serum	2 8 5 2 9 0 1 4 B					
	Pentavalente: Hepatitis B	1ª	29	07	2024	Serum	2 8 5 2 X 0 1 4 B					
	Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	29	07	2024	Serum	2 8 5 2 X 0 1 4 B					
	Diarrea por rotavirus	1ª	29	07	2024	GSK	~~A~~ R U L D ~~8~~ 3 B A B					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☒	1ª	29	07	2024	Pfizer	F 4 9 9 2 5					
						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª	01	10	2024	Biological	2 2 3 9 0 0 4	ESE HFLD				Kelly Jiménez
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	01	10	2024	Serum	2 8 5 2 4 0 1 1 D					
	Pentavalente: Hepatitis B	2ª	01	10	2024	Serum	2 8 5 2 4 0 1 1 B					
	Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	01	10	2024	Serum	2 8 5 2 4 0 1 1 B					
	Diarrea por rotavirus	2ª	01	10	2024	GSK	B X 1 9 1 2					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	01	10	2024	Pfizer	A R 0 1 0 8 4 1 A 6					
						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª	18	12	2024	Biological	2 3 2 7 0 0 3	ESE HFLD				Kelly Jiménez
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	18	12	2024	Serum	2 8 5 3 2 0 1 0					
	Pentavalente: Hepatitis B	3ª	18	12	2024	Serum	2 8 5 3 2 0 1 0					
	Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	18	12	2024	Serum	2 8 5 3 2 0 1 0					
	Influenza estacional	1ª	26	05	2025	Segivis	P 1 0 0 7 9 2 7 C 4	HFLD				
7 meses	Influenza estacional	2ª	CITA:	26	- Junio - 25							
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	26	05	2025	Serum	O 1 3 2 N O 7 9 A		CITA:			
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☒	Refuerzo	26	05	2025	Pfizer	H J 5 2 9 7	HFLD	25-Mayo-2025			Kelly Jiménez
	Varicela	1ª	26	05	2025	Merck	4 0 1 8 5 9 0					
	Hepatitis A	Única	26	05	2025	MSD	2 0 2 2 0 7 0 9 5					
	*Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo										
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo										
	**Fiebre Amarilla	Única	26	05	2025	Flocruz	2 1 Q 0 0 3 2	HFLD	CITA: 18-DIC-25			Kelly Jiménez
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª										
	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
RV

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

NIT. 846.002.309-9

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos

CIUDAD La Dorada FECHA: DÍA 26 MES 11 AÑO 2024 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Amaya Itzae APELLIDOS Nastuasa James

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122344438

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 25 MES: 05 AÑO: 2024 EDAD: 6 M. años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

Refiere miedo a la reacción de la vacuna

¿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 Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] ó 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.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

En consecuencia, decido: **ACEPTAR:** ____ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** X que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Jersy fanet Jaimes

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

Nombres Jersy fanet Apellidos Jaimes

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1122342408

Firma: Jeisy fanet Jaimes

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar _____, identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma el(la) señor(a)

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

de _____

Firma del Rogado

C.C. N°

C.C. N°

Huella dactilar o plantar del Rogante

Nombres y apellidos del vacunador: Eduard Ipial

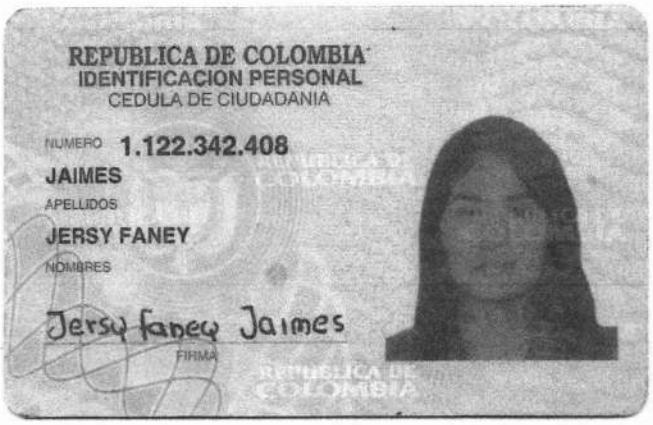
Firma Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004768431

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HUD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: putumayo MUNICIPIO: San miguel

Nota: Cuanto se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con unos de sus padres o su representante legal.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.122.342.408**

JAIMES
APELLIDOS

JERSY FANEY
NOMBRES

Jersy Faney Jaimes
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-MAR-1998**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

02-MAY-2016 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6401800-00835578-F-1122342408-20160607 0050051396G 1 46164581

17

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

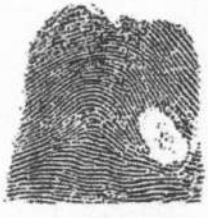
NUMERO **1.126.455.810**
NASTACUAS GUARNICA

APELLIDOS
CRISTIAN ARLEY

NOMBRES

Cristian Nastacuas
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-OCT-1995**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

09-OCT-2013 VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-0402800-00516534-M-1126455810-20131125 0035914873A 1 41399451

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Maya Itzae Nastacuas Jaimes

Doc. de identidad: 1122344438 EPS: Mallamas

Teléfono: 3248021388 Domicilio: Cristalino II

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	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	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 bucal por odontología					25/11/24								
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGIA	Aplicación de barniz de fluor							26-05-25						
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana							26-ABR-25						
		Aplicación de sellantes (según criterio)													
	V	Vacunación													

ADRIAN ALONSO KARVAEZ DELGADO
CC: 1085337737
T.P. 031034
RNN. NIT. DE BARRIOLES/ FRONTERAS

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Jersy Fanny Jaimes Identificado con C.C N° 1122342408 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Amaya Isaac Montalvo J. o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Estrellas del sol, 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 04 Días del mes de 04 del Año 2025.

Jersy Jaimes

Madre o Acudiente
C.C 1122342408

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 Amaya Ithan Narvaez Jaimes, identificado (a) con documento de identidad número 1122344438 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, Jersy Fanny Jaimes, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122342408, 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 viola 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.D.Q

Suscriben:

Firma: Jersy Jaimes
Nombre: Jersy Fanny Jaimes
Calidad - Titular X / Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3137952374
Fecha: 04/04/2025
Municipio: San Miguel

CLASIFICADA

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Amaya Itzae Nastacuas Jaimes

Fecha de nacimiento Día 28 Mes 05 2024 **N° Documento de Identidad** 1122344438

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Geovanny Orejuan Sanchez

Fecha de registro cualitativo Día 07 Mes 07 Año 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

Amaya es una niña que ha desarrollado en exito los items fundamentales entre ellos podemos destacar sigue en la mirada cuando una persona señala algo con el dedo, empieza a comer y a beber sola cuando quiere, le gusta estar con otros niños entre otras acciones, se seguira fortaleciendo su plan pedagogico.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Geovanny Orejuan Sanchez.

Fecha de registro cualitativo Día 07 Mes 10 Año 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

Amaya es una niña que ha desarrollado en exito la mayoría de los items fundamentales entre ellos podemos destacar, reacciona a los estados de animo y sentimientos de los demás, le gusta estar con otros niños, sigue expresandose de diversas maneras en el juego con las personas entre otras acciones acordes a su edad.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

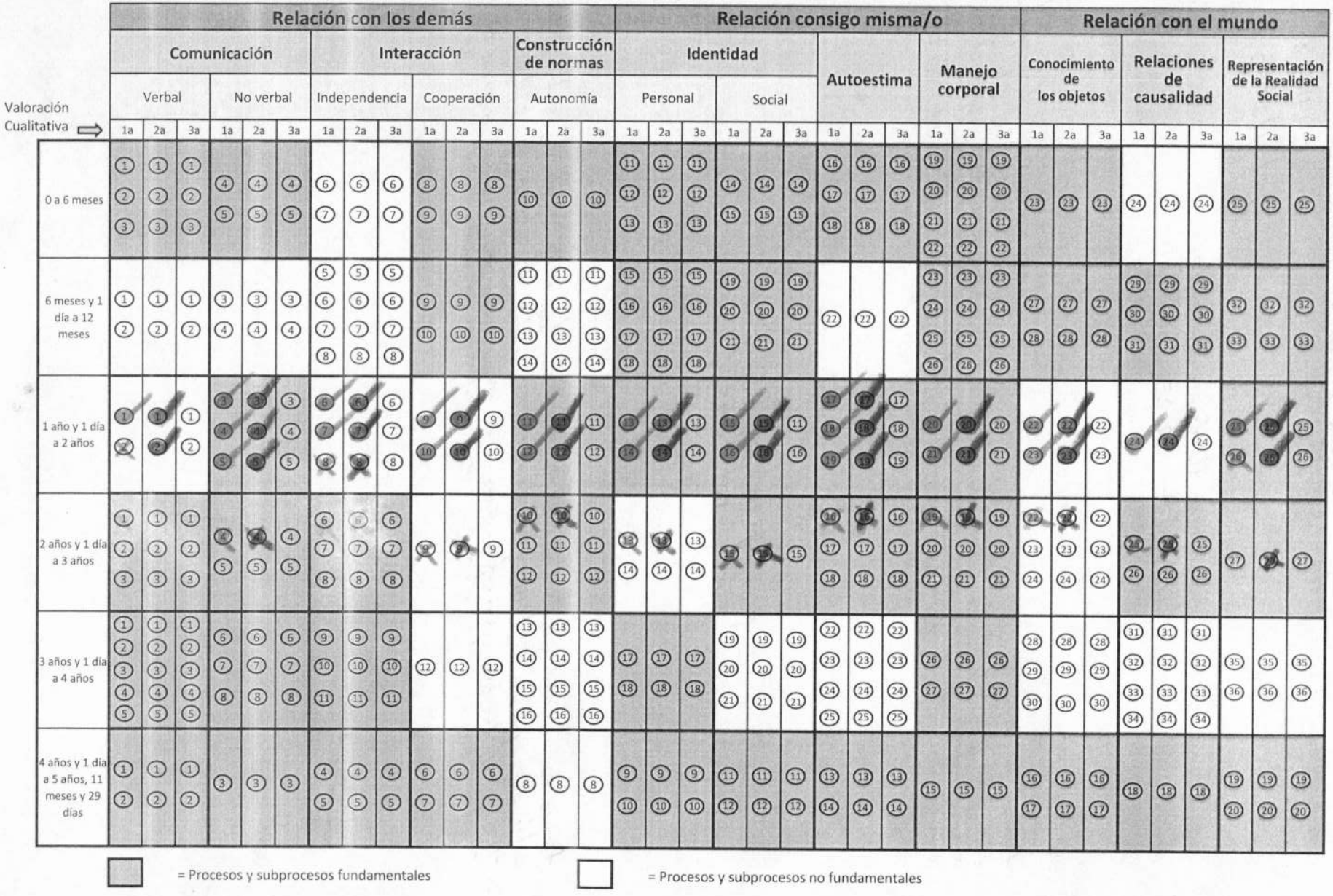
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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)***


Relación con los demás
Comunicación
Verbal
No verbal
Interacción
Independencia
Cooperación
Construcción de normas
Autonomía
Relación consigo misma/o
Identidad
Personal
Social
Autoestima
Manejo corporal
Relación con el mundo
Conocimiento de los objetos
Relaciones de causalidad
Representación de la Realidad Social
Valoración Cualitativa
1a
2a
3a
0 a 6 meses
6 meses y 1 día a 12 meses
1 año y 1 día a 2 años
2 años y 1 día a 3 años
3 años y 1 día a 4 años
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días
= Procesos y subprocesos fundamentales
= Procesos y subprocesos no fundamentales

22
R/V

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Geraumy Quejan Sanchez NOMBRE UCA: Cristales del Sol

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Amaya Itzel Naskuas IDENTIFICACIO: 1122344438 FECHA DE NACIMIENTO: 25/05/2024

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					
08/05/25	X				Se le recuerda a la madre que segun esquema de vacunación no cuenta con inmunologico de influenza de 6 a 7 meses, días antes el hospital no disponia de este. Se le da aconsejar a la madre que la vacuna de influenza ya esta disponible que se acerque al hospital. lo mas pronto y lo haga vacunar ya que se sale agotar pronto.	Jersy Jaimes		Nutricionista se acerca al hospital y dialoga con el jefe Andres quien le informa que ya llego esta vacuna y que se aplicara a la población menores de 2 años o sea de (6 a 23 meses)		La madre se compromete a salir a hacer vacunar a su hijo lo mas pronto.
12/05/25								Nos acercamos al hospital al area de vacunación y Karly Jaimes nos dijo que tenia que salir a los diferentes barrios y caseríos a vacunar. Ella se compromete en ir a la UCA a vacunar a los que este pendientes.		Avisarles a los madres para que lleven los carnes de vacunas.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Geovanny Quequan Sanchez NOMBRE UCA: Cristales del sol

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Amaya Itzac Nastuiwa J. IDENTIFICACIO: 1122344438 FECHA DE NACIMIENTO: 25/05/2024

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					
16/05/25	X				Vacunadora Kerly revisa la carpeta de la niña y argumenta el dia 25 cumple el. año se compromete en ir a la casa a. educarle la vacuna del. año y de influenza a la casa el dia 26 de mayo.. Tambien se le recuerda que el año. tiene control de crecimiento y desarrollo.	Jersy Jaimes				La madre se compromete en estar al pendiente de la Vacunadora Kerly. Como tambien en hacer llegar la copia del carnet de vacuna y control de crecimiento y desarrollo.
03/06/25	X					Jersy Jaimes			El dia martes la. madre realiza la entrega del. carnet de vacuna y copia del carnet de crecimiento y desarrollo. por tal motivo se procede a cerrar la novedad ya que si se cumplio con el compromiso.	

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Geovanny Quejuan Sanchez NOMBRE UCA: Cristalitos del sol.

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Amaya Itzae Nastacuas IDENTIFICACIO: 1122 344438 FECHA DE NACIMIENTO: 25/05/2024

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					
03/06/2025 X	X				Se habre nuevamente la novedad. ya que al revisar el carnet. que había entregado la madre le Falta la vacuna de influenza. se procede a llamar a la madre y ella argumento que la vacunadora le había dicho como le colocó las vacunas del año. al mes sobia de nuevo hasta su casa y le colocaba la de influenza que queda pendiente.	Jersy Jaimes.			Se le realiza Seguimiento a la madre para verificar si ya llizo vacunarde la vacunadora. y a la niña. el dia llamarla para que suba 30 de junio y aguanta hasta su casa. y le que no que llamo a colocarle el biologico la vacunadora y habrade influenza del año. dicho que no esta saliendo a los verdad. a vacunar Se le recerda que la vacuna de influenza se a gota. muy rapido.	La madre se compromitio estar pendiente
									Se cierra la novedad. hoy 04 de junio ya que la madre envia un mensaje y una foto de que ya hizo vacunar a la niña, se le recuerda que debe llevar la copia al encuentro.	La madre se Compromitio salir al hospital a hacer vacunar a la niña, lo mas pronto posible.