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,

PUBLICA

	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: Keiner Yael Nastacuas Taicuz
TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ **NUIP No.** 1.122344806.
¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A
FECHA NACIMIENTO: 29/09/2023 **EDAD:** 1 año. **MUNICIPIO:** San Miguel
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:
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: Byron Adrian Nastacuas Guarnica
No. IDENTIFICACION: 1.126454320 **DIRECCION RESIDENCIA:**
CELULAR: 3239453642 **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: Karen Yasuri Taicuz Nastacuaz
No. IDENTIFICACION: 1.122338684 **DIRECCION RESIDENCIA:**
CELULAR: 3239453642 **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: Karen Yasuri Taicuz Nastacuaz
NUMERO IDENTIFICACION: 1122338684 **CELULAR:** 3239453642
DIRECCION: Cristalina 2 **PARENTESCO:** Madre

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE
Karen Taicuz

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.122.344.306

Indicativo Serial 61322686

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 0 2

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	TAICUZ

Nombre(s)

KEINER YAEL

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023	Mes SEP	Día 20	MASCULINO	O	POSITIVO.

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

COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	23099610658928

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

TAICUZ NASTACUAZ KAREN YASURI

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 1.122.338.684	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 BYRON ADRIAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.126.454.320	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

TAICUZ NASTACUAZ KAREN YASURI

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
TI 1.122.338.684	Karen Taicuz

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 2023 Mes OCT Día 06	ROY EDISON CALLE QUINTANA - REGIST
	Nombre y firma

34808863-8

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

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

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): KEINER YAEL NASTACUAS TAICUZ, identificado (a) con RC y número de documento: 1122344306, en el(los) censo(s) del(los) año(s) 2024, 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	1122344306
NOMBRES	KEINER YAEL
APELLIDOS	NASTACUAS TAICUZ
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	02/10/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/01/2025 16:57:26	Estación de origen:	192.168.70.220

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

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

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD INDIGENA "MALLAMAS EPS-I"
Personería Jurídica No. 1015 de 2001 del Ministerio de Salud - DGM
POR SER INDIGENA EL PORTADOR DE ESTE CARNE
NO DEBERA PAGAR COPAGOS O CUOTAS MODERADORAS
VALIDO UNICAMENTE EN LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS
AUTORIZADO POR MALLAMAS



SEGUNDO CIBARDO TAPIE A.
GERENTE MALLAMAS EPS-I

Vigilado Supersalud

ESTE CARNE ES DE USO PERSONAL E INTRASFERIBLE

www.mallamaseps.com.co
E-MAIL: Contactenos@mallamaseps.Com.Co
LINEA SALUDABLE 01800-913701/7733376 IPIALES N.

24/11/23, 8:34

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS
E.P.S - INDIGENA
MALLAMAS
El Autocuidado es salud Para Un Buen Vivir !

NASTACUAS TAICUZ KEINER YAEL
Nombres y Apellidos Completos
Doc. Identificación: RC 1122344306 Género: M
Fecha Nacimiento: 29/09/2023 Nivel Sisben:
Fecha Afiliación: 29/09/2023 Discapacidad: NA - N
Vigencia: INDEFINIDO | Carnet N°: 867570000558583
Dirección: VEREDA LA CRISTALINA
Ips Primaria: ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - PRINCIPAL

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



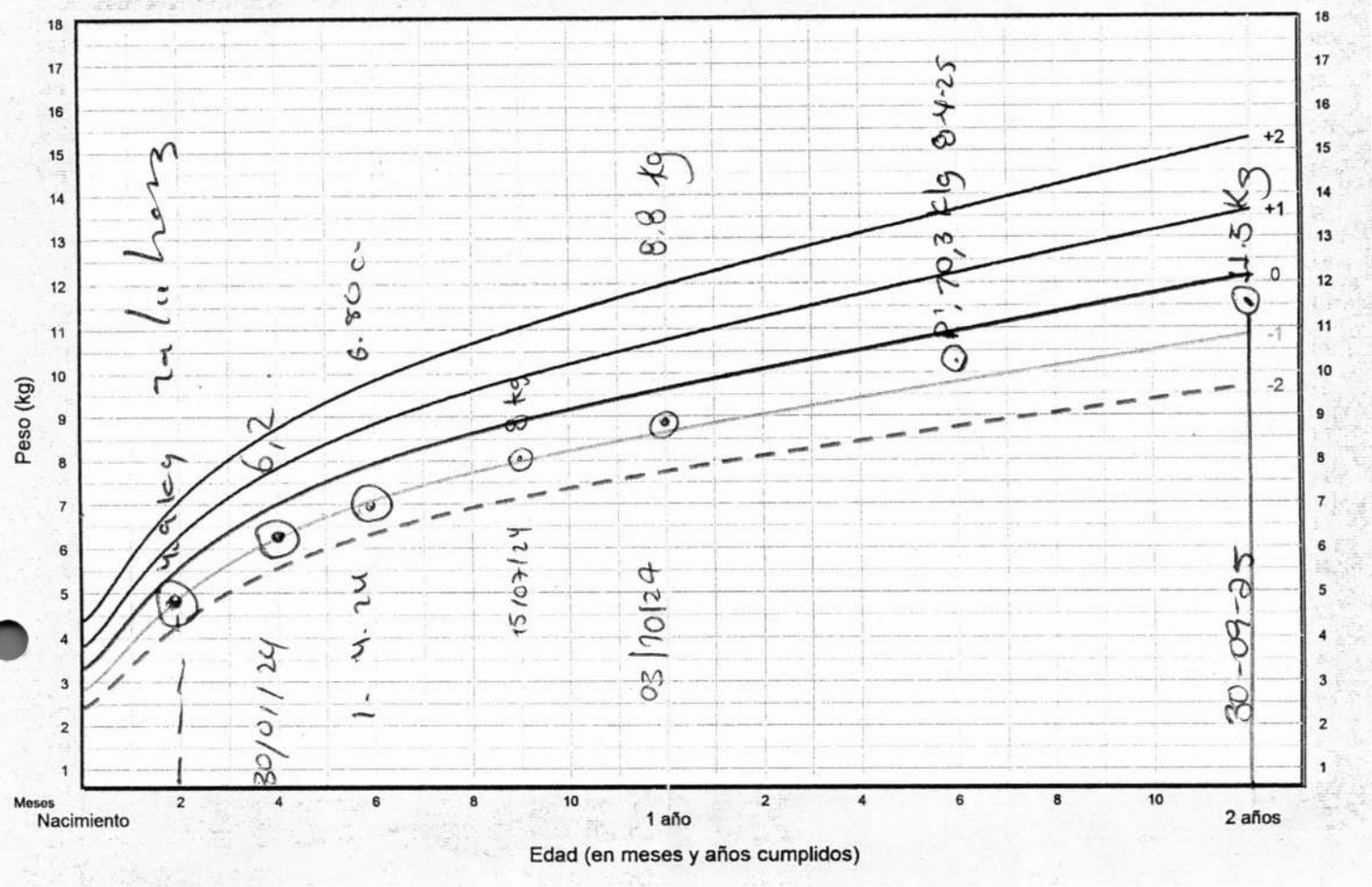
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Keiner Yael	Apellidos: Nastacuas Taicuz
Fecha de nacimiento: DIA 29 | MES 09 | AÑO 2023	Historia Clínica: 1.122.344.306
Barrio/Vereda: Cristalina II	Responsable del niño: Karen Taicuz
Teléfono: 3236138102	EPS: Mallamas

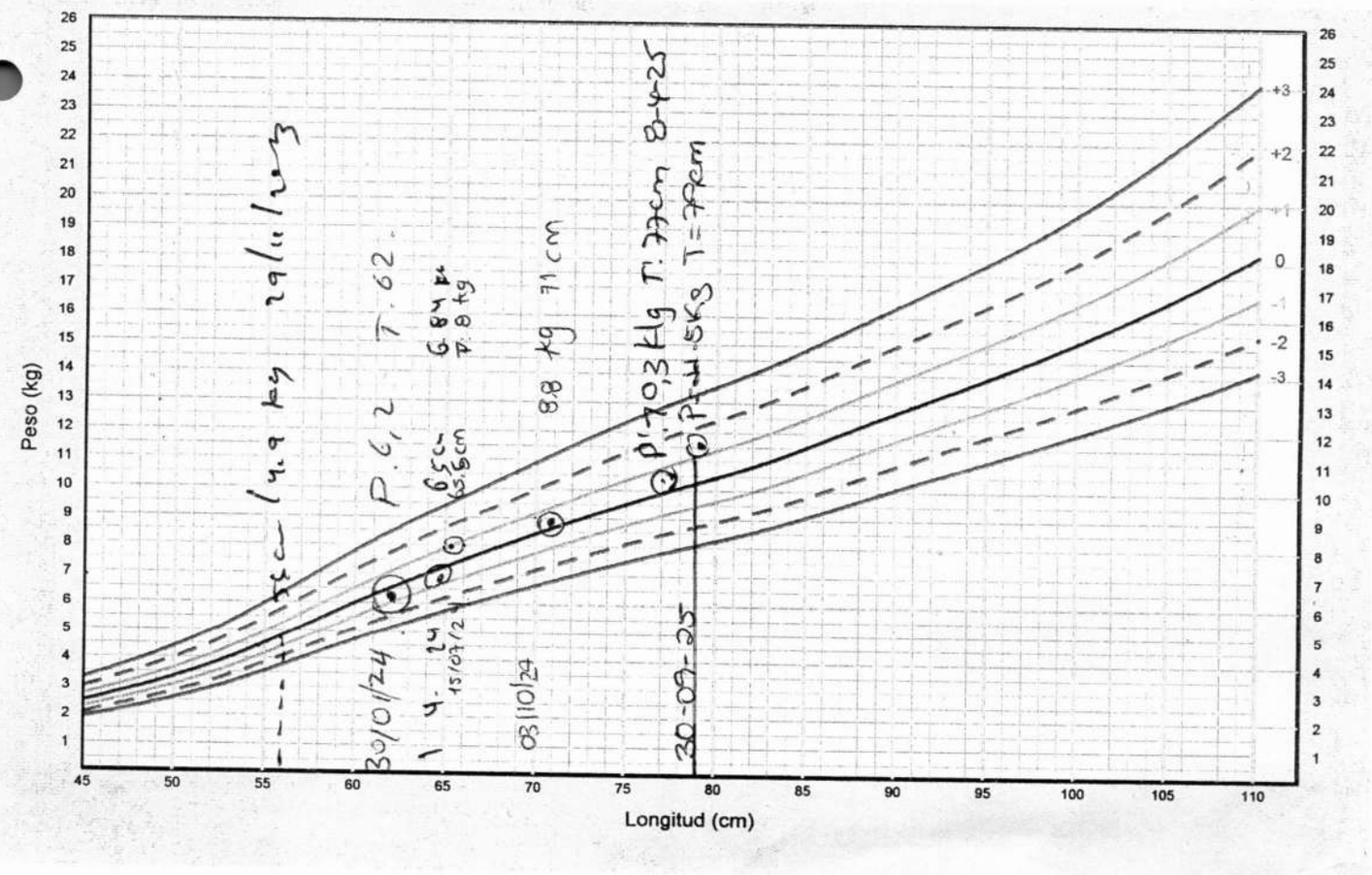
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



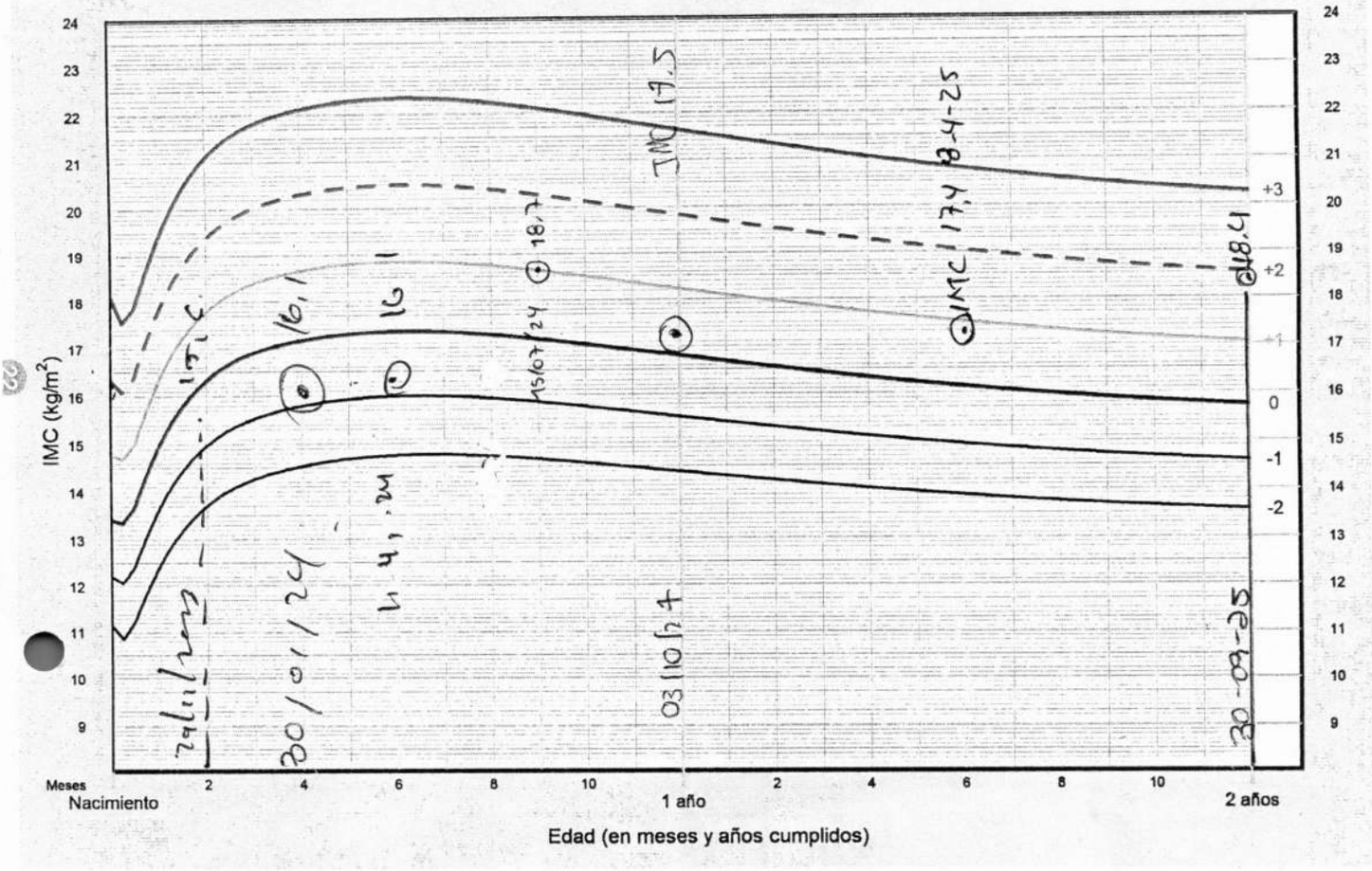
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



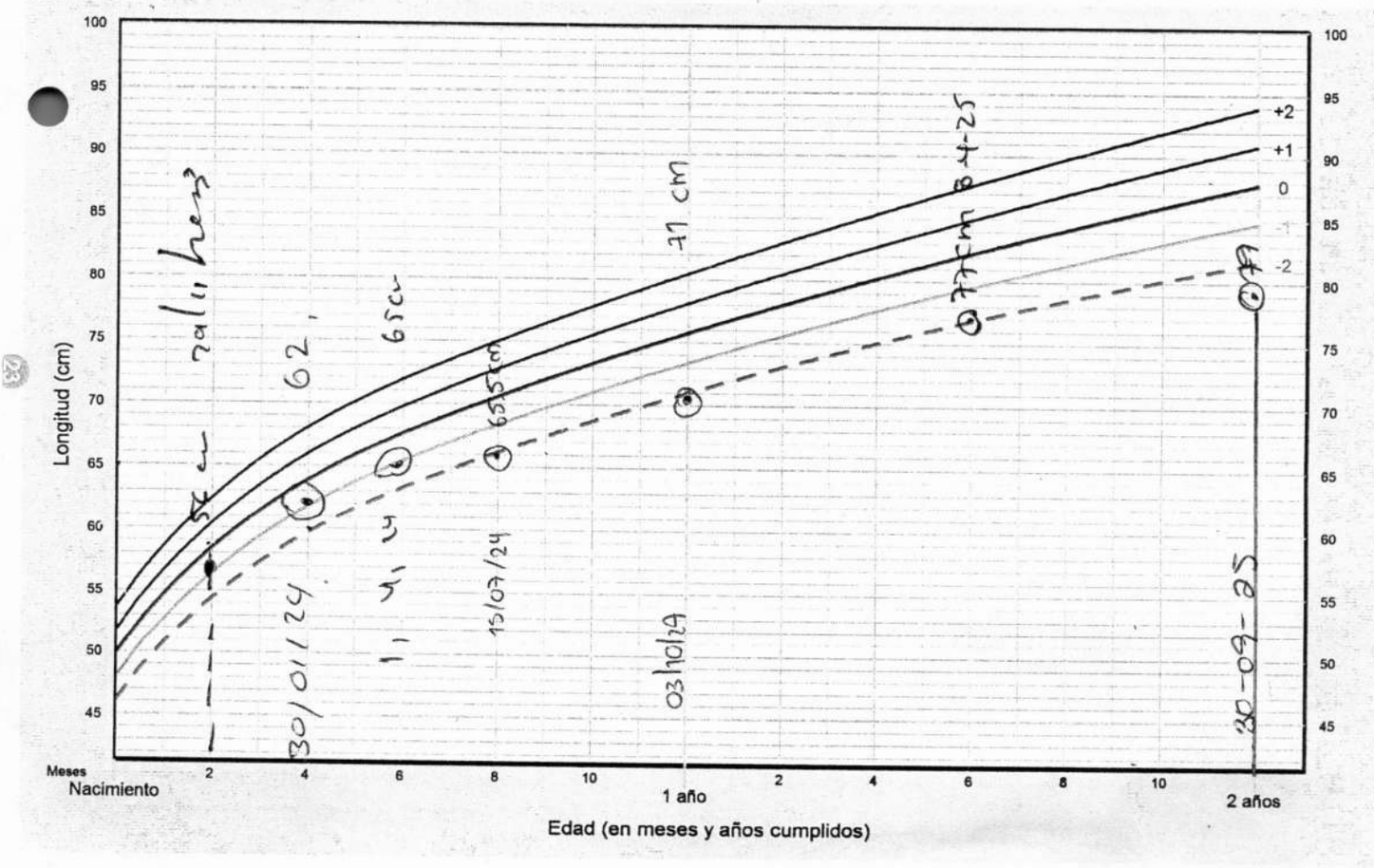
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



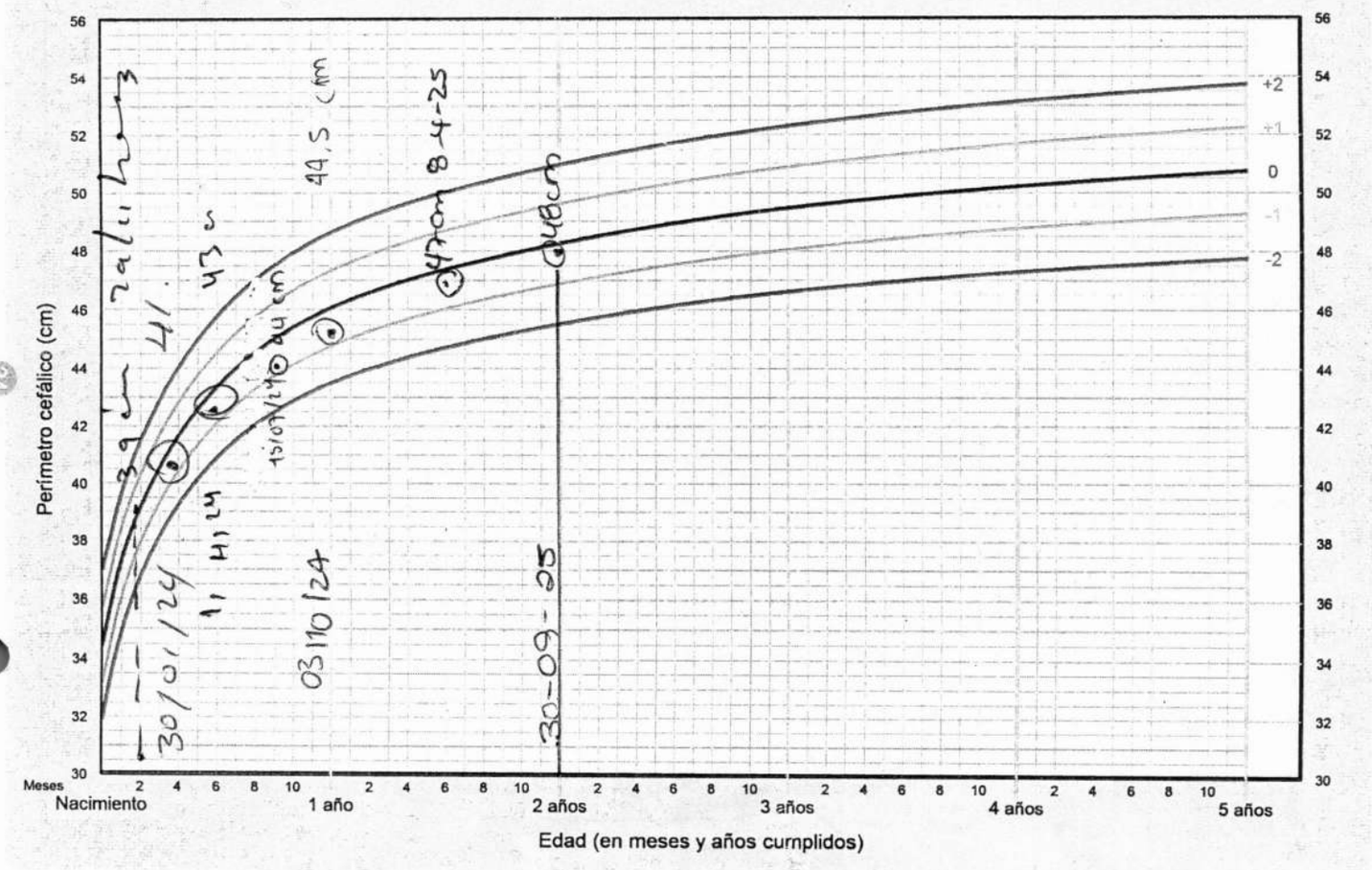
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



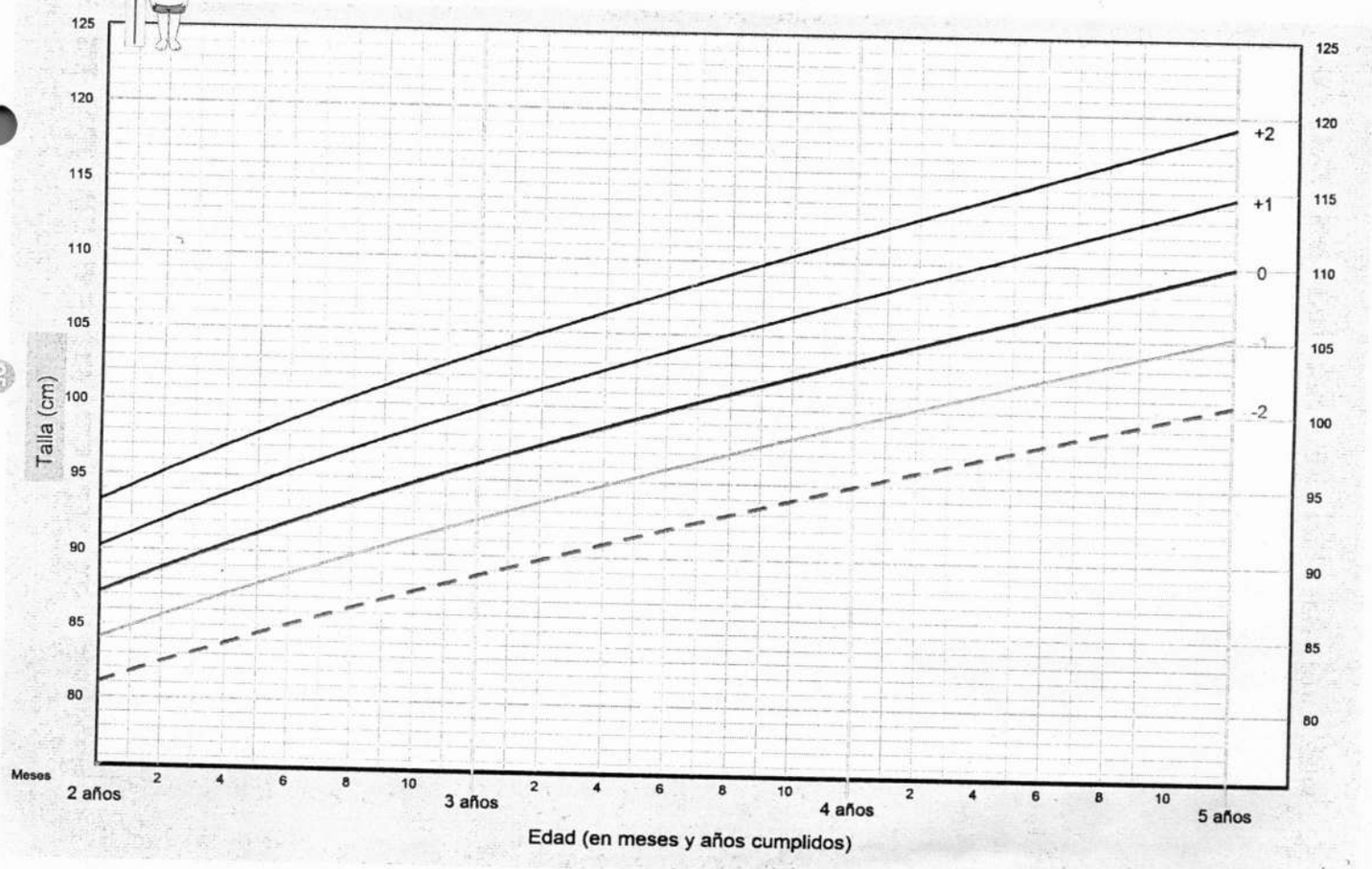
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
29	11	2023.		✓	
29	01	2024.	Médico	Si ✓	
29	03	2024	Enf		
20	7.	2024	Enf		
29	09	2024	MD	✓	
29	03	2025	ENF		
08	04	2025	Enfermería	SI ✓	Milena C
29	04.	2025	Medico	Si ✓	8.
30	03	2026	Enf		

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

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
29/11/2023	4.9	56.	39	13	15.6.	29/01/2024	Dra. Magaly Cabrera Médico General R.M. 67027189-Univalle
30/01/24	6,2.	62	41	14	16.	29/03/24	
1.4.24	6.80	65	43	14	16.1	20.7.24	
15.7-24	8.0	65.5	44	14	18.7	29-9-24	
03-10-24	8.8	71	44.5	14	17.5	29-03-25	Milena A Vargas
08.04.25	10,3	77	47	15.5	17.4	29-09-2025	Milena C.
30-09-25	11.5	79	48	16	18.4	30-03-2026	

12
R/V

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

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

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

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

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

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

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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



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)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: kainer Yael Nastacuas Taicuz

Fecha de nacimiento: 29-09-2023

Nº de certificado de nacido vivo: 2709961065892 8

Registro civil: 1122344306.

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3600g Talla: 50cm.

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Karen Taicuz

Municipio de residencia: San miguel

Departamento: Putumayo

Busca ya las vacunas ¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Kainer Yael Bastacuas Tacos — Nombres y Apellidos:

Registro civil — Tipo Identificación:

1122344306 — No. ID:

Edad	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 Sí ☐ No ☐									
Recién nacido	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	30	09	23	Serum	037AM083	HFLD	cita 30 Noviembre 2023			Daniela Cristina Tec. Aux. en Enfermería CC No. 1007728227
	Hepatitis B	Recién nacido	30	09	23	Serum	03200913D	HFLD				
			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	29	11	23	Biolo6	Z23401					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	29	11	23	Serum	285140033C					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	29	11	23	Serum	285140033C					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	29	11	23	Serum	285140033C	HFLD				Soaica H
	Diarrea por rotavirus	1.ª	29	11	23	GSK	ARC104660AB					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	29	11	23	Pfizer	FY9925					
			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						CITA			
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	29	01	24	Biological	223300S		29-ENERO			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	29	01	24	Serum	285140033C		2024			
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	29	01	24	Serum	285140033C					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	29	01	24	Serum	285140033C	HFLD				Eduard IPIAL
	Diarrea por rotavirus	2.ª	29	01	24	GSK	ARC104660AB					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	29	01	24	Pfizer	FY9925					
			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	01	04	24	Biological	223300S		cita			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	01	04	24	Serum	285209EE	HFLD	29/Marzo/24			Jennifer Sanabria Cabezas
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	01	04	24	Serum	285209EE					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	01	04	24	Serum	285209EE					
	Influenza estacional	1.ª	17	05	24	Botantan	240097910	HFLD				
7 meses	Influenza estacional	2.ª	17	06	24	Botantan	240097910	HFLD	CITA 3			Isabel M. Arias.
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	03	10	24	Serum	01292N0714M	6.0.45	29-Septiembre 2024			
12 meses	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	03	10	24	Pfizer	6X1921	D.T. 4				
	Varicela	2.ª	03	10	24	Merck	X02533134	D.T. I				
	Hepatitis A	Única	03	10	24	MSD	20122070435					
	Influenza estacional	Anual	15	05	25	Sanofi	P10079274A	HFLD				Kelly J. Yenifer C. Yenifer C. Isabel
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	03	04	25	Biological	240061	HFLD	CITA			
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	03	04	25	Serum	250233X02A	HFLD	01-Abril 2025			
	Fiebre amarilla	Única	03	10	24	Fiocruz	1311FC0057	HFLD				
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	9	04	25	Serum	01132N0749A	HFLD				Yenifer C.
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª							CITA! 9 AÑOS CUMPLIDOS.			
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

Busca las vacunas ¡es gratis, hazlo de una!

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.

13
R/V

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 · Minsalud

CIUDAD La Dorada FECHA: DÍA 01 MES 04 AÑO 2024 HORA: 10:00 AM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES: Kenner Yael APELLIDOS Nastacuas Tacuez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122344306

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 29 MES: 04 AÑO: 2023 / EDAD: años 6meses

NOMBRE DE LA CAPO RESPONSABLE Mellizones

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)

Miedo a Convulsión

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
NOMBRE DE LA 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, artralgias (artralgia), musculares (mialgia), fatiga (astenia), escalofríos, fiebre (síndrome pseudogripal), enrojecimiento o 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.

8675711228596

17

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

Firma de la persona: karen tafur

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

Nombres karen yasuri Apellidos Tafur Hostalvaz

Tipo de identificación: RC☐ TI☒ CC☐ CE☐ OTRO☐ Número 1122338684

Firma: Karen Tafur.

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: Edvard Uriai

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFID

puramayo

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.122.338.684**

TAICUZ NASTACUAZ

APELLIDOS

KAREN YASURI

NOMBRES

Karen TAICUZ

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **19-SEP-2007**

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

19-SEP-2025
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G.S. RH

F
SEXO

14-OCT-2014 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-8401800-00661718-F-1122338684-20150127 0042561744A 1 43311485

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.126.454.320**
NASTACUAS GUARNICA

APELLIDOS
BYRON ADRIAN

NOMBRES
BYRON NASTACUAS GUARNICA

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **24-NOV-1993**
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-DIC-2011 VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-6402800-00362219-M-1126454320-20120223 0029274284A 1 25683110

16
E/V

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

Servimos con amor

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Keiner Yael Bastaccas.

Doc. de identidad: 1122344306 EPS: Mallamas.

Teléfono: 3236138102 Domicilio: V/ Cristalina 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													
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor					02-04-24 02-10-24			08-04-2025 08-10-2025	03-04-26 03-10-26				
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana									22-10-2025 22-04-2026				
		Aplicación de sellantes (según criterio)													
	V	Vacunación													

Tania Villacorta
ODONTÓLOGA
Res.: 81 - 801

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Karen Yasuri Taicuz N° Identificado con C.C N° 1122338684 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: _____ o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Cristales 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.

Karen Taicuz
Madre o Acudiente
C.C 1122338684

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 Reiner Yael Nastacuas Taicus, identificado (a) con documento de identidad número 1122344306 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, Karen Yasmi Taicus, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122338684 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 Fundacion almas 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.D.E.

Suscriben:

Firma: Karen Taicus
Nombre: Karen Taicus Nastacuas
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3239453642
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 Keiner Yael Navarro Taicuz

Fecha de nacimiento Día 29 Mes 09 2023 **N° Documento de Identidad** 1122344306

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Geovanny Quejan 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

Keiner es un niño que ha desarrollado 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, en las personas. entre otras acciones acordes a su rango de edad.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador geovanny Quejan 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

Keiner es un niño que ha desarrollado con exito la mayoría de los items. Fundamentales entre ellos podemos destacar sigue los pasos de un proceso hasta obtener un resultado, realiza garabatos o rayas en el papel, avisa a su madre u otra persona cuando le hacen daño o hay algo que lo pone en peligro entre otras acciones acordes a su edad, se seguira fortaleciendo su plan pedagogico.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

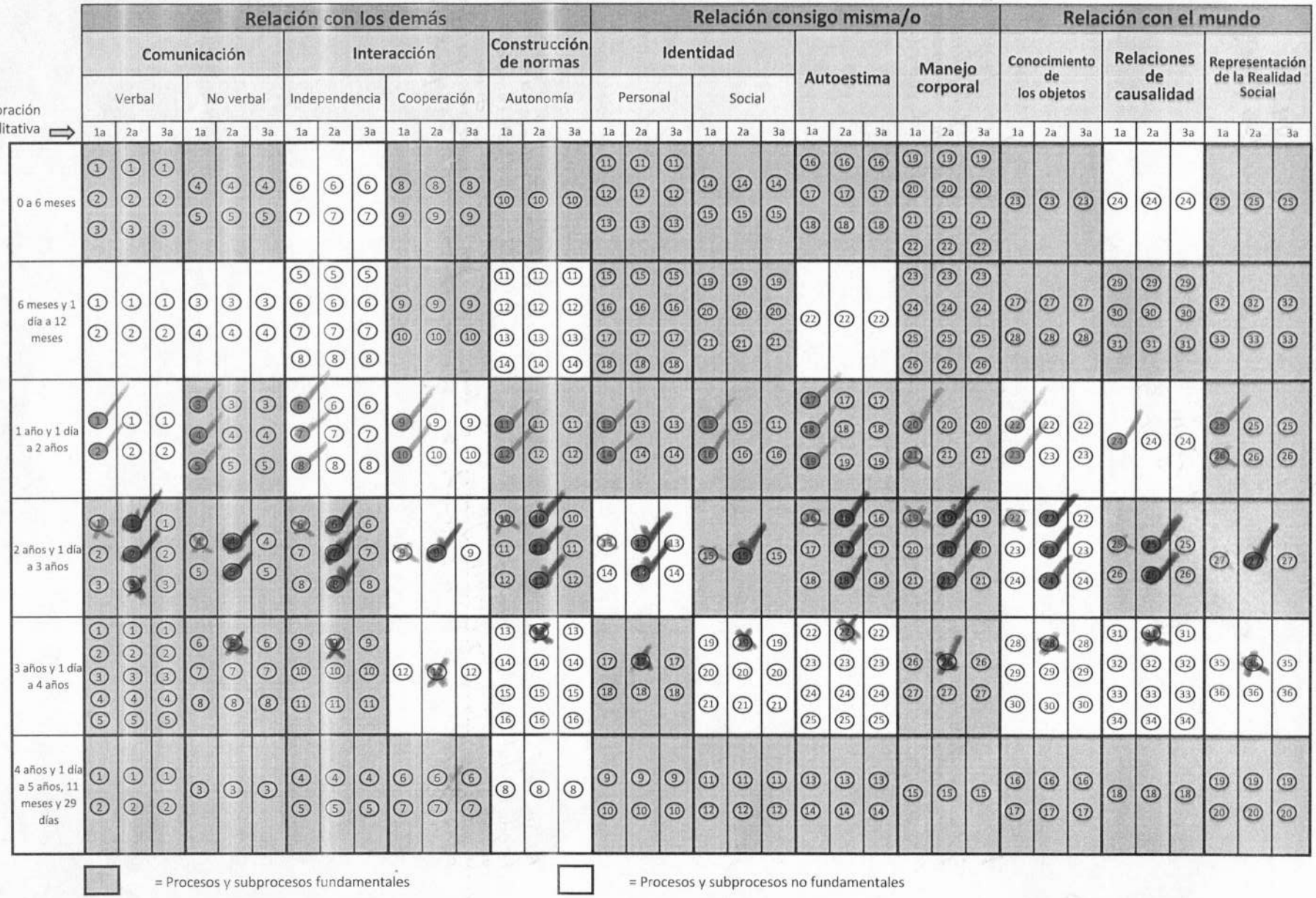
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

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



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

20
R/V

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Geraunny Burgos Sanchez NOMBRE UCA: Cristales del Sol

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Keiner Yael Nastevas T IDENTIFICACIO: 1122344306 FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
08/05/25	X				Se le recuerda a la madre segun su esquema de vacunación no cuenta con inmunologico de influenza del año, días antes el hospital no disponia de este. La nutricionista se acerco al hospital y dialoga con el jefe Andres quien le informo que ya llego esta vacuna y que se aplicara a población menor de 2 años o sea de 06 a 23 meses)	Karen Taico.		Nos acercamos al hospital a la area de vacunación y la vacunadora Kelly Jimenez dijo que tenian que llegar a las diferentes veredas habilitadas a vacunar la población. Por tal motivo ella se compromete	Se llama via celular y la madre argumento que todavia no a podido salir a hacer vacunar a su hijo. por que el esposo ocupado. Se le reintera el compromiso de asistir responsablemente a hacer vacunar a su hijo	La madre se compromete a realizar lo mas pronto. a la salida a hacer vacunar a su hijo
12/05/25					Se le da a conocer a la madre que la vacuna de influenza ya esta disponible, ya se acerque al hospital lo mas pronto y lo haga vacunar. ya que se estan acabando muy rapido.			en ir a la vacunar a. Vacunar población que esta pendiente de la Vacuna de Influenza	hizo la mas pronto ya que la vacuna de influenza se agota muy rapido.	Recordale a la madre que lleve el carnet de Vacunas

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Geovanny Duque Sanchez NOMBRE UCA: Cristales del Sol

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: _____ IDENTIFICACIO: 1122344306 FECHA DE NACIMIENTO: 29/09/2023

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					Karen Taicuz.			La madre hizo Vacunar al niño en la UCA. Con la Vacunadora que se gestiona. para que se coloquen al dia los que deben influenza. Por tal motivo se procede a cerrar la novedad por que si se cumplio con el compromiso.	
09/06/25	X				La madre llama via Celular argumentado que no puede asistir al encuentro del 10 junio por que ella se encuentra con gripe, dolor de cabeza, huesos. etc. Se le recuerda a la madre que vaya al hospital para que le puedan enviar medicamento y pueda recuperarse pronto!	Karen Taicuz			Se la llamo el dia. La madre se compromete a ir como seguia. y asistir al medico la madre argumenta que en una valoración mejor, que el proximo encuentro existe respuesta favorablemente. por tal motivo se cierra la novedad.	

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACIÓN INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Keiner Yael Nastacuaz IDENTIFICACIO: 1122344806 FECHA DE NACIMIENTO: 29/09/2023

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					
07/10/25 X	X				Se le recuerda a la madre que el niño Keiner tiene cita para higiene oral. Segun el Carnet para el 10 de octubre. Se le recuerda sacar la cita para que lo lleve responsablemente.			Se le gestiona la cita de higiene oral y queda para el dia 22 de octubre a la 1:30 pm.	Se la llama el dia 9 de octubre para verificar si gestiono la cita de higiene oral donde argumento que no a podido ya que tuvo que salir a realizar una diligencia a orita y regresa el dia 20 por la tarde.	La madre se compromete en gestionar la cita y asistir responsablemente.
									Teniendo en cuenta que la madre no ha cumplido con el compromiso. Se le gestiona la cita para el dia miercoles 22 de octubre, recordandole que debe asistir responsablemente y presentar la copia despues de la cita	Se le recuerda a la madre asistir responsablemente y estar 20 minutos antes para facturar. Realizar la entrega de la copia del Carnet de higiene oral el dia 22