Fundación
Alma de Vida

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con otografia 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 guia para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar _X_ en minimo uno de los siguientes criterios de focalización) ___SISBEN (Categoria 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) _X_Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.) ___Niños y niñas con discapacidad. ___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión. ___Población migrante en condición de vulnerabilidad. ___Activos en ruta de reincorporación.
5	Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente: (ADRESS)
6	Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo).
6	Copia del carnet de vacunación.
7	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
8	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
9	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
10	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
11	Fotocopia de un recibo de servicios públicos domiciliarios cuando sea necesario (aplica para zona urbana y en zona rural solo si se cuenta con servicios públicos)
12	Certificado de asistencia a consulta de salud bucal (Niños y niñas mayores de 6 meses)
13	Certificado del examen de agudeza visual (Niños y niñas mayores de 4 años)
14	Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años)
15	Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal.
16	Formato de veracidad de la información ficha de caracterización.
17	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
18	Formato de autorización uso de imágenes.
19	Planilla seguimiento nutricional
20	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
21	Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa,

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

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

FECHA SOLICITUD CUPO: 27-03-2025 **FECHA INGRESO:** 01-04-25

UDS: Grande) Exploradores) **MUNICIPIO:** San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Jhonier Alexander Insuasti Vargas

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO ___ **NUIP No.** 1122343696

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 19-Abril-2021 **EDAD:** 2 Años **MUNICIPIO:** San Miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** Colombia **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: Vl Albania **ESTRATO:** 1 **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: ___ NO: X

¿CUAL?: ___ **MOTIVO DEL RETIRO:** N/A

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: ___ NO: X CUAL: ___

EPS DEL PARTICIPANTE: Mallamas **SUBSIDIADO:** X **CONTRIBUTIVO:**

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: ___ NO: X **DIAGNOSTICO:** ___

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: ___ NO: X CUAL: ___

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: ___ NO: X CUAL: ___

TIENE SISBEN: SI: ___ NO: X PUNTAJE: N/A **DESPLAZADO:** SI: X ___ NO:

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: X ___ NO: ___ **RED UNIDOS:** SI: ___ NO: X

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: X NO: ___ CUAL: ___

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Cristian Alexander Insuasti

No. IDENTIFICACION: 1122342424 **DIRECCION RESIDENCIA:** Vl Albania

CELULAR: 3133725941 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Oficios Varios

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria **PROFESIÓN:** N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Tania Marcela Vargas Proaños

No. IDENTIFICACION: 1006788.850 **DIRECCION RESIDENCIA:** Vl Albania

CELULAR: 3133725941 **E.P.S:** Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Oficios Varios

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria **PROFESIÓN:** N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Tania Marcela Vargas Proaños

NUMERO IDENTIFICACION: 1006788.850 **CELULAR:** 3133725941

DIRECCION: Vl Albania **PARENTESCO:** Madre

Tania Vargas
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

Latitud

0.304348
N0°18'15.653388"

Longitud

-76.776021
W76°46'33.67704"

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.343.696

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61318444

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 6 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
INSUASTI	VARGAS

Nombre(s)

JHONIER ALEXANDER

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes ABR Día 19	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	165377943

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

VARGAS PROAÑOS TANIA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.006.788.850	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

INSUASTI CRISTIAN ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.342.424	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

INSUASTI CRISTIAN ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.342.424	Alexander Insuasty

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2021 Mes ABR Día 23	ROY EL[illegible] Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL
RESGUARDO INDIGENA YARINAL -SAN MARCELINO
RESOLUCIÓN N° 0008 DEL 13 DE MAYO DE 1998
NIT. 900867609-0

EL SUSCRITO GOBERNADOR INDIGENA KICHWA DEL RESGUARDO YARINAL SAN MARCELINO, MUNICIPIO DE SAN MIGUEL, EN USOS DE SUS ATRIBUCIONES LEGALES QUE CONFIERE ALA LEY 89 DE 1980, LA LEY 21 DE 1991 LA CONSTITUCION Y DE MAS NORMAS.

HACE CONSTAR

QUE YHONIER ALEXANDER INSUASTI VARGAS menor de edad identificado con NUIP 1.122 3 43 696 Registrado en San Miguel Dorada putumayo es indígena y se encuentra registrado en el censo actual del Resguardo Yarinal San Marcelino del pueblo kichwa y ante Ministerio del Interior .Dirección de asuntos étnicos .

Para lo anterior el presente documento se expide al interesado a solicitud del interesado para asuntos personal y recibir los servicios que el Estado colombiano y el Gobierno Nacional a reconocido para las comunidades indígenas de Colombia, siendo un derecho fundamental para los pueblos indígenas.

Para quien pueda interesar la constancia se firma en el Resguardo Yarinal San Marcelino a los 19 días días del mes de Agosto (2025).

RESGUARDO SAN MARCELINO GOBERNADOR PUEBLO KICHWA NIT 900867609-0

CARLOS OLIVER GREFA YOGE
CCN°1122338799 expedida en San miguel _putumayo
Gobernador dela comunidad indígena San Marcelino

Email: resguardosanmarcelino@gmail.com
Teléfono: 3128847688
Carlos Oliver Grefa Yoge/ GOBERNADOR 2025

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	1122343696
NOMBRES	JHONIER ALEXANDER
APELLIDOS	INSUASTI VARGAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

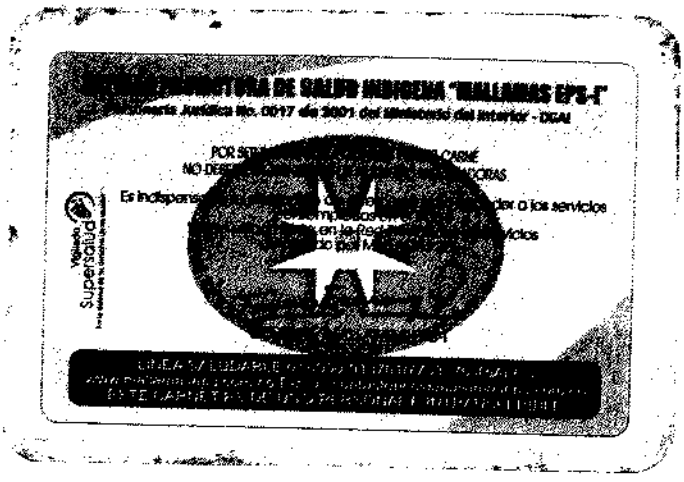
ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	20/04/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/19/2025 18:32:32	**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


WALLAMAS


Vigilado Supersalud

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



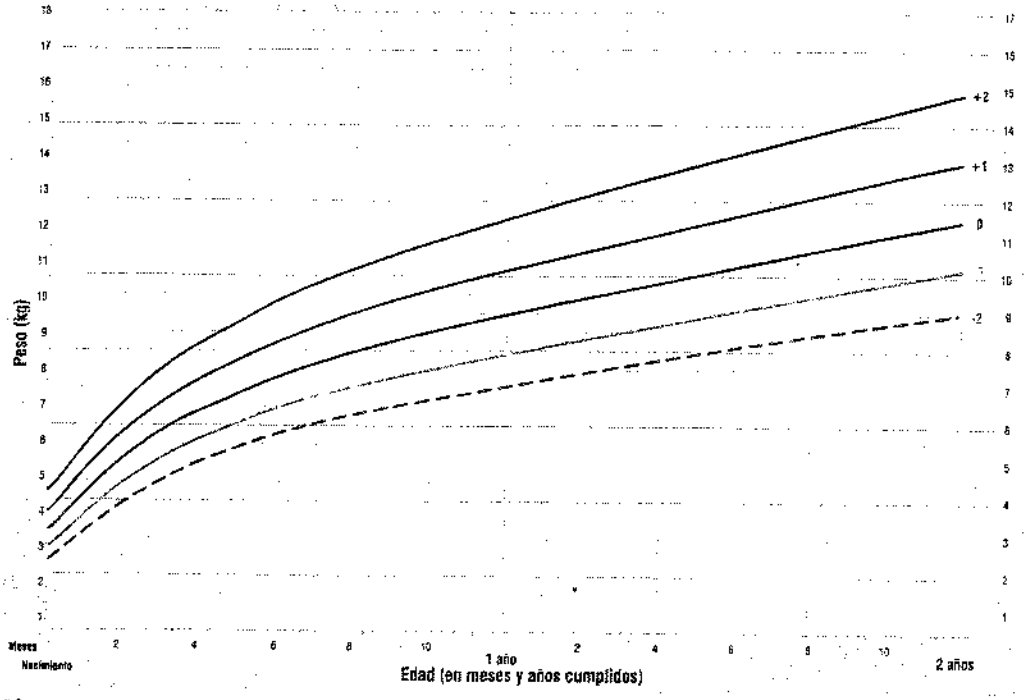
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Jhonier Alexander.	Apellidos: Insuasti Vargas
Fecha de nacimiento: Día 19 | Mes 9 | Año 2008	Historia Clínica: 1.122.302.696.
Barrio/Vereda: Albania	Responsable del niño: Tania Vargas
Teléfono: 3105672369	EPS: Mallamas

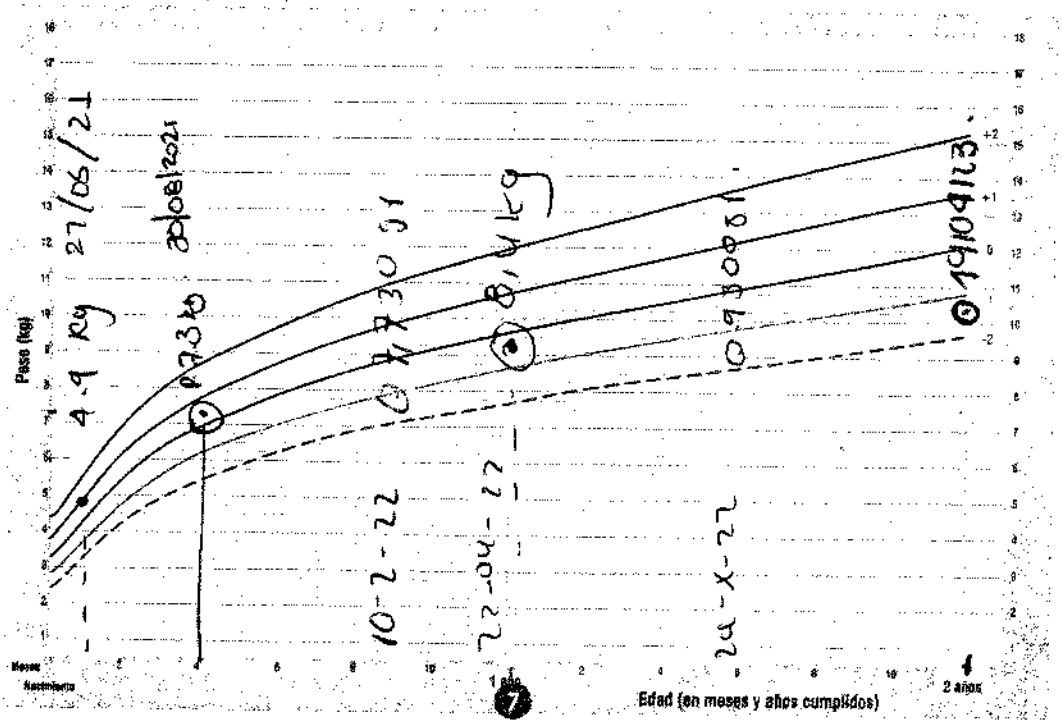
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



N

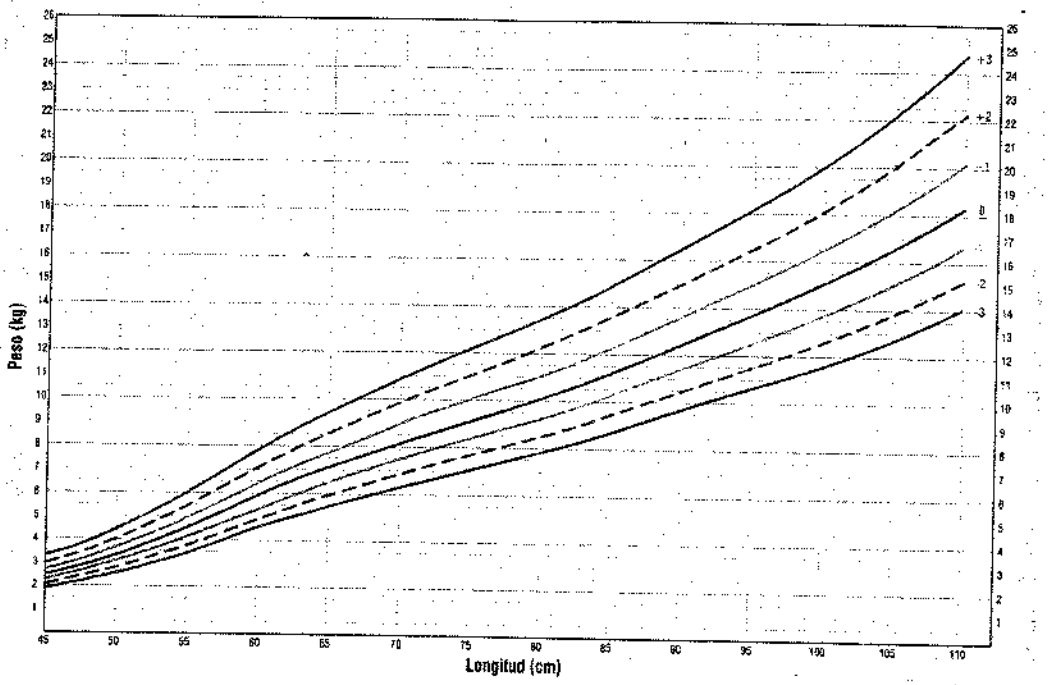


).9
higiene
limpieza
ıs y un

lo. 10
ïas que
ersonas
que
itan

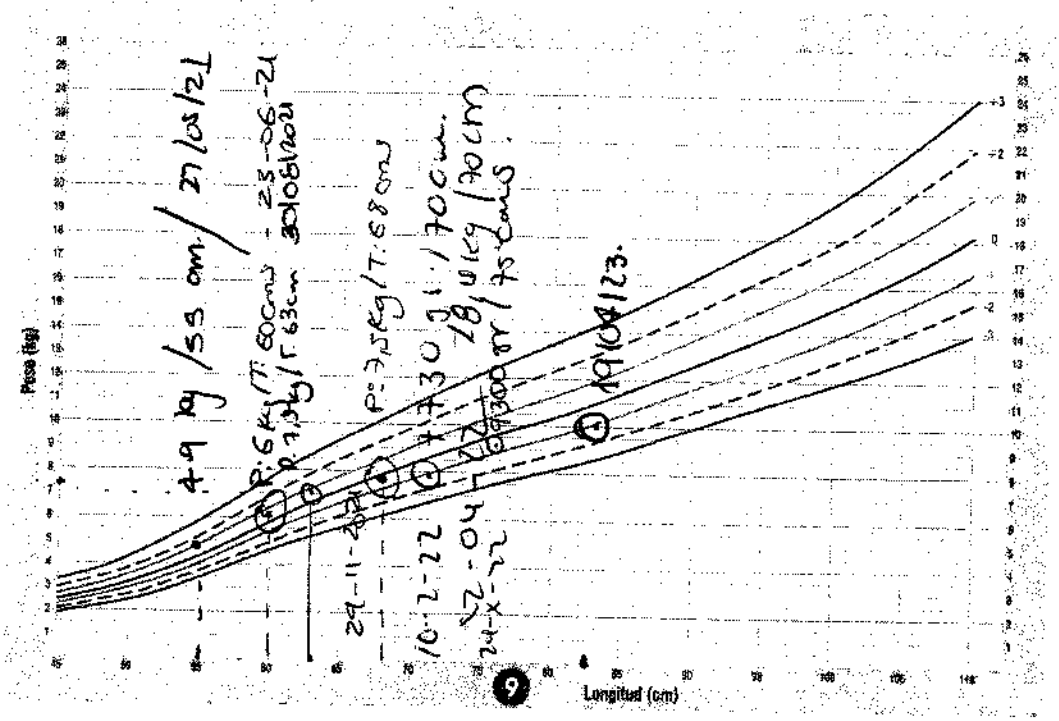
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



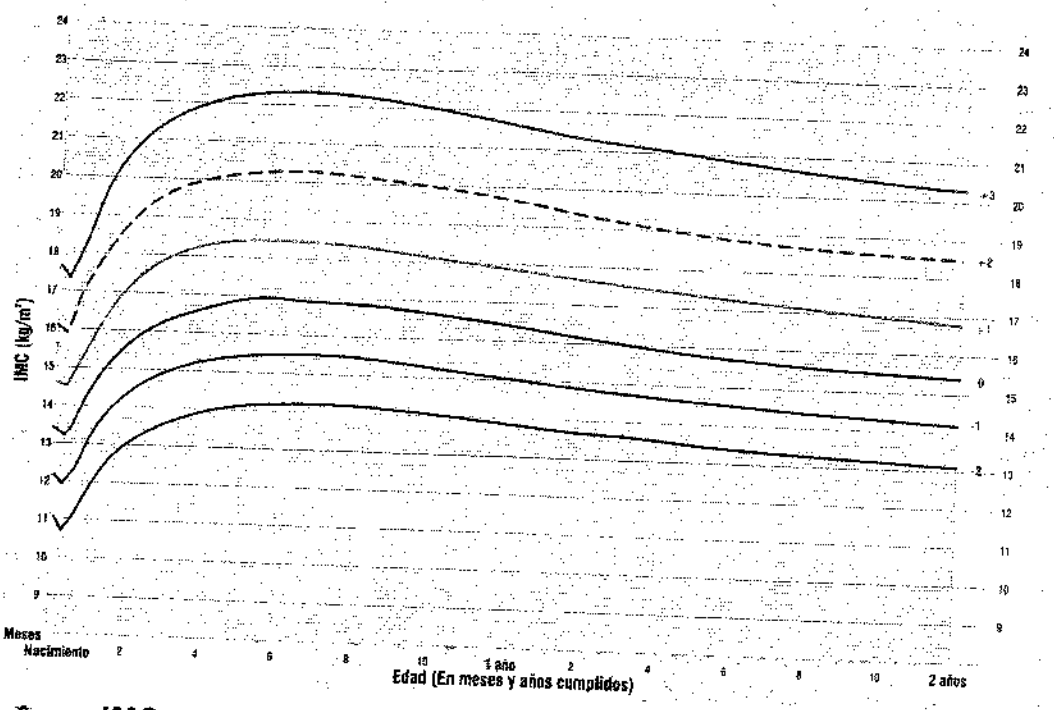
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



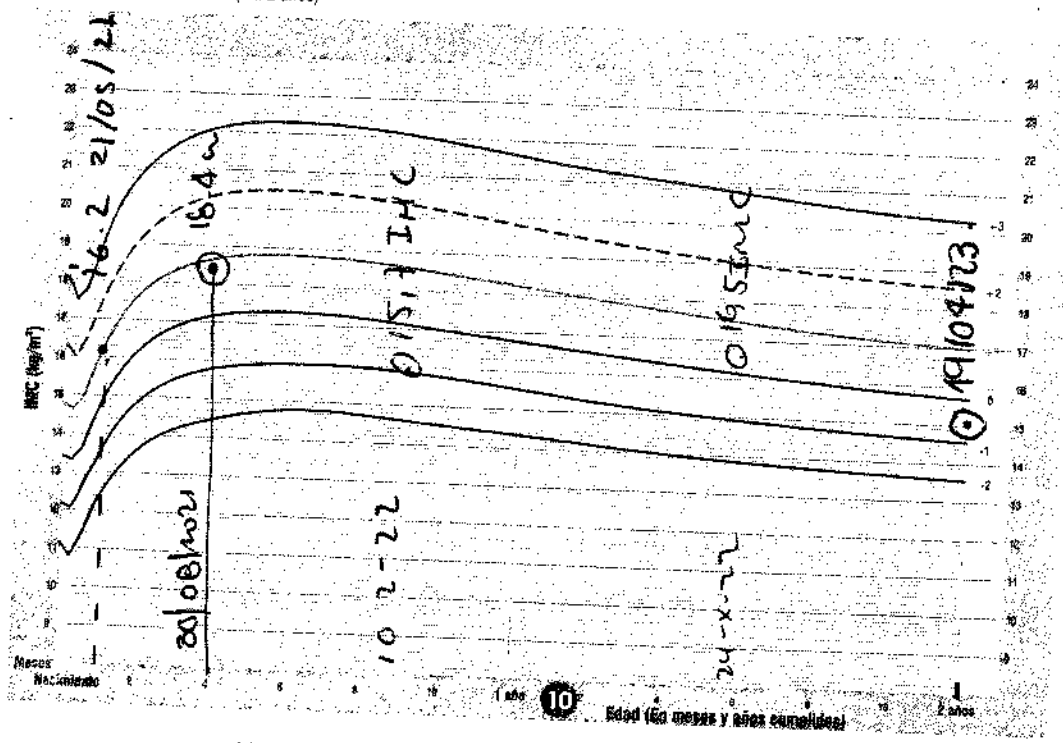
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



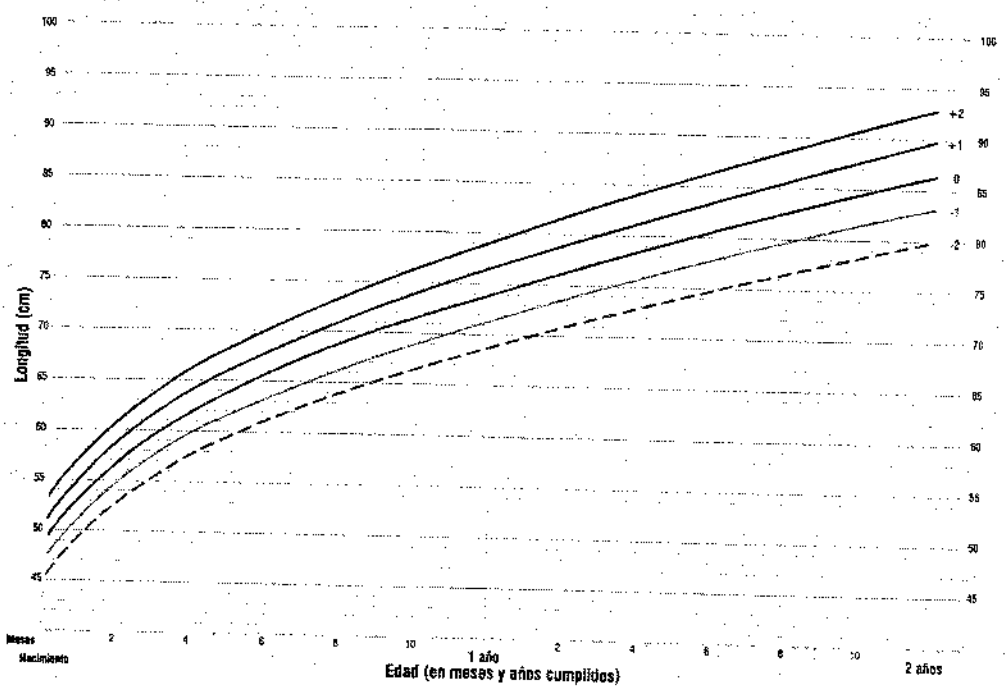
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



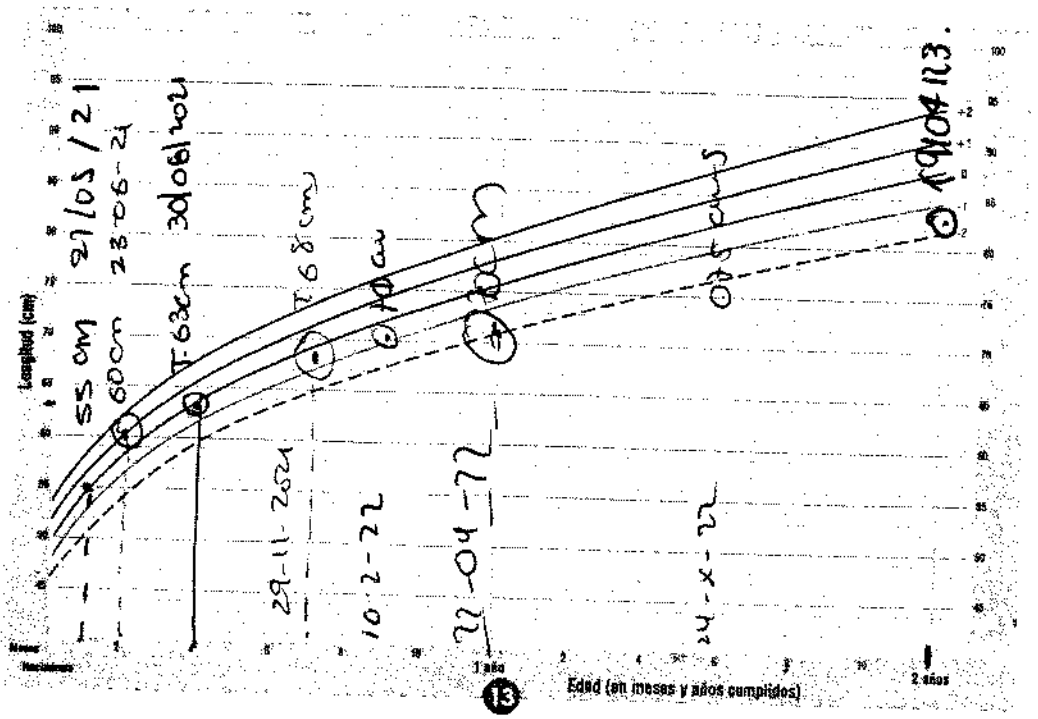
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



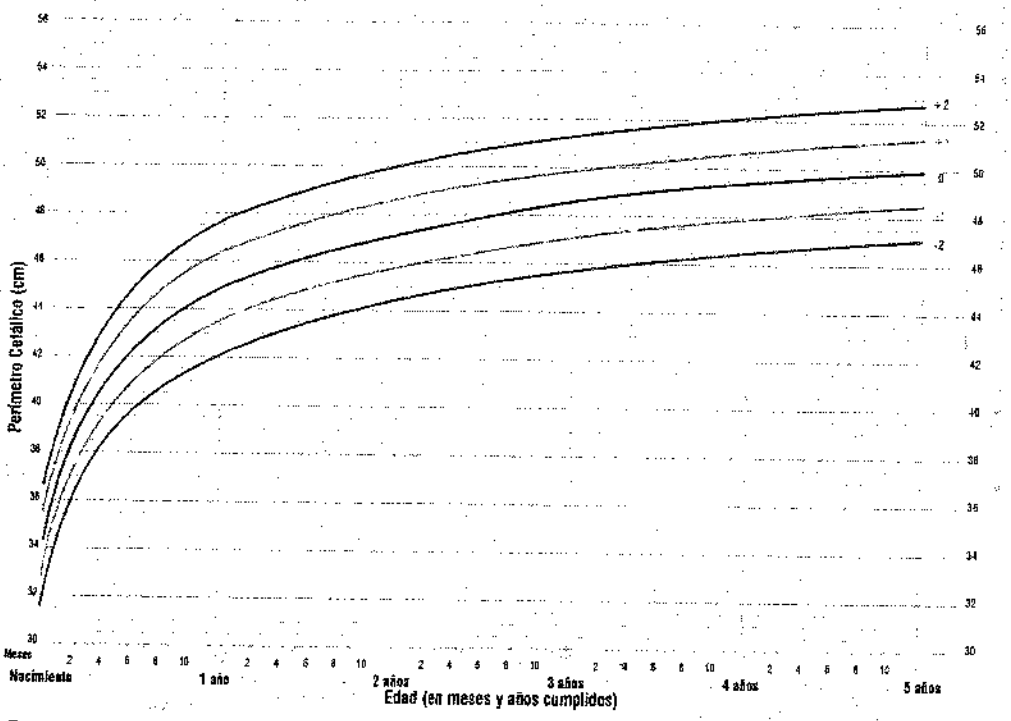
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



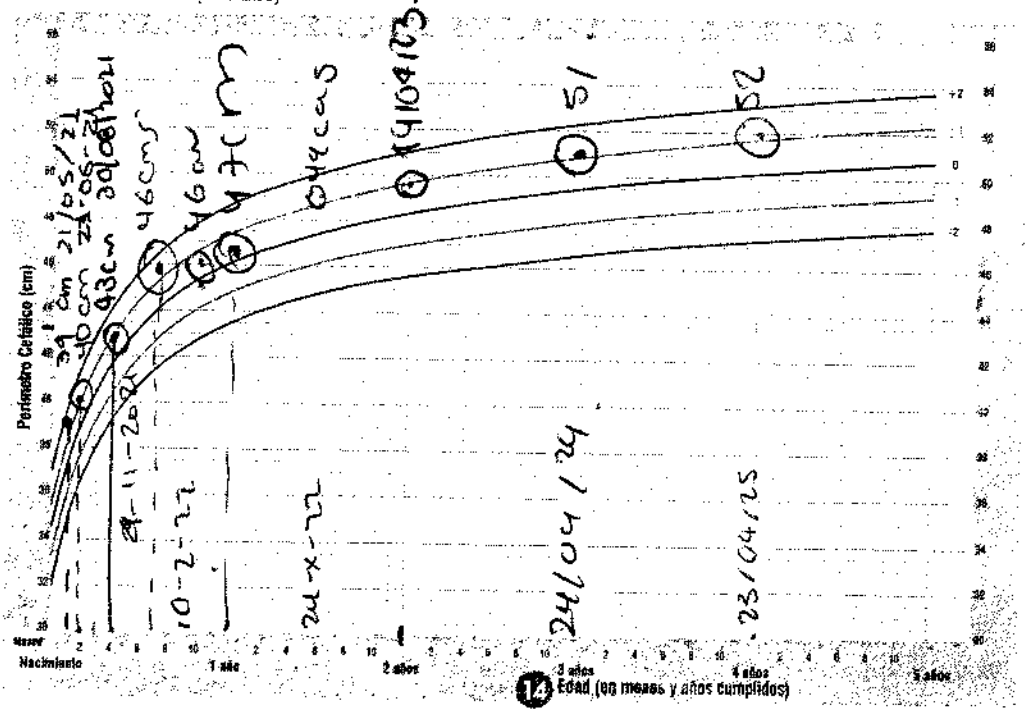
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



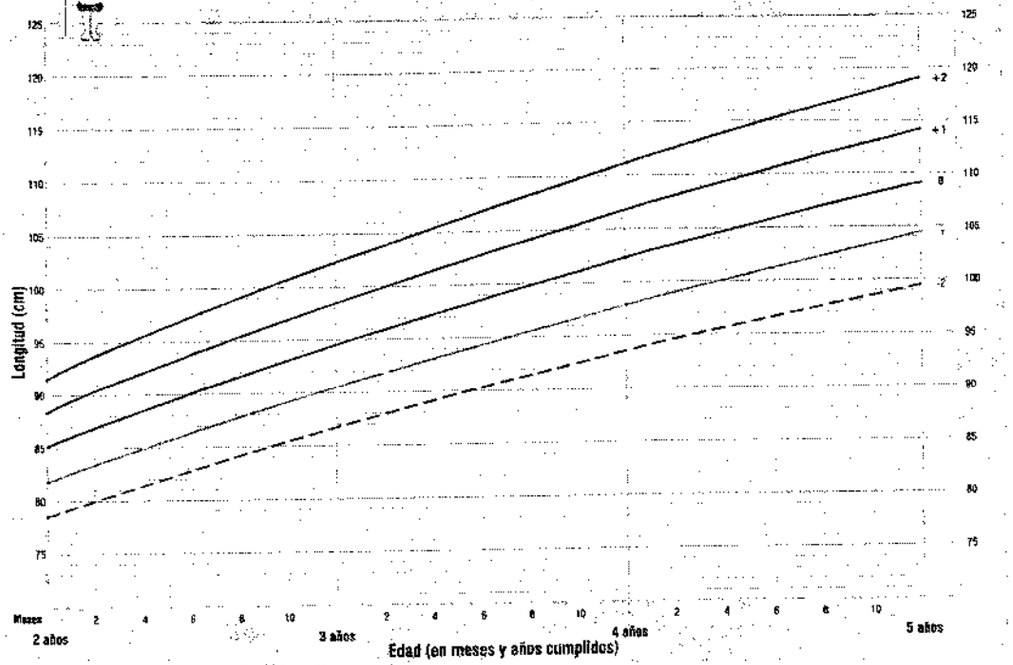
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



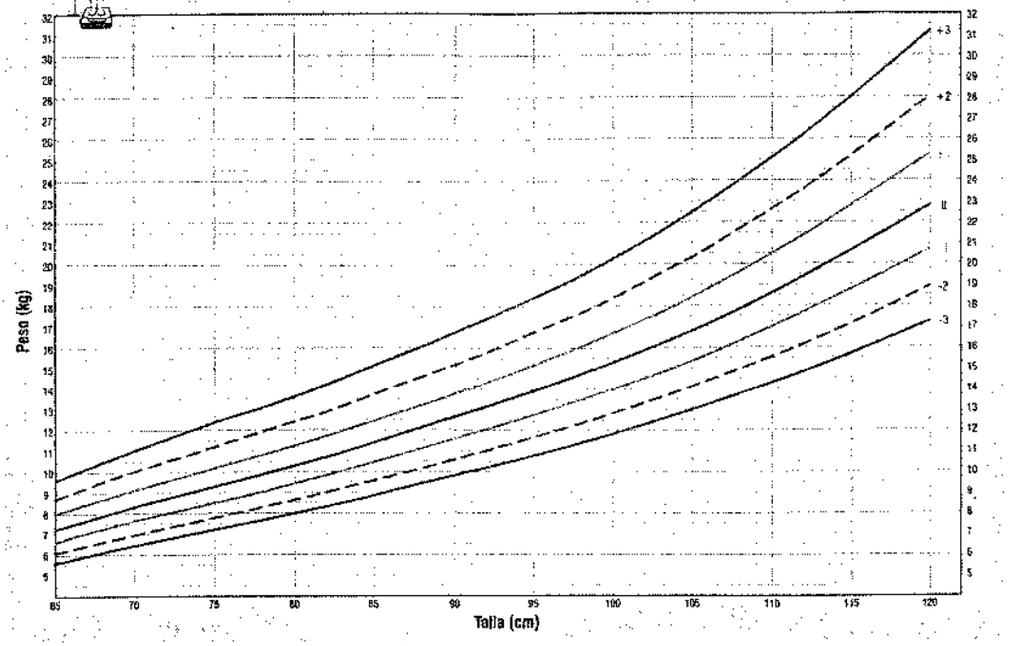
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



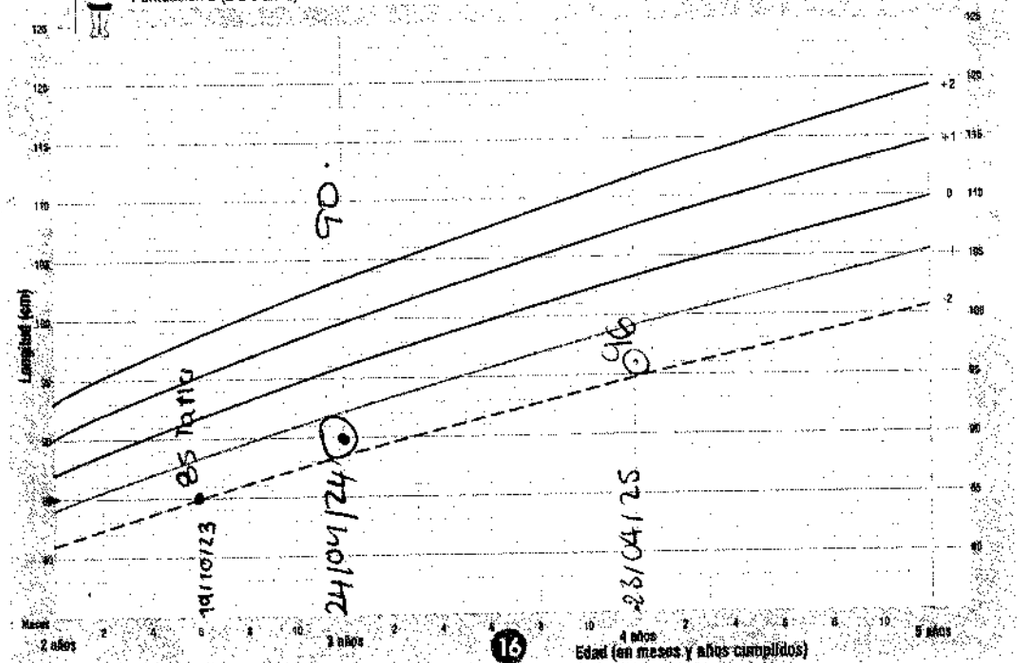
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



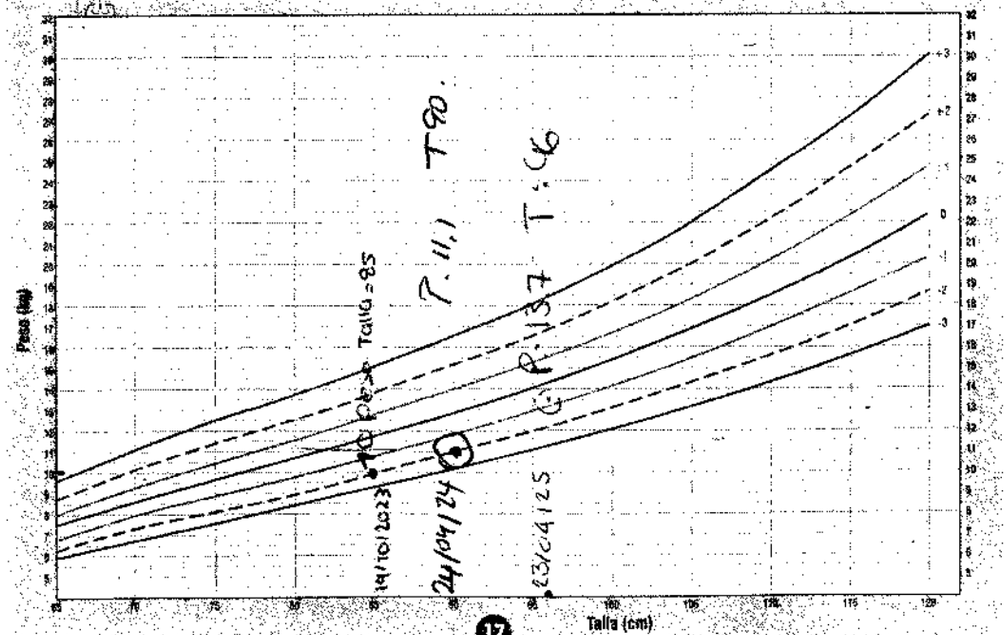
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



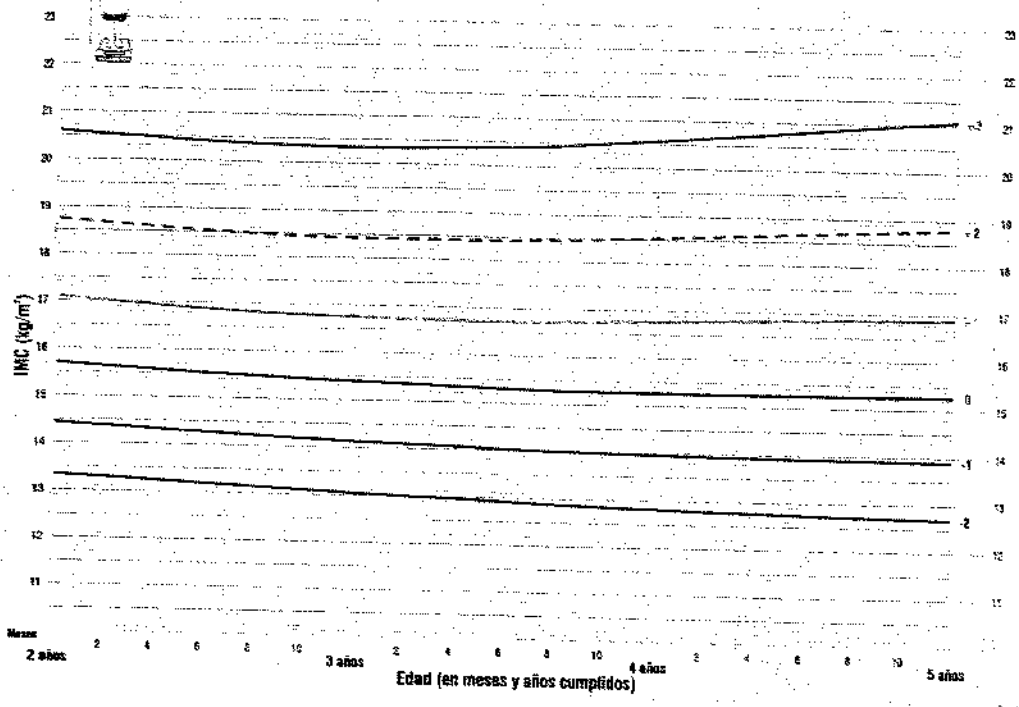






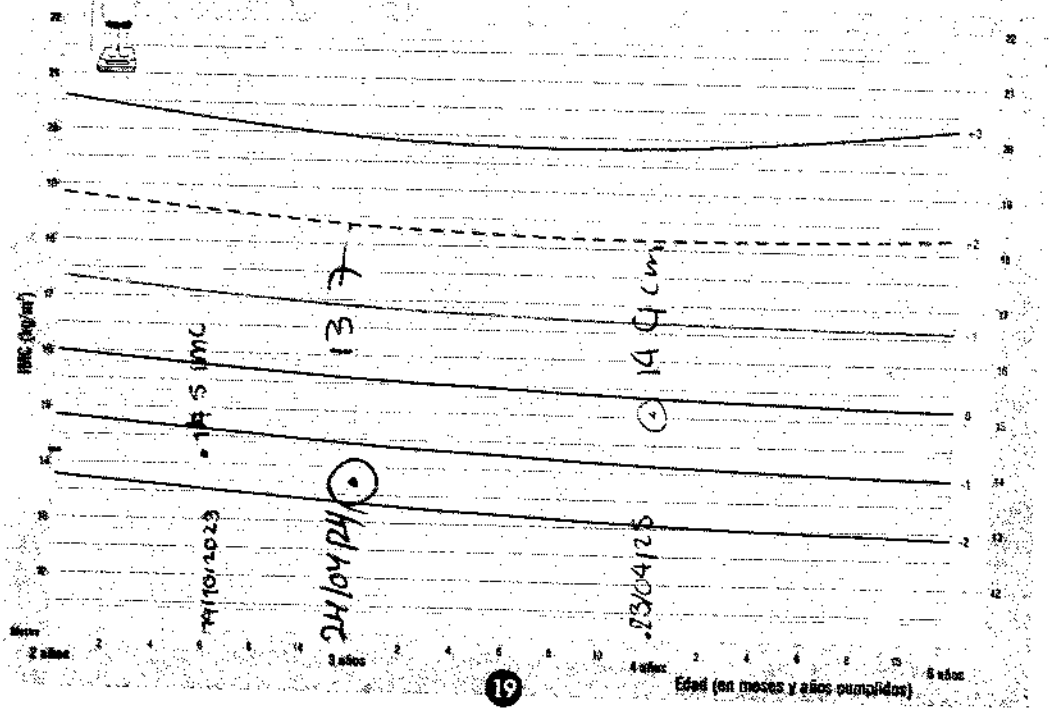
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
27	Mayo	2021	Ingreso	✓	
19	Junio	2021	Enf	Si ✓	
23	Agosto	2021	Medico	SI	
30	Noviembre	2021	Enferm.	Si	
29	Enero	2021	Enferm		
10	Marzo	2022	X ENF		
22	Oc	2022	Medic enfer		
19.	oct	2022.	enfe.		
19	abril	2023	MEDICO.		
19	OCTUB	2023	ENF		
24	04	2024	Medico	Si	
24	05	2024	Med. C. Peso.		
29	04	2025	Enf.	SÍ	P. Lopez
19	04	2026	MÉDICO		

Dra. Magaly Cabrera
Médico General
R.M. 67827388-Universo

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO			
IDENTIFICACION E INSCRIPCIÓN TEMPRANA			
Al momento de nacer	**Fecha:**		
PRIMER CONTROL MEDICO			
Durante el primer mes de vida	**Fecha:**		
SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA			
Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

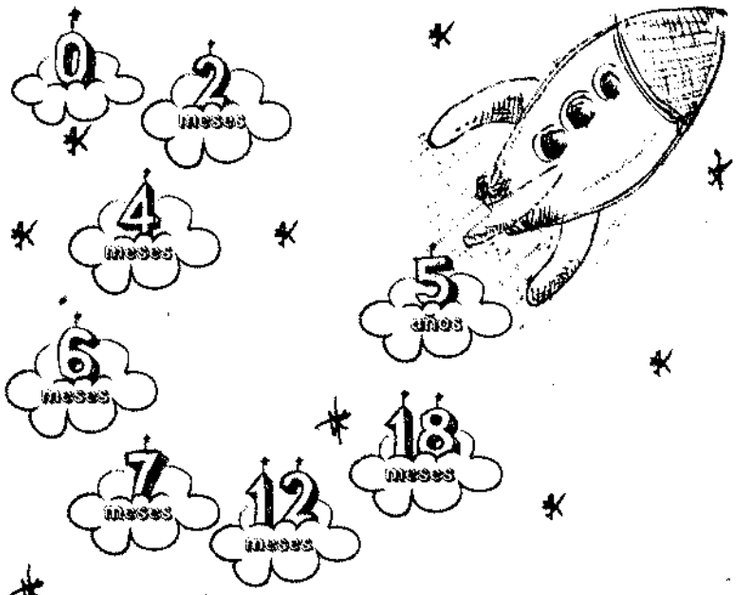
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

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



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI
Porque un niño hoy no puede esperar

de cero a Siempre

16 R/V

MinSalud

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Inswoly Vargas Jhanier Alexander
Fecha de nacimiento: 19 · Abril · 2021
Nº de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: 1122343696
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O +
Peso al nacer: 3.410 · Sem 41
Dirección: V/ Albania
Teléfono: 3205672369
Responsable: Jamis Vargas
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas





PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: Thonier Alexander Insuasty Rosero. Registro Civil: NI223213696

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación (Día Mes Año)	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita (Día Mes Año)	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única	19 Abril 21	Serum I. I	03705008	H. local pto Asis		Cristina C.
	Hepatitis B	Recién nacido	19 Abril 21	Serum I. I	03208008A	H. local pto Asis		Cristina C.
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª	26 junio 2021	Biologicals	2017004	PS Afiliados		
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	26 junio 2021	Biologicals	20507018D	PS Afiliados		
	Rotavirus	1ª	26 junio 2021	GSK	A20IC722AF	PS Afiliados		
	Neumococo	1ª	26 junio 2021	GSK	ASPNB3018A	PS Afiliados		Yolanda Alina Cano Rodriguez
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	30-8-2021	Serum	2017004	HFD		Talya b
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	30-8-2021	Serum	28501018D	HFD		Talya b
	Rotavirus	2ª	30-8-2021	GSK	A20IC722AF	HFD		Talya b
	Neumococo	2ª	30-8-2021	GSK	ASPNB3018A	HFD		Talya b
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	29-10-2021	Seu	2017004	HFD		Ana Legarda
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	29-10-2021	Biolo	28501018A	HFD		Ana Legarda
7 Meses	Influenza	1ª	29-10-2021	Seu	V3C137	HFD		Ana Legarda
	Influenza	2ª	29-11-2021	Serum	V3C137	HFD		Ana Legarda
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	19/04/2022	Serum	0B3ON121G	HFD	CITA: 29-NOV 2021	Paola Casanova
	Fiebre Amarilla	1ª	19/04/2022		211V4C0	HFD		Paola Casanova
	Neumococo	Refuerzo	19/04/2022	GSK	ASPNB3101E	HFD		Paola Casanova
	Influenza	Anual	19-8-22	Green	U10221008	HFD		Sandra M.
18 Meses	Hepatitis A	ÚNICA	19/04/2022	MSD	U019226	HFD	CITA: 19-Abril 2022.	Paola Casanova
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	31-10-22	Serum	2821CCU20	HFD		Sandra M.
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	31-10-22	Biolo	2141014	HFD		Sandra M.
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo					CITA: 29- octubre 2022.	
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo						
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	RF.	19/04/2022	Merck	U021374	HFD		Paola Casanova
	SR	RF.	19-05-22	Serum	0121ON53	HFD		Paola Casanova

Estas vacunas son gratuitas

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

CITA 2 AÑOS cumplidos

17
R/V

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 San Miguel FECHA: DÍA 18 MES 04 AÑO 2025 HORA: 9:00 am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Shonier Alexander APELLIDOS Insuasti Vargas

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [x] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122343696

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 19 MES: 04 AÑO: 2021 / EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE EPS 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 tetanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a si mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducira 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 cientifica 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 Primera dosis [ ] Segunda dosis [ ] dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatia); 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 farmacologica 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 dias postparto, siempre que los posibles beneficios superen los posibles riesgos con base en la evaluación clinica 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.

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: _____

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

Nombres Tania Marcela Apellidos Vargas Pregños

Tipo de Identificación: CC [x] CE ☐ OTRO ☐ Número 1006788850

Firma: Tania Vargas

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: Marcos Alisio Casanova Ruiz

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN 5200513

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): Hospital Fronteriza de Desde.

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Futumayo MUNICIPIO: San Miguel

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

NIT. 846.002.309-9

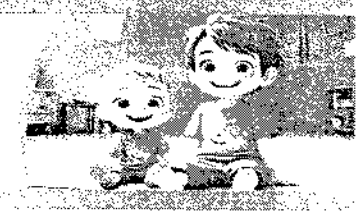
Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: Cra 2 # 1-36 Teléfono Comunitario 4216583 - movil 3104027410

CARNET
RIAS

PRIMERA INFANCIA

Mi prioridad es tu salud



Jhonier Alexander Insuasty Vargas

1123434696 Mallamas

3133725491 Vda Albania

	PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) o AÑOS (A)												
		ACRAS	1M	2-3M	4-5M	6-8M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3A	4A	5A
PROTECCIÓN ESPECIFICA VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN: Control del recién nacido por médico													
	ATENCIÓN: Atención en salud por medicina general													
	ATENCIÓN: Atención en salud por enfermería												23-04-2025	
	ATENCIÓN: Atención en salud por Odontología													
	ATENCIÓN: Promoción y apoyo de la lactancia materna													
	ODONTOLOGÍA: Aplicación de barniz de flúor		CADERA										23-04-2025	
	ODONTOLOGÍA: Profilaxis y remoción de placa		SEGUI ORAL										23-10-2025	
	ODONTOLOGÍA: Aplicación de sellantes (Según Criterio)												23-04-2026	
	V: Vacunación													

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg 22083
Universidad de Caldas

A visual : 20/20

19

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.788.850**

VARGAS PROAÑOS

APELLIDOS

TANIA MARCELA

NOMBRES

Marcela Vargas

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-AGO-2000**

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

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

13-MAR-2019 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6401800-01076560-F-1006788850-20190524 **00655**29119A 1 51871327

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.342.424

INSUASTI

APELLIDOS

CRISTIAN ALEXANDER

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-MAR-1998

LINARES
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

15-MAY-2016 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

P-6401800-00837347-M-1122342424-20160521 0050204007A 1 46164860

Fundación
Alma de Vida
Fortaleciendo cadenas de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Tonia Marcela Vargas Identificado con C.C N° 1006799850 en calidad de: padre o madre (Madre), del niño o niña: Jhonier Alexander Insuasti Vargas Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Grandes exploradores, 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 16 Días del mes de Abril del Año 2025.

Tonia Marcela Vargas
Madre o Acudiente
C.C 1006799850

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 Yhonier Alexander Ingwasti Vargas, identificado (a) con documento de identidad número 1122343696, 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	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Tania Marcela Vargas Proaños, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006798850, 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	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

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, asi 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 CIC.

Suscriben:

Firma: Tania Vargos
Nombre: Tania Marcela Vargos
Calidad - Titular: Madre Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3133725941
Fecha: 16/04/2025
Municipio: San Miguel Ptyo.

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel - la Dorada

Nombre completo de la niña o niño Jhonier Alexander Insuasti Vargas

Fecha de nacimiento 19 04 2021 **N° Documento de Identidad** 1122343696

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 16 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Willian Marin O.

Fecha de registro cualitativo 17 07 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

El niño Jhonier Alexander se encuentra en un perfil de desarrollo esperado, adquiriendo los ítems de las dimensiones de acuerdo 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 Willian Marín D.

Fecha de registro cualitativo 20 10 2025

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

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

Observaciones generales

El niño Jhonier Alexander se encuentra en un perfil de desarrollo esperado teniendo encuenta que realiza diferentes acciones dentro de su rango de edad, le gusta relacionarse con los demas, la independencia su autonomia, se continuara implementando su proyecto de desarrollo infantil

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

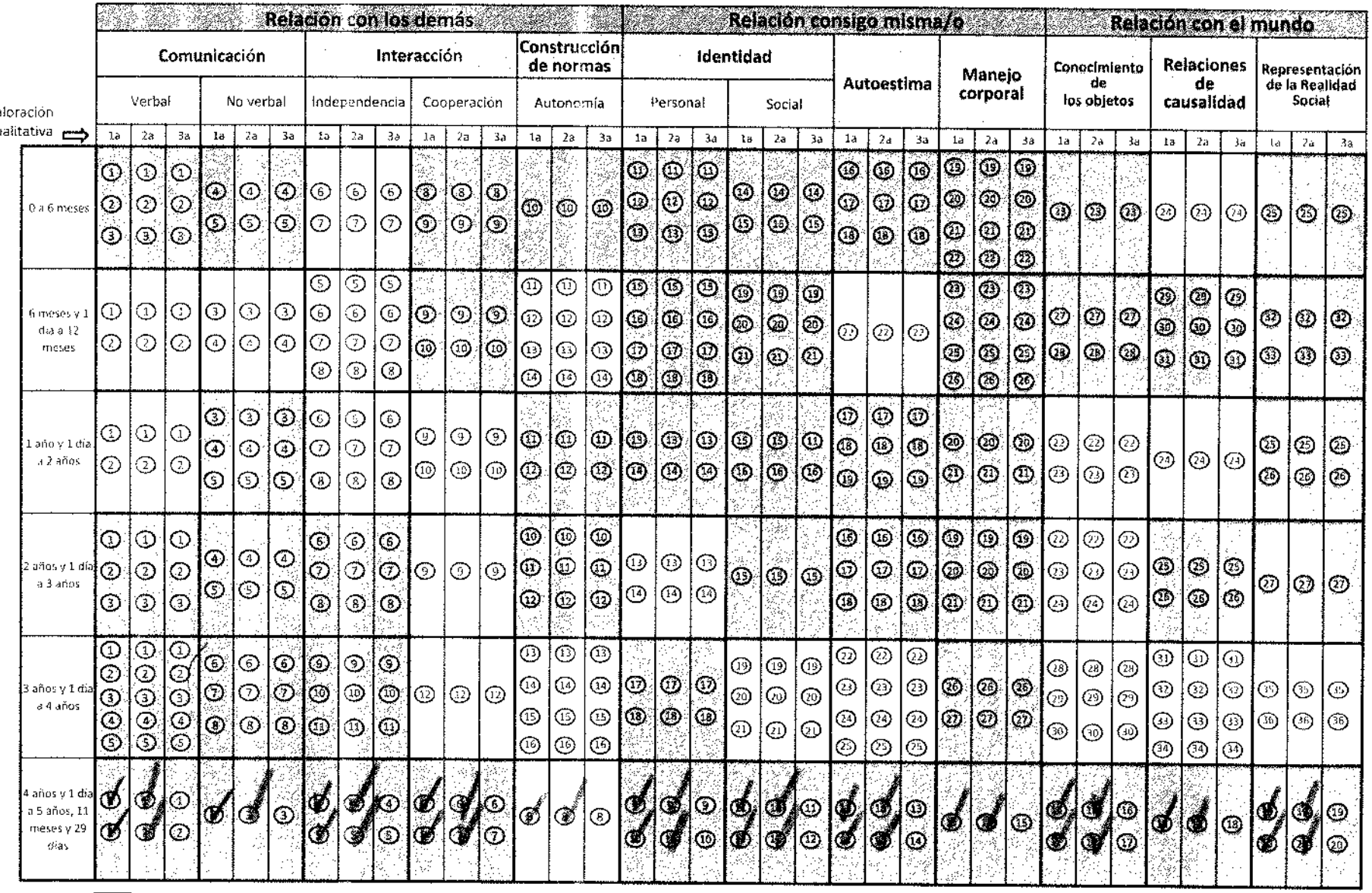
Fecha de resgistro cualitativo

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

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Wellan Marin Orobioez NOMBRE UCA: Grandes Exploradores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Jhonier Alexander Tascon IDENTIFICACIO: 1122543696 FECHA DE NACIMIENTO: 19/04/2021

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					
23/07/21	X			5:00	La madre del participante solicita permiso via telefonica manifestando que no puede asistir al encuentro comunitario, se le presentó una situación domestica.	Via whatsapp		Se le recuerda envia un permiso por escrito.		La madre se compromete asistir en el proximo encuentro y cumplir con las actividades programadas.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

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

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

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