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,

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

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

UDS: Pequeños Exploradores **MUNICIPIO:** San miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Albaro Aldair Queta Lucitante

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1.139.964.312

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 17-04-2023 **EDAD:** 1, 11 meses **MUNICIPIO:** San miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** Colombia **DIRECCION DE RESIDENCIA:** Campo Alegre **ESTRATO:** 1 **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: ____ NO: X

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

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

EPS DEL PARTICIPANTE: 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: ____

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: COFAN

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alex Fernando Queta Criollo

No. IDENTIFICACION: 18.182.191 **DIRECCION RESIDENCIA:** Campo Alegre

CELULAR: 3223178914 **E.P.S:** Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Oficios varios

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maria Nardi Lucitante Criollo

No. IDENTIFICACION: 1.122.336.391 **DIRECCION RESIDENCIA:** Campo Alegre

CELULAR: 3223178914 **E.P.S:** Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Maria Nardi Lucitante C.

NUMERO IDENTIFICACION: 1.122336.391 **CELULAR:** 3223178914

DIRECCION: R/ Campo Alegre **PARENTESCO:** Madre

Maria Lucitante

Zuleidy Cerezo

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

30948783-6

63865

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63865399

NUIP 1139964312

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de [ ] **Código** D Q X

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

COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN MIGUEL (LA DORADA) SAN MIGUEL H.FONTERIZO LA DORADA

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
QUETA	LUCITANTE

Nombre(s)

ALBARO ALDAIR

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes ABR Día 17	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	23045610427326

Datos de 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

LUCITANTE CRIOLLO MARIA NARDI

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1122336391	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos

QUETA CRIOLLO ALEX FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 18182191	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

QUETA CRIOLLO ALEX FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 18182191	

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 ABR Día 17	ROY EDISON CALLE QUIRAMA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	ROY EDISON CALLE QUIRAMA Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 21:17/04/2023

EL SUSCRITO GOBERNADOR DEL RESGUARDO CAMPO ALEGRE DEL AFILADOR EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES CONSTITUCIONALES Y EN ESPECIAL LOS CONFERIDOS EN LA LEY 89 DE 1890 Y LEY 21 DE 1991

CONSTANCIA:

El resguardo campo alegre del afilador hace costar que el niño **ALBARO ALDAIR QUETA LUCITANTE** Identificada con RC, No **1139964312** expedida **San miguel (La Dorada)** Se encuentra registrada en el censo de la comunidad, bajo las normas que se rigen dentro del resguardo del pueblo cofán, por lo tanto, la autoridad tradicional y la autoridad política le otorga la constancia así despeja cualquier inquietud que se vaya realizar.

El presente documento, se firma al primero [1 AGOSTO] días del mes de agosto del 2025

YADIRA VILLOTA LUCITANTE
GOBERNADORA
Resguardo Campo Alegre – Afilador
Municipio de San Miguel
Comunidad Pueblo Cofán

Proyecto:Yamile lucitante criollo
Secretaria Resguardo Campo Alegre – Afilador
Municipio de San Miguel

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	1139964312
NOMBRES	ALBARO ALDAIR
APELLIDOS	QUETA LUCITANTE
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	17/04/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/19/2025 21:29:49	**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

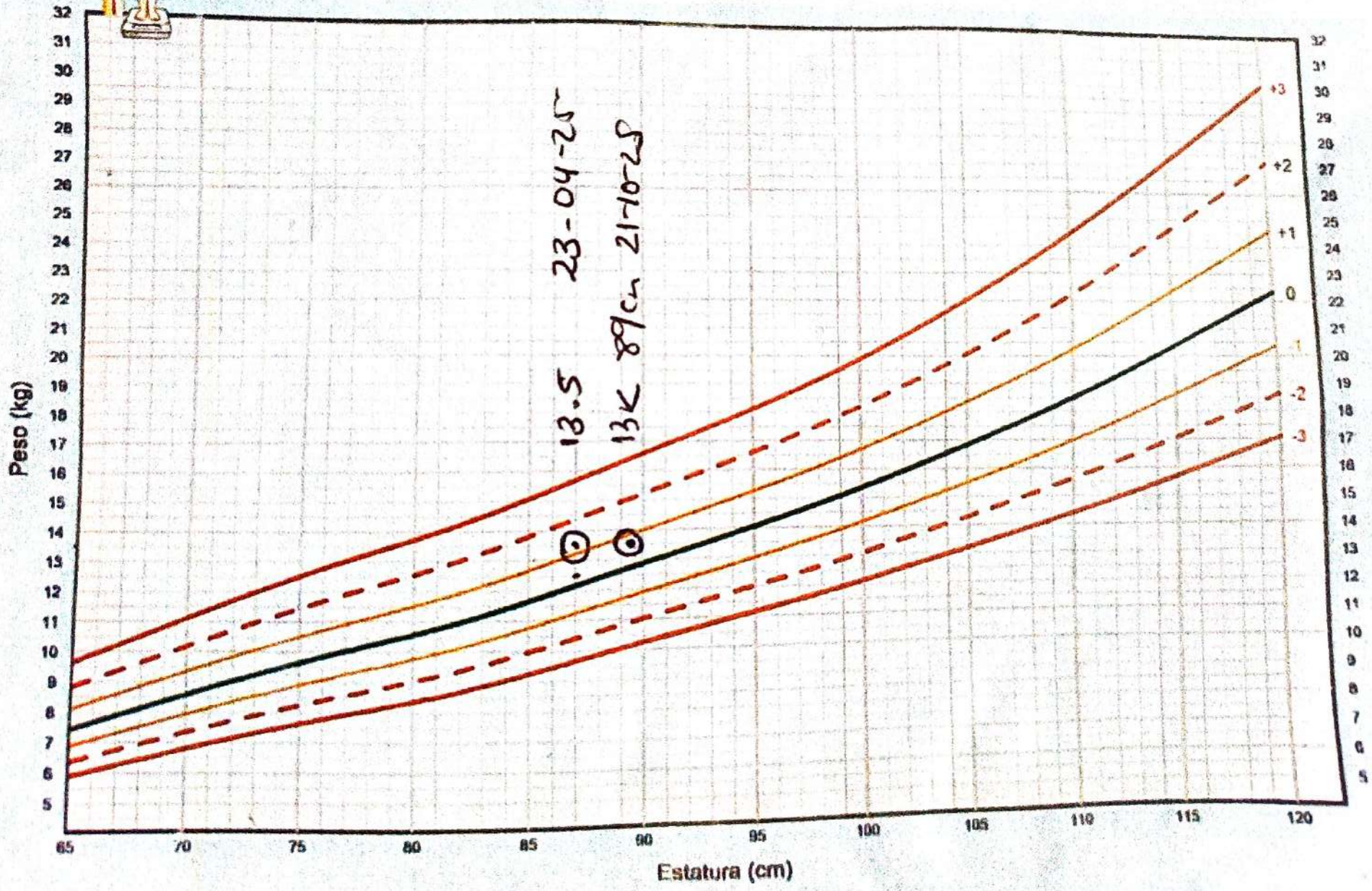
MIS DATOS

Nombres: Albaro Aldair.	Apellidos: Queta Lucitante.
Fecha de nacimiento: 17 | 04 | 2023 (DIA | MES | AÑO)	Historia Clínica: 1139964312
Barrio/Vereda: Campo Alegre.	Responsable del niño: Maria Lucitante.
Teléfono:	EPS: 115

Peso para la Talla Niños

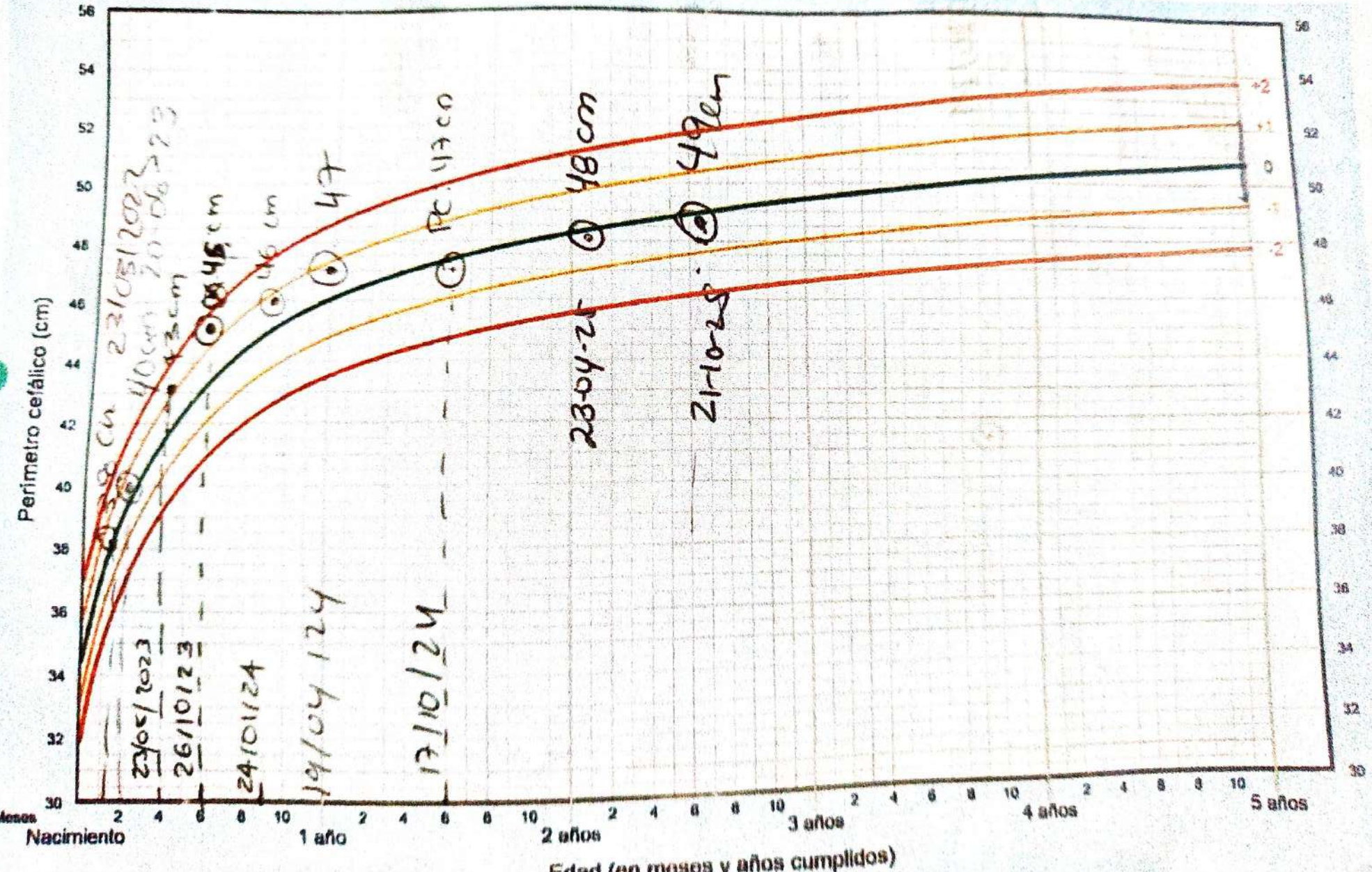
Puntuación Z (2 a 5 años)





Perímetro Cefálico Niños

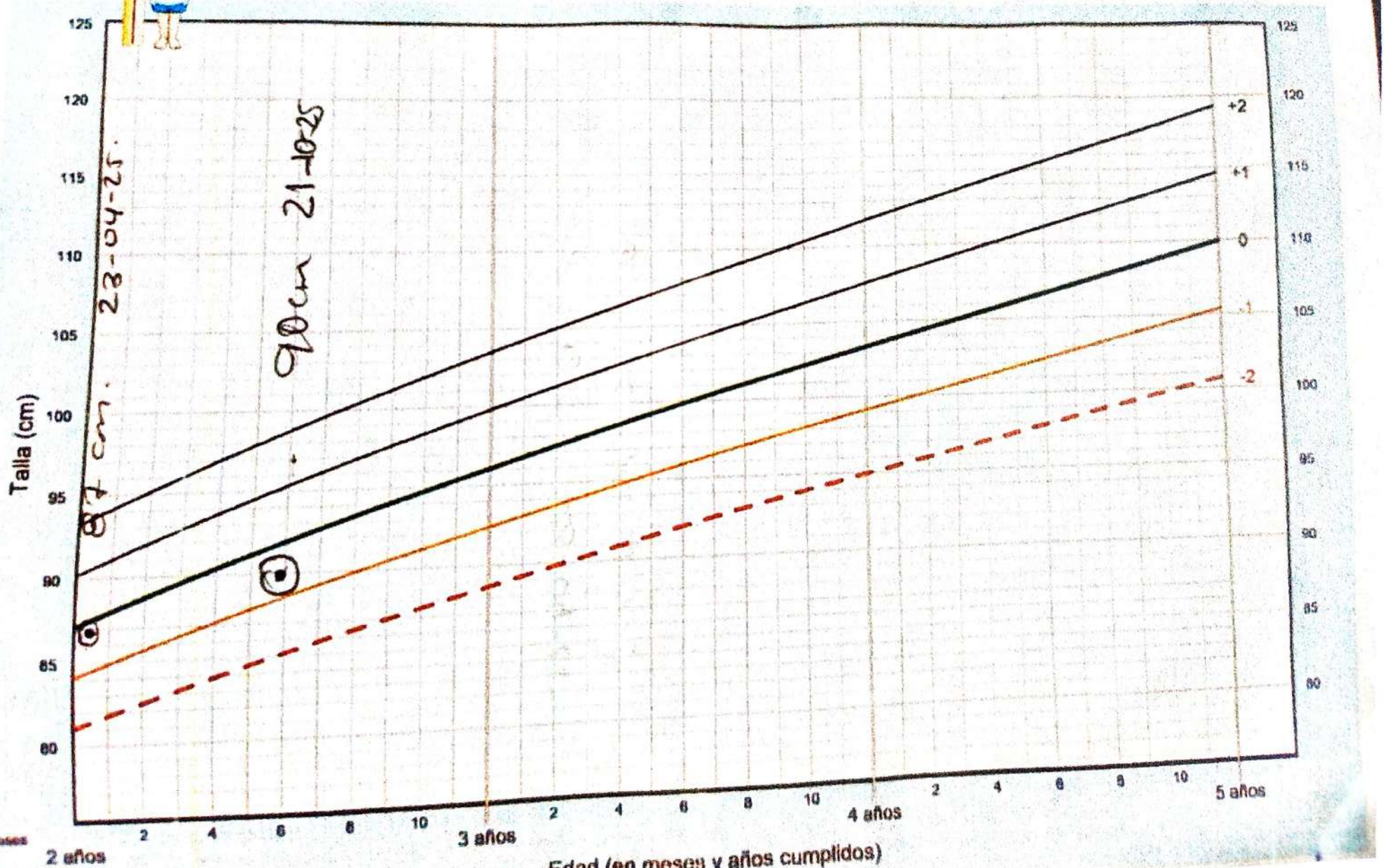
Puntuación Z (0 a 5 años)





Talla para la Edad Niños

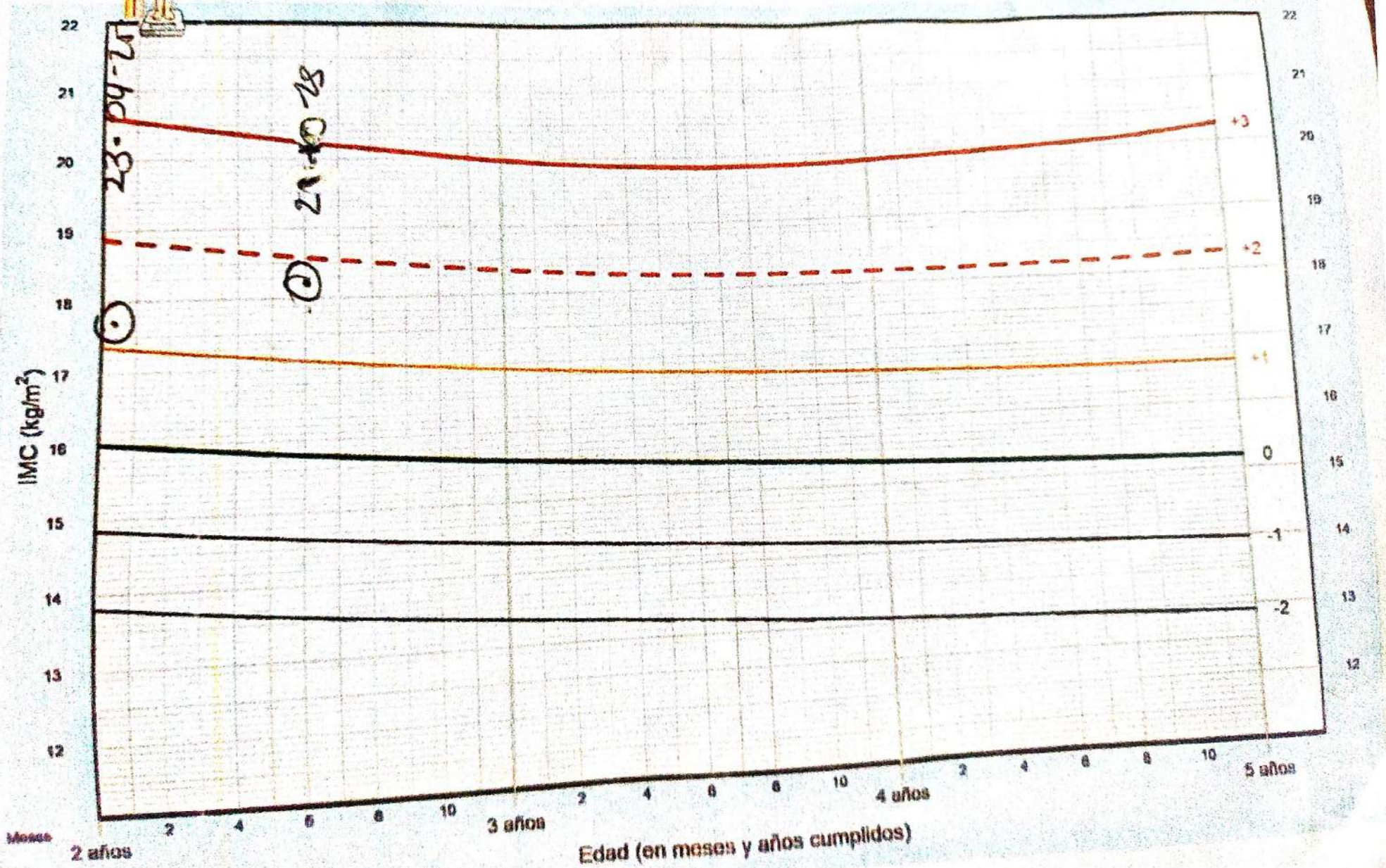
Puntuación Z (2 a 5años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)





Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
23/05/2023	5	56.	38	13		17/05/2023	
20-06-23	6.7 kg	59	40	14		20-08-23	
23-06-23	8.5	66	43	17		28-10-23	
26/10/23	9.2	69	45	16		17-01-24	
24/01/24	9	71	46	15		17-04-24	Dra. Magaly Cabrera Médico General
19/04/24	9.4	73	47	15	15	17/10/24	
17/10/24	11	78	49	14	18.1	17/4/25	
23-04-2025	13.5	87	49	16	17.8	17/10/2025	
21-10-2025	13	89	50	16	18	17/04/2026	

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
17	05	2023	Medico		
20	06	2023	ENF	Si	
28	08	2023	Medico	Si	
29	10	2023	Enfa	Si ✓	
16	01	2024	Enf.	Si	
17	04	2024	Med.	Si ✓	
18	Oct.	2024	Enf.	Si ✓	
17	04	2025	Medico	Si	
17	10	2025	Enfermera	Si ✓	
17	04	2025	Medico		

Dra. Magaly Cabrera
Medico General
R.M 6246-189 Univalle

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO

Resultado Tamizaje Neonatal			
	TSH neonatal	Normal	Alterado
	Auditivo OEA/PEAA	Normal	Alterado
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal	Alterado
	Visual	Normal	Alterado

ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA

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

1ª entrega			
2ª entrega			
3ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1ª entrega			
2ª entrega			
3ª entrega			
4ª entrega			
5ª entrega			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

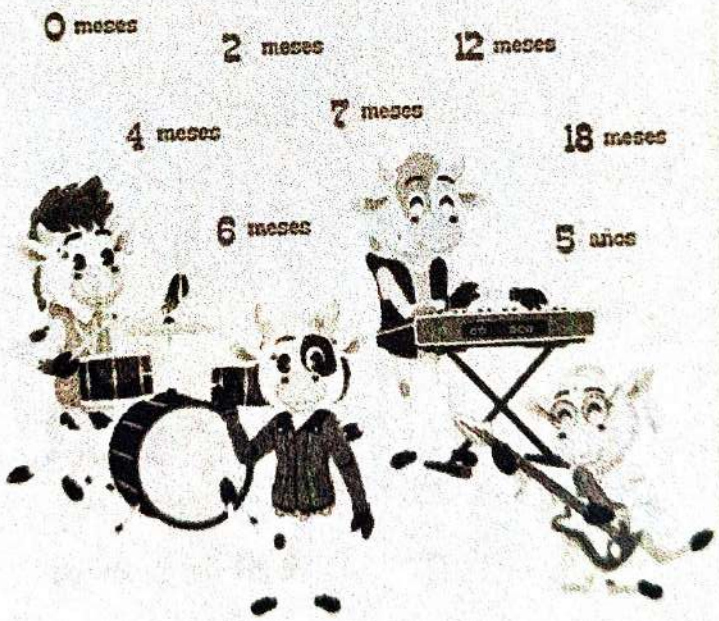
3 años			
4 años			
5 años			

*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

Nombres y Apellidos: Alberto Abdiel Duque L.
Fecha de nacimiento: 17 Abril 2023.
Nº de certificado de nacido vivo: 23056104229326
Registro civil: 1139764812.
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O+.
Peso al nacer: 3650 Talla: 50
Dirección: Campo Alegre
Teléfono 1:
Teléfono 2:
Responsable: Maria Nardy
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo
CC: 1122336391

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: Alvaro Abril Cortes

Tipo identificación: T C

No. ID: 1135964312

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
Recién nacido	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	17	04	23	Serum	0 3 1 1 M A 0 3 1	Nilo	—			
	Hepatitis B	Recién nacido	17	04	23	Sinh	0 3 L 1 Q [illegible] 6	[illegible]	1771	junio	23	Edward [illegible]
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	20	junio	23	Biologicals	Lactancia materna exclusiva Si No 2 2 0 6 0 1 2	PS Afiliado				Edward [illegible]
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	20	junio	23	Serum	2 8 5 1 4 0 2 2	PS Afiliado				
	Hepatitis B	1ª	20	junio	23	Serum	2 8 5 1 4 0 2 2	PS Afiliado				
	Difteria, tosferina y tetano (DPT)	1ª	20	junio	23	Serum	2 8 5 1 4 0 2 2	PS Afiliado				
	Diarrea por rotavirus	1ª	20	junio	23	G S K	A 1 0 1 D Q 8 5 8	PS Afiliado				
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1ª	20	junio	23	G S K.	E X 8 5 8	PS Afiliado				
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª	20	Agosto	23	Biologicals	Lactancia materna exclusiva Si No 2 2 0 6 0 1 2	PS Afiliado				
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	23	Agosto	23	Serum	2 8 5 1 X 0 4 0 C	PS Afiliado				
	Hepatitis B	2ª	23	Agosto	23	Serum	2 8 5 1 X 0 4 0 C	PS Afiliado				
	Difteria, tosferina y tetano (DPT)	2ª	23	Agosto	23	Serum	2 8 5 1 X 0 4 0 C	PS Afiliado				
	Diarrea por rotavirus	2ª	23	Agosto	23	G S K	A 1 0 1 D Q 3 A A	PS Afiliado				
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2ª	23	Agosto	23	G S K.	A X C 5 8	PS Afiliado				
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª	26	oct	23	Biologicals	Lactancia materna exclusiva Si No 2 2 0 6 0 1 2	PS Afiliado				
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	26	oct	23	Serum	2 8 5 1 X 0 4 0 C	PS Afiliado				
	Hepatitis B	3ª	26	oct	23	Serum	2 8 5 1 X 0 4 0 C	PS Afiliado				
	Difteria, tosferina y tetano (DPT)	3ª	26	oct	23	Serum	2 8 5 1 X 0 4 0 C	PS Afiliado				
	Influenza estacional	1ª	22	Mayo	24	Butantan	2 4 0 0 9 7 9 / 0 0	PS Afiliado				
7 meses	Influenza estacional	2ª	3	julio	24	Butantan	2 4 0 0 9 7 9 / 0 0	PS Afiliado				
12 meses	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	1ª	19	Abril	24	Serum	0 1 3 7 X N 0 4 8 B	PS Afiliado				
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	19	Abril	24	GSK	F 4 9 9 2 5	PS Afiliado				
	Varicela	2ª	19	Abril	24	400637	X 6 0 6 5 3 7	PS Afiliado				
	Hepatitis A	Única	19	Abril	24	W027736	W 0 2 7 3 3 6	PS Afiliado				
	Influenza estacional	Anual	21-	10	25	Sequoias	P 1 0 8 3 9 2 7 9 4	HELO PS Afiliado				
18 meses	Poliomielitis (VIP ___ VOPb ___)	1º refuerzo	5	Noviembre	24	Biologicals	2 2 3 4 2 0 7	PS Afiliado				
	Difteria, tosferina y tetano (DPT)	1º refuerzo	5	noviembre	24	Serum	2 5 5 2 4 0 1 3 B	PS Afiliado				
	Fiebre amarilla	Única	19	Abril	24	W 3 E 22	W 3 E 2 2	PS Afiliado				
5 años	Poliomielitis (VIP ___ VOPb ___)	2º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tetano (DPT)	2º refuerzo										
	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	2ª	5	Noviembre	24	Serum	0 1 3 2 N 0 7 4 A	PS Afiliado				
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª										
		2ª										
		3ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

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.

Alvaro Abril Cortes
Enf. Jefe, Enfermero
C.C. 1135964312

15
RIV

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
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 San Miguel FECHA: DÍA 15 MES 04 AÑO 2025 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Albaro Aldair APELLIDOS Queta Lucitante

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.139.964.372

FECHA DE NACIMIENTO DIA: 17 MES: 04 AÑO: 2023 / EDAD: 2 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)

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] ó dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

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:** _____ que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Maria Nardy Lucitante

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

Nombres Maria Nardy Apellidos Lucitante

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.722.336.399

Firma: Maria Nardy Lucitante

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	
Huella dactilar o plantar del Rogante	C.C. N°	C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador:

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS):

DEPARTAMENTO/DISTRITO: MUNICIPIO:

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
18182191

APELLIDOS
QUETA CRIOLLO

NOMBRES
ALEX FERNANDO

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **27-JUL-1980**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-AGO-2000 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

P-6401800-70090032-M-0018182191-20010421 **12436**.01081A 02 094165422

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.122.336.391
LUCITANTE CRIOLLO

APELLIDOS
MARIA NARDI

NOMBRES

Maria Nardi Lucitante

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-DIC-1985
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

06-MAY-2004 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-6401800-01298372-F-1122336391-20220515 0079399270G 3 48965180

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: Alboro aldair Queta bastante

Doc. de identidad: 1139969312. EPS: Mallomas

Teléfono: Domicilio: Campo alegre

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) O AÑOS (A)												
			0 DÍAS	1 M	2 M	4 M	6 M	9 A 11 M	1 A 7 A	8 A 39 A	40 A 49 A	50 A 59 A	60 A 69 A	70 A 79 A	80 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recien nacido por médico													
		Atencion en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud bucal por odontología					26 oct 2024								
		Promocion y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicacion de barniz de fluor													
		Profilaxis y remocion de placa bacteriana													
		Aplicacion de sellantes (según criterio)													
	V	Vacunación													

Dra. Brenda Villamarín
Odontología
Reg 52-3941

Profilaxis y aplicación de sellantes 24-NOV-24 24-NOV-25

A 23 dientes

RC: Al cumplir el año

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo María Nardy Lucitante Criollo Identificado con C.C N° 1122336391 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Albaro Aldair Queta o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Pequeños 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 15 Días del mes de Abril del Año 2025.

María Nardi Locitante
Madre o Acudiente
C.C 1122336391

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 Albaro Aldair Queta Lucitante, identificado (a) con documento de identidad número 1.139.964.312 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, Maria Nardy Lucitante, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.336.391 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, 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 alma de vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa E.I.C.

Suscriben:

Firma: Maria Nardi Lucitante
Nombre: Maria Nardi Lucitante criollo
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3202847743
Fecha: 15 abril 2025
Municipio: San Miguel Putumayo

CLASIFICADA

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Daliana Maricelo Morales Mora NOMBRE UCA: pequeños exploradores.

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Albaro aldair queta. IDENTIFICACIO: 1130964312. FECHA DE NACIMIENTO: 17-04-2023

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					

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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					

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad La dorada san Miguel

Nombre completo de la niña o niño Albaro Aldair Queta Lucitante

Fecha de nacimiento Día 17 Mes 04 Año 2023 **N° Documento de Identidad** 1139964372

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Daliana Maricela Morales Mora

Fecha de registro cualitativo Día 17 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 presenta un desarrollo integral equilibrado, destacandose especialmente en el lenguaje y la motricidad fina es un niño activo, participativo y comunicativo se sugiere. continuar estimulando para que asi su desarrollo siga siendo mejor con ayuda de juegos

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Daliana Maricela Morales Mora.

Fecha de registro cualitativo Día 20 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
inicia una conversación sobre una citación vivida o imaginada, participa con otros niños en juegos de roles. pregunta el porqué de las cosas.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

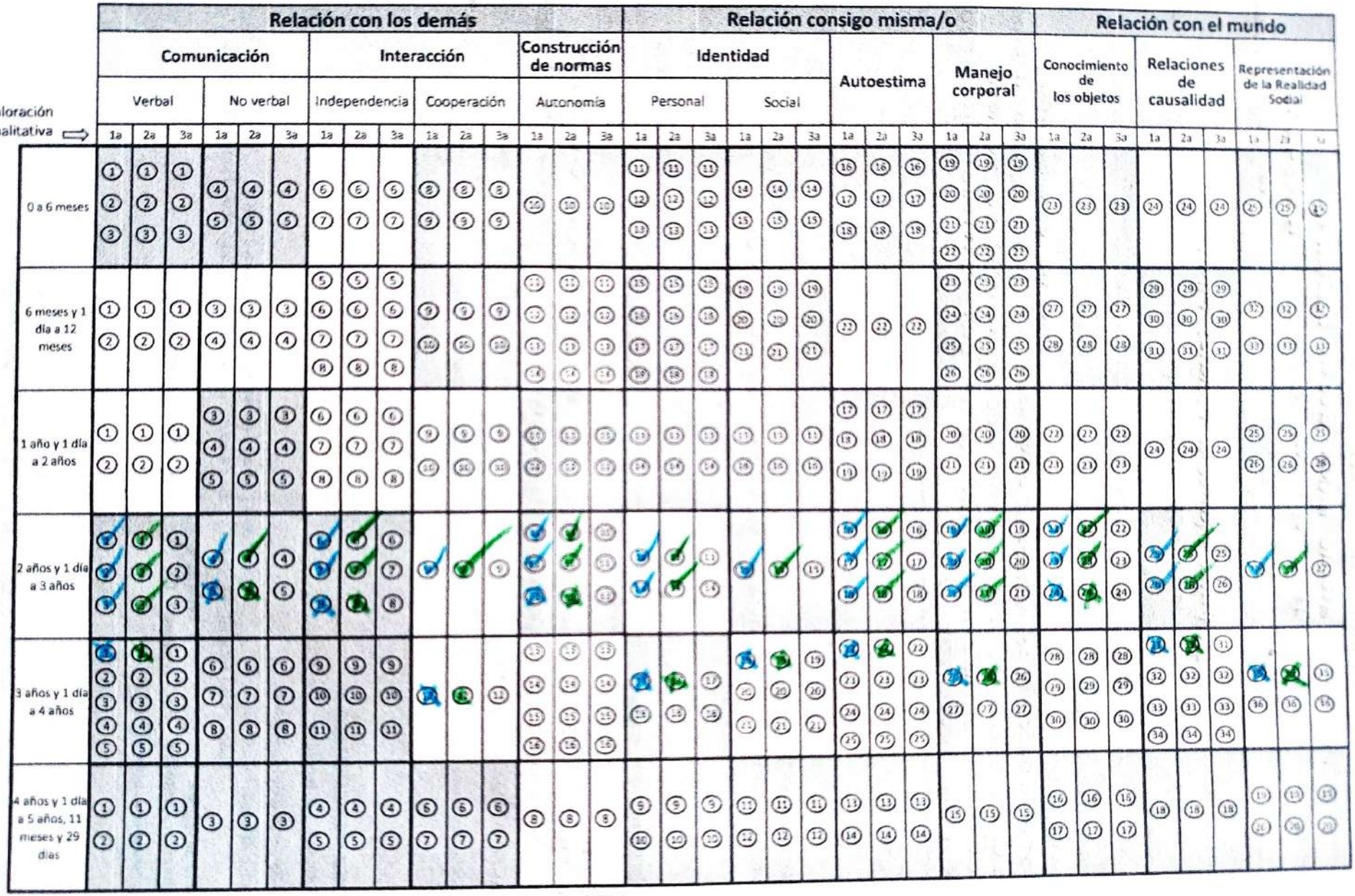
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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