Fundación
Alma de Vida
Fortaleciendo 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 GESTION DOCUMENTAL INSCRIPCION Y MATRICULA	Código: FO-GG-012 Versión: 001 Fecha: 25/03 /2025

FECHA SOLICITUD CUPO: 27-03-25 FECHA INGRESO: 16-04-2025

UDS: Pequeños Exploradores MUNICIPIO: Sanmiguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:

Dulce Victoria Umenda Lucitante



TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1.122.313.855

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 06-11-2021 EDAD: 3, 4 meses MUNICIPIO: Puerto Asis

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: El 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: N/A

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

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

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS Sergio Umenda Queta

No. IDENTIFICACION: 1.122.337.919 DIRECCION RESIDENCIA: Campo Alegre

CELULAR: 3209339770 E.P.S: Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Doris Patricia Lucitante Criolla

No. IDENTIFICACION: 1.122 339 046 DIRECCION RESIDENCIA: Campo Alegre

CELULAR: 3209339770 E.P.S: Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Oficios Varios

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Doris Patricia Lucitante C.

NUMERO IDENTIFICACION: 1.122.339 046 CELULAR: 3209339770

DIRECCION: El Campo Alegre PARENTESCO: Madre

Doris Patricia Lucitante

Autoridad Comunal

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 1442993

NUIP 1.122.343.855

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X☐

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
UMENDA LUCITANTE DULCE VICTORIA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2021	Mes NOV	Día 06	FEMENINO	O+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2021	Mes NOV	Día 23	0061322369

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
LUCITANTE CRIOLLO DORIS PATRICIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.339.046	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
UMENDA QUETA LUIS SERGIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.337.919	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
UMENDA QUETA LUIS SERGIO

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.337.919

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado
País - Departamento - Municipio
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) — Código 865

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)			Nombre y firma del funcionario
Año 2021	Mes NOV	Día 23	ROY EDISON CALLE QUTRAMA Registrador del Estado Civil

Adhesivo Copia Registro Civil
29831072-3

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO SAN MIGUEL
RESGUARDO INDIGENA CAMPO ALEGRE DEL AFILADOR
Constituido mediante Resolución No. 151 del 25 de octubre del 1976
Resolución de la reserva No. 011 del 13 de Mayo de 1998.
NIT: 900156077-1

LEY 89 DE 1890- ACUERDO INTERNACIONAL 169 DE LA OIT, LEY 21 DEL 1993 CONSTITUCION NACIONAL 91 ATP. 246

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 niña **DULCE VICTORIA UMENDA LUCITANTE** Identificada con RC, No **11223433855** 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	1122343855
NOMBRES	DULCE VICTORIA
APELLIDOS	UMENDA 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	06/11/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/19/2025 21:31:48	**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

6

E.P.S. INDIGENA

"La Oportunidad Sana para una Comunidad con Futuro"

UMENDA LUCITANTE DULCE VICTORIA
Nombres y Apellidos Completos
Doc. Identificación: RC 1122343855 Género: F
Fecha Nacimiento: 06/11/2021 Nivel Sisben:
Fecha Afiliación: 06/11/2021 Discapacidad: NA - N
Vigencia: INDEFINIDO | Carnet N°: **867570000490658**
Dirección: REGUARDO CAMPO ALEGRE
Ips Primaria: ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD INDIGENA "MALLAMAS EPS I"
Personería Jurídica No. 0017 de 2001 del Ministerio del Interior - DGAI

POR SER INDIGENA EL PORTADOR DE ESTE CARNÉ
NO DEBERÁ PAGAR COPAGOS NI CUOTAS MODERADORAS

Es indispensable la presentación de este carné para acceder a los servicios contemplados en el POS-S
Válido únicamente en la Red Prestadora de Servicios autorizado por MALLAMAS EPS-I

VIGILADO Supersalud

GERENTE MALLAMAS EPS -I

LINEA SALUDABLE 018000 913701 / 7733375 IPIALES
www.mallamaseps.com.co E-mail: contactenos@mallamaseps.com.co
ESTE CARNET ES DE USO PERSONAL E INTRANSFERIBLE

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



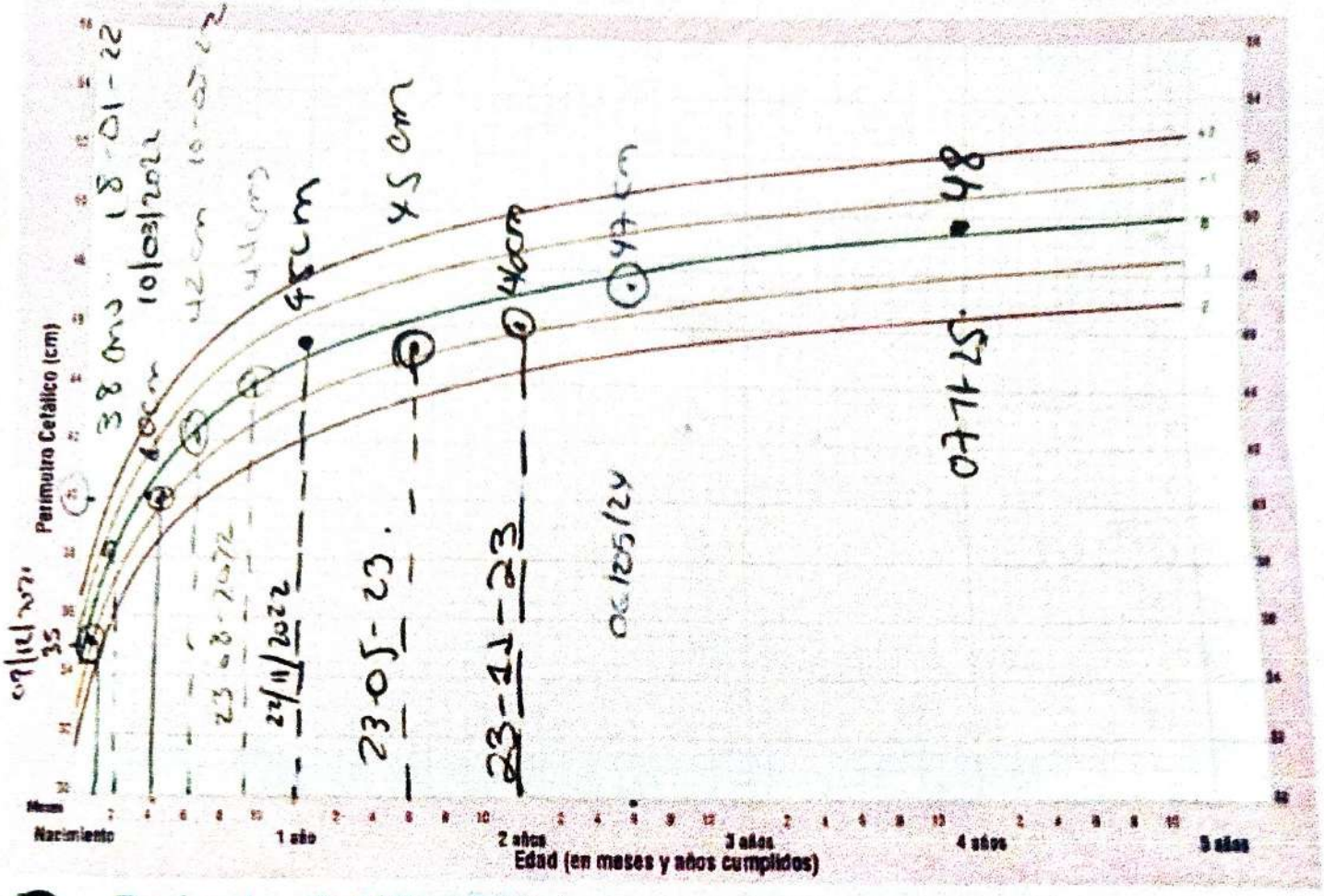
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Dulce Victoria	Apellidos: Umenda lucitante.
Fecha de nacimiento: 06 DÍA | NOV MES | 2021 AÑO	Historia Clínica: 1122343855
Barrio/Vereda: C Alegre	Responsable del niño: Dora patricia Lucitante.
Teléfono: 3209339770	EPS: Hallamos.

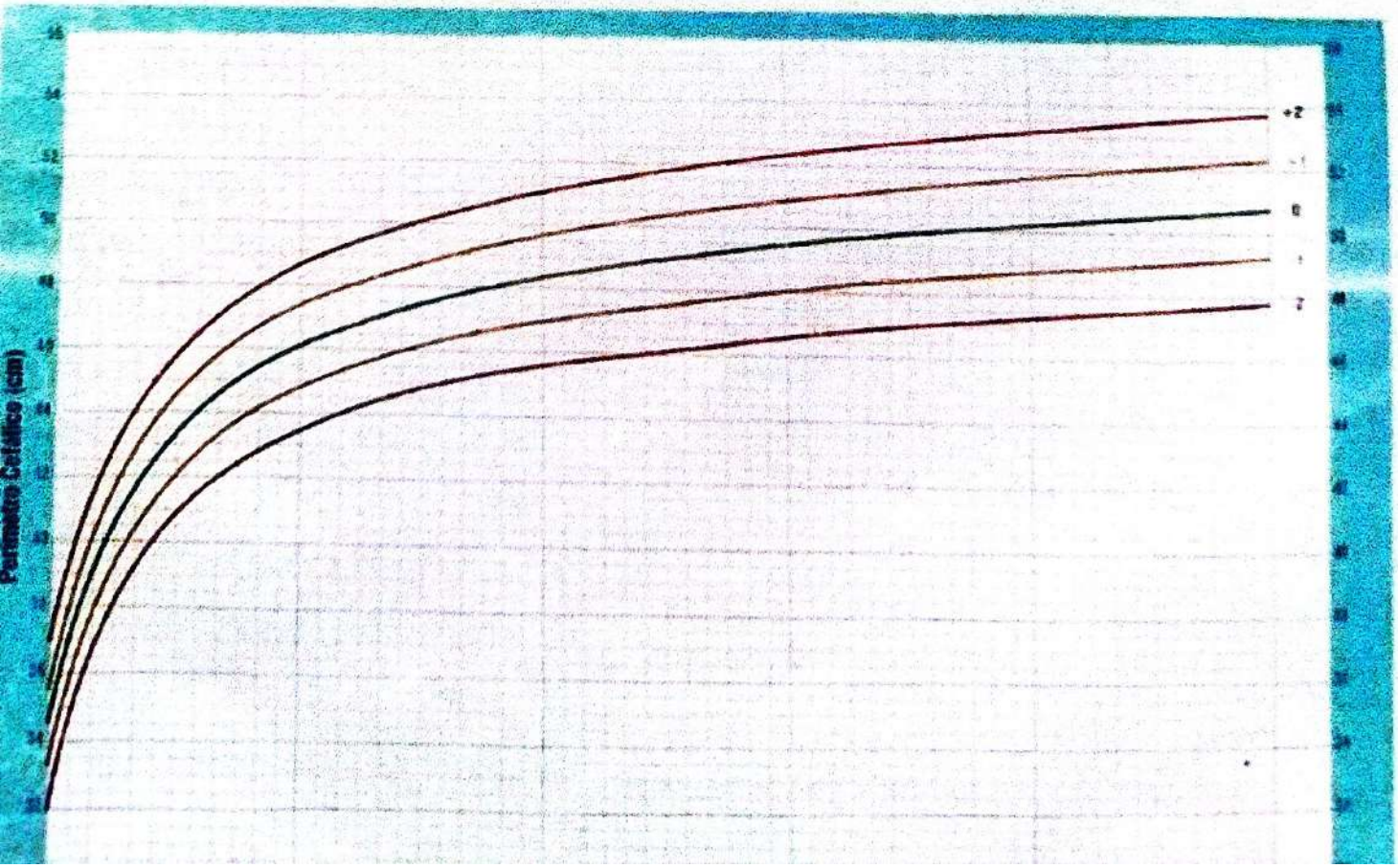
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



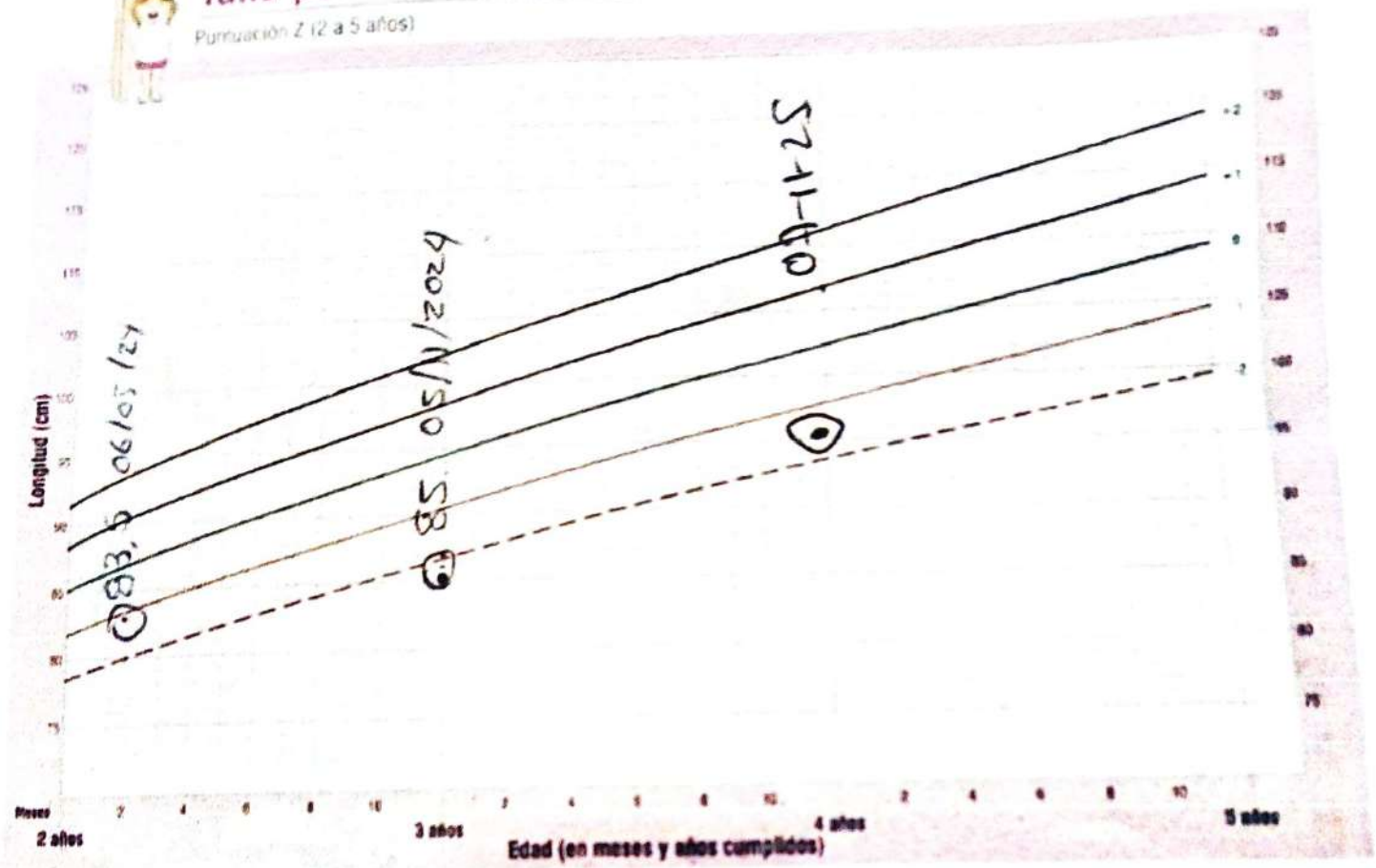
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



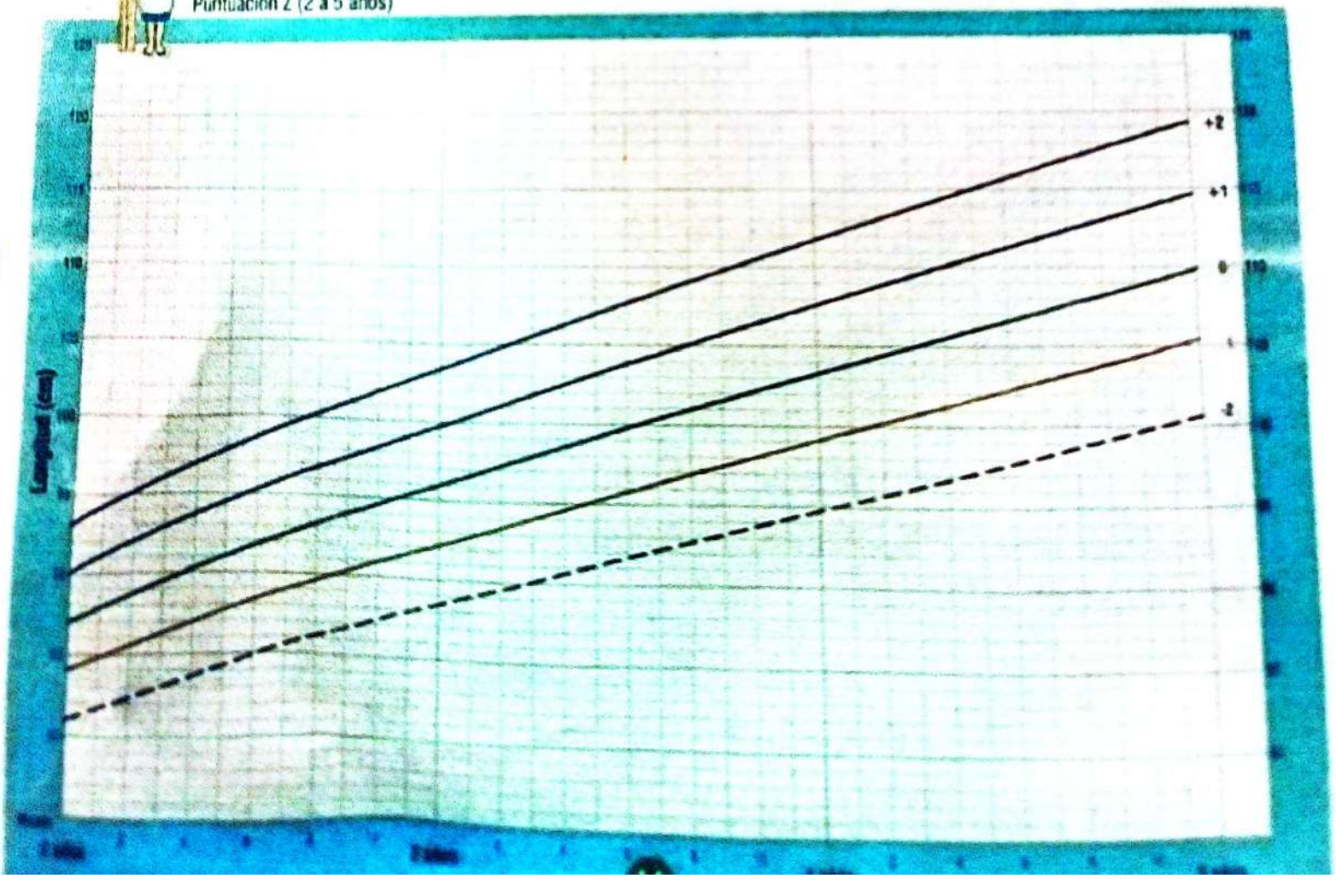
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



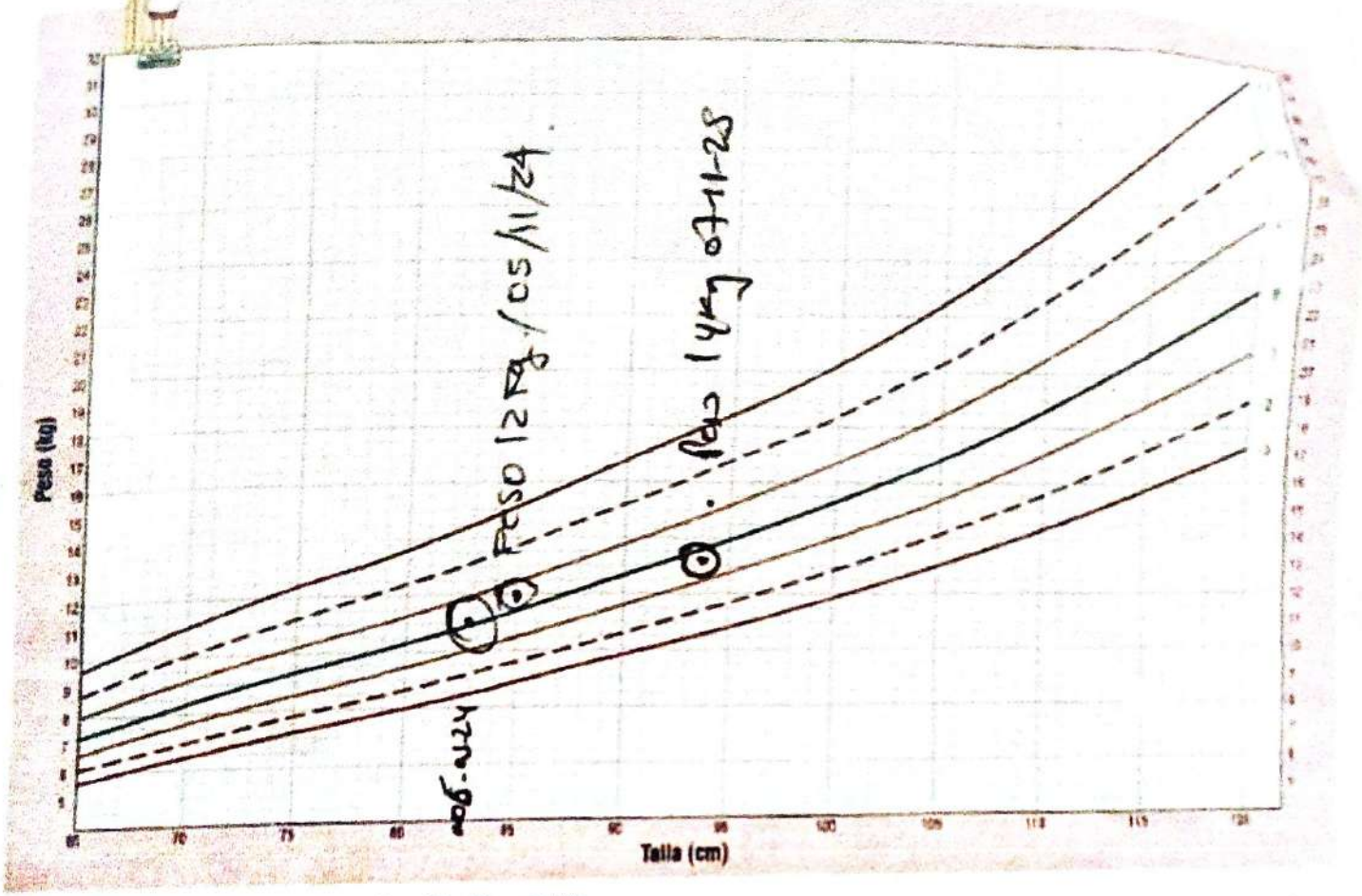
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



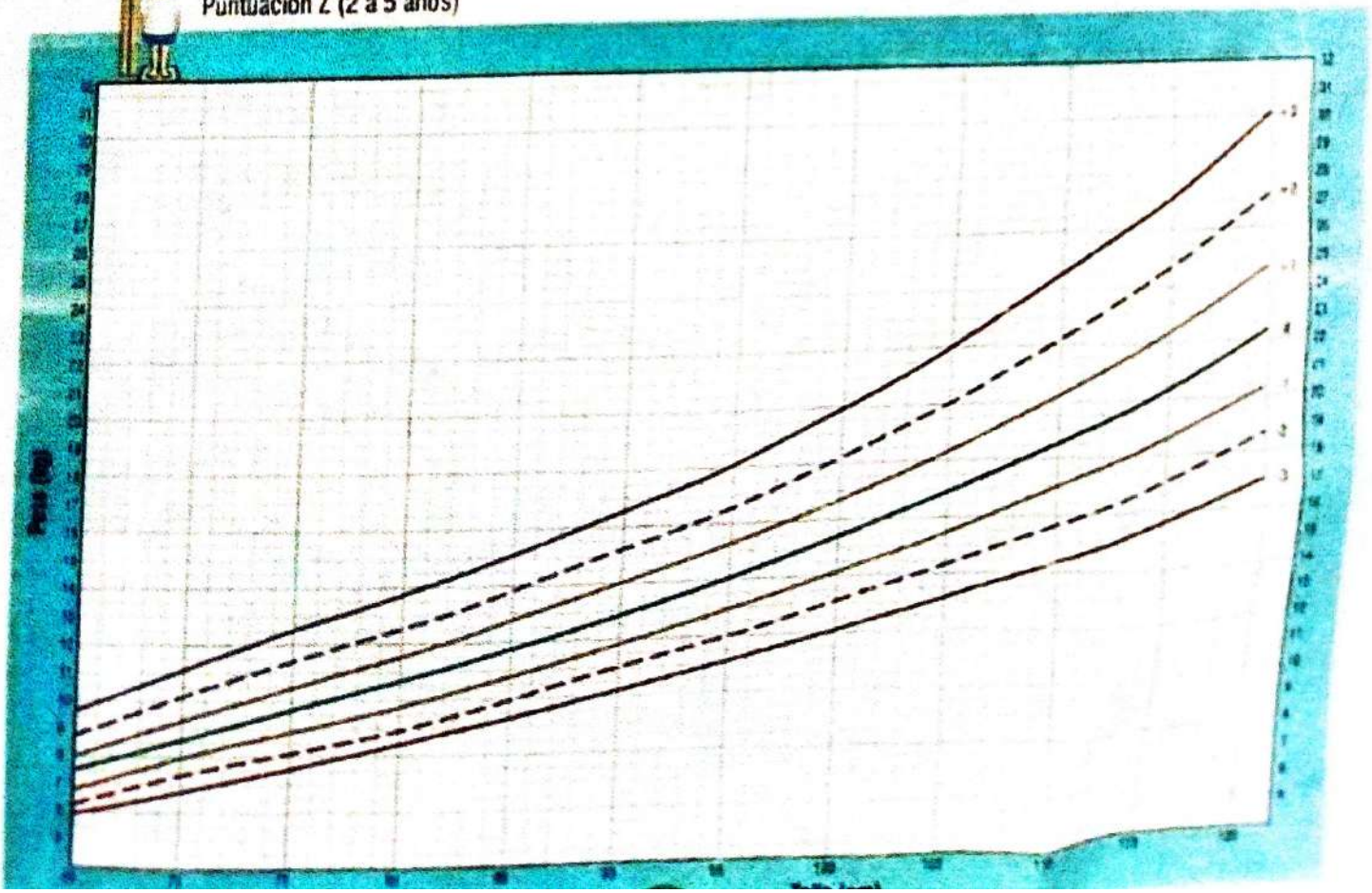
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

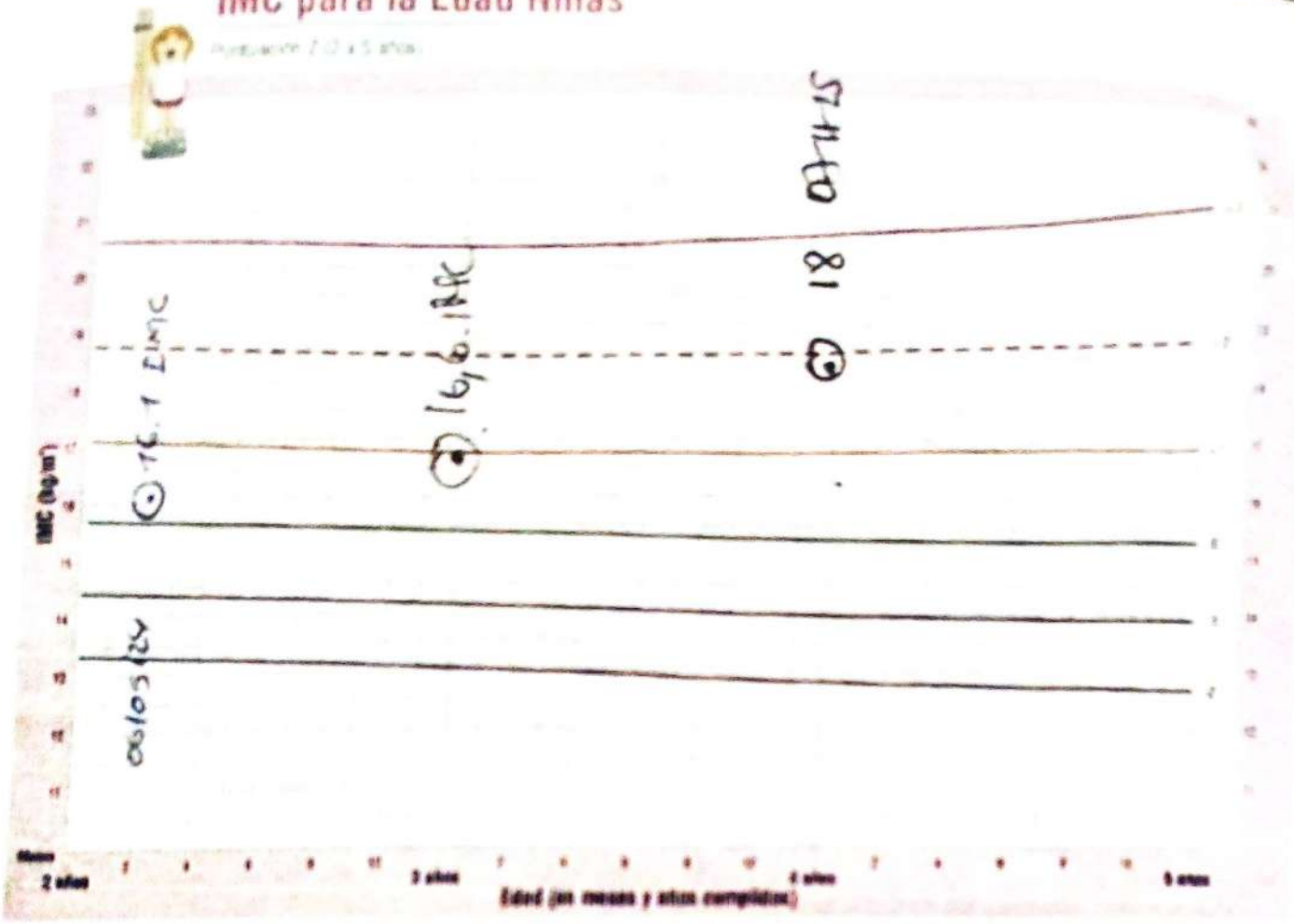


Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

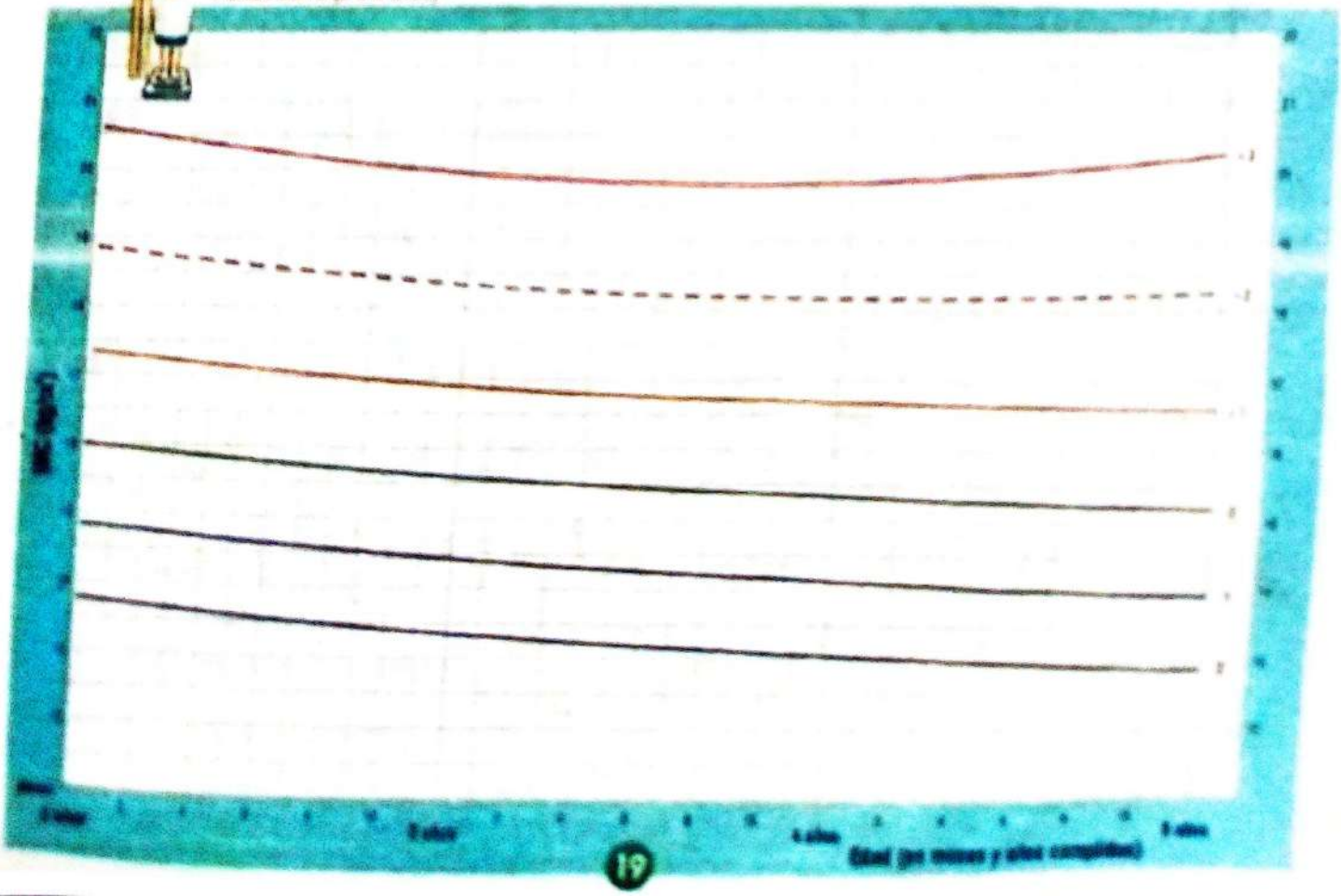


IMC para la Edad Niñas



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
10	ENERO	2022	x ENF.	Si ✓	
10	Marzo	2022	Medico	SI —	
10	MAYO	2022	x ENF	Si ✓	
10	Agosto	2022	Enfem	Si ✓	
06	Noviembre	2022	Medico	Si ✓	
06	MAYO	2023	ENFER	SI	
06	NOVI	2023	MEDICO	Si TC: 23/11/23	
06	Mayo	2024	Enf		Milena C
06	NOVI	2024	MEDICO	SI ✓	
06	Novi	2025	ENF.	✓	
07	M	2026			

	GESTION DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO	Código: GPM FR-040 Versión: 01 FECHA: 02/10/2025 Página 1 de 1
Mi salud es tu Salud NIT 800021800 0	CERTIFICADO VISUAL Y/O AUDITIVO	

ESE Hospital Fronterizo la Dorada ☐ Puesto de salud Puerto Colon ☐ Jornada extramural ☐

Día 07 Mes 11 Año 25

Por medio de la presente la ESE Hospital Fronterizo La Dorada, certifica que El usuario Dulce Victoria Miranda identificado con RC X TI__ CC__ OTRO__ Numero 1122343855 recibió atención de acuerdo a su ciclo vital Primera Infancia el día 07/11/25, atendido por _____, donde se le realizo agudeza visual y/o tamizaje auditivo, obteniendo los siguientes resultados:

Agudeza visual:

	Ojo Izquierdo	Ojo Derecho
Visión Lejana	20	20
Visión Cercana	20	20

Tamizaje auditivo:

Profesional: Mary Arias B

Registro profesional: 33230

14
R/V

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

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

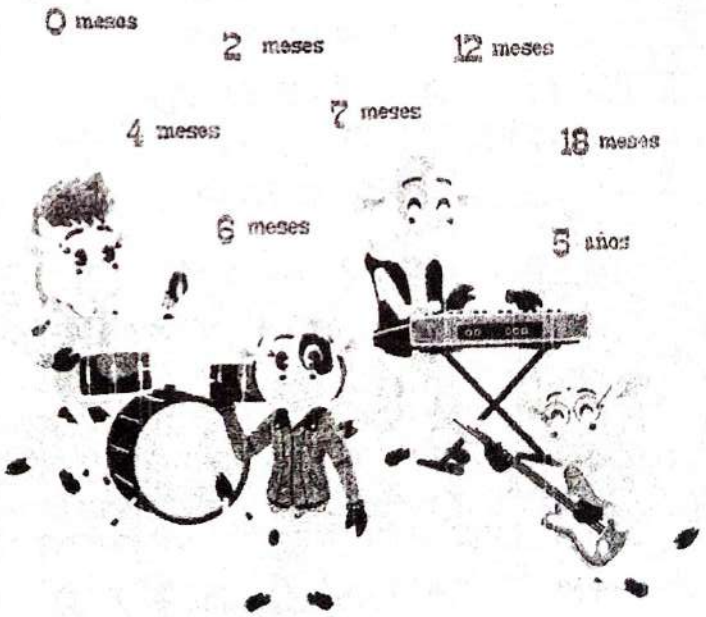
3 años					
4 años					
5 años					

*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

Nombre y Apellidos: Dulce Victoria Miranda Lucumi

Fecha de nacimiento: 6-11-2021

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1122343855

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: "O" positivo

Peso al nacer: 2300 - Talla:

Dirección: Campo Alegre.

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Deyis Lucumi

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

Busca ya las vacunas

...es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: Dulce Victoria Umendo Lucitante

Tipo Identificación: Registro civil

No. ID: 1122343855

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 Si ☐ No ☐						
Recién nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	15	11	21	Serum	03706014A	clinica porvenir				Diego Tejillo
	Hepatitis B	Recién nacido	12	11	21	Serum	C82CPC14A					
						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	11 Enero 2022			Serum	20170014	PS Afiliador				
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	11 Enero 2022			Serum	285 0X035	PS Afiliador				
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	1.ª	11 Enero 2022			Serum	2850A035	PS Afiliador				
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	11 Enero 2022					PS Afiliador				
	Diarrea por rotavirus	1.ª	11 Enero 2022	6	S	K	ABOLB58 A01	PS Afiliador				
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	11 Enero 2022	6	S	K	A.ASPNB375B1	PS Afiliador				
						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	15 Marzo 2022			Biologicals	21700U4	PS Afiliador				
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	15 Marzo 2022			Serum	2050X35B	PS Afiliador				
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	2.ª										
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª					A201L858	PS Afiliador				
	Diarrea por rotavirus	2.ª	15 Marzo 2022	6	S	K						
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	15 Marzo 2022	6	S	K	AS PNB315B0	PS Afiliador				
						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	5 Mayo 2022			Biologicals	2017004	PS Afiliador				
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	5 Mayo 2022			Serum	2850X035B	PS Afiliador				
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	3.ª	5 Mayo 2022			Serum						
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª										
7 meses	Influenza estacional	1.ª	6 junio 2022			Serum	V502200 8.	PS Afiliador				
	Influenza estacional	2.ª	6 julio 2022			Seracros	V502200 8	PS Afiliador				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	22 nov. 2022			Serum	01301N133A	PS Afiliador				
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	22 nov. 2022	6	S	K	ASPNB342 1A	PS Afiliador				
	Varicela	2.ª	22 nov. 2022			Merck.	U025251	PS Afiliador				
	Hepatitis A	Única	22 nov. 2022			M S D.	U0048021	PS Afiliador				
	Influenza estacional	Anual	30 Abril 2023			Butantan	1 0 6 A 0 3 4 1 5 0	PS Afiliador				
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	23 Febrero 2023.			Biologicals	21411014.	PS Afiliador				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	23 Abril 2023			Serum						
	Fiebre amarilla	Única	22 Nov 22.			Sanofi	V3E3Y022A					
6 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo						PS Afiliador				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	23 Abril 2023			Serum	01317N071A.					
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños

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

15 R/V

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 Dulce Victoria APELLIDOS Lucitante Umenda

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 7-722-343-855

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 6 MES: 11 AÑO: 2021 / EDAD: años 3 años y 5 meses

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE

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 Doris Patricia Locitante

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

Nombres Doris Patricia Apellidos Locitante Oriollo

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.122.339.046

Firma: Doris Patricia Locitante

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 ☐ numero _____

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante	Firma del Rogado 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 1.122.339.046

LUCITANTE CRIOLLO

APELLIDOS

DORIS PATRICIA

NOMBRES

Doris patricia lucitante

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-FEB-1990

VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
VALLE DEL GUAMUEZ (PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

25-MAY-2006 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-6401800-00160095-F-1122339046-20090525 0012810681A 1 25624320

77

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.122.337.919
NUMERO

UMENDA QUETA
APELLIDOS

LUIS SERGIO
NOMBRES

Sergio Umenda
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-1985
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

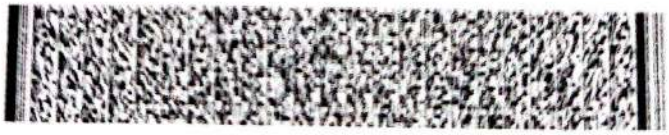
1.60
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

03-NOV-2006 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



P-8401800-43182077-M-1122337919-20070602 0334507214O 02 218601180

RECOMENDACIONES

- Cepillate los dientes despues de cada comida
- mantenga una dieta balanceada baja en azucares y cárbohidratos
- Cambia tu cepillo de dientes cada 2 meses si tiene gripa o tos, cambialo inmediatamente

Tu sonrisa refleja lo que tu eres

I.A.M.I. INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y DE LA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

NIT. 819.002.389-9

MI CARNET DE HIGIENE ORAL

E.P.S. Mallamas
Nombres: Dulce Victoria
Apellidos: Meneses

Sexo: ☐ ☒ Fecha de Nacimiento: 06 | 11 | 21
Identificación: 1122343855
Dirección: Campo Alegre

Servimos con amor

FECHA	PROCEDIMIENTO CP	S	F	D	PRÓXIMA CITA
22/11/22	x		x		22/05/23
23-05-23	x		x		23-11-23
13-11-23	x		x		24-5-24
12-05-24	x		x		22-11-24
27-11-24	x		x		23-05-25
06-06-25	x		x		04-12-2025

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Doris patricia Lucitante criolla Identificado con C.C N° 1122339046 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Dulce Victoria Umenda 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.

Doris patricia Lucitante
Madre o Acudiente
C.C 1122339046

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 Dulce Victoria Umenda, identificado (a) con documento de identidad número 7.722.343.855 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, Doris Patricia Lucitante Criollo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 7.722.339.046, 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 Fundación Alma de Viola, en representación de 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: Doris Lucitante
Nombre: Doris Lucitante
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3005705475
Fecha: 15-04-25
Municipio: San Miguel - Dorada Putumayo

CLASIFICADA

21
R/V

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Daliana Marcela Morales Moru NOMBRE UCA: Pequeños exploradores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Dulce Victoria Umenda IDENTIFICACIO: 1122343855 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					

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					

de cero a siempre

22 R1V

Ciudad La dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Dulce Victoria Umenda Lucitante

Fecha de nacimiento 23 11 2021 **N° Documento de Identidad** 1122343855

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Daliana Marcela Morales Mora

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 presenta un desarrollo integral armonico y adecuado para su edad. es un niño activo curioso, comunicativo y autonomo muestra avances en todas las areas del desarrollo y responde favorablemente en todas las propuestas del entorno, sugiere continuar estimulando su lenguaje atravès de cuentos, juègos de roles actividades de la vida cotidiana y seguir acompañando la expresión emocional.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Daliana Marcela 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
Acompaña con gestos corporales y faciales las canciones y rondas, sigue normas de la vida cotidiana, sabe el nombre de algunos de sus compañeros o el de la persona que lo cuida

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)***

Valoración Cualitativa ⇨	Relación con los demás														Relación consigo misma/o												Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social																	
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10	11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21 22	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	11 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24	22 23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16	17 18	17 18	17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2	1 2	1 2	3	3	3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8	8	8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17	16 17	15 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales