Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con fotografía 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 ___Victimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado) _X_Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.) X ___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: 27-03-2025 FECHA INGRESO: 1-04-2025

UDS: Chaquitines del mañana MUNICIPIO: San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Angeli Ximena Chaguizan Tuatante

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1122344137

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A.

FECHA NACIMIENTO: 22-11-2022 EDAD: 2 años MUNICIPIO: San Miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

E RESIDENCIA: V/Monterrey ESTRATO: N/A ¿HA ASISTIDO A
TRO 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: ____ 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: AWA.

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Donato Esteban Chaguzan Guanga No.
DENTIFICACION: 1122341045 DIRECCION RESIDENCIA: V/Monterrey CELULAR:
3102461839 E.P.S: Mallamas
OCUPACION U OFICIO: Agricultor EMPRESA
DONDE LABORA: N/A. NIVEL DE
ESCOLARIDAD: Primaria. PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Adelfa Liliana Tuatante Guaipaz. No.
IDENTIFICACION: 1122341317 DIRECCION RESIDENCIA: V/Monterrey CELULAR:
3227587712 E.P.S: mallamas
OCUPACION U OFICIO: Oficios varios EMPRESA
DONDE LABORA: Ama de casa. NIVEL DE
ESCOLARIDAD: Noveno PROFESIÓN: N/A.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Adelfa Liliana Tuatante.
NUMERO IDENTIFICACION: Adelfa Liliana 1122341045 CELULAR: 3227587712
DIRECCION: V/Monterrey PARENTESCO: madre.

Liliana Tuatante
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE FIRMA AGENTE EDUCATIVA Kelly SC.

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 2874781

NUIP 1.122.344.137

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco X ☐

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
CHUQUIZAN LUCITANTE ANGELI XIMENA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2022	Mes NOV	Día 22	FEMENINO	

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2022	Mes DIC	Día 07	0063693393

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
LUCITANTE GUALPAZ ADELFA LILIANA

Documento de Identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.341.017 — Nacionalidad COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
CHUQUIZAN GUANGA DONATO ESTEBAN

Documento de Identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.341.045 — Nacionalidad COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
CHUQUIZAN GUANGA DONATO ESTEBAN

Documento de Identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.341.045

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 X 02

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)			Nombre y firma del funcionario
Año 2022	Mes DIC	Día 07	ROY EDISON CALLE QUIRAMA

Registrador del Estado Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
30948455-4

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAL MIGUEL
CABILDO INDÍGENA LA RAYA
Resolución 0042 del 24 de junio del 2009
LA DIRECTIVA DEL CABILDO INDÍGENA AWÁ LA RAYA EN USO DE SUS ATRIBUCIONES LEGALES Y CONSTITUCIONALES QUE LE CONFIERE LA LEY 89 DE 1890 Y LEY 21 DE 1991 CON NUMERO RESOLUCIÓN 0042 DEL 24 DE JUNIO 2009.

CERTIFICA

A, ANGELI XIMENA CHUQUIZAN LUCITANTE, identificada con N° de NUIP 1122344137 de San Miguel (ptyo), es indígena, perteneciente al cabildo indígena Awá la Raya del Departamento del Putumayo, donde se encuentra vigente en el actual censo 2025.
El presente certificado se expide a favor del interesado.

Dado en el cabildo indígena Awá la Raya a los 30 días del mes de marzo del 2025

JOSE ALIORIO RAMOS BAICUE
Cc 97472787
Gobernador la Raya

Nelson Hernán Cuastumal Caipe
cc 98342473
secretario

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	1122344137
NOMBRES	ANGELI XIMENA
APELLIDOS	CHUQUIZAN 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	22/11/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/01/2025 19:44:26	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

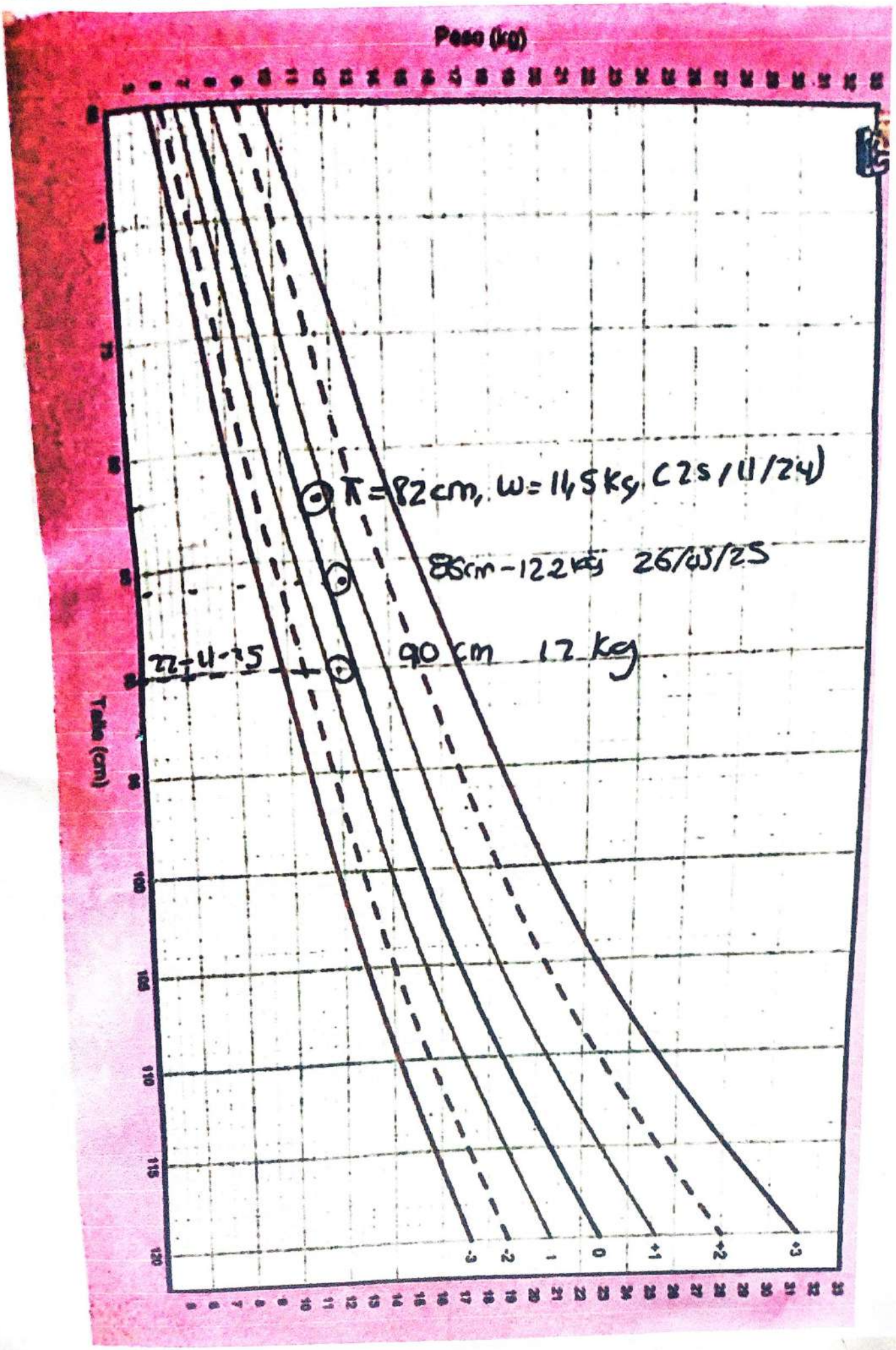
...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Angdi Ximena	Apellidos: Chuquizan Lucitante
Fecha de nacimiento: 22 DIA / 11 MES / 2022 AÑO	Historia Clínica: 1122394137
Barrio/Vereda: La RAYA	Responsable del niño: Adelfa Lucitante
Teléfono: 3102461834	EPS: Mallamas


Peso (kg)
Taille (cm)
T=82cm, W=14,5kg, C2S/11/24
85cm-12,2kg 26/03/25
22-11-25 90 cm 12 kg
-3
-2
-1
0
+1
+2
+3

Perímetro cefálico (cm)
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

+2
+1
0
-1
-2
5 años
4 años
3 años
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
22-NOV-15
25/11/29
26/05/25

10

IMC (kg/m²)
Edad (en meses y años cumplidos)
2 años
3 años
4 años
5 años
25/11/24
IMC=14,1 kg/m²
IMC 16.5 28/05/25
22-11-25
14.8

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
12/02/2023	5,7	59	39	11	-	26/03/23	
17/05/23	7,1	63	42	15		22/03/23	
06/07/23						22/09/23	
09-11-23	8.2	72	44	14	15.6	22-NOV-23	
16/07/24	10,5	77	46	16	17,5	22/NOV/24	Milena C.
29/07/24	10.9	78	—	—	—	22/NOV/24	Milena C.
25/11/24	11,5	82	46	14,5	17,1	22/MAY/25	
26/05/25	12.2	86	48	15	16,5	22/NOV/25	
22-11-25	12	90	48	13	14.8	22/11/26	

12

DIA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO SI	NO
17	Feb	2023	Enfe im	✓	
26	Hairo	2023	Hedico	—	
17	Nayo	2023	Med.	Si ✓	
22	Mayo	2023	Enf.	SI ✓	
23	Sep.	2023	Enf	si ✓	
22	NOV	2023	Enf.	✓	
24	Ene.	2024	Med	✓	
16	Julio	2024	Enf	SI ✓	Milena
22	Nov	2024	Med.	✓	
22	Mayo	2025	Enf.	✓	
22	Nov	2025	Med	✓	

13
R/N

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resulado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardipopatia 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

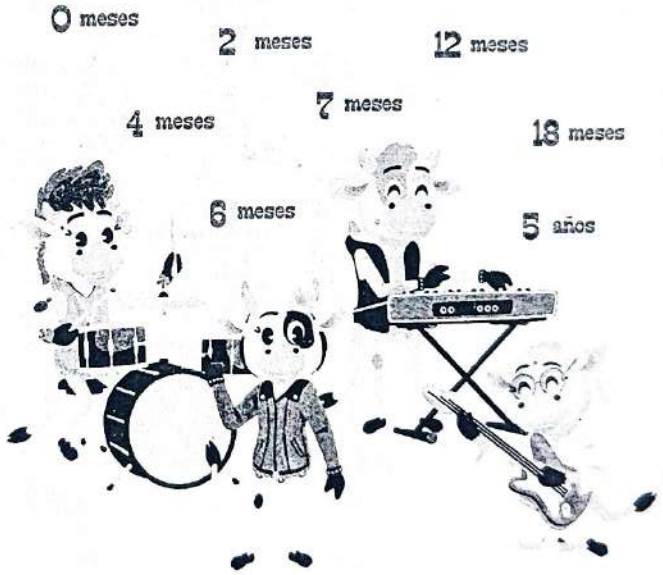
3 años					
4 años					
5 años					

*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: Angel. Ximena chosquian
Fecha de nacimiento: 22-NOV-2022
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1122344137.
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: Talla:
Dirección: C/ la Raya
Teléfono 1: 3102461839
Teléfono 2: 3227587712
Responsable: Liliana Lactante
Municipio de residencia: San miguel.
Departamento: Putumayo

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos:

Tipo identificación:

No. ID:

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	22	11	22	Serum	032MA21A	HFLD	cita 22			Daniela Casanova
	Hepatitis B	Recién nacido	22	11	22	Serum	C32101 12B	HFLD	enero			Tec. AUX en Enfermeria
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						2023			CC. No. 1007728227
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª				Biolo	21401 4A					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª					285 1Y0 22B					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	26	enero	2023	Serum	1 1 1 1 1 1 1 1		cita			Daniela Casanova
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª										Tec. Aux. en Enfermeria
	Diarrea por rotavirus	1.ª				65K	A B0L 8 5 8 nC	HFLD	26			CC. No. 1007728227
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª				Pfizer	F R U 8 9 3		marzo			
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						2023			
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª				Biolo	2L6601L					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª					885 1X0 40C					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª										
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	0	Abril	2023	Serum			cita 03			Daniela Casanova
	Diarrea por rotavirus	2.ª				65K	A P0L D09 1AD	HFLD	junio			Tec. Aux en Enfermeria
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª				Pfizer	E X 35 8 9		2023			CC. No. 1007728227
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	26	06	23	Serum	2208016					Payely Vera
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	26	06	23	Serum						
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	26	06	23	Serum	2850X040C	HFLD				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	26	06	23	Serum						
	Influenza estacional	1.ª	26	06	23	Green	V2S023001					
7 meses	Influenza estacional	~~2.ª~~	28	07	23	Green	V2025230901	HFLD	cita			Paula C.
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	24	01	24		0732D0 y8B		26/7/23			
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	24	01	24		F9925					
	Varicela	2.ª	24	01	24	Serum	W00L7730	HFLD	CITA!			Jennifer Cabrera
	Hepatitis A	Única	24	01	24		X0065S3		22-11-23			
	Influenza estacional	Anual	25	11	24	Butantan	74 00 a A d 1 00	HFLD HFLD				
18 meses	Poliomielitis (VIP ☒ VOPb ☐)	1.er refuerzo	15	07	24	Biologicals	12301A	HFLD				Yeimy Patricia IB
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	15	07	24	Serum	28S2X05 2A	HFLD	cita 26			Jennifer C IB
	Fiebre amarilla	Única	24	01	24	Sanofi	W352EIV		junio			
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo							2024			
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	16	07	24	Serum	ON32N06	HAFLD				Edwar IB
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª							cita 2 AÑOS cumplidos			
		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 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.

CITA: 5 AÑOS CUMPLIDOS

14
R/V

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Servimos con amor
NIT. 846.002.309-9

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos · Minsalud

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 17 MES 07 AÑO 2025 HORA: 1:30

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Angeli Ximena APELLIDOS Chugazan tuctante.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: NI22344137

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 22 MES: 11 AÑO: 2022 / 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)

miedo a la reacción.

¿COMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar ninguna 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:** X que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Adeliana Lucitante.

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

Nombres Adelfa Liliana Apellidos Lucitante Goalpar-

Tipo de Identificación: RC☐ TI☐ CC☒ CE☐ OTRO☐ Número 1122341317.

Firma: _____

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 _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

_____ C.C. N°

_____ C.C. N° -

Nombres y apellidos del vacunador: Eduard Ipial

Firma

Tipo de Identificación: RC☐ TI☐ CC☐ CE☐ OTRO☐ Número 1004764431

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFID.

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo. MUNICIPIO: San Miguel

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.122.341.317**
LUCITANTE GUALPAZ
APELLIDOS
ADELFA LILIANA
NOMBRES

A. Liliana Lucitante
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-OCT-1995**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-NOV-2013 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6401800-00518838-F-1122341317-20131128 **00360**10120A 1 39803741

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.341.045
CHUQUIZAN GUANGA

APELLIDOS

DONATO ESTEBAN

NOMBRES

Donato Chuquizan

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 04-FEB-1995
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

08-FEB-2013 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

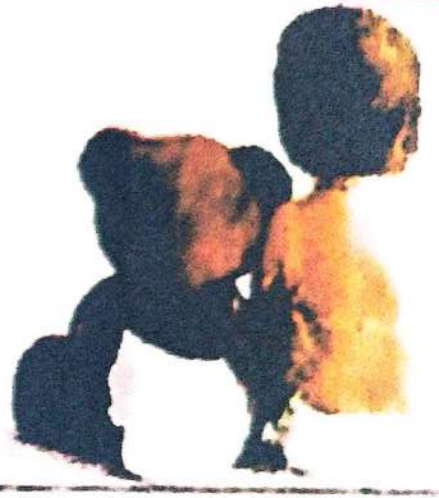
P-6401800-00435041-M 1122341045-20130510 0032973235A 1 39802980

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Angeli Ximena Chuquzan

Doc. de Identidad: RC 1122344137 EPS: x (ultimas)

Teléfono: 3227587712 Domicilio: C/ la Cañada

	PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGUN LA EDAD EN MESES (M) o AÑOS (A)													
		5 DIAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	5 A	
ATENCION	Control del recien nacido por médico														
	Atencion en salud por medicina general														
	Atencion en salud por enfermera														
	Atencion en salud bucal por odontologia														
	Promocion y apoyo de la lactancia materna														
ODONTOLOGIA	Aplicacion de barniz de fluor														
	Profilaxis y remocion de placa bacteriana														
	Aplicacion de sellantes (segun criterio)														
	Vacunacion														

15-03-2024
15 SEP 2024
15-OCT-24
15-04-25

Yamily Cortés
HIGIENISTA ORAL
Res 00493

02-05-2025
02-JUL 2025

Liliana Maribel Córdoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 2017

Dr. Danny Andrés Martínez
ODONTÓLOGO
Universidad Antonio Nariño
T.P. 89-1617

22-11-2025
22-05-2026

Fundación Alma de Vida
Fomentando cultivos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Adelfa Liliana Locitante Identificado con C.C N°1122341045 en calidad de padre o madre (x), del niño o niña: Angeli Ximena Chaparro o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Angelitos del mañana 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 24 Días del mes de 07 del Año 2025.

Liliana Locitante

Madre o Acudiente

C.C 1122 341 317

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	F2.P2.CE	15/07/2021
		Versión 4	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 Angel Ximena Chaguezan Tocllante, identificado (a) con documento de identidad número _____, 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, Adelfa Liliana Tocllante Guelpart., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122341317, 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, adolescentes y jóvenes 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, adolescentes y jóvenes, y 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 Vida, en representación de ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa EIC.

Suscriben:

Firma: Liliana Tocllante
Nombre: Adelfa Tocllante.
Calidad - Titular: x Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3227587712.
Fecha: 24-07-2015
Municipio: San Miguel

21
R/V

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO de cero a siempre

Ciudad San Miguel Palomayo

Nombre completo de la niña o niño Angeli Ximena Chaguican Lactante

Fecha de nacimiento 22 11 2022 N° Documento de identidad 1122344137

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Kelly Sanchez.

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

La niña Angeli es una niña que realiza garabatos o rayas en papel, le gusta utilizar su cuerpo para expresar sus emociones es una niña que realiza todas las actividades acordes al rango de su edad.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Kelly Sanchez

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

Angeli ya emplea frases de 3 o mas palabras con sentido por otra parte en las actividades propuestas o juegos escoge los de su preferencia y es una niña que le gusta mostrar a sus amiguitos lo que ha hecho con gusto y orgullo, realiza todas las actividades acordes al rango de su edad.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

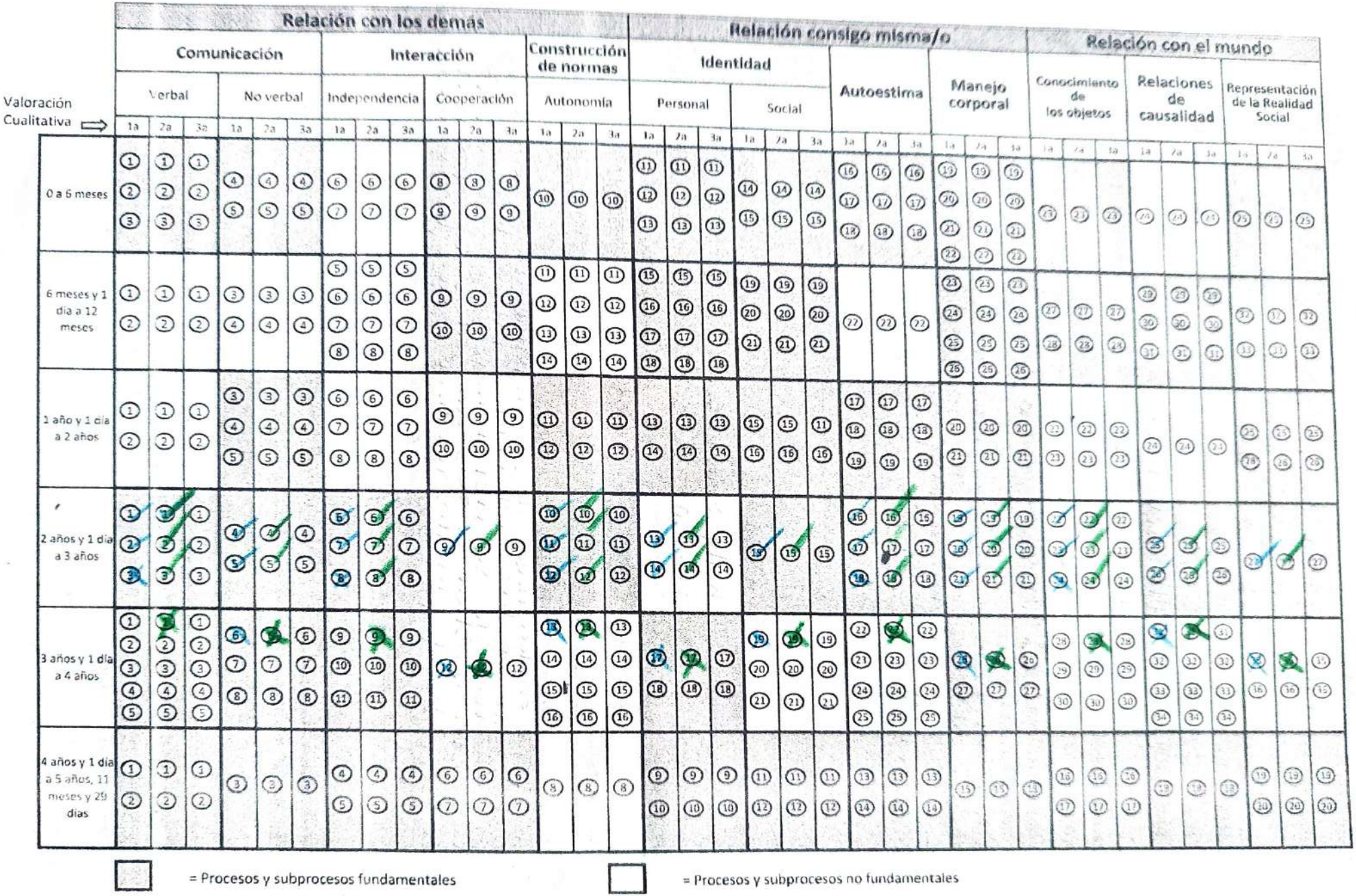
Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

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



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL