Fundación
Alma de Vida

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 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,

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

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



FECHA SOLICITUD CUPO: _____ FECHA INGRESO: 01-04-2025

UDS: MISTERNURITAS MUNICIPIO: San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Kataleya Valentina Rios Queta

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1058.677.989

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 21/jul/2020 EDAD: 4años MUNICIPIO: San Miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION DE RESIDENCIA: Vereda risaralda ESTRATO: N/A ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: X NO: ____

¿CUAL?: OTHE MOTIVO DEL RETIRO: N/A

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

REGIMEN DEL PARTICIPANTE: mallamas SUBSIDIADO: ___ 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: X NO: __ PUNTAJE: _____ DESPLAZADO: SI: X NO: __

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

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Aldaberto Rios Ipaiza

No. IDENTIFICACION: 1122339682 DIRECCION RESIDENCIA: V/risaralda

CELULAR: 3148664811 E.P.S: mallamas

OCUPACION U OFICIO: oficios varios

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Blanca edilma Queta Ipalante

No. IDENTIFICACION: 1122338458 DIRECCION RESIDENCIA: V/risaralda

CELULAR: 8148664811 E.P.S: mallamas

OCUPACION U OFICIO: OFICIOS VARIOS

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Blanca edilma queta Ipalante

NUMERO IDENTIFICACION: 1122338458 CELULAR: 3145664811

DIRECCION: V/risaralda PARENTESCO: Madre

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE
Blanca Edilma Queta

FIRMA AGENTE EDUCATIVO
Sara Lorena Nuñez

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
27648769-7

NUIP 1.058.677.989

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59077661

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código F 1 K

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

REGISTRADURIA DE ARGELIA - COLOMBIA - CAUCA - ARGELIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RIOS	QUETA

Nombre(s)

KATALEYA VALENTINA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes JUL Día 21	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CAUCA ARGELIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
TESTIGOS	

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas 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

QUETA LUCITANTE BLANCA EDILMA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.338.458	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas 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

RIOS LOAIZA JOSE ADALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.339.682	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RIOS LOAIZA JOSE ADALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.339.682	José Adalberto Rios L

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

GOMEZ LOPEZ LIVIA EDY

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 48.603.971	Livia EDY gomez

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

IDROBO DORADO JESUS

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.002.861.550	Jesus Idrobo D

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2020 Mes SEP Día 28	YEISON DAVID RODRIGUEZ RODRIGUEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
José Adalberto Rios Loaiza Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE ... QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

PARA ... LEGALES ... 2020

Yeison David Rodriguez
Registrador del Estado Civil

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO SAN MIGUEL
RESGUARDO INDIGENA CAMPO ALEGRE DEL AFILADOR
Constituido mediante Resolución del resguardo No. 0011 del 13 de mayo de
Resolución de la reserva No. 151 del 25 de octubre del 1976
NIT: 900156077-1

LEY 89 DE 1890- ACUERDO INTERNACIONAL 169 DE LA OIT.LEY 21 DEL 1993-CONSTITUCION NACIONAL 91 ATR. 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 campolegre del afilador hace costar la menor: **KATALEYA VALENTINA RÍOS QUETA** Identificada con registro **No 1058677989** expedida **Argelia** 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 a los veintiocho (28) días del mes de abril de 2024.

RUBIA ORFELIA HUMENDA QUETA
GOBERNADOR
Resguardo Campo Alegre – Afilador
Municipio de San Miguel
Comunidad Pueblo Cofan

Email: resguardoindigenacampoalegre@gmail.com
Celular: 3108550980,3105734807,3134466605

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	1058677989
NOMBRES	KATALEYA VALENTINA
APELLIDOS	RIOS QUETA
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	14/09/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/03/2025 12:29:32	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



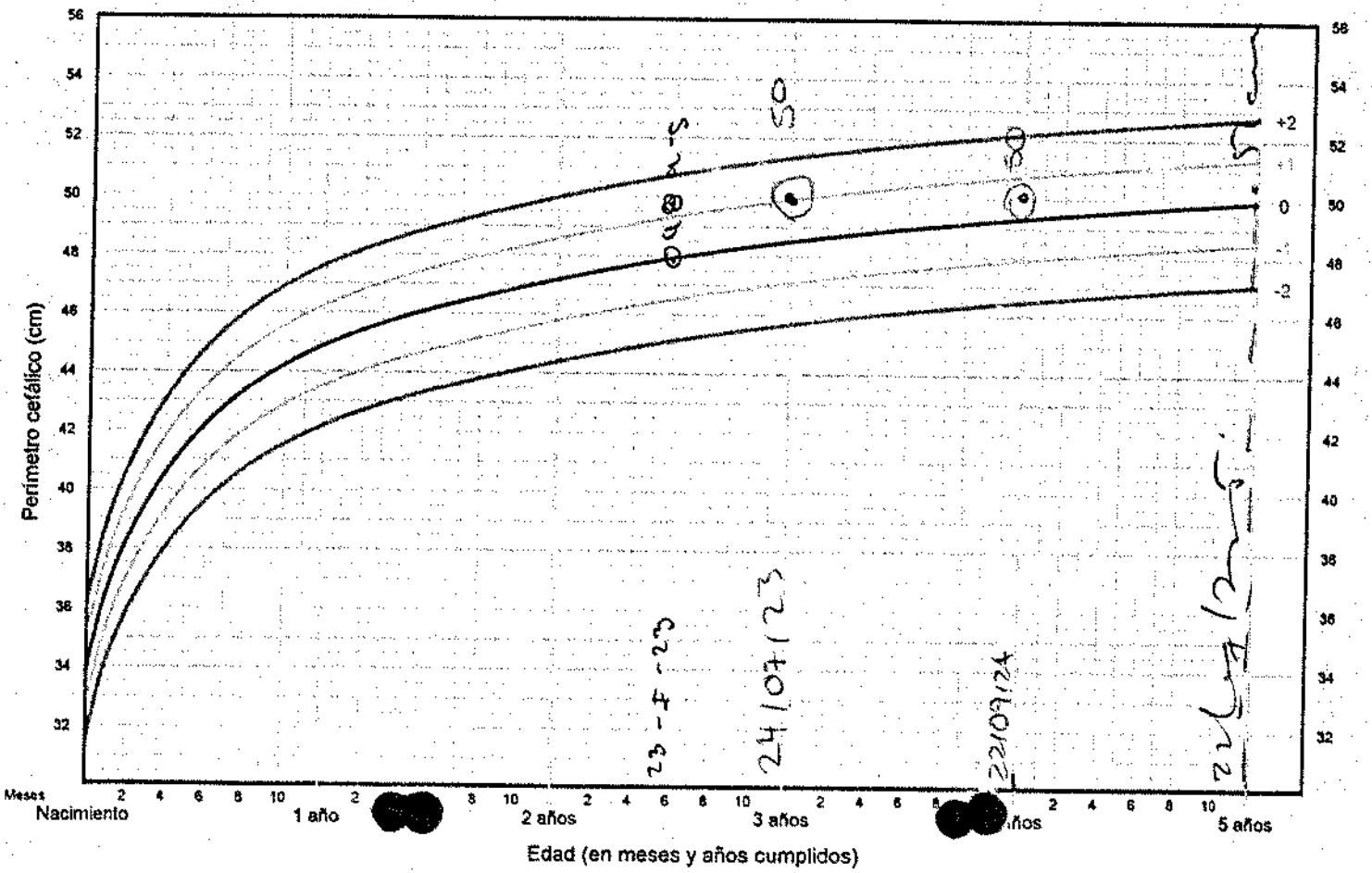
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

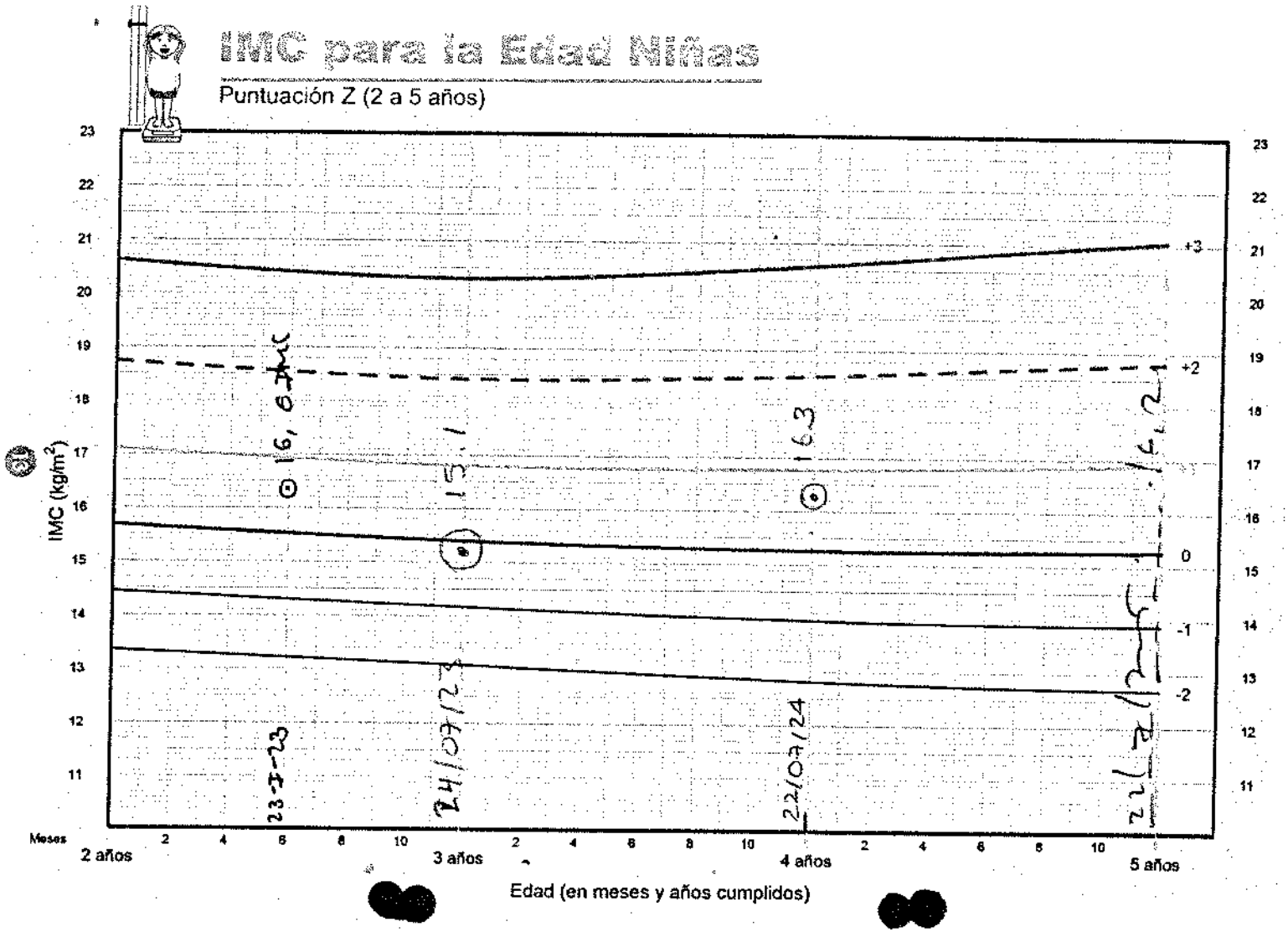
MIS DATOS

Nombres: Katalcya Valentina	Apellidos: Ros Quet
Fecha de nacimiento: 26 / 02 / 2020	Historia Clínica: 1058677989
Barrio/Vereda:	Responsable del niño: Blanca Quet
Teléfono: 3218272938	EPS: HS

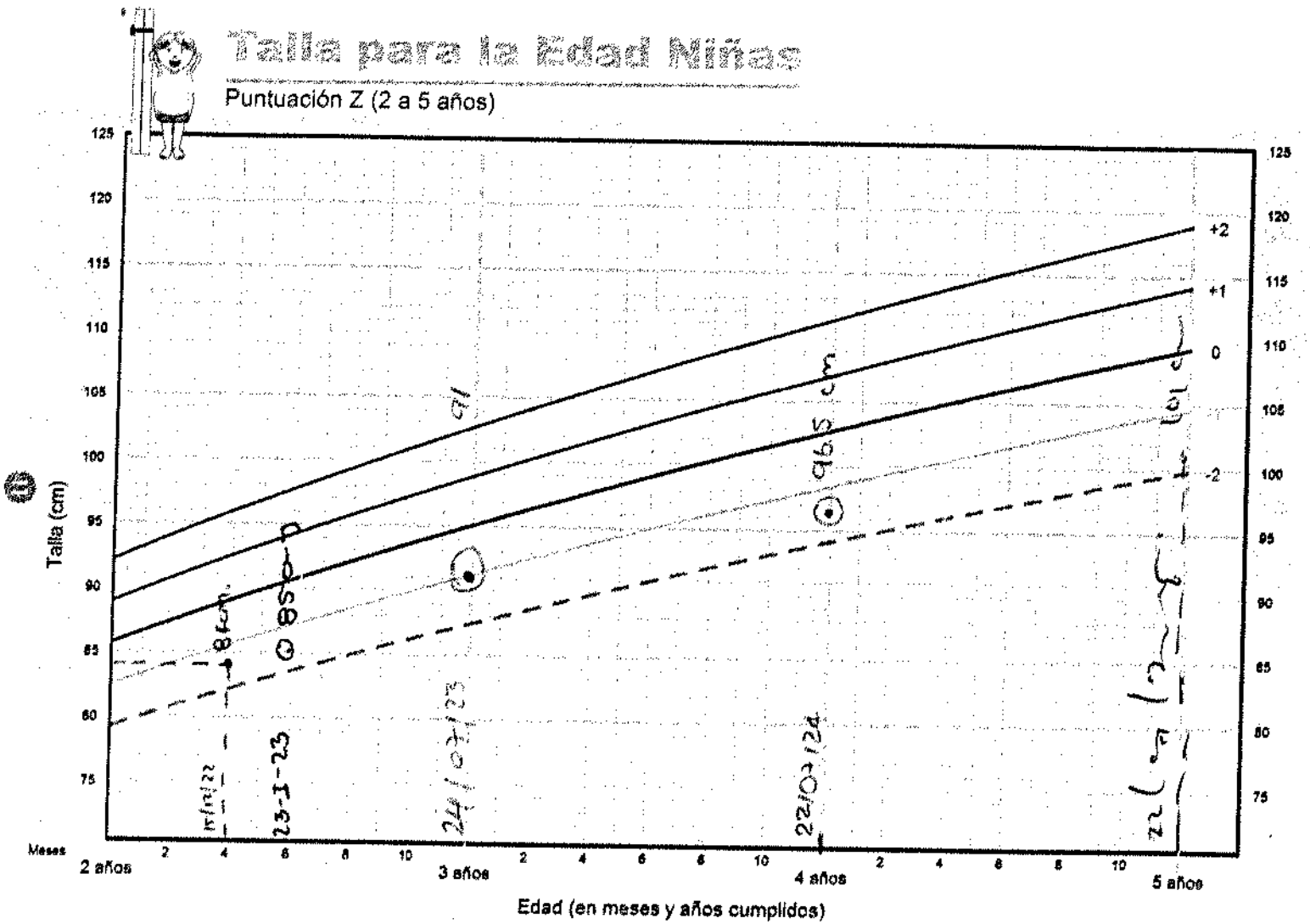
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)




IMC para la Edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)
IMC (kg/m²)
+3
+2
0
-1
-2
16, 6
15, 1
16, 3
14, 2
23-I-23
24/07/23
22/07/24
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

Peso para la talla Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)
Peso (kg)
+3
+2
+1
0
-2
-3


Talla para la Edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)
Talla (cm)
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-2
23-I-23
24/03/23
22/03/24

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
21	ENERO	2023	ENTR.	SI ✓	
27	Julio	2023	[illegible]	SI ✓	
21	JULIO	2024	Ent.	SI ✓	
21	Julio	2025	Med.	✓	X
22	07	2025	Med	✓	
21	07	2026			

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
23/01/2023	12	85	48	16	16,6	27/10/23	Victoria Arcos
24/07/23	12,5	91	50	15	15,1	21/07/23	[illegible]
22/07/24	15	96,6	50	15	16,3	21/07/25	[illegible]
22/07/25	16,5	101	51	16	16,2	21/07/26	[illegible]

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer — Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida — Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

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

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

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

Valor reportado TSH:

Fecha verificación:

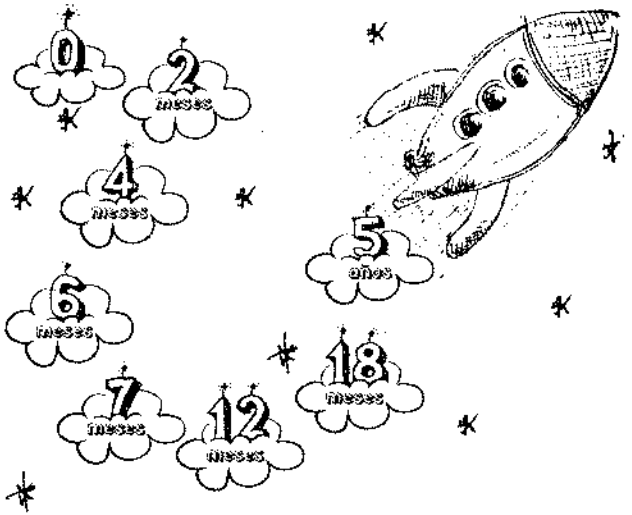
Profesional que verificó:

Exíjalo

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

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

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



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

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

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

AIEPI

de cero a siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

13
R/V

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Katalexa Valentina Rios

Fecha de nacimiento: 21- Julio -20

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1058677989

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3200

Dirección: Kra 9a - Antigua Policía

Teléfono:

Responsable: Blanca E. Queto

Municipio de residencia: Arjelia

Departamento: Cauca

CC 1122332458

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: _____ **Registro Civil:** _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva SI☐ No☐							
	Tuberculosis B.C.G.	Única	29-7-20	Serum	03186258	Angela		
	Hepatitis B	Recién nacido	29-7-20	Serum	03219[illegible]30			
2 Meses	Lactancia materna exclusiva SI☐ No☐							
	Polio (Oral - IM)	1ª	29-9-20	Sanofi	R2L89[illegible]			
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	29-9-20	Serum	L859R03X6	Angela V		
	Rotavirus	1ª	29-9-20	Glaxo	APRCYL8X9			
	Neumococo	1ª	29-9-20	Glaxo	ASPN227284			
4 Meses	Lactancia materna exclusiva SI☐ No☐							
	Polio (Oral - IM)	2ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	11-11-20	Serum	2859R031F	Angela		
	Rotavirus	2ª		Glaxo	APRCYL8X9			
	Neumococo	2ª	11-11-20	Glaxo	ASPN227284	Est	29 Nov 20	
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	29-1-21	Serum	B3L69[illegible]			
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	29-1-21	Serum	2850X009C	Hyc		
	Influenza	1ª	06-07-21	Sanofi	W3087N	Ang		
7 Meses	Influenza	2ª	06-8-21	Sanofi	V3087N	Ang	29 Nov 20	
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	06-8-21	Serum	0130405AB	Angela		
	Fiebre Amarilla	1ª	06-08-21	Sanofi	V5E5A			
	Neumococo	Refuerzo	06-8-21	Glaxo	ASPN330BB	Ange		
	Influenza	Anual						
	Hepatitis A	ÚNICA	06-8-21	Merck	T03168	Ange		
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	07-12-22	Serum	2821CC16A	HFCD		
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	07-12-22	Bada	2114014	HFLP		
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo	22-07-25	Biodecal	L413C07	HFLP		
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo	22-07-25	Serum	L21CC52AA	HFLP		
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	19-03-23	Serum	013M03B1	HFLP		
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª					CITA! 5 AÑOS CUMPLIDOS	
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela		06-8-21	Merck	T0 29015	Ange		
	SR	R1	07-12-22	Serum	C121M02	HFLP		
	Varicela	unica	22-07-25	Merck	401359D	HFLP		
	DY						6 Sep 21	

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

14
R/N

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos | Prosperidad

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 02 MES 04 AÑO 2023 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES BATALEXA VALENTINA APELLIDOS RIOS QUETA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.058.677.989

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 21 MES: 04 AÑO: 2020 EDAD: 4 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 utero y el sarampion. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a si mismas y a quienes las rodean.

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 validacion 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 Primera dosis [ ] Segunda dosis [ ] dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamacion de los ganglios (linfadenopatia); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES

La vacuna tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 días postparto, siempre que los posibles beneficios superen los posibles riesgos con base en la evaluación clínica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante, lo cual deberá presentar al momento de la vacunación certificación que acredite tal evaluación.

La vacuna que se le está administrando es eficaz para evitar complicaciones severas y muerte en la gestante y el feto por SARS CoV-2 COVID-19

A la fecha no hay pruebas que la vacuna cause efectos adversos importantes para la mujer embarazada, el feto o la placenta, además de los ya observados para la población general

A nivel poblacional son muchos mayores los beneficios de administrar el biológico, sobre los riesgos de llegar a padecer COVID-19 durante la gestación, por el impacto que sobre la salud materna y perinatal produce la infección por SARS-Co-2 y ante el alto riesgo de complicaciones severas, ingreso a UCI, y morbilidad y mortabilidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (COVID-19) de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

Soy mujer con más de 12 semanas de gestación o durante los 40 días posparto. SI ☐ NO ☐ y en caso afirmativo aporto derivación del médico tratante que acredita evaluación clínica para que sobre adjunto a este consentimiento, requisito indispensable para recibir la vacuna.

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

Firma de la persona: Jose Rico

1122339682

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

Nombres _____ Apellidos _____

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

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

_____ identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ número _____

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Jenifer Yuleth Cabezas Meneses

Firma Jenifer Cabezas Tipo de Identificación: CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446069

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFU

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel

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

15

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.122.338.458**
QUETA LUCITANTE
APELLIDOS
BLANCA EDILMA
NOMBRES

Blanca Edilma Queta l
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-SEP-1988**
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
VALLE DEL GUAMUEZ (PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-MAY-2007 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6401800-00158475-F-1122338458-20090517 0011506847A 1 9923135657

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.339.682
RIOS LOAIZA
APELLIDOS
JOSE ADALBERTO
NOMBRES

Alberto Rios
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 24-MAR-1990
RISARALDA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

28-JUL-2009 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-5401800-00174586-M-1122339682-20090902 0015844690A 1 30230879

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Kataleya Valentina Rios Queta

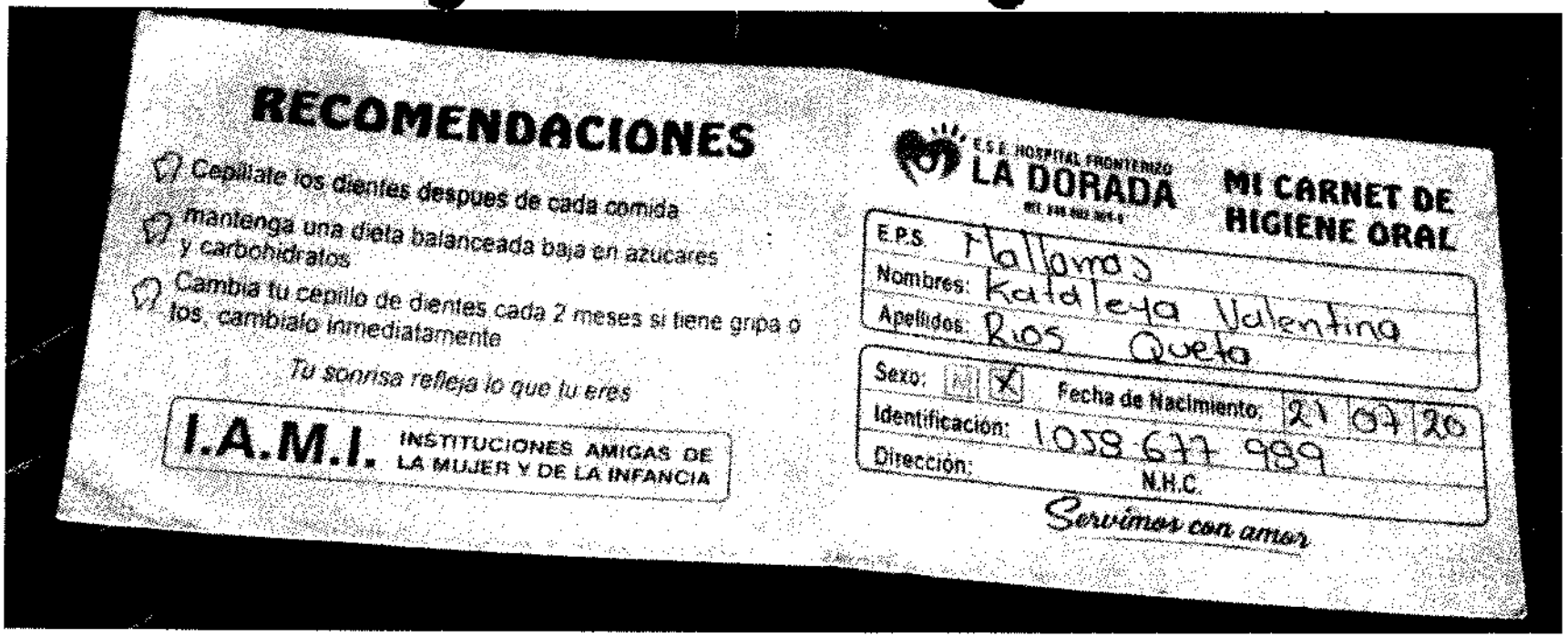
Doc. de identidad: 1058677989 EPS: Mallamas

Teléfono: 3145664811 Domicilio: Campo Alegre

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			8 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico												
		Atención en salud por medicina general												
		Atención en salud por enfermería											22-7-24	
		Atención en salud bucal por odontología							Higiene oral 21 JUN 2023					
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna												
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor												
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana											17-7-2024	
		Aplicación de sellantes (según criterio)												
	V	Vacunación												

Laura Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg 22063
Universidad de Caldas

Agudeza Visual 20/20 normal 22-7-24



RECOMENDACIONES

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

Tu sonrisa refleja lo que tu eres

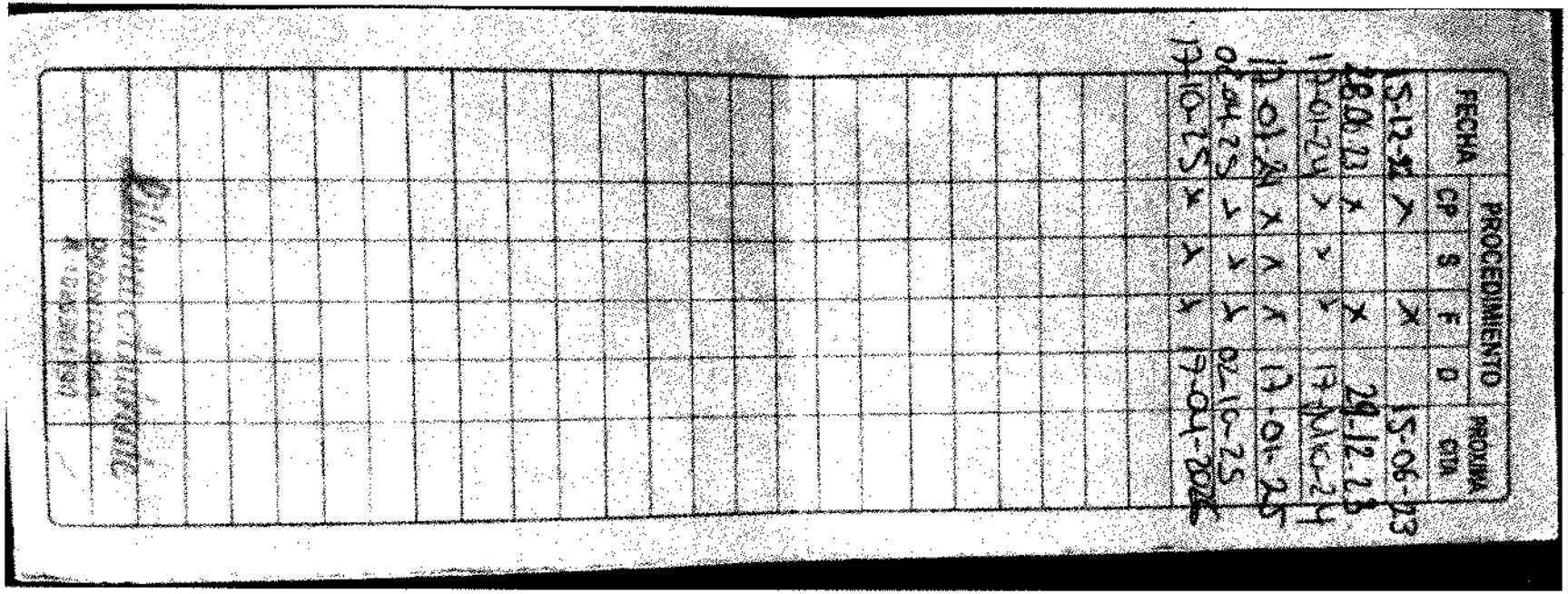
I.A.M.I. INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y DE LA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MI CARNET DE HIGIENE ORAL

E.P.S. Mallamas
Nombres: Katleya Valentina
Apellidos: Rios Queta
Sexo: M [X] Fecha de Nacimiento: 21 07 20
Identificación: 1058 677 989
Dirección: N.H.C.

Servimos con amor



FECHA	PROCEDIMIENTO					PROXIMA CITA
	CP	S	F	D		
15-12-24	X	X	X			15-06-25
26-01-25	X	X	X			29-12-25
29-04-25	X	X	X			12-01-26
10-15-25	X	X	X			02-10-25
10-04-2025	X	X	X			10-04-2026

Fundación Alma de Vida
Fomentando cambios de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Blanca edilma queta Identificado con C.C N° 1122338458 en calidad de: padre o madre (Madre), del niño o niña: Katalleya Valentina Rios o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mis Lemuritos, 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 01 Días del mes de 04 del Año 2025.

Blanca Edilma Queta
Madre o Acudiente
C.C 1122338458

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 Kataley d valentina nos, identificado (a) con documento de identidad número 1058684969 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	x	Audios	x	Videos	x	Otros datos personales	x

Autorización - Uso imagen del titular:
Yo, Blanca edima gueta, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122338455 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	x	Audios	x	Videos	x	Otros datos personales	x

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por fundacion alma deuda en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa EIC

Suscriben:

Firma: Blanca Edima Gueta
Nombre: Blanca Edima Gueta
Calidad - Titular/Acudiente Representante legal:
Teléfono de contacto: 3118272938
Fecha: 01/01/2025
Municipio: San Miguel

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San miguel

Nombre completo de la niña o niño KATALEYA VALENTINA RIOS QUETA

Fecha de nacimiento 21 07 2020 **N° Documento de Identidad** 1.058.677.989

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** 02-04-2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Yennifer Quiñonez Diaz

Fecha de registro cualitativo 03-07-2025

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 kataleya Valentina Rios realiza sus actividades de acuerdo a su rango de edad, es dinamica le gusta escuchar canciones infantiles.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Sandra Natalia Diaz

Fecha de registro cualitativo 06 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

La niña Kataleya Rios Participa Activamente de las actividades propuestas acorde a su edad, comparte con los demas niños, Esta en Perfil esperado.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

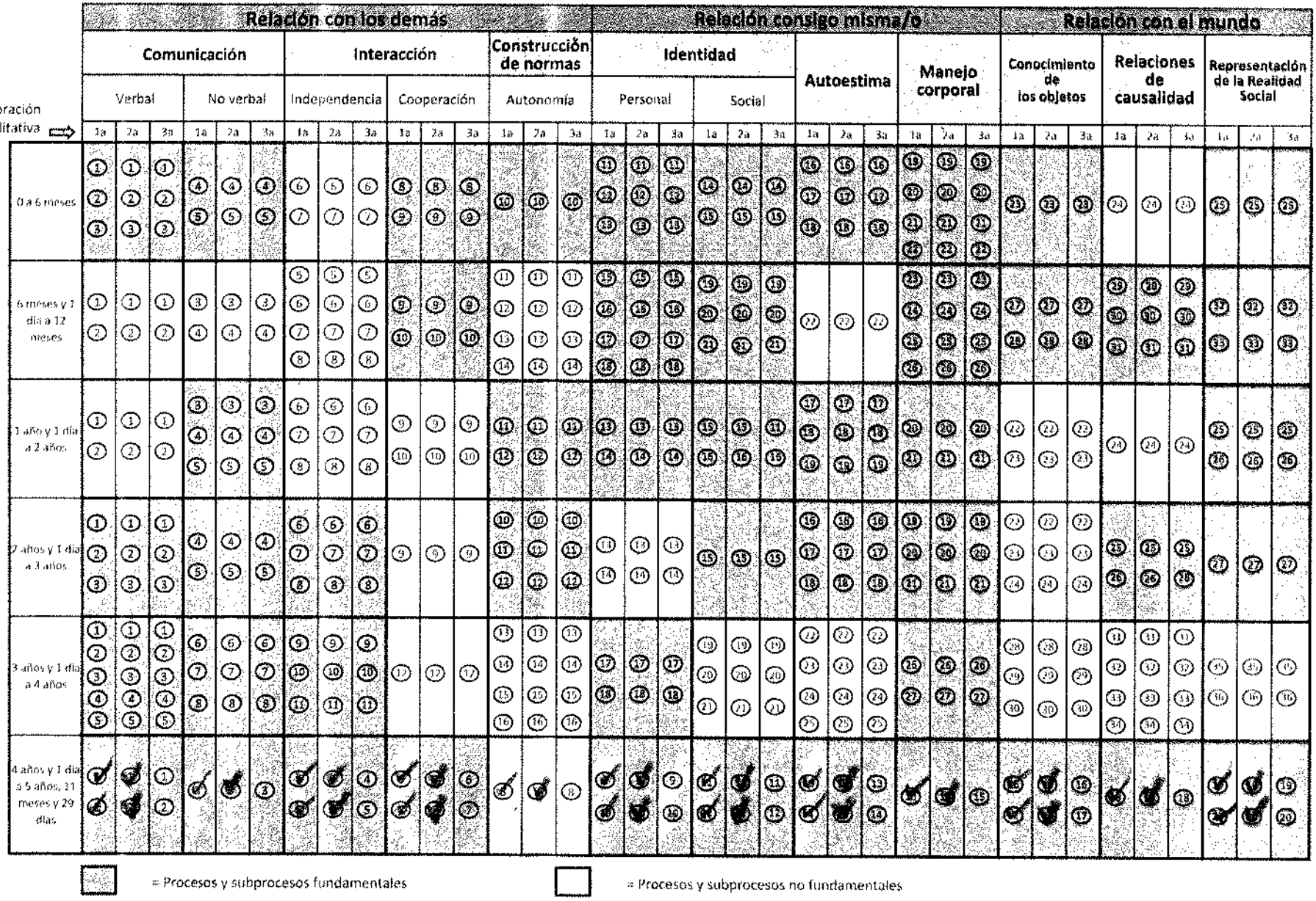
Fecha de resgistro cualitativo

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

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

Observaciones generales

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



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

RIP

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Andrea Cordoba NOMBRE UCA: Mis Ternuritas

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Kataleya Valentina Rios IDENTIFICACIO: 1058677989 FECHA DE NACIMIENTO: 21-Julio-2020

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					
19-08-2025	X			4:52	Madre se comunica con agente educativo mediante llamado telefonico, para solicitar permiso para el dia del encuentro ya que debe realizar unas diligencias	Blanca Edilma Quetal.	Andrea Cordoba	Se realizara seguimiento al participante para verificar estado de salud.	el dia 21 se comunica con la madre para verificar sobre el estado de salud de la niña en donde manifiesta estar en buenas condiciones.	Madre se compromete a asistir al proximo encuentro y mantener informado sobre el estado de salud de la niña. Se cierra la novedad.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Andrea Cordoba NOMBRE UCA: Mis Tesoritos

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Kataleya Valentina Rios IDENTIFICACIO: 1058627989 FECHA DE NACIMIENTO: 21-julio-2020

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					
10-08-2021	X				Se realiza llamado telefonico a la madre de familia en donde se le da a conocer que le hace falta el biologico de influencia, madre refiere que no le aplicamos por que no habia el biologico.	Blanca Edilma Quiroga	Andrea Cordoba	realizamos verificacion de carnet de vacuna y evidenciamos que no tiene el biologico de influencia dando a conocer que por la edad lo recibe		Madre se compromete a estar mas atenta en la documentacion y salud del niño Se cierra la novedad el 10-09-2021