Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con otografía del usuario. ✓
2	Lista de chequeo documentos participantes ✓
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras). ✓
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar _X_ en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización) _X_ 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	Código: FO-GG-012
	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 25/03 /2025



FECHA SOLICITUD CUPO: 27-03-25 FECHA INGRESO: 16-04-202
UDS: Pequeños Exploradores MUNICIPIO: San miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Yoniel Yetzael Ortegon Lucitante

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1126144139
¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? _____

FECHA NACIMIENTO: 22-10-2021 EDAD: 3.5 meses MUNICIPIO: Nueva loja
DEPARTAMENTO: Sucumbios PAIS: Ecuador DIRECCION
DE RESIDENCIA: Campo Alegre ESTRATO: 1 ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: __ NO: X
¿CUAL?: N/A MOTIVO DEL RETIRO: N/A
PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: N/A
EPS DEL PARTICIPANTE: Mallamas SUBSIDIADO: X CONTRIBUTIVO:
PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X DIAGNOSTICO: N/A
ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A
PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: N/A
PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: 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: Yonier Hernan Ortegon Cueta
No. IDENTIFICACION: 1.004.635.493 DIRECCION RESIDENCIA: Campo Alegre
CELULAR: 3145933568 E.P.S: Mallamas
OCUPACION U OFICIO: Oficio varios.
EMPRESA DONDE LABORA: N/A
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller. PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yanary Lisbeth Lucitante Ceron
No. IDENTIFICACION: 1.122.336.932 DIRECCION RESIDENCIA: Campo alegre
CELULAR: 3145933568 E.P.S: Mallamas
OCUPACION U OFICIO: Ama de casa
EMPRESA DONDE LABORA: N/A
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Yanary Lizbeth Lucitante C.
NUMERO IDENTIFICACION: 1122336932 CELULAR: 3145933568
DIRECCION: Campo alegre. PARENTESCO: Madre

Yanary Lucitante
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Zuleidy Canizal.
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

3

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

NUIP 1126144131

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57310704

* 57310704 *

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [X] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Y 4 Z

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

ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ORTEGON	LUCITANTE

Nombre(s)

YONIEL YETZAEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes OCT Día 22	MASCULINO	O	+

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

ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	2150712269

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

Apellidos y nombres completos

ORTEGON QUETA YONIER HERNAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1004635493	COLOMBIANA

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

Apellidos y nombres completos

LUCITANTE CERON YANARY LISBETH

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1122336932	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

LUCITANTE CERON YANARY LISBETH

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1122336932	Yanary Lucitante

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes ENE Día 27	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
YONIER HERNAN ORTEGON QUETA Firma	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

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 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 campo alegre del afilador hace costar que el niño **YONIEL YETZAEL ORTEGON LUCITANTE** Identificada con RC, No **1126144131** expedida **ECUADOR (NUEVA LOJA)** 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 Cofa

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

5

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	1126144131
NOMBRES	YONIEL YETZAEL
APELLIDOS	ORTEGON 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	18/02/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/20/2025 00:22:40	**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**,

fox

E.P.S. INDIGENA MALLAMAS

ORTEGON LUCITANTE YONIEL YETZAEL
Nombres y Apellidos Completos
Doc. Identificación: RC 1126144131 Género: M
Fecha Nacimiento: 22/10/2021 Nivel Sisben:
Fecha Afiliación: 18/02/2022 Discapacidad: Ninguna
Vigencia: INDEFINIDO | Carnet N°: **867570000497017**
Dirección: AFILADOR CAMPO ALEGRE
Ips Primaria: ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

6

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 prestación de éste carné para acceder a los servicios contemplados en el POS-S
Valido únicamente en la Red Prestadora de Servicios autorizado por MALLAMAS EPS-I

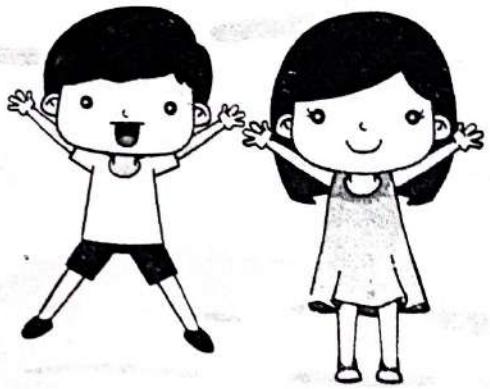
Vigilado Supersalud

GERENTE MALLAMAS EPS-I

LINEA SALUDABLE 018000 913701 / 7337 en IPIALES
www.mallamaseps.com.co E-mail contactenos@mallamaseps.com.co
ESTE CARNET ES DE USO PERSONAL E INTRANSFERIBLE

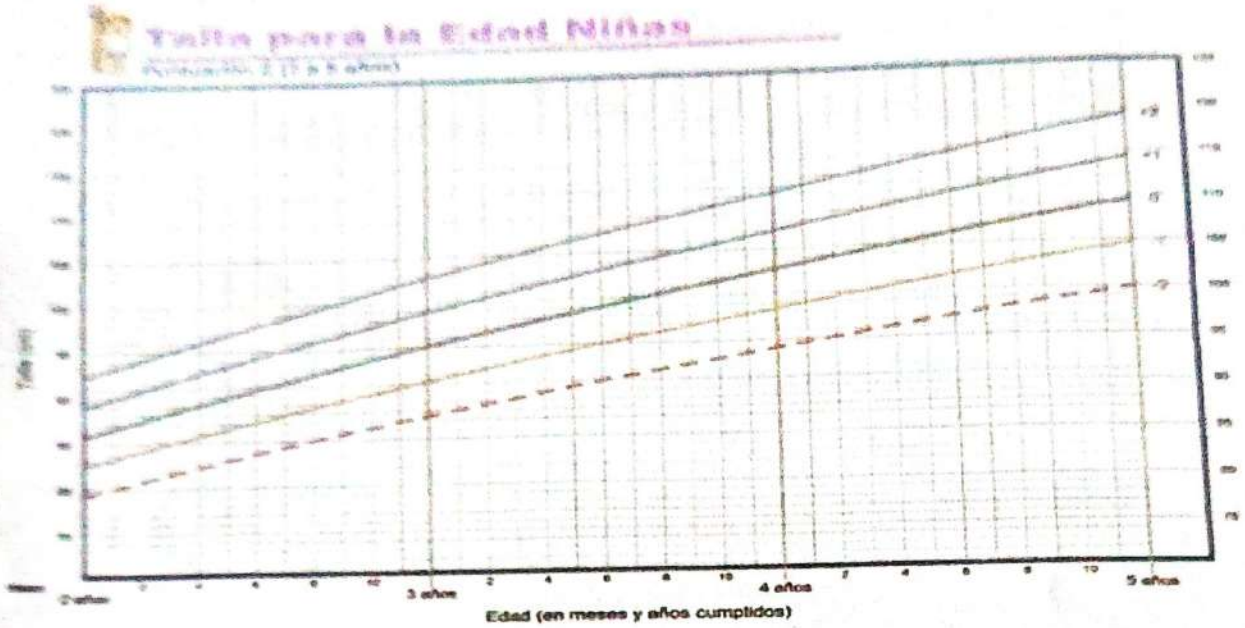
CARNET DE CONTROL

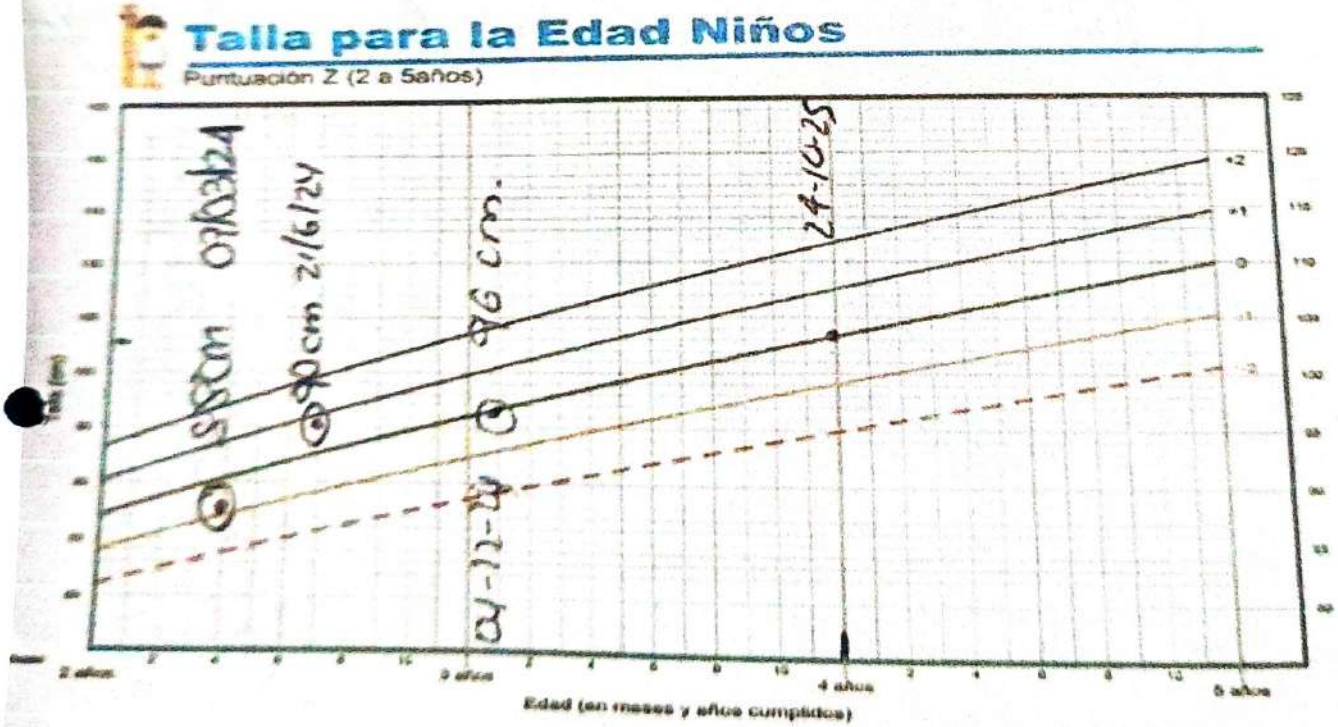
Niño y Niña SANOS



Mis Datos

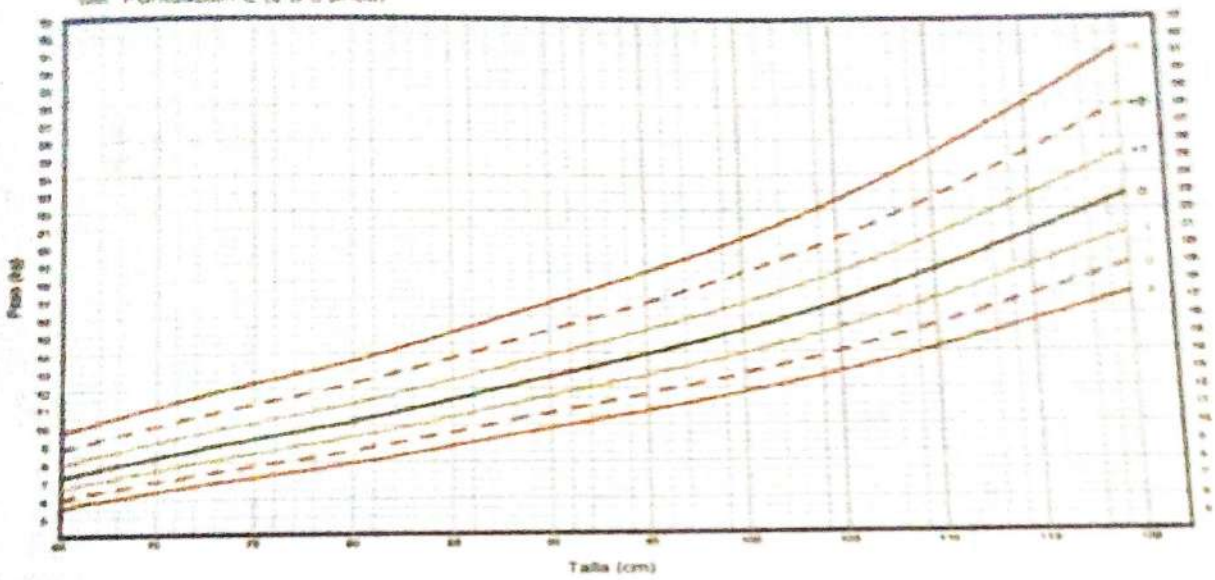
Nombres: Yoñel Yctzael	Apellidos: Oitegon Loaitanti.
Fecha de Nacimiento: 22 DIA | 10 MES | 2021 AÑO	Historia Clinica: 1126144131.
Barrio/Vereda: C. Alegre.	Responsable del Niño: Yanary Lisbeth Loaitente.
Teléfono: 3112705736	EPS: Mallamas.


Talla para la Edad Niñas
Edad (en meses y años cumplidos)


Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5años)
24-10-25
96 cm.
21/6/24
90cm
08/03/24
85cm
04-11-24
Edad (en meses y años cumplidos)

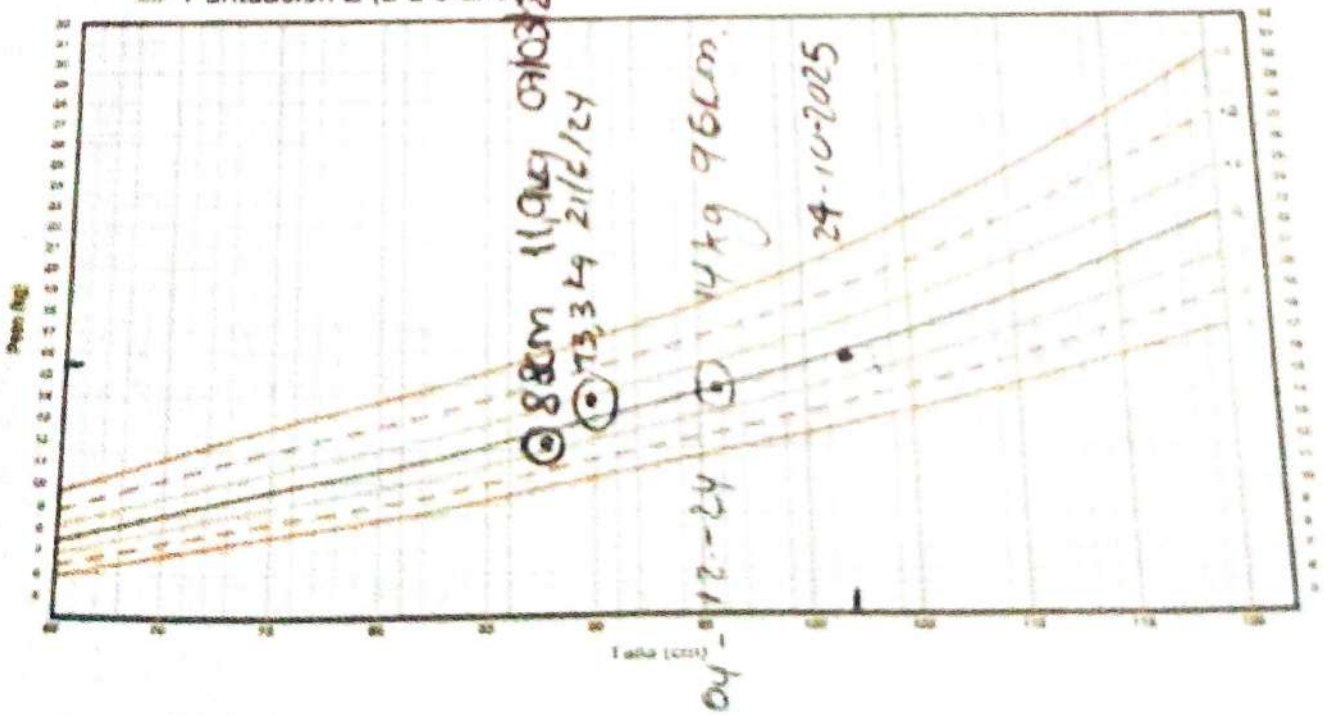
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



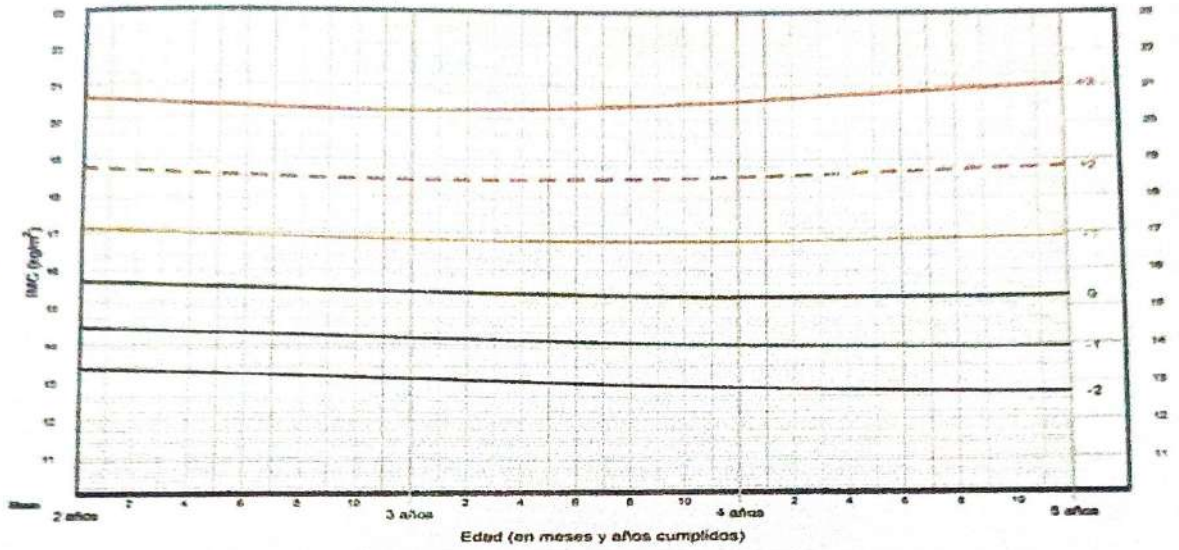
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



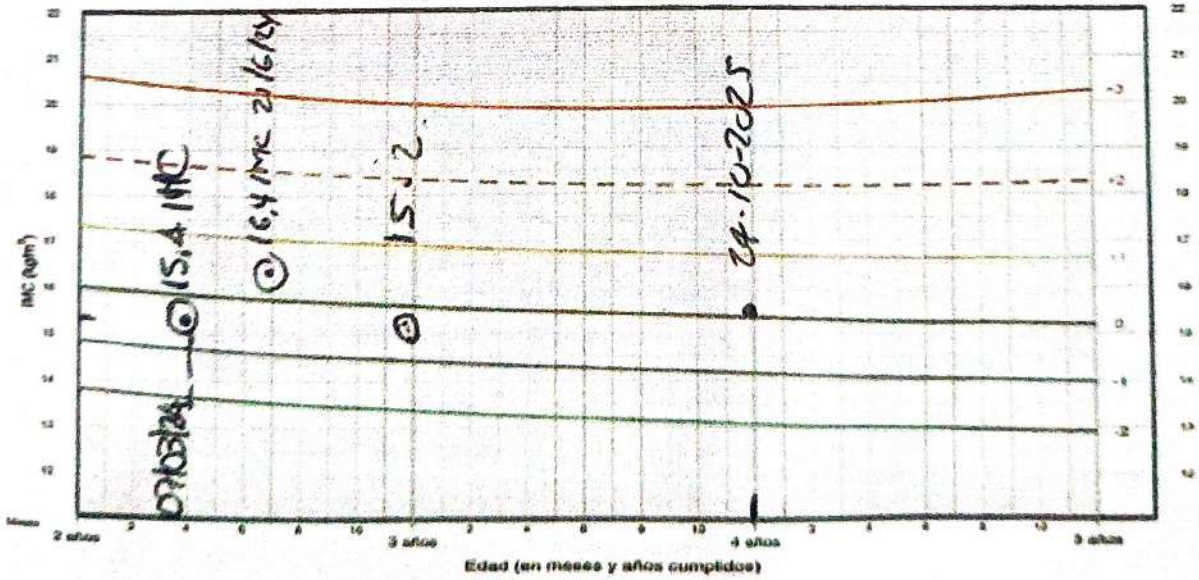
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO SI	ASISTIO NO
10	Mayo	2022	x Enf.	Si ✓	
22	Noviembre	2022	Medico	Si ✓ → No X	
11	01	23	Med	Si ✓	
23	04	23	Enf.	Si ✓	
10	Octubre	2023	Enf	Si	
22	05	2024	Enf	Sandra Milena Hernandez	
22	10	2024	Medico	Enfermera	
22	10	2025	Enfermera	1006593141	
22	10	2026	Medico		

☑ Mi álbum familiar



Carné de salud infantil

☑ **Datos del niño o de la niña**

1° Apellido: Ortegon

2° Apellido: Lucitante

Nombres: Yoniel · Yetzael ·

Fecha de Nacimiento: Día: 22 Mes: 10 Año: 2021 ·

Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒ Indeterminado ☐

Grupo Sanguíneo: _____ Rh: _____

Lugar de nacimiento: (Institución) Ecuador

Dirección: Campo Alegre

Teléfono: 3138563204

EPS/ARS: Nalkamas

No. de Afiliación: _____

No. de Registro Civil: NUIP: _____

No. de Certificado de Nacido Vivo: _____

☑ **En caso de urgencia favor avisar a:**

Nombre: Yonary Lucitante ·

Domicilio: _____

Municipio: _____ Departamento: _____

Teléfonos: _____

Otros domicilios: _____

CARNÉ DE VACUNACIÓN

	VACUNAS	FECHA	LOTE NUMERO	LABORATORIO	I.P.S.	PRÓXIMA CITA	VACUNADOR	OBSERVACIONES
R.N.	HEPATITIS B	12-10-21	0379H209		HMIV			Lic Maribel.
	BCG	12-10-21	03200011A		HMIV			Casascango
2 MESES	DIFTERIA TETANOS TOS FERINA	13/1/22	Serum	285O4O18D		HFID		
	HEPATITIS B	13/1/2022	Serum	285O4O18D		HFID		
	H. INFLUENZA B	13/1/2022	Serum	285O4O18D		HFID		
	POLIO	13/1/2022	Serum	2021C1		HFID		Karen Achicanoy
	ROTAVIRUS	13/1/2022	68K	AROICC12AF		HFID		
	NEUMOCOCO	13/1/2022	68K	ASPNB30KA		HFID		
4 MESES	DIFTERIA TETANOS TOS FERINA	18/3/22	Serum	285OX035D		HFID		
	HEPATITIS B	18/3/22	Serum	285OX035D		HFID		
	H. INFLUENZA B	18/3/22	Serum	285OX035D		HFID		
	POLIO	18/3/22	Serum	2115004		HFID		Marcos Casanova.
	ROTAVIRUS	18/3/22	Serum	AROIC88AA		HFID		
	NEUMOCOCO	18/3/22	68K	ASPOB81KAA		HFID		
6 MESES	DIFTERIA TETANOS TOS FERINA	10/6/22	Serum	285O4O38D				
	HEPATITIS B	10/6/22	Serum	285O4O38D		HFID		
	H. INFLUENZA B	10/6/22	Serum	2115004				E-SE Pavenil
	POLIO	10/6/22	Serum	285O4O38D				
6 A 23 MESES	INFLUENZA ESTACIONAL 1 DOSIS	10/6/22	Serum	Green	VS022100C		HFID	
	INFLUENZA ESTACIONAL 2 DOSIS	21/09/22	Serum	Green	VS022419VC9		HFID	E-SE Pavenil
	INFLUENZA ESTACIONAL REF.	16-06-2023	Serum	VS052 3501	ESE Pasto			Dra Dalgir
12 MESES	SARAMPION RUBEOLA PAROTIDITIS	19-1-23	Sanofi	013ON133B		HFID		
	VARICELA	19-1-23	Merck	V016461		HFID		
	NEUMOCOCO	19-1-23	68K	ASPNB338K		HFID		Falya Guerrero
	HEPATITIS A	19-1-23	MSD	1036208		HFID		
18 MESES	DIFTERIA TETANOS TOS FERINA	16-06-2023	Serum	285O4O38D		ESE Pasto		Dra Dalgir
	POLIO TW	16-06-2023	Biulog	2115546		ESE Pasto		Dra Dalgir
	FIEBRE AMARILLA	19-1-23	Sanofi	TV8C13		HFID		Falya G
5 AÑOS	DIFTERIA TETANOS TOS FERINA							
	POLIO							
	SARAMPION RUBEOLA	16-06-2023	Serum	013ON2-		ESE Pasto		Dra Dalgir
	VARICELA							

Pavenil HFID 20-02-2023 SR

15
E/V

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos | Minsalud

CIUDAD La Dorada San Miguel FECHA: DÍA 15 MES Abril AÑO 2025 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Yoniel Yefzuel APELLIDOS Ortegon Lucitante

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 7726.744.137

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 22 MES oct b AÑO: 2021 / EDAD: años 3 años 7 meses

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)

¿COMO 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: Yanary Lisbet Lucitante

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

Nombres Yanary Lisbet Apellidos Lucitante

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.122.336.932

Firma: Yanary

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar _____, identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma el(la) señor(a)

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

de _____

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

Nombres y apellidos del vacunador:
Firma Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS):

DEPARTAMENTO/DISTRITO: MUNICIPIO:

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

16

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.122.336.932**

LUCITANTE CERON

APELLIDOS

YANARY LISBETH

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-JUN-2000**

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

1.51	**B+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-SEP-2018 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6401600-01051552-F-1122336932-20181219 **0063**786300A 1 51126617

17

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

41125895

NUMERO

CERON

APELLIDOS

MARIA CATALINA DEL SOCORRO

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-ENE-1978

LOS ANDES
(NARIÑO)

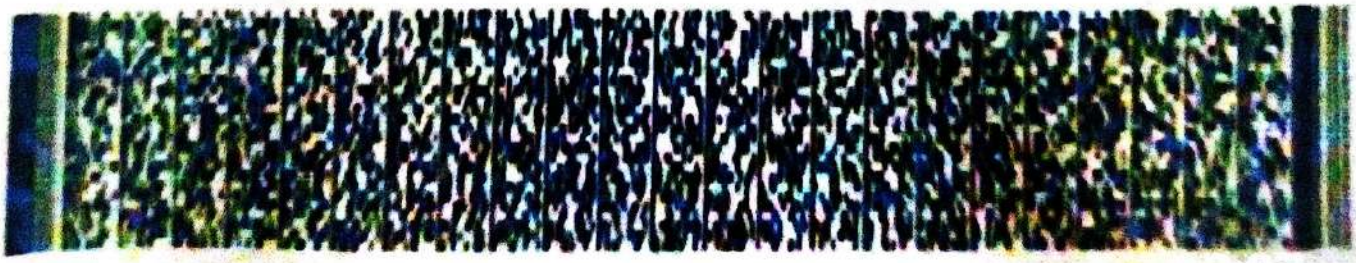
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63	B+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-SEP-2000 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-8401800-70112264-F-0041125895-20030619 0045003170P 01

18

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.004.635.493
ORTEGON QUETA
APELLIDOS
YONIER HERNAN
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 19-ENE-1999
POLICARPA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
02-MAR-2017 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-6401800-00890413 M 1004635493 20170323 0064434459A 1 4707111d

CARNET
RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Yoniel Yefzael Ortegon

Doc. de identidad: RC 1126144131 **EPS:** Nallamas

Teléfono: 3138563204 **Domicilio:** El Campo Alegre

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGUN LA EDAD EN MESES (M) o AÑOS (A)												
			0 DÍAS	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
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud bucal por odontología									6-6-2024 12-6-2024 18-6-2024				
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor									6-6-2024 6-8-2024		7-8-25		
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana													
		Aplicación de sellantes (según criterio)									6-6-2024 6-8-2024				
	V	Vacunación													

Liliana Maribel Cordoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 2017

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Yanary lisbeth Lucitante ceron Identificado con C.C N° 1122336932 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Yoniel Yetzael Lucitante 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.

Yanary Lucitante
Madre o Acudiente
C.C 1122336932

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 Yoniel Yefzael Ortegon Lucitante, 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, Yanary Lisbeth Lucitante, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.336.932 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

La autorización comprende:

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

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

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

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

Suscriben:

Firma: Yanary Lucitante
Nombre: Yanary Lucitante
Calidad - Titular: _____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3145933568
Fecha: 15 abril - 2025
Municipio: San Miguel - Arauca

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

23
RIV

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Yoniel yetzael ortegon lucitante NOMBRE UCA: pequeños exploradores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Daliana morales Mora. IDENTIFICACIO: 1126144137 FECHA DE NACIMIENTO: 22-10-2021

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

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

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

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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad La dorada san Miguel

Nombre completo de la niña o niño Yoniel Yetzael Ortegon Lucitante

Fecha de nacimiento 22 10 2021 **N° Documento de Identidad** 1126744737

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 Es un niño activo y curioso. con un desarrollo global acorde a su edad destaca en el lenguaje comprensivo y en su sociabilidad con sus compañeros tiene buena disposición hacia las actividades a nivel emocional es afectivos y receptivos a los limites, su desarrollo es armonico, sin señales de alertas significativas, aunque se recomienda seguir reforsado sus habilidades

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 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
Cada vez necesita menos ayuda en sus rutinas de cuidado personal, muestra preferencia constantemente por ciertos. niños agrupa. materiales de juego por su semejanza y clasifica los objetos de su ambientación teniendo encuenta su forma

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

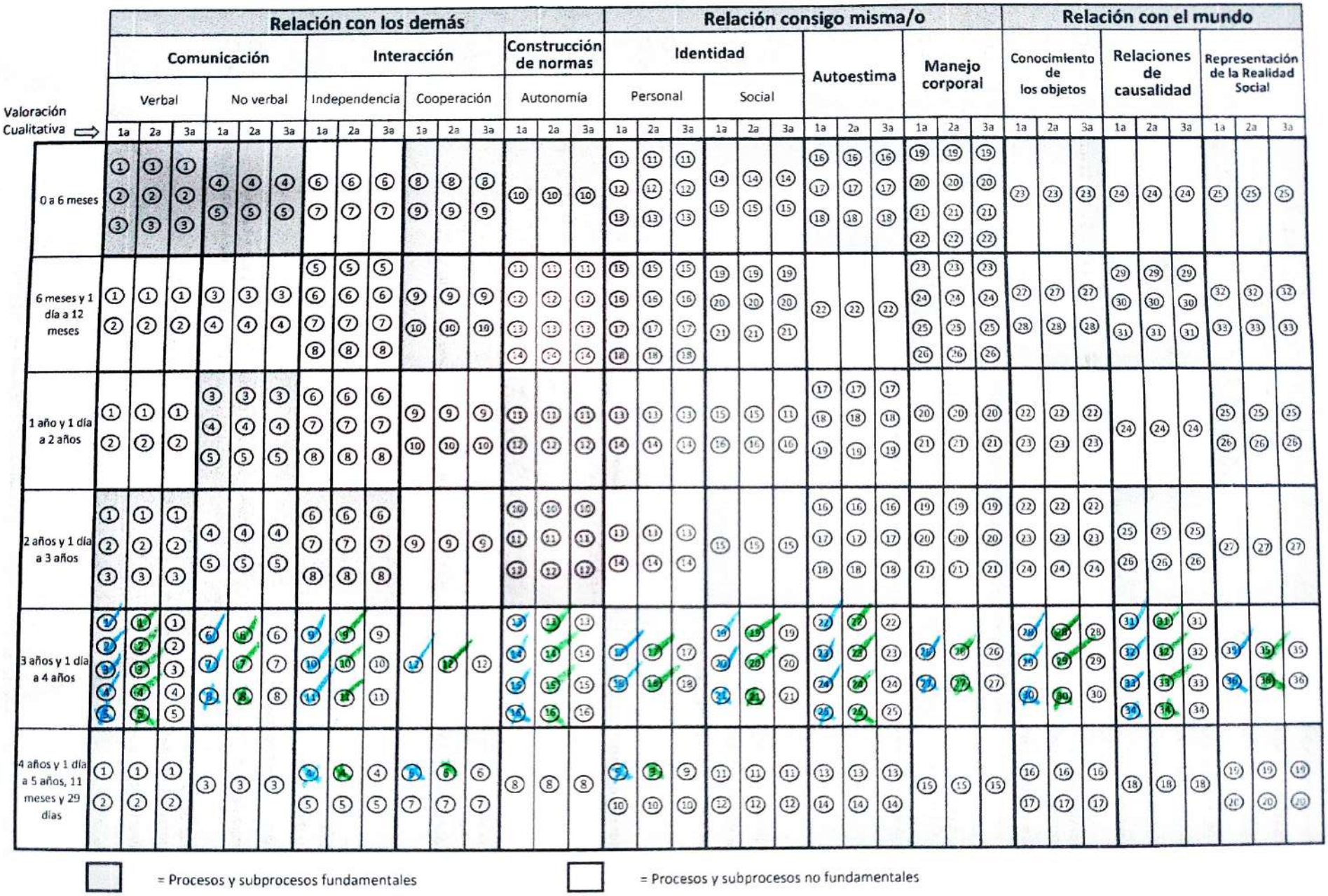
Fecha de resgistro cualitativo

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