Fundación Alma de Vida

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 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) ___Pertenecientes a comunidades (indigenas, afrocolombianas, etc.) ___Niños y niñas con discapacidad. ___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión. ___Población migrante en condición de vulnerabilidad. ___Activos en ruta de reincorporación.
5	Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente: (ADRESS)
6	Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo).
6	Copia del carnet de vacunación.
7	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
8	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
9	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
10	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
11	Fotocopia de un recibo de servicios públicos domiciliarios cuando sea necesario (aplica para zona urbana y en zona rural solo si se cuenta con servicios públicos)
12	Certificado de asistencia a consulta de salud bucal (Niños y niñas mayores de 6 meses)
13	Certificado del examen de agudeza visual (Niños y niñas mayores de 4 años)
14	Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años)
15	Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal.
16	Formato de veracidad de la información ficha de caracterización.
17	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
18	Formato de autorización uso de imágenes.
19	Planilla seguimiento nutricional
20	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
21	Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa,

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



FECHA SOLICITUD CUPO: _____ FECHA INGRESO: 1-09-2025

UDS: Pequeños exploradores MUNICIPIO: San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Lian Alexander Lucitante YiYocuro

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO ___ NUIP No. 1.122.344.391

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? _____

FECHA NACIMIENTO: 13/12/2023 EDAD: _____ MUNICIPIO: Puerto Asis

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION DE RESIDENCIA: _____ ESTRATO: _____ ¿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: N/A

No. IDENTIFICACION: N/A DIRECCION RESIDENCIA: N/A

CELULAR: N/A E.P.S: N/A

OCUPACION U OFICIO: N/A

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Viviana Alexandra YiYocuro Quenama

No. IDENTIFICACION: 1.122.339.173 DIRECCION RESIDENCIA: _____

CELULAR: _____ E.P.S: ~~Ma~~ EMSSANAR

OCUPACION U OFICIO: Ama de Casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: primaria PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: N/A

NUMERO IDENTIFICACION: N/A CELULAR: N/A

DIRECCION: N/A PARENTESCO: N/A

Yeny Wcitante
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Daliana Morales
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

C1.

3

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63700391

NUIP 1.122.344.391

8413

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 6 Z

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL (LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido: LUCITANTE

Segundo Apellido: YIYOCURO

Nombre(s): LIAN ALEXANDER

Fecha de nacimiento: Año 2 0 2 5 Mes D I C Día 1 3

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: O

Factor RH: POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 220981300772 55

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: LUCITANTE YIYOCURO YENNY MERCEDES

Documento de Identificación (Clase y número): TI 1.122.339.048

Nacionalidad: COLOMBIA

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 segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número):

Nacionalidad:

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: LUCITANTE YIYOCURO YENNY MERCEDES

Documento de Identificación (Clase y número): TI 1.122.339.048

Firma: yennylucitante

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número):

Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número):

Firma:

Fecha de Inscripción

Año 2 0 2 4 Mes F E B Día 1 6

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ROY EDISON CALDERON RAMA - REGIST

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

· ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO ·

· 63700391 ·

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 **LIAN ALEXANDER LUCITANTE YIYOCURO** Identificada con RC, No **1.122.344.391** expedida **SAN MIGUEL LA DORADA** Se encuentra registrada en el censo de la comunidad, bajo las normas que se rigen dentro del resguardo del pueblo cofán, por lo tanto, la autoridad tradicional y la autoridad política le otorga la constancia así despeja cualquier inquietud que se vaya realizar.

El presente documento, se firma al primero [1] dias 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

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	1122344391
NOMBRES	LIAN ALEXANDER
APELLIDOS	LUCITANTE YIYOCURO
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	13/12/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/19/2025 23:29:40	**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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



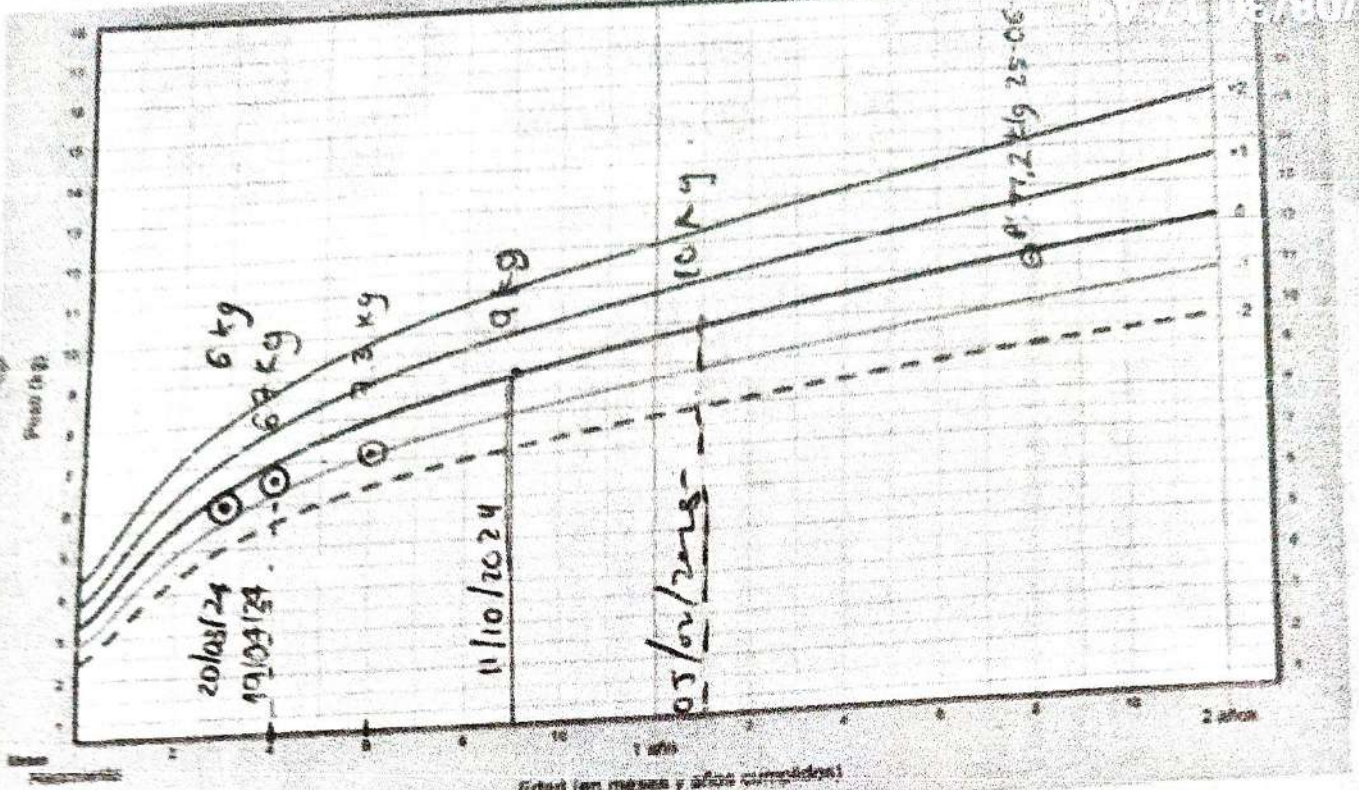
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Lian Alexander	Apellidos: Luatante Yiloruco
Fecha de nacimiento: 13 (DÍA) | 12 (MES) | 2023 (AÑO)	Historia Clínica: 1122343391
Barrio/Vereda: Campo Alegre	Responsable del niño: Yeny Mersedez luatante.
Teléfono:	EPS: 115

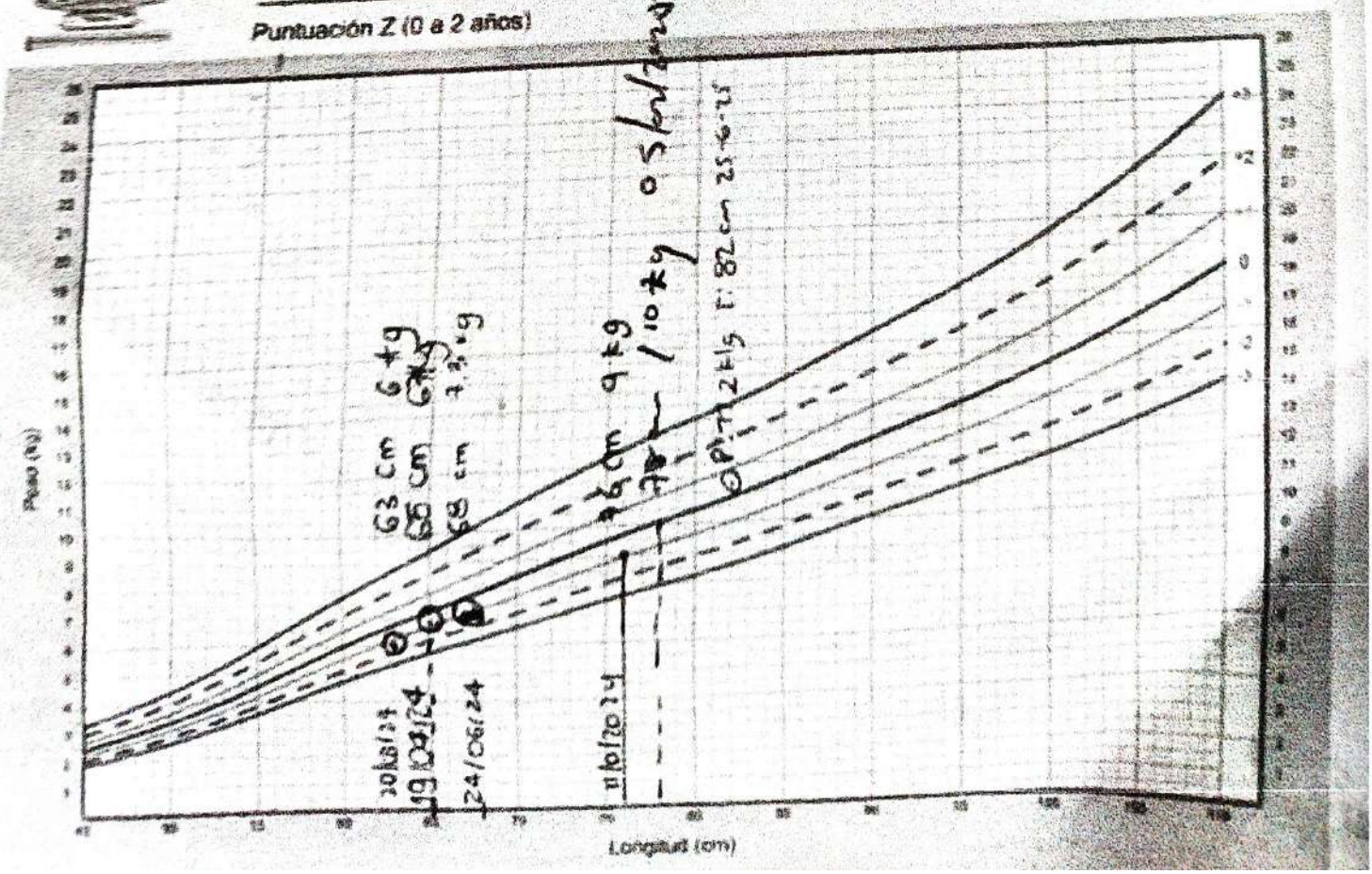
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



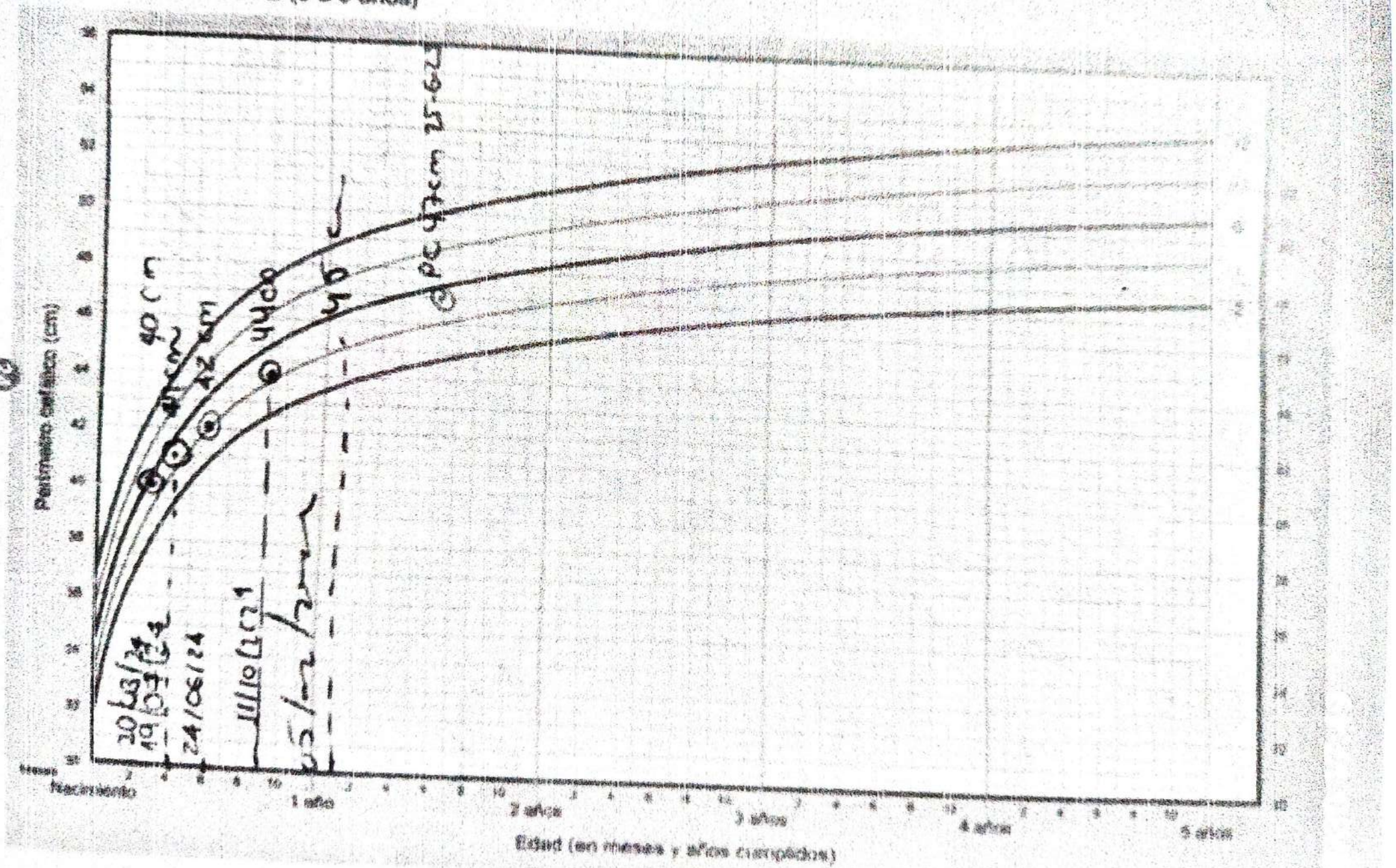
Peso para la Talla Niños

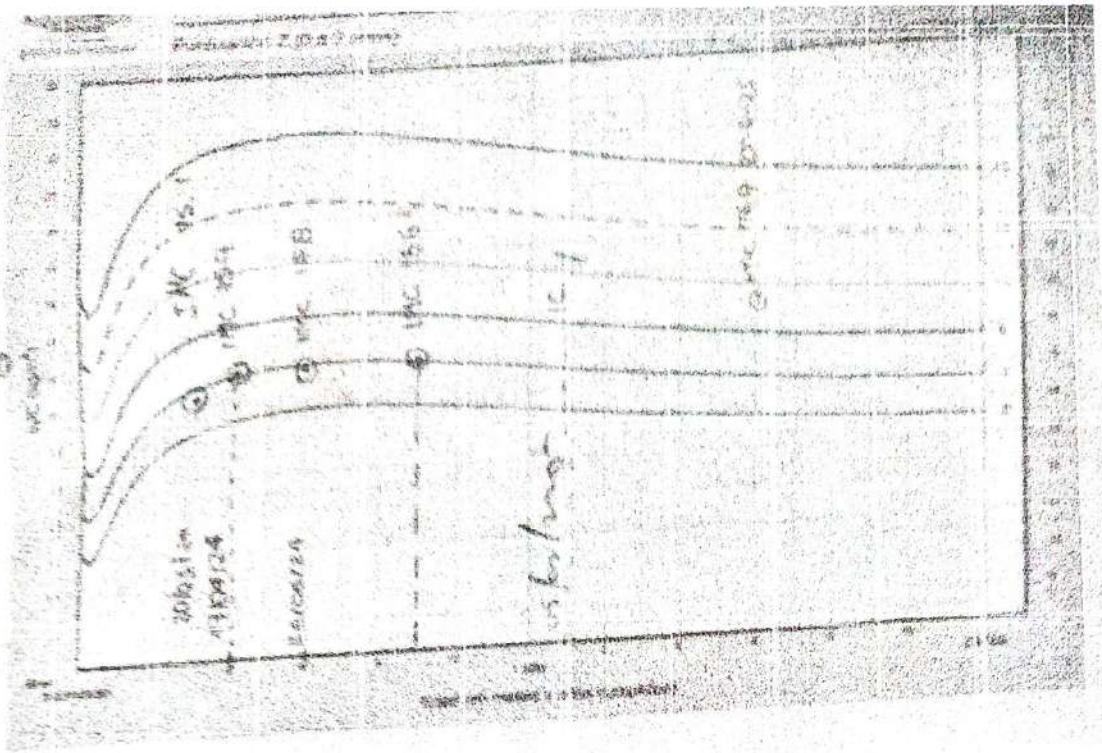
Puntuación Z (0 a 2 años)

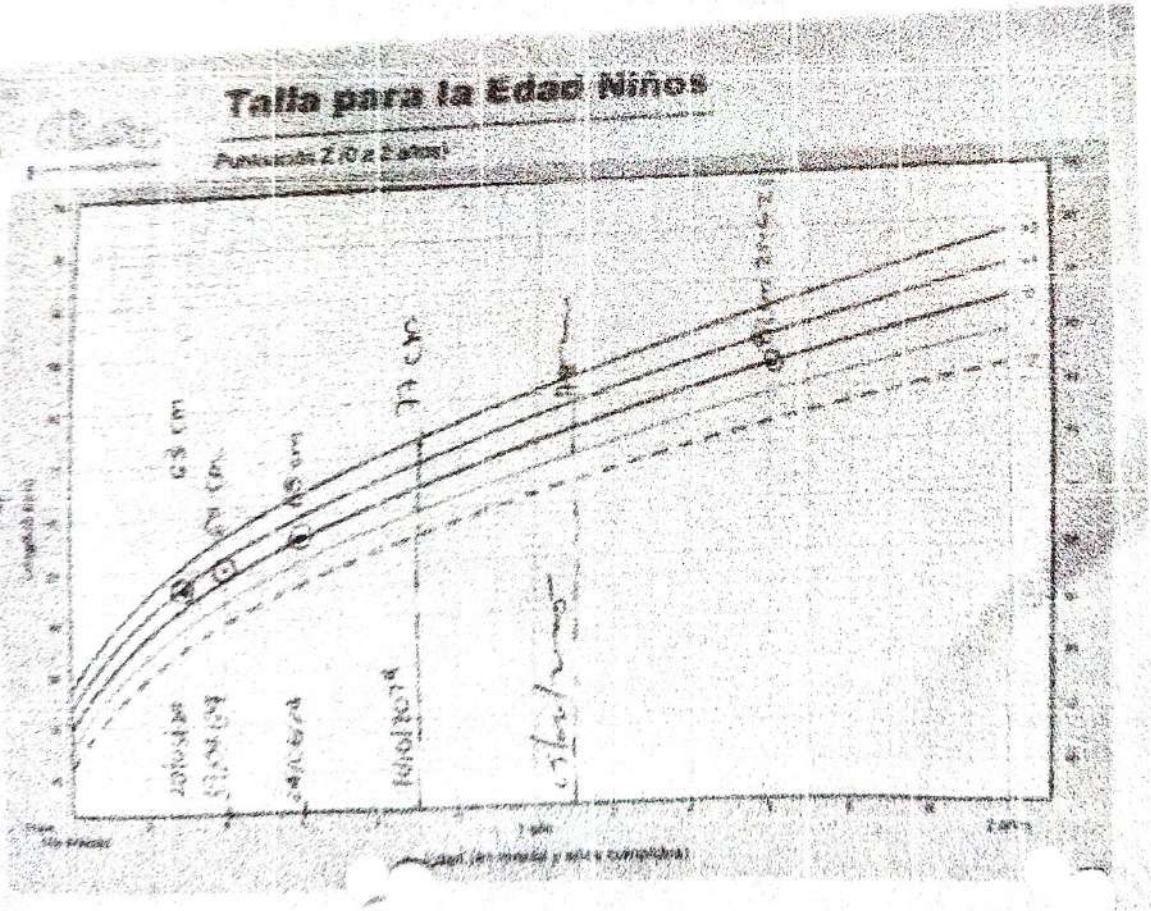


Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)






Talla para la Edad Niños

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO SI	ASISTIO NO
20	03	24	Medico	✓	
13	04	24	Medico	✓	
13	06	24	ENF	✓	
13	09	24	Enf	✓	
13	12	24	Med		X
05	12	2025			
15	06	2025			
25	06	2025	Enferme	SI ✓	Milena C.
13	dicien	2025	Medico	cita	

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
20/03/24	6 kg	63 cm	40 cm	15 cm	15.1	13/04/24	Julieta Vargas
19/04/24	6.4 kg	65cm	41 cm	14 cm	15.9	13/06/24	Karen Ruiz
24/06/24	7.3 kg	68cm	42 cm	14 cm	15.8	13/09/24	
11/10/24	9 kg	76cm	44cm	17cm	15.6	13/12/24	
05/12/24	10 kg	76 cm	45	14	16.4	15/06/2025	
25-06-2025	11,2	82	47	15	16.9	13-12-2025	Milena C.

Nombres y Apellidos: [redacted] **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						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	13	Dic	23	Serum	03724110572	IPS Facatativá				Paulina L. Cuervo
	Hepatitis B	Recién nacido	13	Dic	23	Serum	03224000911	IPS Facatativá				
						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1°	21	Febrero	24	Biologicals	223406071	PS Afiliado				
	Rotavirus	1°	21	Febrero	24	Serum	2X852X00 3A	PS Afiliado				
	Hepatitis B	1°	21	Febrero	24	Serum	2852X002A	PS Afiliado				
	Difteria, tosferina y tétanos (DPT)	1°	21	Febrero	24	Serum	2852X803A	PS Afiliado				
	Diarrea por rotavirus	1°	21	Febrero	24	6 S K	A10LD293AA	PS Afiliado				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1°	21	Febrero	24	6 S K.	74992 5	PS Afiliado				
						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2°	19	Abril	24		2234007	PS Afiliado				
	Rotavirus	2°	19	Abril	24	Serum	785X00 3A	PS Afiliado				
	Hepatitis B	2°	19	Abril	24	Serum	2852X003A	PS Afiliado				
	Difteria, tosferina y tétanos (DPT)	2°	19	Abril	24	Serum	2852X603A	PS Afiliado				
	Diarrea por rotavirus	2°	19	Abril	24	6 S	AALD9 3 2A	PS Afiliado				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2°	14	Abril	24	6 S	74925	PS Afiliado				
						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3°	1	Julio	24	Biologicals	2234007	PS Afiliado				
	Rotavirus	3°	1	Julio	24	Serum	2852X014B	PS Afiliado				
	Hepatitis B	3°	1	Julio	24	Serum	2852X014B	PS Afiliado				
	Difteria, tosferina y tétanos (DPT)	3°	1	Julio	24	Serum	2852X074B	PS Afiliado				
	Influenza estacional	1°	1	Julio	24	Butantan	240079400	PS Afiliado				
7 meses	Influenza estacional	2°	1	Agosto	24	Butantan	240079400	PS Afiliado				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1°	14	Dic	24	serum	06371N074B	PS Afiliado				
	Rotavirus	Refuerzo	14	Dic	24	Pfizer	6X2719 12	PS Afiliado				
12 meses	Varicela	2°	14	Dic	24	Pfizer	X2761 12	PS Afiliado				
	Hepatitis A	Única	14	Dic	24	MSD	2022074045	PS Afiliado				
	Influenza estacional	Anual	16	Julio	25	Biologicals	2320066					
	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	1° Refuerzo	16	Julio	25	Serum	2953X020C	PS Afiliado				
18 meses	Difteria, tosferina y tétanos (DPT)	1° Refuerzo	16	Julio	25	Serum	2653X020C	PS Afiliado				
	Fiebre amarilla	Única	14	Dic	24	SanoFi	L237NFC00371	PS Afiliado				
	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	2 Refuerzo										
5 años	Difteria, tosferina y tétanos (DPT)	2 Refuerzo										
	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	2°	15	Julio	25	Serum	037N074AA	PS Afiliado				
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1°										
		2°										
		3°										
Vacunas complementarias y otras dosis												

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

Marcos Alonso Cuervo Cuervo
Tec. Aux. Enfermería
C.C 5244513

Marcos Alonso Cuervo Cuervo
Tec. Aux. Enfermería
C.C 5244513

Marcos Alonso Cuervo Cuervo
Tec. Aux. Enfermería
C.C 5244513

Busco ya
los vacunos
en Arcadia para la otra

12
R.V

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos

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

CIUDAD La Dorada. Putumayo. FECHA: DIA 01 MES 09. AÑO 2023 HORA: 9:00 am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Lian Alexander APELLIDOS Cuatante yiyocero

TIPO DE IDENTIFICACION: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NUMERO:

FECHA DE NACIMIENTO DIA: 13 MES: 12 AÑO: 2023 / EDAD: 1.8 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cancer de utero y el sarampion. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicacion de las vacunas las personas se protegen a si 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 aplicacion.

Esta vacuna tiene aprobacion de uso de emergencia y surtio los pasos para la validación cientifica y sanitaria que permite su aplicacion segura en humanos.

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

¿COMO SE APLICA?	Administración via intramuscular en el brazo (tercio medio del musculo 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 inyeccion, 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 (linfadenopatia); malestar general; sensacion 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 farmacologica 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, asi 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 suscripcion 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 aplicacion 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: Yeny Mercedes Lucitante.

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

Nombres _____ Apellidos _____

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

Firma: Yeny Mercedes Lucitante

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

Firma del Rogado

Huella dactilar o plantar del Rogante

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador:

Firma

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS):

DEPARTAMENTO/DISTRITO:

MUNICIPIO:

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.122.339.048

LUCITANTE YIYOCURO
APELLIDOS

YENNY MERCEDES
NOMBRES

yenny Lucitante
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 19-ABR-2008
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

19-ABR-2026 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

09-JUL-2015 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-6401800-00756678-F-1122339048-20151020 0047060162A 2 30129949


CARNET RIAS PRIMERA INFANCIA

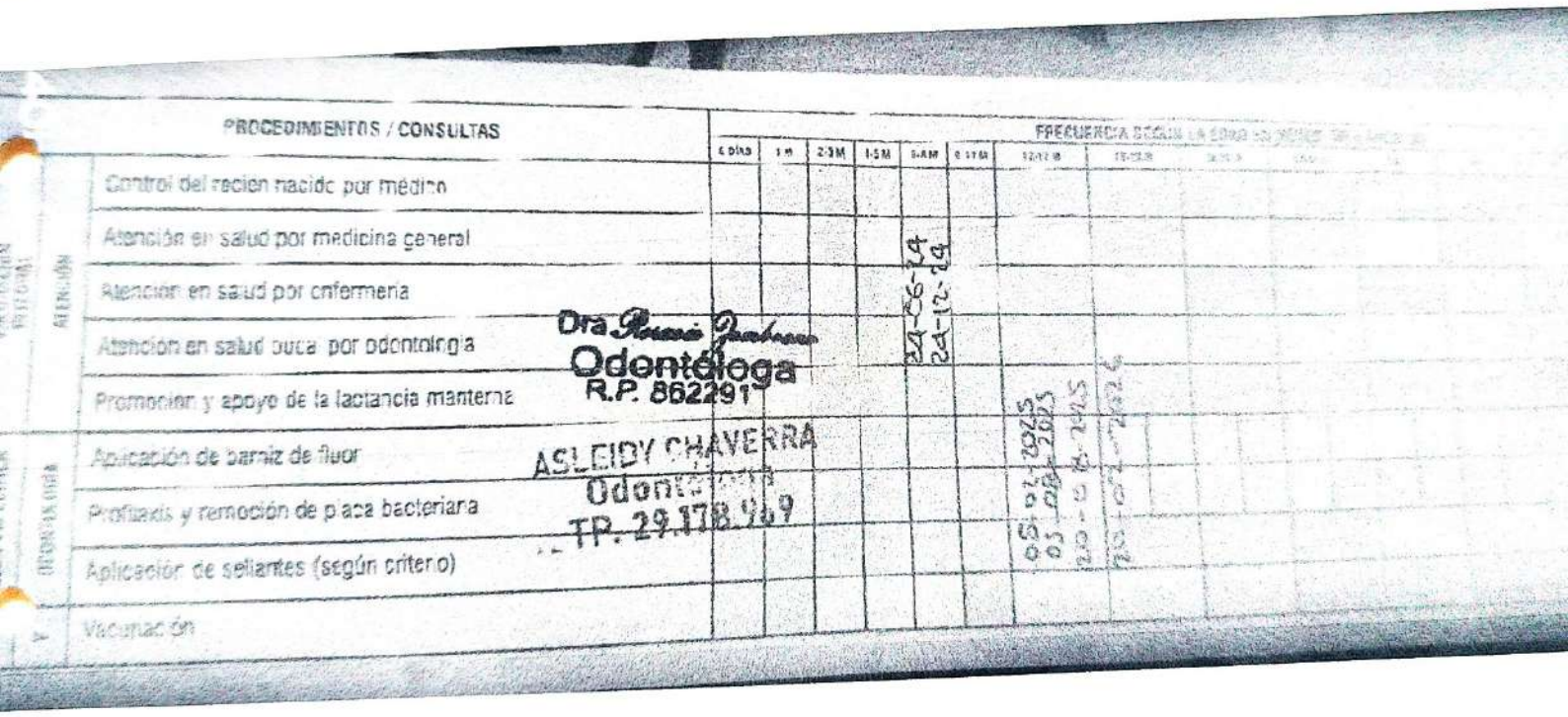
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor

Nombres y apellidos: Cian Alexander Lucitante

Doc. de identidad: 1122344341 EPS: Mallamas

Teléfono: 313 373 8139 Domicilio: Resguardo [illegible]



	PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD							
		6 días	1 m	2-3M	1-5M	5-6M	6-11M	12-17M	18-23M
ATENCIÓN	Control del recien nacido por médico								
	Atención en salud por medicina general					24-6-24			
	Atencion en salud por enfermeria					24-12-24			
	Atención en salud bucal por odontología								
	Promocion y apoyo de la lactancia materna								
ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor							05-04-2025	03-09-2025
	Profilaxis y remoción de placa bacteriana							05-04-2025	03-09-2025
	Aplicación de sellantes (según criterio)								
	Vacunación								

Dra Ruth Pachon
Odontóloga
R.P. 862291

ASLEIDY CHAVERRA
Odontóloga
TP. 29.178.969

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Yenny Mercedes Lucitante Identificado con C.C N° 1.122.339.048 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Lian Alexander Lucitante Yaguara 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 28 Días del mes de Agosto del Año 2026.

Yeny Lucitante

Madre o Acudiente

C.C 1.122.339.048.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	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 Lian Alexander Lucitante Yiyocuto, 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, Yeni Lucitante, quien suscribe el presente documento, 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 ✓	

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 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: yeny lucitante
Nombre: yeny lucitante
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 318·626·4327
Fecha: 28. Agosto 2025
Municipio: San miguel

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

BRE DE LA MAESTRA (O): Daliana Morales Moia NOMBRE UCA: Pequeños exploradores

BRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Lian Alexander Lucitante IDENTIFICACIO: 1.122.344.391 FECHA DE NACIMIENTO: 13-12-2023

IA DEL ORTE	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					