LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripción y Matricula con ffotografía 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).
7	Copia del carnet de vacunación.
8	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
9	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
10	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
11	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
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	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
17	Formato de autorización uso de imágenes.
18	Planilla seguimiento nutricional
19	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
20	OTROS: Formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa (Cuando aplique

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

FECHA SOLICITUD CUPO: 01-10-2025 FECHA INGRESO: 01-10-2025

UDS: pequeños exploradores MUNICIPIO: San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Luis Estevan Lucitante yiyocuro.

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1.122.344.493.

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A
N/A

FECHA NACIMIENTO: 20-09-2024 EDAD: 1año MUNICIPIO: San miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION DE RESIDENCIA: Campo alegre. ESTRATO: 0 ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: X NO: N/A ¿CUAL?: N/A MOTIVO DEL RETIRO: N/A PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: NA EPS DEL PARTICIPANTE: _____

SUBSIDIADO: _ CONTRIBUTIVO: _ PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X DIAGNOSTICO: NA
N/A ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: _____
N/A PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: NA

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: N/A NO: N/A RED UNIDOS: SI: __ NO: N/A

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: __ NO: __ CUAL: N/A

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nelson Lucitante umenda No. IDENTIFICACION: 18.756.724 DIRECCION RESIDENCIA: Campo alegr CELULAR: 3184639243 E.P.S: mallamas

OCUPACION U OFICIO: agricultor EMPRESA DONDE LABORA: Campo alegre NIVEL DE ESCOLARIDAD: primaria PROFESIÓN: Ninguna.

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Viviana Alexandra yiyocuro Quenama No. IDENTIFICACION: 1.122.339.773. DIRECCION RESIDENCIA: Campo alegre CELULAR: 3224667233 E.P.S: mallamas

OCUPACION U OFICIO: ama de casa. EMPRESA DONDE LABORA: campo alegre NIVEL DE ESCOLARIDAD: primaria. PROFESIÓN: Ninguna

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Viviana Alexandra yiyocuro Quenama

NUMERO IDENTIFICACION: 3224667233 CELULAR: 1122.339.773

DIRECCION: Campo alegre. PARENTESCO: madre

Viviana yiyocuro. Diana Morales.

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE FIRMA AGENTE EDUCATIVA

3

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.122.344.493

Indicativo Serial 63700510

63700510

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] 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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LUCITANTE	YIYOCURO

Nombre(s): LUIZ ESTEVAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes SEP Día 20	MASCULINO	O	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	24095311133511

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: YIYOCURO QUENAMA VIVIANA ALEXANDRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.339.173	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: LUCITANTE UMENDA NELSON

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 18.156.124	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: YIYOCURO QUENAMA VIVIANA ALEXANDRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.339.173	Viviana Yiyocuro

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2024 Mes OCT Día 08	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

08.OCT.2024 - LIBRO DE VARI

· ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO ·

Adhesivo Copia Registro Civil

ESTA REPRODUCCIÓN

4

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	1122344493
NOMBRES	LUIZ ESTEVAN
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	20/09/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/30/2025 08:58:57	**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 Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

025/

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:

LUIS ESTEVAN

Apellidos:

LUCITANTE YIYOCOTO

Fecha de nacimiento:

20 04 2024

Historia Clínica:

Barrio / Vereda:

Recuerdo campo Alegre

Responsable del niño (a):

Viviana YIYOCOTO

Teléfono:

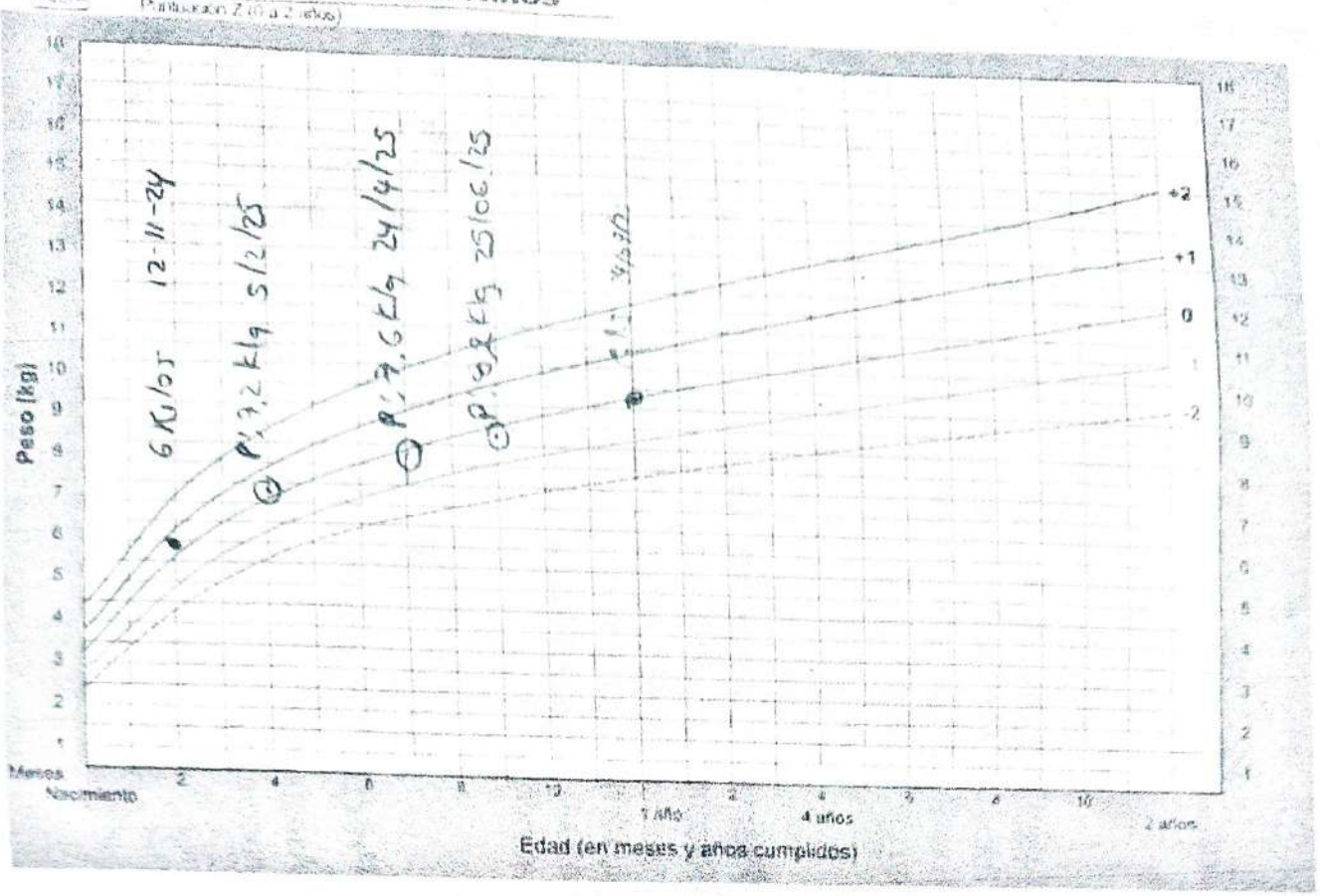
3133138139

EPS:



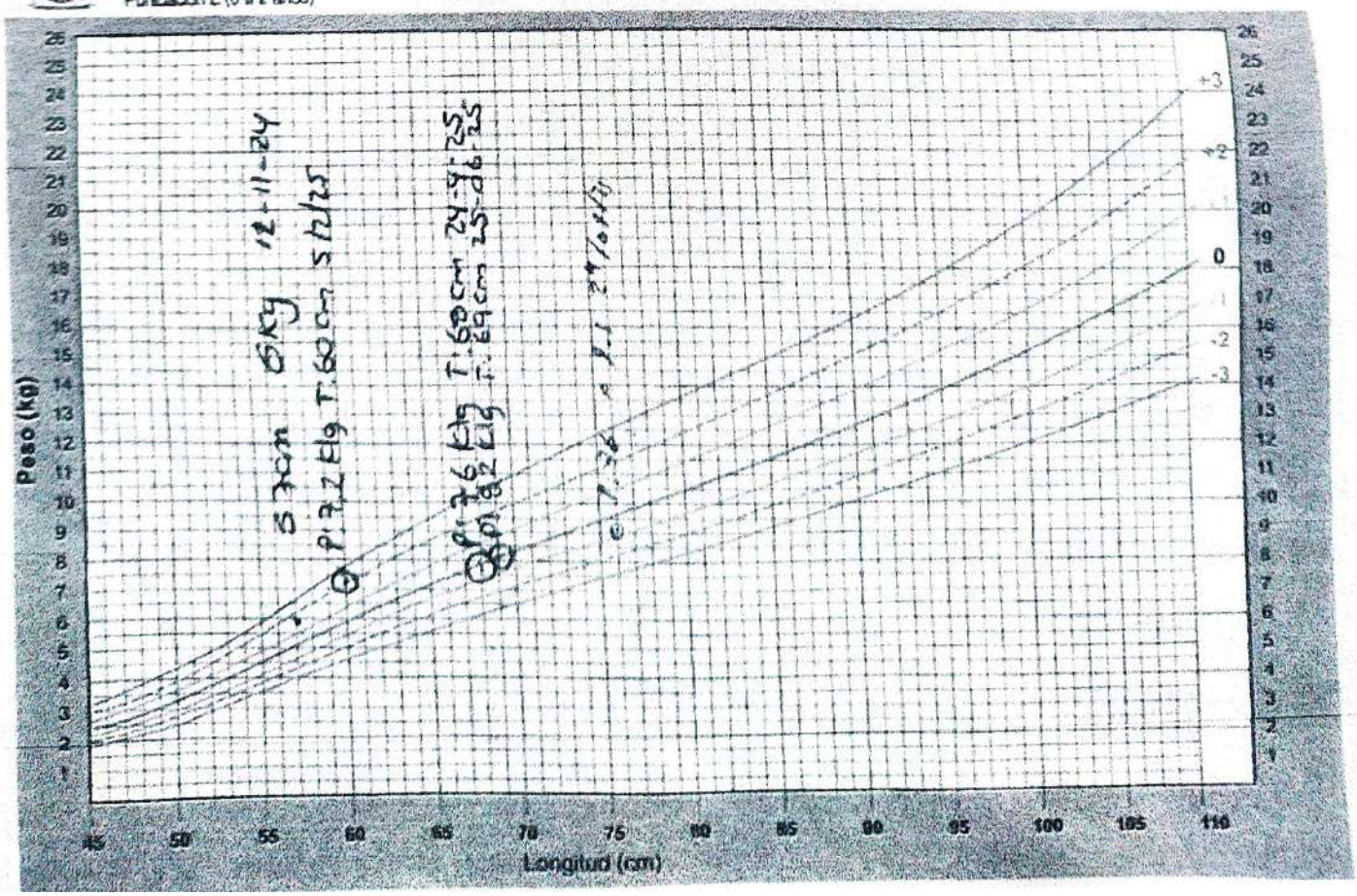
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



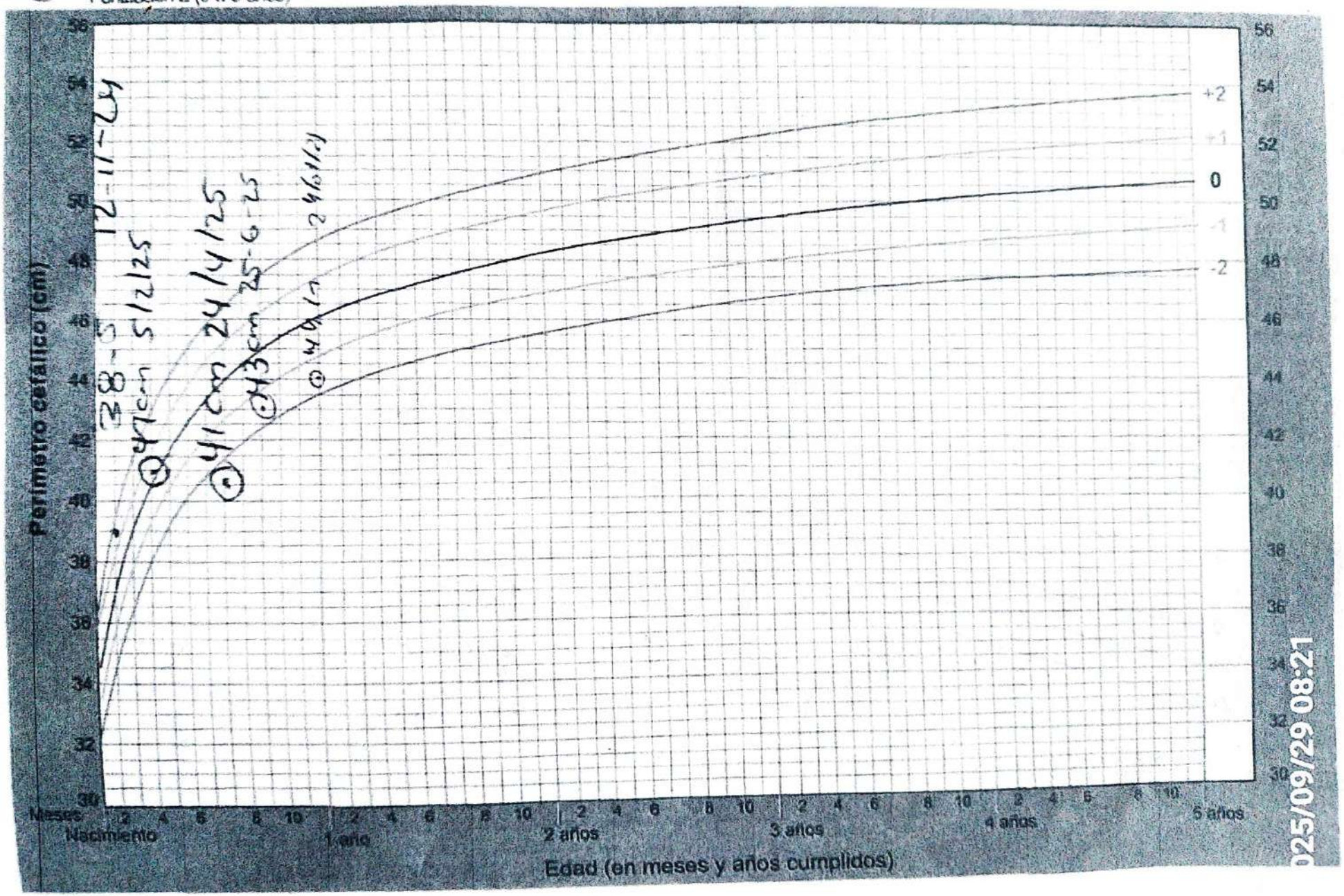
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

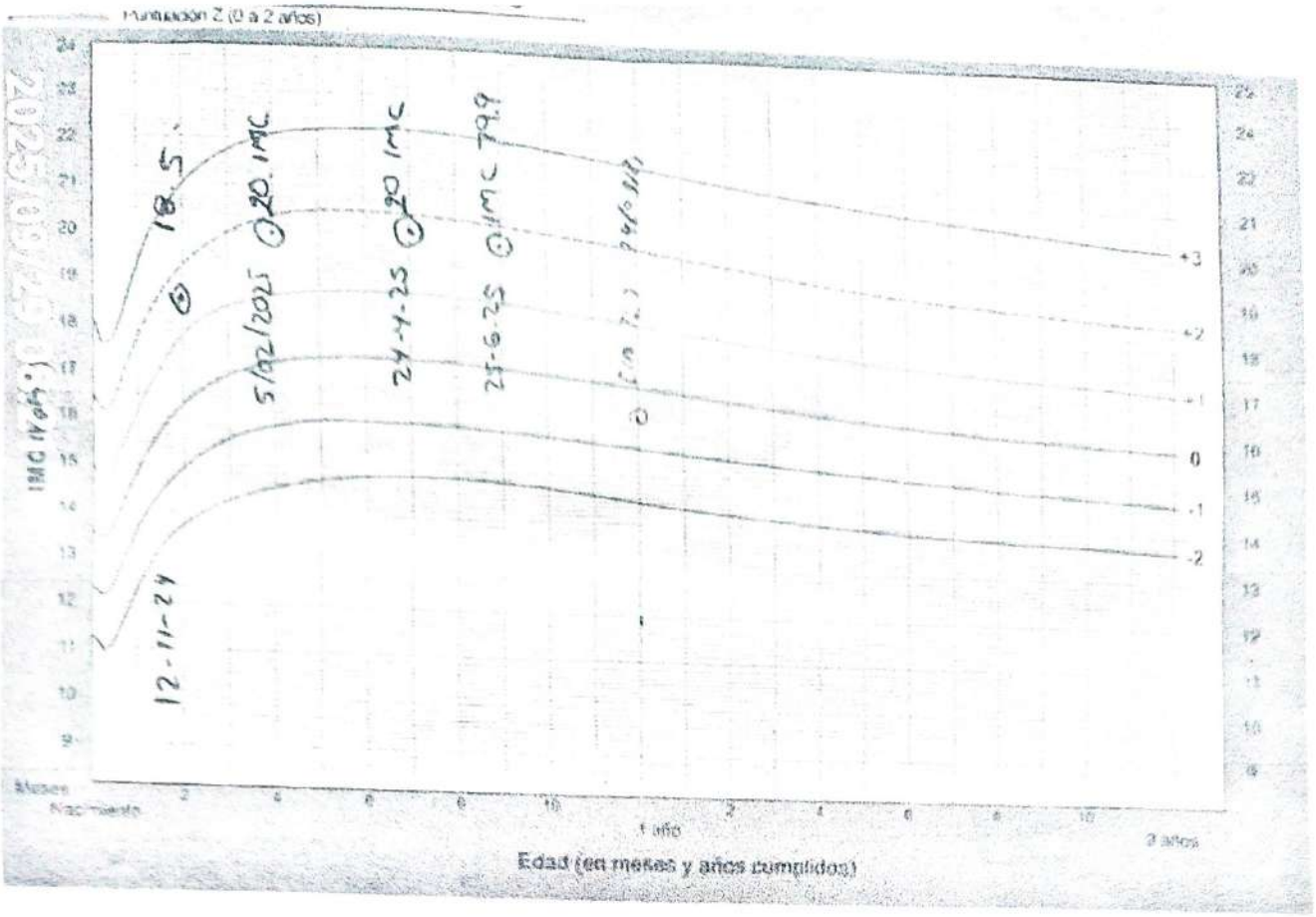


Perímetro cefálico Niños

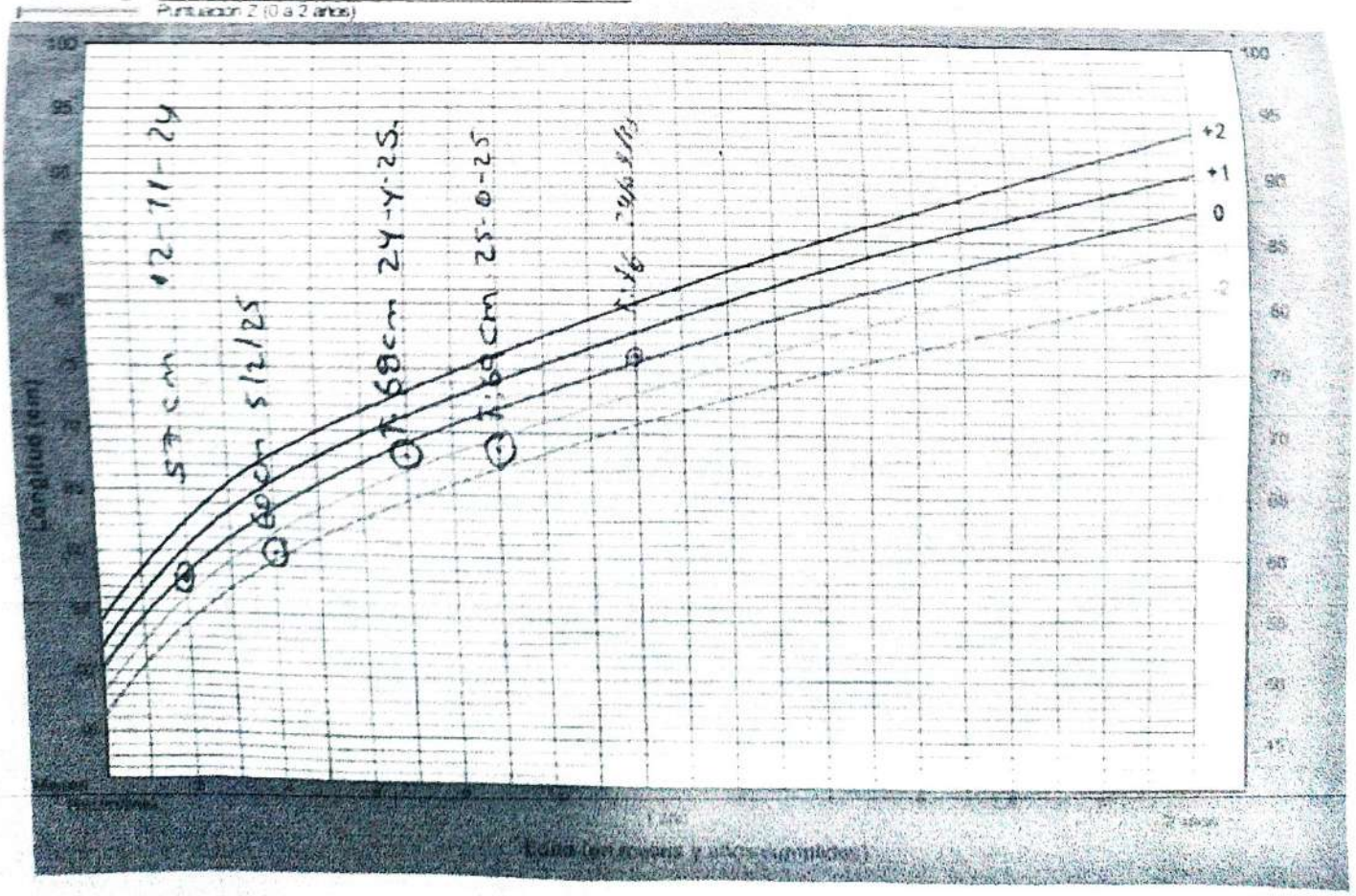
Puntuación Z (0 a 5 años)



(24)



Talla para la Edad Niños



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
12	11	2024		✓	
20	01	2025			
05	02	2025	Enfer	SI ✓ Milena C.	
20	Abril	2025	Enfer		
24	Abril	2025	Enfermeria	SI ✓	Milena C
25	Junio	2025	Enferme	SI ✓	Milena C.
20	Septi	2025	Medico	cita	SI ✓ [illegible]
24	03	2026	Enf.		

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
12-11-24	6 kg	57	38.5	14	18.5	20-01-25	[illegible]
05/02/2025	7.2	60	47	15	20.0	20-04-2025	Milena C-
24-04-2025	7.6	68	41	14	20.0	20-06-2025	Milena C
25-06-2025	8.2	69	43	15	19.9	20-09-2025	Milena C-
24/09/25	9.3	76	44	17	16.1	20/03/2026	David Rivera

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

LAS VACUNAS SON SEGURAS Y SALVAN VIDAS ¡PONTE AL DÍA!

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos Luis Estevan Upostante Yacuro RC: 1122 344 493

RC | TI | CC V | OTRO

Tipo de Documento: 1095311133511 — No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 20 DIA | 9 MES | 2024 AÑO

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: Rh: O positivo

Peso al nacer: 3545 Talla: 51

Dirección: la dorada

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Uriana Yacuro

Municipio de residencia: San miguel

Departamento: Putumayo

Nombres y Apellidos: Luis Esteban Luitante Yiyoculro Edad 24 Años 2025 Tipo de Identificación Registro Civil No. 1327340752025

Edad requerida	Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
	BCG	Única	20	9	24	Lactancia materna exclusiva SI NO						Dione
	Hepatitis B	Recién nacido	20	9	24	Lactancia materna exclusiva SI NO						Dione
2 meses	Polimielitis	1°	25 Nov	24	BIOfcalS	FE 37 00 T	Ps Afiliados	20	11	24		
	*Pentavalente	1°	25 Nov	24	Serum	2852 Y013 B	Ps Afiliado					
	Rotavirus	1°	25 Nov	24	6 S K.	A1d1D1 BA	Ps Afiliado					
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1°	25 Nov	24	Pfizer	6X1912.	ps Afiliado					
4 meses	Polimielitis	2°	3 Febrero	25	BIOfcalS	2239003	Puesto Afiliado					
	Pentavalente	2°	3 Febrero	25	Serum	2853X014A	PS Afiliado					
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2°	3 Febrero	25	Pfizer	6XA912.	Ps Afiliado					
	Rotavirus	2°	3 Febrero	25	6 S K.	A1d1B4+A6.	Ps Afiliado					
6 meses	Polimielitis	3°	29 abril	25	Biofcals	2239003	PS Afiliado					
	Pentavalente	3°	29 abril	25	Serum	2853X014A	PS Afiliado					
	Influenza estacional	1°	29 abril	25	Green Cross	P100.7927-94.	PS Afiliado					
7 meses	Influenza estacional	2°	25 junio	25	Green Cross.	P1007927-94.	Ps Afiliado					
12 meses	Sarampión, Rubéola, Paperas	1°	23 Sept	25	Serum							
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	23 Sept	25	Pfizer.	Pfizer HW2943	PS Afiliado.					
	Varicela	1°	23 Sept	25	Merck.	Y0 14 969.	PS Afiliado					
	Hepatitis A	Única	23 Sept	25	BI S D	400 52 85	PS Afiliado.					
	**Influenza estacional	Anual										
18 meses	Polimielitis	1er Refuerzo										
	Pentavalente	1er Refuerzo										
	Sarampión, Rubéola, Paperas	Refuerzo										
	***Fiebre Amarilla	Única	24 Sept	25	BIOCUZ	Y3D08.	PS Afiliado.					
5 años	Polimielitis	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
A partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH) Tetra ☐ Nona ☐											
Sin rango de edad	Covid-19											
Vacunas complementarias y otras dosis												

Dr. Mauricio Alexis Cumbicos Tec. Aux. Enfermería C.C 5244513

Dr. Mauricio Alexis Cumbicos Tec. Aux. Enfermería C.C 5244513

Dr. Mauricio Alexis Cumbicos Tec. Aux. Enfermería C.C 5244513

Dr. Mauricio Alexis Cumbicos Tec. Aux. Enfermería C.C 5244513

*Difteria-Tétanos-Tosferina-Hepatitis B-Haemophilus influenzae tipo b **De acuerdo al antecedente de primovacunación ***A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida, a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos

13
RV

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

CIUDAD: Putumayo FECHA: DIA 01 MES 10 AÑO 2025 HORA 9 · am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA

NOMBRES: Luis Estevan APELLIDOS: Lucitante Yiyoaoro

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.344.493

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 20 MES 09 AÑO 2024 EDAD: años 1 año.

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE: mallamas

INFORMACION PREVIA. La vacunacion 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 da la aplicacion de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento a su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobacion de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación cientifica 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?	Administracion 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	Prevencion de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial proteccion del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentacion 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 inflamacion 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, despues de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condicion, 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 expresion 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:** X que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Viviana Alexandra Yiyocoro

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

Nombres _____ Apellidos _____

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

Firma: Viviana Alexandra Yiyocoro

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
CEDULA DE CIUDADANIA

1.122.339.173
[illegible] QUENAMA

VIVIANA ALEXANDRA

Viviana Alexandra
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-MAY-1988

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

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

15-AGO-2008 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0401600-00193596-F-1122339173-20091104 0017691637A 1 25624752

CARNET
RIAS

PRIMERA INFANCIA

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

Mi prioridad es tu salud...



Nombres y Apellidos:
luiz steban loaiza

Doc. de Identidad:
1122344493

EPS:
115 (Mallamas)

Teléfono:

Domicilio:
Campo Alegre

	PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGUN LA EDAD EN MESES (M) Ó AÑOS (A)												
		5 DIAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
	Atención en salud por medicina general													
	Atención en salud por enfermería													
	Atención en salud por Odontología													
	Promoción y apoyo de la lactancia materna													
ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor					24-06-25		24-10-25						
	Profilaxis y remoción de placa					24-10-25								
	Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
>	Vacunación													

Daniela Tua
ODONTÓLOGA
T.P. 082736

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

17

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

Yo Viviana Alexandra Yiyocuro identificado con C.C N° 1122339773 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Luiz Esteban Lucitante o Gestante ( ) Lactante (X), 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 01 Días del mes de 10 del Año 2025.

* Viviana Yiyocuro

Madre o Acudiente

C.C 1122339773.

18

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Iuiz Esteban Lucitante Yuyucuyo, identificado (a) con documento de identidad número 1122304493, 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, Viviana Alexandra Yuyucuyo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122339173, 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 F.A.I.C

Suscriben:

Firma: Viviana Yuyucuyo
Nombre: Viviana Yuyucuyo
Calidad - Titular: X Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3186422347
Fecha: 01-10-2025
Municipio: San miguel

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Luz Estevan Luatante IDENTIFICACIO: 1122344493 FECHA DE NACIMIENTO: 01 - 10 - 2024

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					