



Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripción 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 <u>X</u> 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	Código: FO-GG-012
	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 25/03 /2025

FECHA SOLICITUD CUPO: _____ FECHA INGRESO: 13-NOV-25

UDS: Mis hermanos amiguitos 1 MUNICIPIO: San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:

Edison Gael Navaréz Ojeda.



TIENE REGISTRO CIVIL: SI ___ NO ___ NUIP No. _____

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? _____

FECHA NACIMIENTO: 13-NO-25 EDAD: _____ MUNICIPIO: Puerto Asís

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: Vereda San Francisco ESTRATO: _____ ¿HA

ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: _____ NO: X

¿CUAL?: NA MOTIVO DEL RETIRO: NA

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: _____ NO: X CUAL: NA

EPS DEL PARTICIPANTE: _____ SUBSIDIADO: _____ CONTRIBUTIVO:

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: _____ NO: X DIAGNOSTICO: NA

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: NA

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: _____ NO: X CUAL: NA

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: _____ NO: X CUAL: NA

TIENE SISBEN: SI: _____ NO: _____ PUNTAJE: _____ DESPLAZADO: SI: _____ NO: _____ VICTIMA

DEL CONFLICTO ARMADO: SI: _____ NO: X RED UNIDOS: SI: _____ NO: X

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: _____ NO: X CUAL: NA

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Osar Alberto Navaréz

No. IDENTIFICACION: 1.089.196.804 DIRECCION RESIDENCIA: V/San Francisco

CELULAR: 321 989 8738 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: NA

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: _____

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Anyela Marcela Ojeda Montilla

No. IDENTIFICACION: 1006.788.476 DIRECCION RESIDENCIA: V/San Francisco

CELULAR: 321 989 8738 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: NA

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: NA

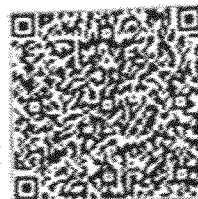
NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Anyela M. Ojeda.

NUMERO IDENTIFICACION: 1.006.788.476 CELULAR: 321 989 8738

DIRECCION: Vereda San Francisco PARENTESCO: Madre

Salud

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL



NÚMERO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

25119110386848

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Hombres, Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DEL NACIMIENTO País		Departamento	Municipio
COLOMBIA		PUTUMAYO	PUERTO ASÍS
ÁREA DEL NACIMIENTO Área		Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserio)	
Cabecera Municipal			
FECHA DEL NACIMIENTO Año - Mes - Día		HORA DEL NACIMIENTO Hora - Minutos	
2025-11-13		07:05:00	
SEXO DEL NACIDO VIVO		HEMOCLASIFICACIÓN DEL NACIDO VIVO Grupo sanguíneo	Factor RH
Masculino		O	Positivo
IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE Tipo de documento		Número de documento	
Cédula de ciudadanía		1006788476	
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
OJEDA	MONTILLA	ANYELA	MARCELA
DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL NACIDO VIVO ES RECONOCIDO POR SUS PADRES COMO			
Pertenencia étnica		¿A cuál pueblo indígena pertenece?	
Ninguno de los anteriores			

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA EL NACIDO VIVO

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR Tipo de documento		Número de documento	
Cédula de ciudadanía		1004771562	
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
SOLARTE	BASANTE	KATHERIN	ANDREA
PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO		REGISTRO PROFESIONAL	
Médico		1004771562	
LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Departamento		Municipio	
PUTUMAYO		PUERTO ASÍS	
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día		FIRMA DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO	
2025-11-13			

Dra. Katherin A. Solarte Basante
Uc
Médico
C.C. 1004771562

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-11-13 09:48

Código verificación: F4FA-EEF9-0E7A-01F9

4

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.006.788.476**

OJEDA MONTILLA

APELLIDOS

ANYELA MARCELA

NOMBRES

Anyela ojeda

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-MAR-1995**

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.51

ESTATURA

O+

G.S. RH

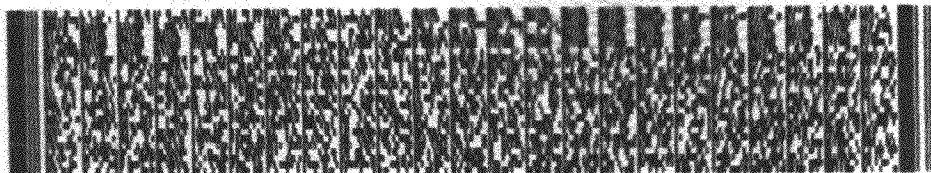
F

SEXO

04-MAY-2013 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-6401800-00461988-F-1006788476-20130902

0034637008A 1

39803175

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.089.196.804

NARVAEZ RODRIGUEZ

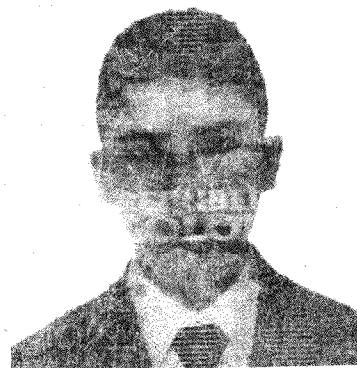
APELLIDOS

OSCAR ALBEIRO

NOMBRES

Oscar Narvaez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
IMUES
(NARINO)

28-JUL-1992

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73

O+

M

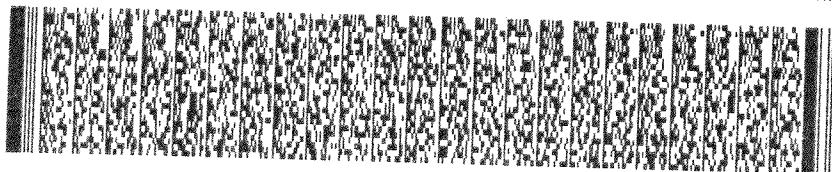
ESTATURA

G.S. RH

SEXO

30-NOV-2010 IMUES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sanchez Torres*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-2306400-00286667-M-1089196804-20110327

0026388061A 1

26067196

	PROCESO CÓMUNICACIÓN 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 Edison Gael Navas, 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, Anyela M. Ojeda, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.006.788.476 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 hiciera 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 Educación inicial campesina

Suscriben:

Firma: Anyela Ojeda
 Nombre: Anyela Marcela Ojeda
 Calidad - Titular: _____ Representante legal: ☒
 Teléfono de contacto: 321 989 8738
 Fecha: 14-01-25
 Municipio: San Miguel

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Contemplar copia impresa de este documento es equivalente a COPIA NO CONTROLADA

Este documento es propiedad del ICBF y no debe ser distribuido fuera de la entidad sin el consentimiento expreso de la misma.



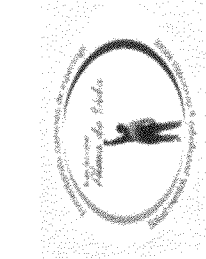
ACTA DE DE COMPROMISO DE CORRESPONSABILIDAD DE PADRES Y/O CUIDADORES

Yo Anyela M. Gueda Identificado con C.C N° 1.006.888.476 en
calidad de: padre o madre (☒), del niño o niña:
Edison Gael Navas o Gestante () Lactante (), con el
propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la
unidad comunitaria de atención: Nos tenemos amigados 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 14 Días del mes de NOV del
Año 2025.

Anyela Gueda
Madre o Acudiente
C.C 1.006.888.476



REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPESENA "EIC"



NOMBRE DE LA MAESTRA (O):

NOMBRE UCA:

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE:

IDENTIFICACIÓN:

FECHA DE NACIMIENTO:

[illegible]