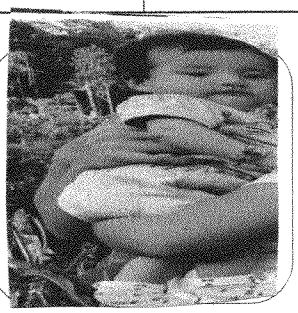
LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con fotografía del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras).
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar _X_ en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización) ___SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7) ___Pertenecientes a Res UNIDOS ___Pertenecientes a Familias en Acción ___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición ___Remitidos por SNBF ___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado) ___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.) ___Niños y niñas con discapacidad. ___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión. ___Población migrante en condición de vulnerabilidad. ___Activos en ruta de reincorporación.
5	Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente: (ADRESS)
6	Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo).
6	Copia del carnet de vacunación.
7	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
8	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
9	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
10	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
11	Fotocopia de un recibo de servicios públicos domiciliarios cuando sea necesario (aplica para zona urbana y en zona rural solo si se cuenta con servicios públicos)
12	Certificado de asistencia a consulta de salud bucal (Niños y niñas mayores de 6 meses)
13	Certificado del examen de agudeza visual (Niños y niñas mayores de 4 años)
14	Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años)
15	Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal.
16	Formato de veracidad de la información ficha de caracterización.
17	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
18	Formato de autorización uso de imágenes.
19	Planilla seguimiento nutricional
20	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
21	Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa,

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



FECHA SOLICITUD CUPO: 04-09-2025 **FECHA INGRESO:** 04-09-2025

UDS: Mis grandes soñadores **MUNICIPIO:** San miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Aylani yulieth pantoja adiada

TIENE REGISTRO CIVIL: SI___ NO X **NUIP No.** 2521103290

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? Tiene cedula extranjera

FECHA NACIMIENTO: 04/09/2025 **EDAD:** _____ **MUNICIPIO:** N/A

DEPARTAMENTO: N/A **PAIS:** ecuador **DIRECCION DE RESIDENCIA:** v/puente internacional **ESTRATO:** NA **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: _____ NO: NA **¿CUAL?:** NA **MOTIVO DEL RETIRO:** NA **PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF:** SI: ___ NO: X CUAL: NA **EPS DEL PARTICIPANTE:** NA

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: X PUNTAJE: NA **DESPLAZADO:** SI: _ NO: X **VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:** SI: _____ NO: X **RED UNIDOS:** SI: ____ NO: X

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: ___ NO: ___ CUAL: _____

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: NA **No. IDENTIFICACION:** NA **DIRECCION RESIDENCIA:** _____ **CELULAR:** _____ **E.P.S:** NA

OCUPACION U OFICIO: NA **EMPRESA DONDE LABORA:** NA **NIVEL DE ESCOLARIDAD:** NA **PROFESIÓN:** NA.

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Angie yulieth adiada yumbo. **No. IDENTIFICACION:** 1122836175 **DIRECCION RESIDENCIA:** v/puente I. **CELULAR:** 3208414257 **E.P.S:** _____

OCUPACION U OFICIO: NA **EMPRESA DONDE LABORA:** NA **NIVEL DE ESCOLARIDAD:** BACHILLER **PROFESIÓN:** NA.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: NA

NUMERO IDENTIFICACION: NA **CELULAR:** NA

DIRECCION: NA **PARENTESCO:** NA

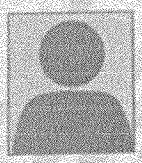
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE **FIRMA AGENTE EDUCATIVA**

REPÚBLICA DEL ECUADOR
Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación

Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

La Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación, en base a la información que tiene registrada, emite el presente certificado



Nombre del ciudadano: PANTOJA ADRADA AILANY YULIETH

NUI/Pasaporte: 2150887095 **Sexo:** MUJER

Fecha de nacimiento: 4 DE SEPTIEMBRE DE 2025

Lugar de nacimiento (país/provincia/cantón/parroquia):

ECUADOR/SUCUMBIOS/LAGO AGRIO/NUEVA LOJA

Fecha de registro de nacimiento: 22/09/2025

Lugar de registro de nacimiento (país/provincia/cantón/parroquia):

ECUADOR/SUCUMBIOS/LAGO AGRIO/NUEVA LOJA

Nacionalidad: ECUATORIANA

Tomo / Página / Acta: 12 / 98 / 98

Datos del Padre: PANTOJA REALPE OSCAR HUMBERTO

NUI/Pasaporte: 1122336475 **Nacionalidad:** COLOMBIANA

Datos de la Madre: ADRADA YUMBO ANGIE YULIETH

NUI/Pasaporte: 1122336175 **Nacionalidad:** COLOMBIANA

Información certificada a la fecha: 22 DE SEPTIEMBRE DE 2025
Emisor: RAMON VERDESOTO MARIA MILEIDY

Nota: El presente certificado reemplaza a las partidas computarizadas o cualquier documento anterior de ésta índole

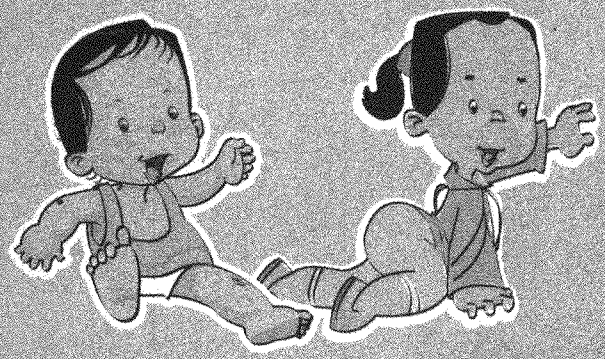
N° de certificado: 256-189-85818

256-189-85818

Lcdo. Otton José Rivadeneira González
Director General del Registro Civil, Identificación y Cedulación
Documento firmado electrónicamente

La institución o persona ante quien se presente este certificado deberá validarlo en https://virtual.registrocivil.gob.ec, conforme a la LOGIDAC Art. 4, numeral 1 y a la LOE. Vigencia del documento 2 validaciones o 2 meses desde el día de su emisión. En caso de presentar inconvenientes con este documento escribir a antocaggroga.rocivil.gob.ec

NIÑO/ NIÑA



Guíese por el código de color

- Salud infantil, crecimiento y desarrollo en niñas y niños menores de 5 años.
- Esquema de vacunación.

HCU: R N Ø A N Y 2 1 2 0 2 5 0 9 0 4 2

CC/CI: Madre

CC/CI: Niño/niña

Nombres: .....

Apellidos: Andrade Yumbo

Discapacidad: Sí .... No .... Tipo .....

Fecha de nacimiento: 04 (Día) 09 (Mes) 2025 (Año)

Teléfono domicilio: .....

Teléfono celular: .....

Dirección domicilio: Puente Internacional

Nombre de la madre/padre: .....

Zona: 1

Provincia: Sucumbíos

Cantón: Lago Agrio

Parroquia: C.S.G.F

Establecimiento de salud: C.S.G.F

Ministerio de Salud Pública: ☐

Seguro de la Policía: ☐

Seguro de las Fuerzas Armadas: ☐

IESS: ☐

Seguro Social Campesino: ☐

Otro: ☐

NIÑO / NIÑA

CURVAS NIÑA

CURVAS NIÑO

Tamizaje e hitos del desarrollo

De 0 a 11 meses de edad

Tamizaje metabólico

Fecha de atención			Edad	Resultado normal		Patología
Día	Mes	Año		Sí	No	
8	9	25	4 días			

Realizar entre el 4.° y 28.° días de nacida/o

Tamizaje auditivo

Fecha de atención			Edad	Pasa		No Pasa		Referido	
Día	Mes	Año		OD	ID	OD	ID	Sí	No

Neurodesarrollo - Test Denver II *

Fecha de atención			Edad	Resultado		
Día	Mes	Año		Normal	Dudoso	Retraso

*Se recomienda una valoración mensual de neurodesarrollo (mínimo 3 al año)

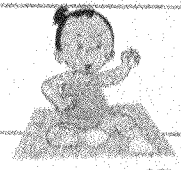
Hitos del desarrollo

Sostiene la cabeza de 1 a 3 meses de edad
Sí ◯ No ◯



Maneja un adecuado lenguaje corporal con la madre o cuidador
Sí ◯ No ◯

Se sienta de 4 a 6 meses de edad
Sí ◯ No ◯



Realiza intercambio de miradas
Sí ◯ No ◯



Hace pinza a los 3 meses de edad
Sí ◯ No ◯



Gatea o da sus primeros pasos de 10 a 12 meses de edad
Sí ◯ No ◯

◯ ***Alerta***

Control de crecimiento de la niña o el niño

De 0 a 11 meses de edad

Fecha de atención			Edad (meses)	Peso (kg)	Longitud (cm)	Perímetro cefálico (cm)	Alimentación						Suplementación		
Día	Mes	Año					Lact. materna Sí	Lact. materna No	Otras leches Sí	Otras leches No	Otros alimentos Sí	Otros alimentos No	Micronutrientes en polvo	Hierro y ácido fólico	Vitamina A
8	9	25	4días	2,36	47cm	32cm	V	–	–	–	–	V	—		
30	9	25	26días	3,13	48cm	33cm	V	–	V	–	–	V	—		

Dirección Provincial de Salud 12 Loja Agro - Salud
C.S General Farfán
Dr. Jaime Aldair Suqui P.
MEDICO RURAL
C.I. 1722611702

Hospital Dr. Galo González G.

Nombre de la madre: Angie Yuleth Adriada Yumbo

Cama N°.

Sexo: femenino

Tipo de Parto: Cesárea

Médico: Dr. Asuncio

Fecha: 04-09-2025

Hora: 18:46.



Apagar 1' 7 5' 9 Peso 2325

Talla 47 cm PC 31.5 cm PT 30 cm

EG 39 semanas x ECO
41 + 2 semanas x cupure Grupo Sanguíneo O Rh +

Problemas: RCIU simétrico / RNAT / EBEG + sexo femenino

Taquipnea transitoria del RN

Transferido a Dra Katherine Enríquez G. Pediatra 1103644660

BCG 0373MA118

2025-09-05 HB UTA24503

Varicela

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.336.175
ADRADA YUMBO

APELLIDOS
ANGIE YULIETH

NOMBRES
Angie Adrada

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 26-SEP-2001
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

11-OCT-2019 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

P-6401800-01109290-F-1122336175-20191110 0068851173A 1 51880055

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Angie adiada Identificado con C.C N° 1122336175 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: aylani pantoja adiada o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mis grandes Sañadores 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 09 Días del mes de Septiembre del Año 2023.

Angie adiada Y.
Madre o Acudiente
C.C 1122336175.

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 Ayllani Yoleth Pantoja Adrada., identificado (a) con documento de identidad número 1124101329b, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios		Videos	X	Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:
Yo, _____, 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 etc.

Suscriben:

Firma: Angie Adrada.
Nombre: Angie Adrada.
Calidad - Titular: x Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3108414257
Fecha: 09-09-2015
Municipio: San miguel

¡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.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

11
RIV

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): MAIQUELY MORA NOMBRE UCA: MIS GRANDES SOÑADORES

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: AYLANI PANTOJA ARADA IDENTIFICACIO: 25211013290 FECHA DE NACIMIENTO: 4 - SEP / 2015

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					
17-09 2025	X		9:30		La madre informa que la niña a un no esta registrada. Por motivo que la niña nacio en el ecuador. y van a registrar la niña en la recidencia donde vive ella, por tal motivo el procedimiento esta demorado.	Angie adiada		• La madre le informa a la gente que aun la niña no esta registrada	• La agente le informa la madre que estara pendiente por medio de llamada. o mensaje de whatpn.	• la madre se compromete llevar a la niña a registrarla
24-09 2025	X		9:30		la agente realiza una llamada para ver el estado de la madre y de la niña. por el estado pospato			• La agente esta dipendiente del estado posperatorio de la madre y el estado de la niña el cual la madre informa que la niña se enuentra bien y ella tambien.		• madre de familia esta comprometida, sobre informar de su estado. pospato. • se queda pendiente el dia 24-09-2025 a la 10:00 am

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					