Fundación Alma de Vida

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 (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 ___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

321 48 93 186
321 77 48 796
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: _____ **FECHA INGRESO:** 7-09-2025

UDS: Mis Angelitos 1 **MUNICIPIO:** SAN MIGUEL



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
AHILANY VICTORIA GONZALEZ CUARAN

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ **NUIP No.** 1126462659

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

FECHA NACIMIENTO: 28-05-2025 **EDAD:** 3 MESES **MUNICIPIO:** SAN MIGUEL

DEPARTAMENTO: PUTUMAYO **PAIS:** COLOMBIA **DIRECCION DE RESIDENCIA:** V/la CABAÑA **ESTRATO:** N/A **¿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: ____ **EPS DEL PARTICIPANTE:** EMSSANAR.

SUBSIDIADO: X **CONTRIBUTIVO:** _ **PRESENTA DISCAPACIDAD:** SI: __ NO: X **DIAGNOSTICO:** N/A
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: X NO: __ PUNTAJE: A1 **DESPLAZADO:** SI: _ NO: _ **VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:** SI: _____ NO: _____ **RED UNIDOS:** SI: ____ NO: ___

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: ___ NO: X CUAL: N/A

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: JULIETH CAROLINA CUARAN **No. IDENTIFICACION:** 1027 888567 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/la CABAÑA **CELULAR:** _____ **E.P.S:** EMSSANAR.

OCUPACION U OFICIO: AMA DE CASA **EMPRESA DONDE LABORA:** EN LA CASA **NIVEL DE ESCOLARIDAD:** PRIMARIA **PROFESIÓN:** N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: JULIETH CAROLINA CUARAN
NUMERO IDENTIFICACION: 1027 888567 **CELULAR:** 3208578374
DIRECCION: V/la CABAÑA **PARENTESCO:** MADRE

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.126.462.539

Indicativo Serial 64858799

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [x] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Y 7 A

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE VALLE DEL GUAMUEZ - COLOMBIA - PUTUMAYO - VALLE DE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GONZALEZ	CUARAN

Nombre(s)

AHILANY VICTORIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes MAY Día 28	FEMENINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número consecutivo de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	2505621017385Z

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas indígenas con doble nacionalidad, a partir del primer caso, anotar el progenitor que indígena los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CUARAN CUARAN JULIETH CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.027.888.567	COLOMBIA

Datos del padre o padre (Para casos de parejas indígenas con doble nacionalidad, a partir del primer caso, anotar el progenitor que indígena los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ DIDIER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.127.076.777	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ DIDIER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.127.076.777	Didier Gonzalez

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 2025 Mes JUN Día 05

Nombre y firma del funcionario que autoriza

CARMEN PATRICIA CASANOVA YANDI

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Didier Gonzalez

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ESTA AUTENTICACIÓN ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LA

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

A-1 6858799

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	1126462659
NOMBRES	AHILANY VICTORIA
APELLIDOS	GONZALEZ CUARAN
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	VALLE DEL GUAMUEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	29/05/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/07/2025 17:34:15	**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

Sisbén

Fecha de consulta: **07/09/2025**

Ficha: **86865049478000018499**

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **AHILANY VICTORIA**

Apellidos: **GONZALEZ CUARAN**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1126462659**

Municipio: **Valle del Guamuéz**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **17/04/2024**

Última actualización ciudadano: **06/06/2025**

Ultima actualización via registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

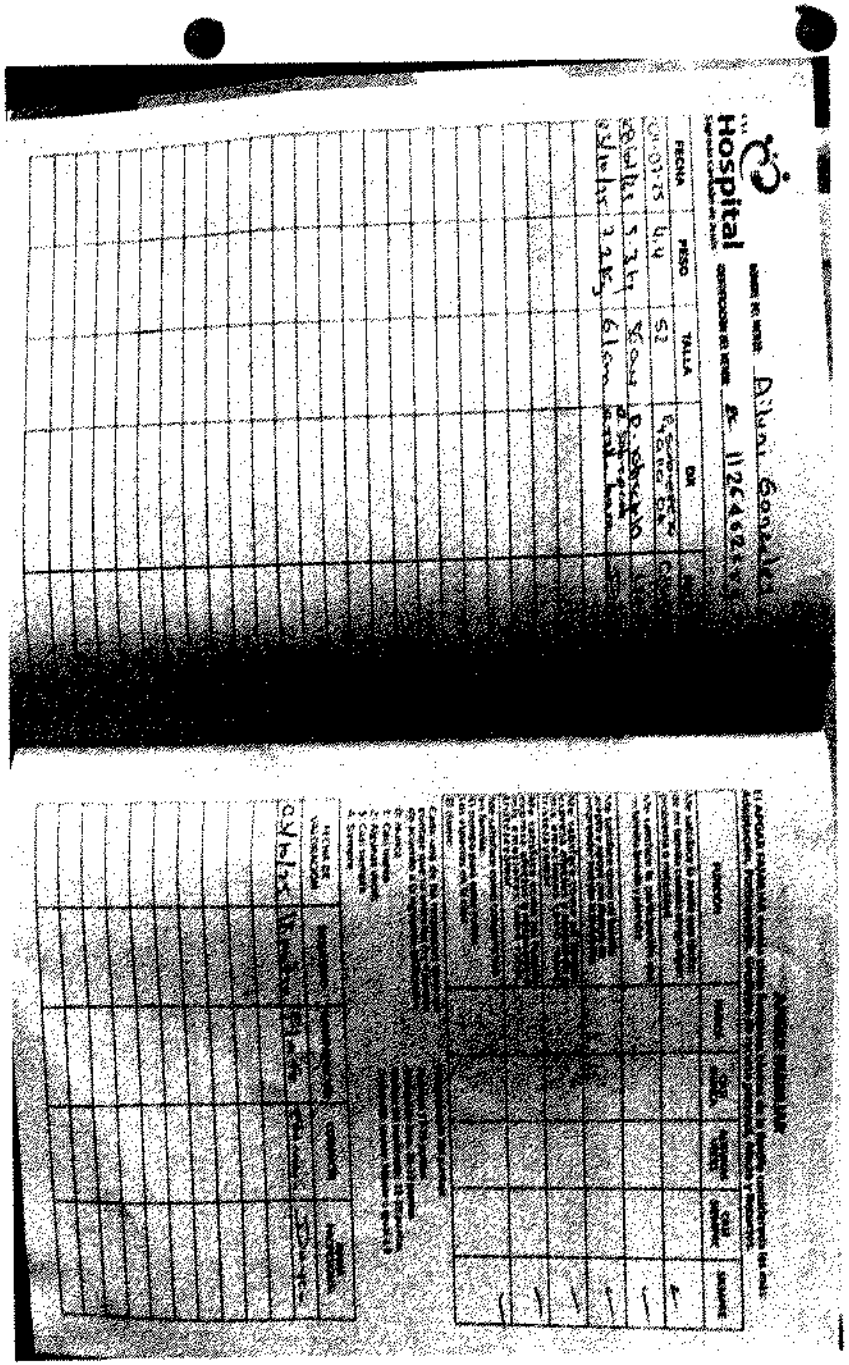
Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: **BELSY MILDRED GOMEZ ERA**

Dirección: **Calle 7 No 5 -**

Telefono: **4282059 - 31343079**

Correo Electrónico: **sisben@valledelguamuez-putumayo.gov**

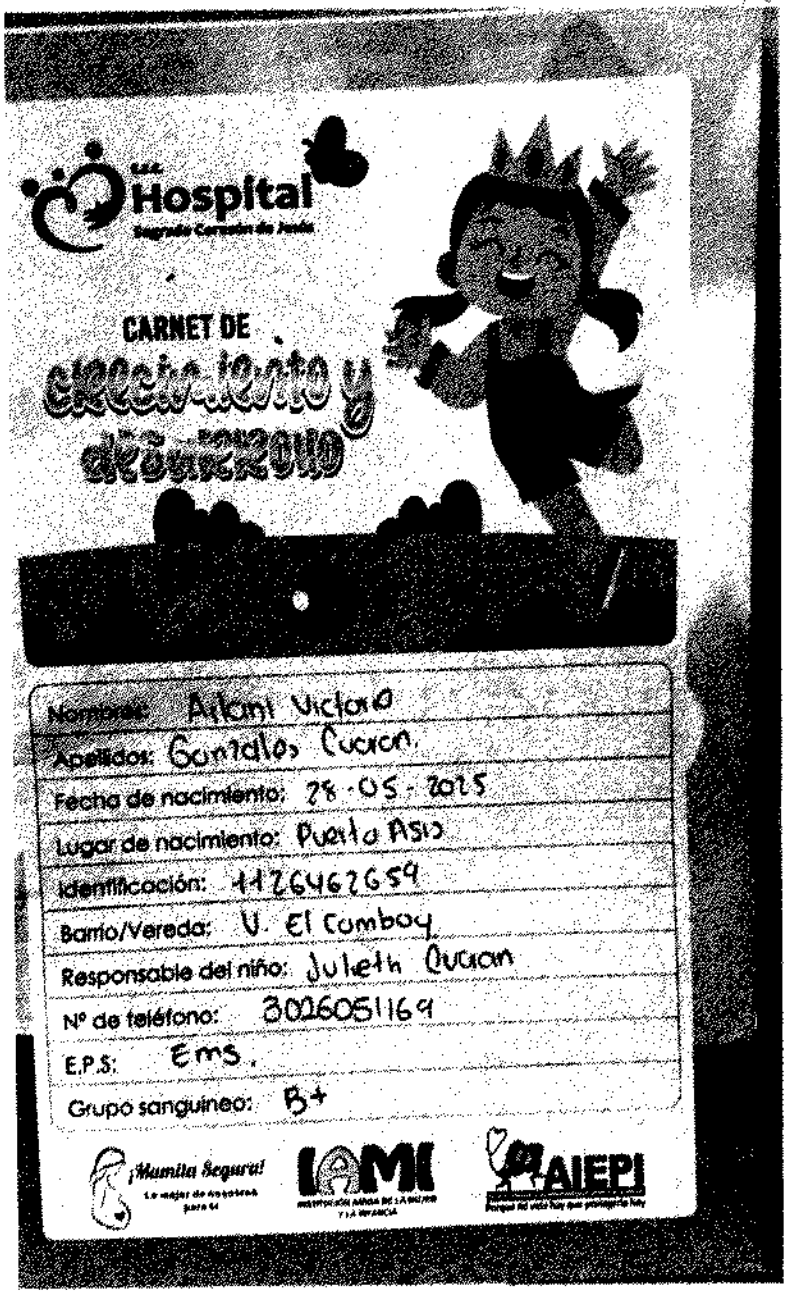


Hospital

Nombre: Ailani Gonzalez

Nº Identificación: 1126462659

FECHA	PESO	TALLA	DX
04-07-25	4.4	52	Control sano
28-08-25	5.3kl	56cm	Peso adecuado para la talla
28-10-25	6kg	58cm	Peso adecuado para la talla



Nombres: Ailani Victoria

Apellidos: Gonzalez Cuaran

Fecha de nacimiento: 28-05-2025

Lugar de nacimiento: Puerto Asis

Identificación: 1126462659

Barrio/Vereda: U. El Comboy

Responsable del niño: Julieth Cuaran

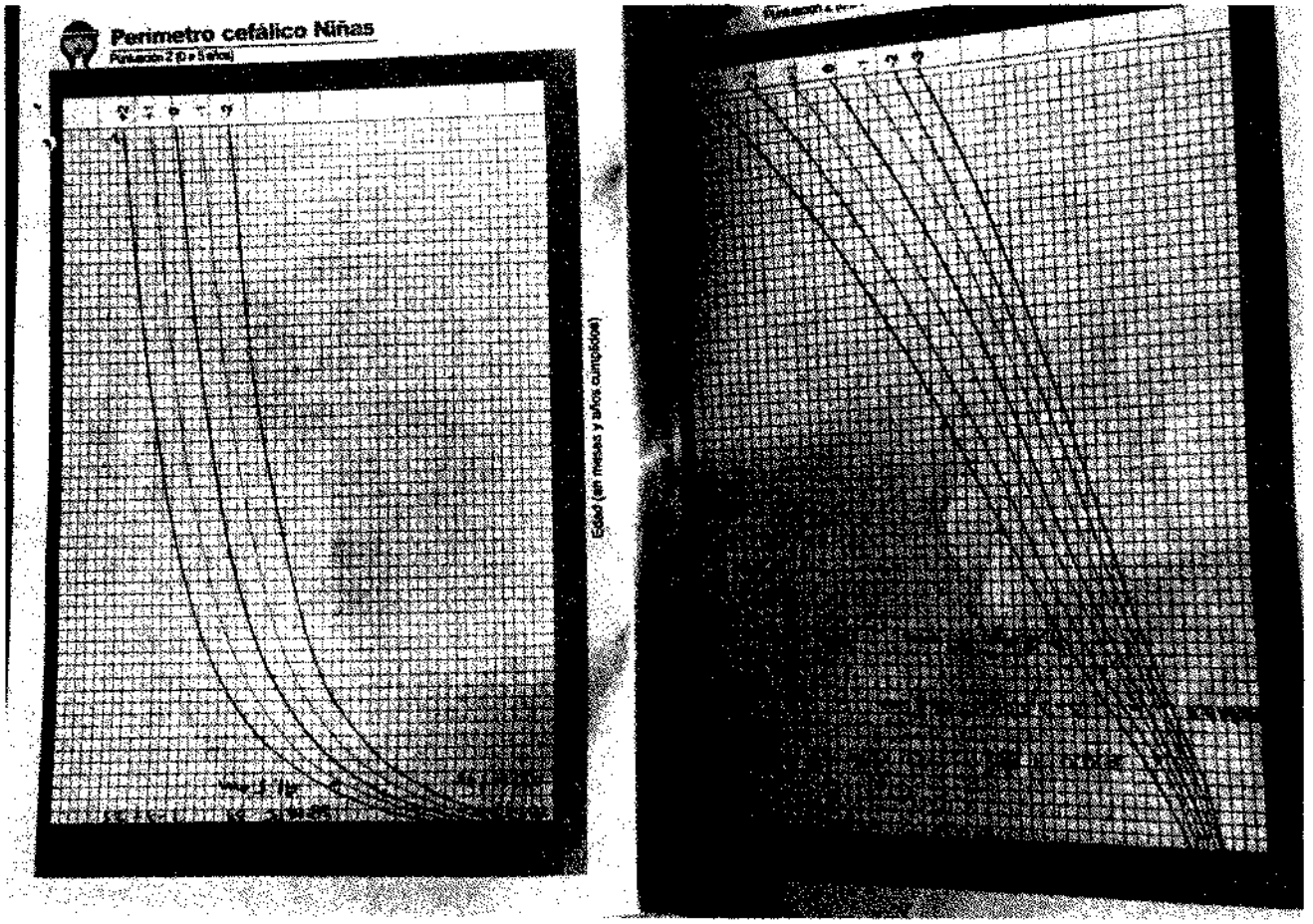
Nº de teléfono: 3026051169

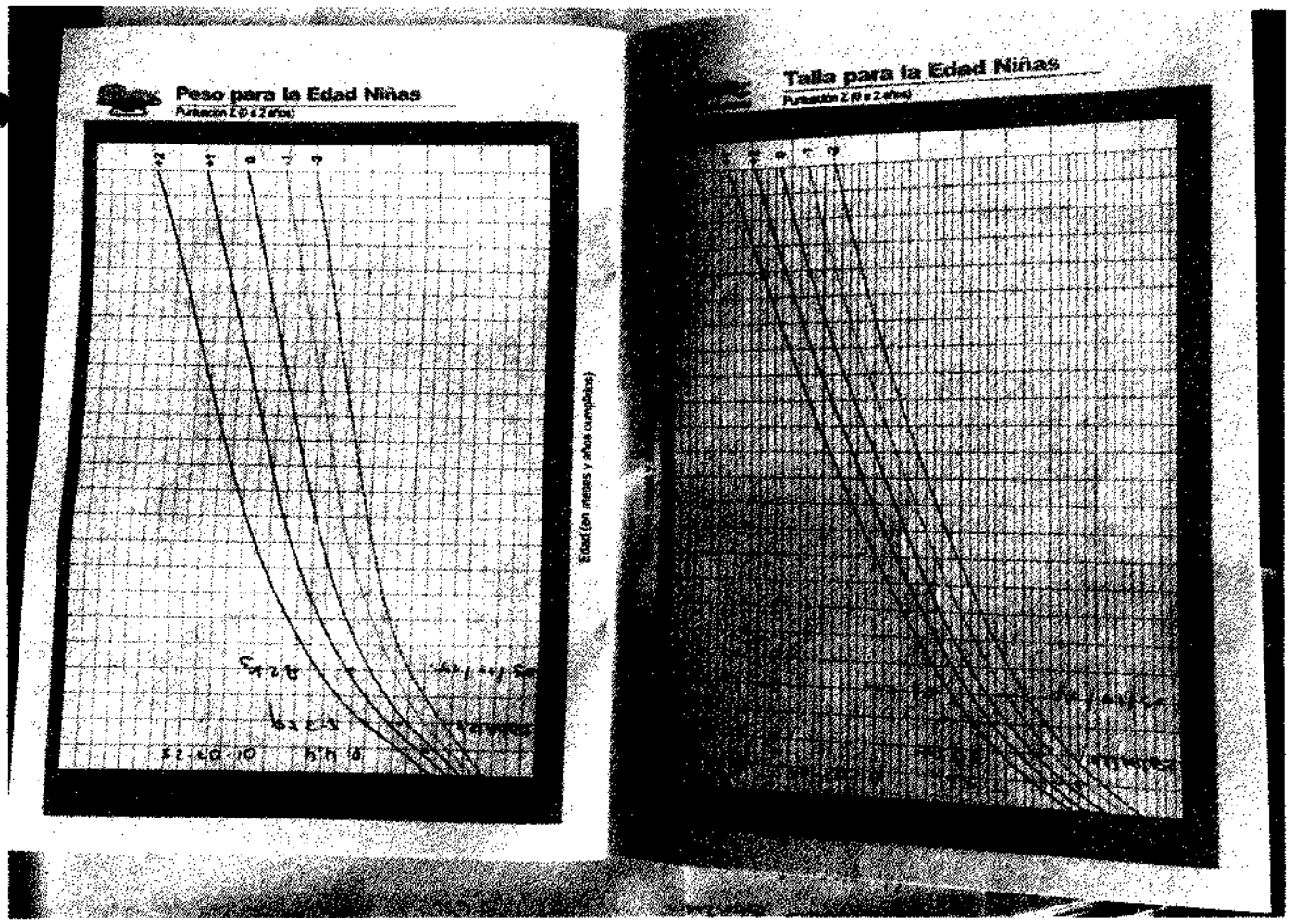
E.P.S: Ems.

Grupo sanguíneo: B+

¡Mamita Segura!

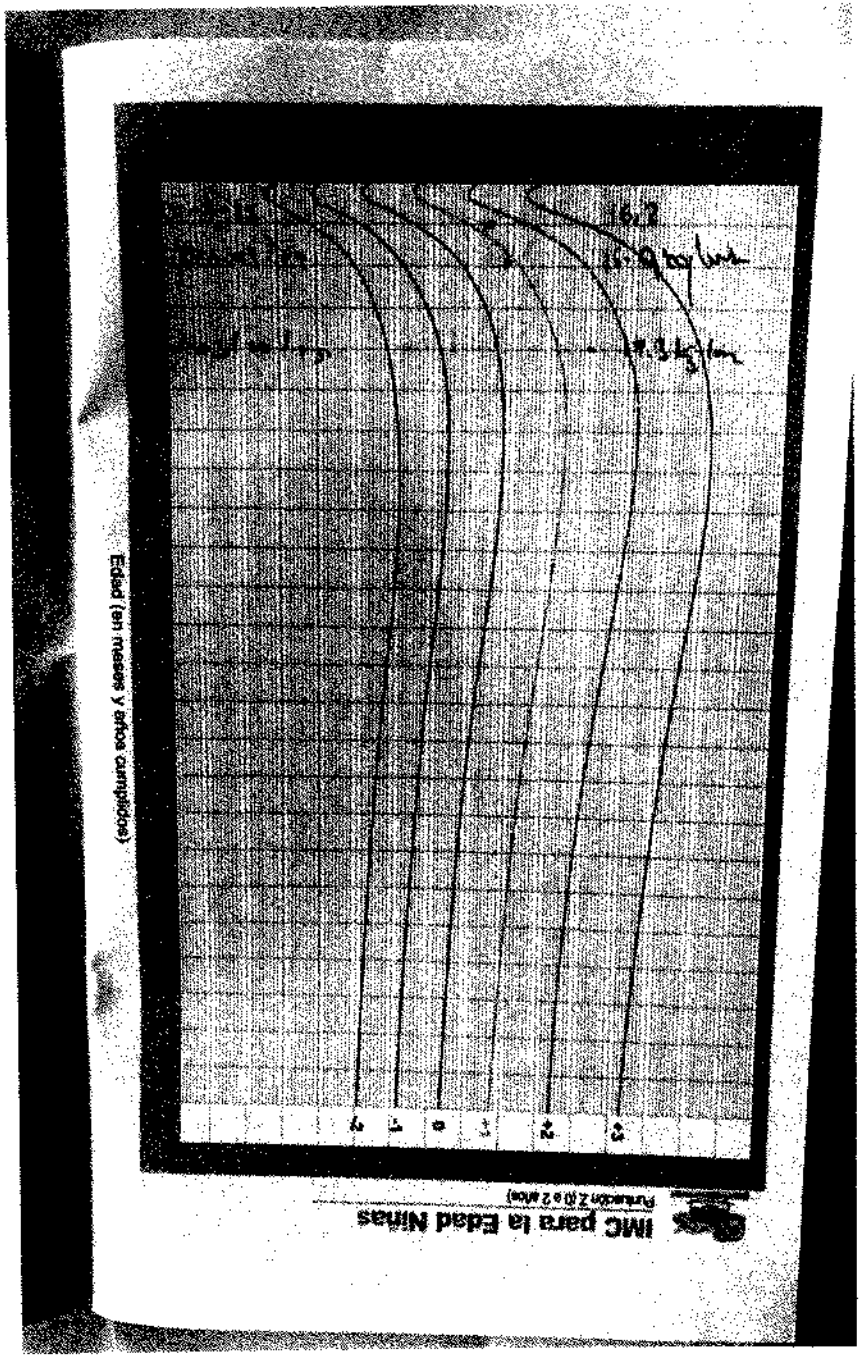
AIEPI

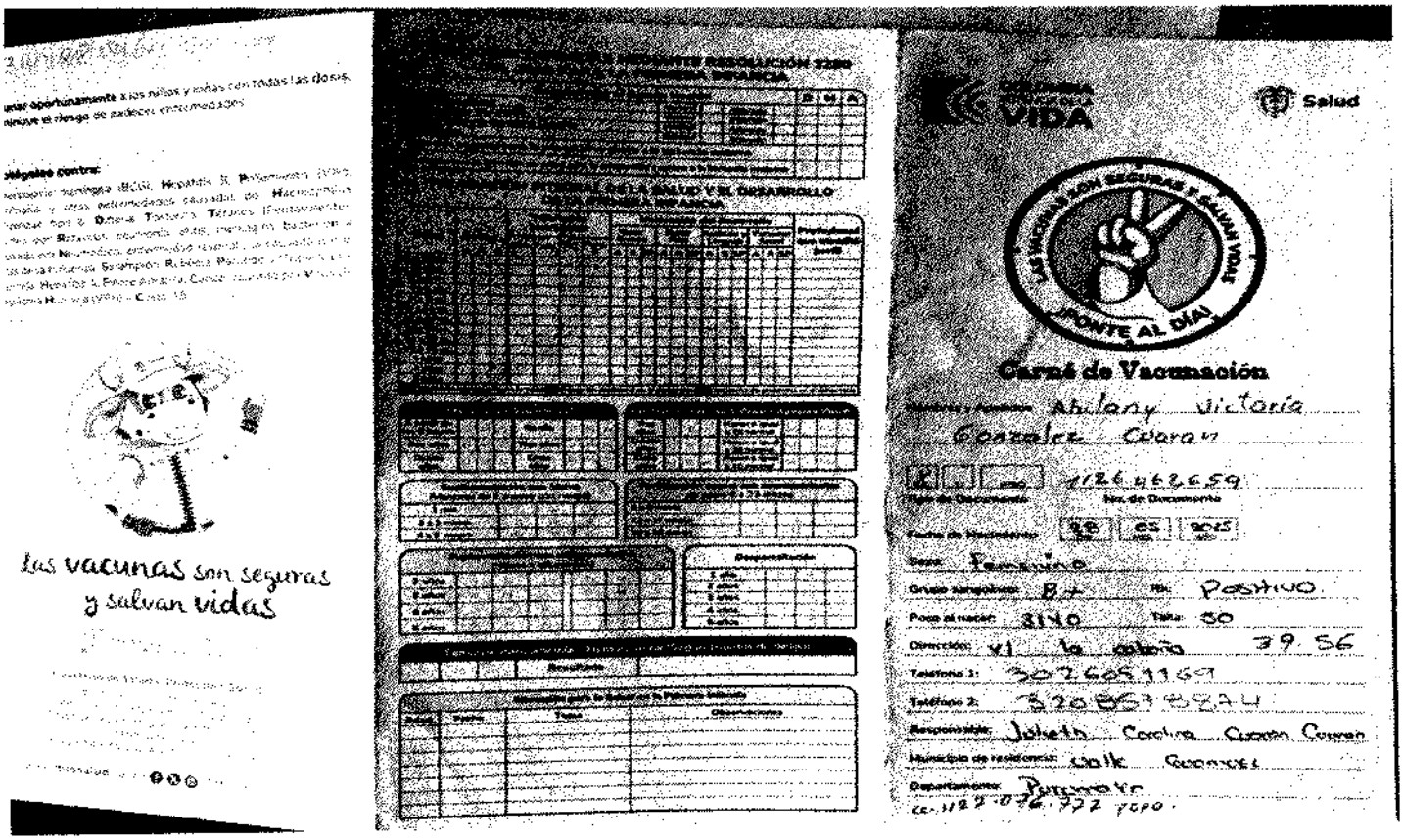

Perímetro cefálico Niñas
Edad (en meses y años cumplidos)


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

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI / NO
1	Agosto	2025	10:00am	Fepe
3	Octubre	2025	9:00pm	Hugo
1	Dic	2025	9:30am	Fepe





Las vacunas son seguras y salvan vidas

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Ahilany Victoria Gonzalez Cuaran

RC No. ID: 1126462659

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.027.886.567

CUARAN CUARAN

APELLIDOS

JULIETH CAROLINA

NOMBRES

Julieth Carolina Cuaran

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 10-MAR-1995

CORDOBA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.37
ESTATURA

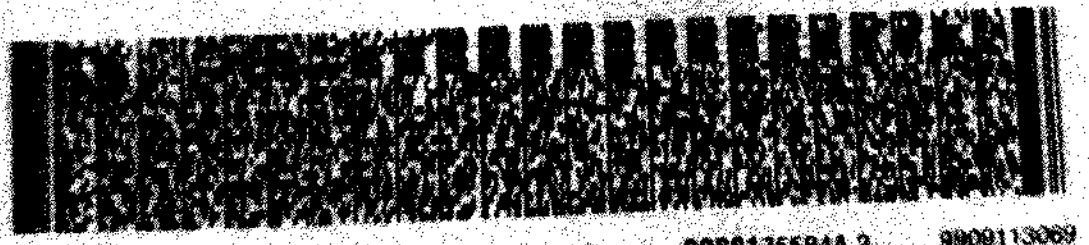
O+
G.S. RH

F
SEXO

11-JUN-2013 ANDES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

INDICE DERECHO



P-0101900-01082263-F-1027886567-20190709 0060175584A 2 9900113069

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Julieth Carolina Cuarán Identificado con C.C N° 1027887565 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Ahilany Victoria Gonzalez o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mis Angelitos 7=, 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 02 Días del mes de 04 del Año 2025 .

Julieth Carolina Cuarán
Madre o Acudiente
C.C 1027888 567

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 Allany Melanie Gomez, identificado (a) con documento de identidad número 1146426591, 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, Julieth Carolina Cuarán, 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 fundacion Alma Llanera, 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: Julieth Carolina Cuarán
Nombre: Julieth Carolina Cuarán Cuarán
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3026005169
Fecha: _____
Municipio: _____