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 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: 26-03-2025 **FECHA INGRESO:** 1-04-2025

UDS: Mi Mundo Magico 1 **MUNICIPIO:** San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Cristina Fernanda Barrezueta Saldaña

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1126149412.

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 14-12-2024 **EDAD:** 3 Meses **MUNICIPIO:** _____

DEPARTAMENTO: _____ **PAIS:** Ecuador. **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: Vl Dios Peña **ESTRATO:** Uno **¿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

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: B1 **DESPLAZADO:** SI: __ NO: X

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: __ NO: X **RED UNIDOS:** SI: __ NO: X

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Cristhian Fernando Barrezueta Herrera

No. IDENTIFICACION: 2100823109 **DIRECCION RESIDENCIA:** Vl Dios peña

CELULAR: No Tiene **E.P.S:** Ecuatoriano

OCUPACION U OFICIO: Conductor independiente.

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller **PROFESIÓN:** Conductor.

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: lady Jhoana Saldaña Chanchi

No. IDENTIFICACION: 1126.144.510 **DIRECCION RESIDENCIA:** _____

CELULAR: 3227158163 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller **PROFESIÓN:** N/A.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: lady Jhoana Saldaña.

NUMERO IDENTIFICACION: 1.126.144.510. **CELULAR:** 3227158163

DIRECCION: Vl Dios Peña **PARENTESCO:** Madre.

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

lady Jhoana Saldaña

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP	1126144972

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 64372534

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
			X			Y 4 Z

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

ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BARREZUETA	SALDAÑA

Nombre(s)

CRISTINA FERNANDA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes DIC Día 14	FEMENINO	O	+

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

ECUADOR , SUCUMBIOS , LAGO AGRIO, NUEVA LOJA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	2150851133

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

BARREZUETA HERRERA CRISTHIAN FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE 2100823109	ECUATORIANA

Datos del padre o madre (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

LADY JHOANA SALDAÑA CHANCHI

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1126144510	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

LADY JHOANA SALDAÑA CHANCHI

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1126144510	

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2025 Mes MAR Día 12	HERNANDO FRANCO BERNAL Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
CRISTHIAN FERNANDO BARREZUETA HERRERA Firma	HERNANDO FRANCO BERNAL Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

* 64372534 *

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

4

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	22/10/2025
Ficha:	867576741052800013629

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **CRISTINA FERNANDA**

Apellidos: **BARREZUELA SALDAÑA**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1126144972**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	15/08/2025
Última actualización ciudadano:	15/08/2025
Última actualización vía registros administrativos:	20/08/2025

***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:	MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO
Dirección:	Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad
Teléfono:	4210537 - 3213138790
Correo Electrónico:	sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

5

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	1126144972
NOMBRES	CRISTINA FERNANDA
APELLIDOS	BARREZUELA SALDAÑA
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	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	05/05/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/22/2025 06:16:01	**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.

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres: Cristina Fernanda

Apellidos: Bolivar Saldaña

Fecha de nacimiento: 14 12 2024

Historia Clínica: 1126144972

Barrio / Vereda: V/ Dios Pena

Responsable del niño (a): Lady Saldaña

Teléfono: 3227158163

EPS: Sisbenar

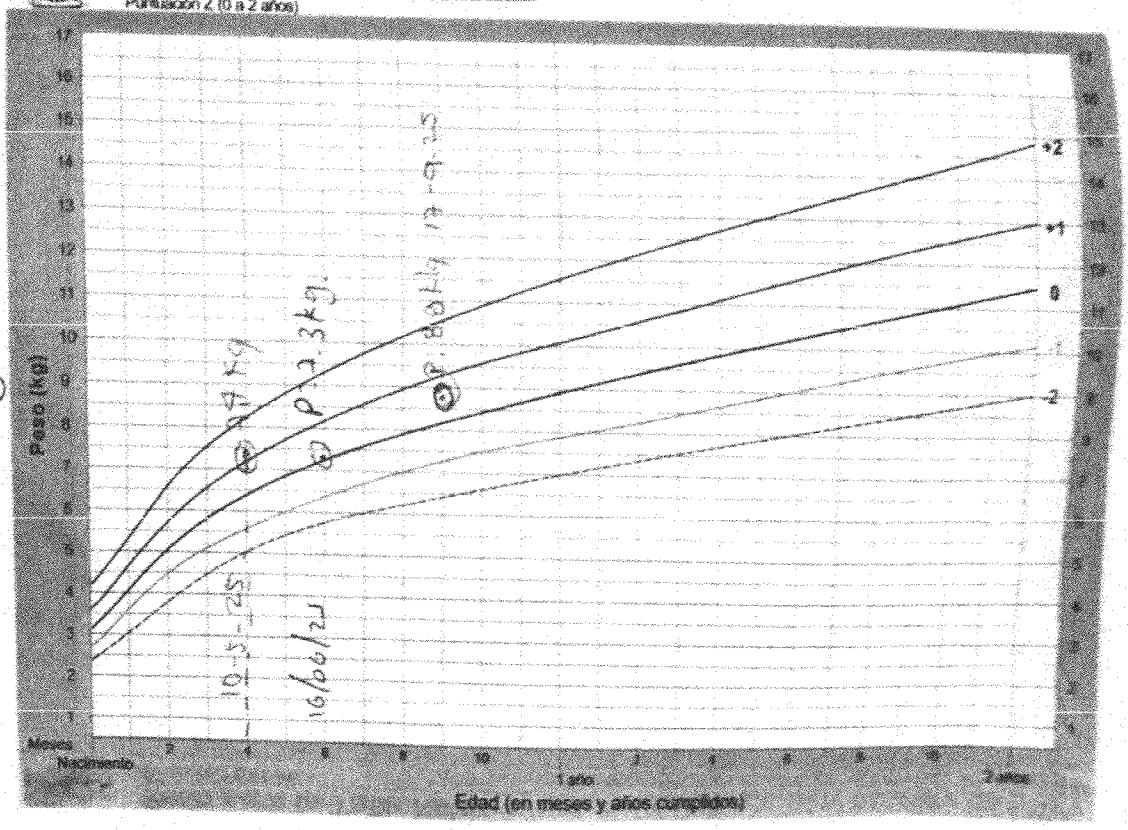


CITAS PROGRAMADAS

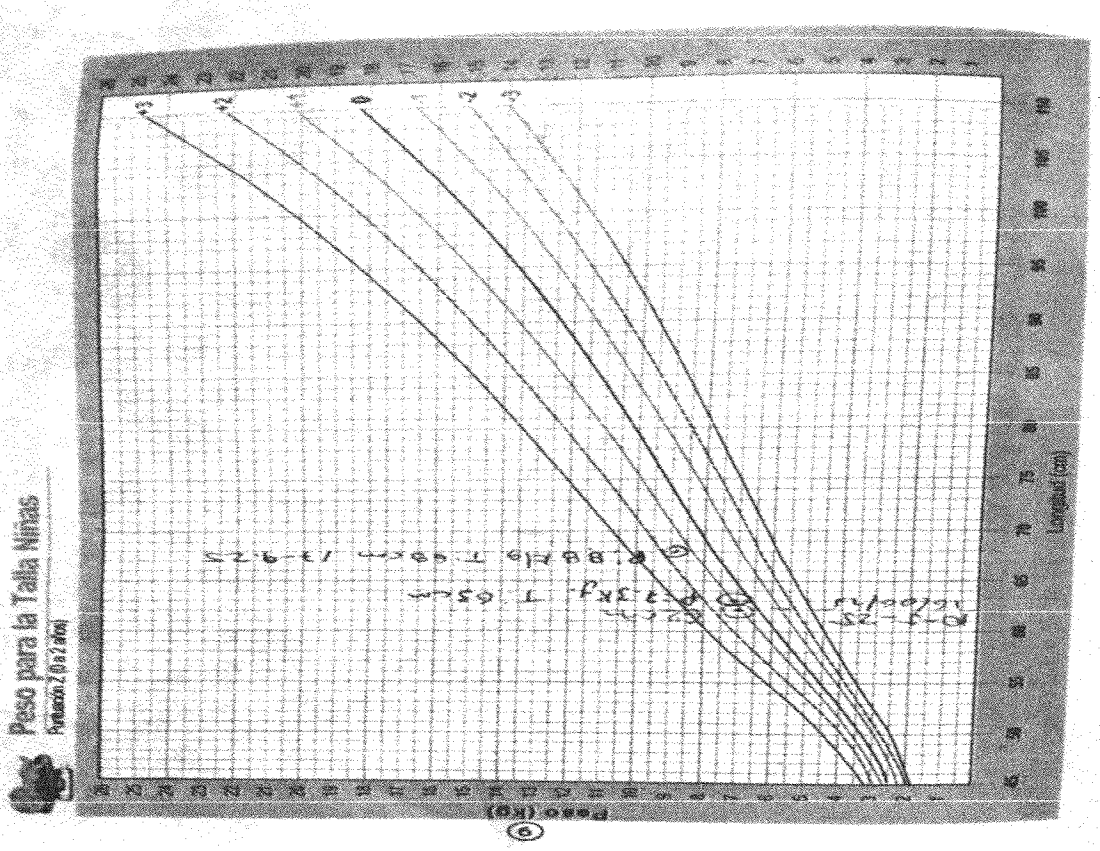
DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO SI	ASISTIO NO
16	Junio	2025	6AM	Si	Pidan
19	Sep	2025	6AM	Si	Millena
24	Dici	2025	Medico	Cita	

Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



⑤

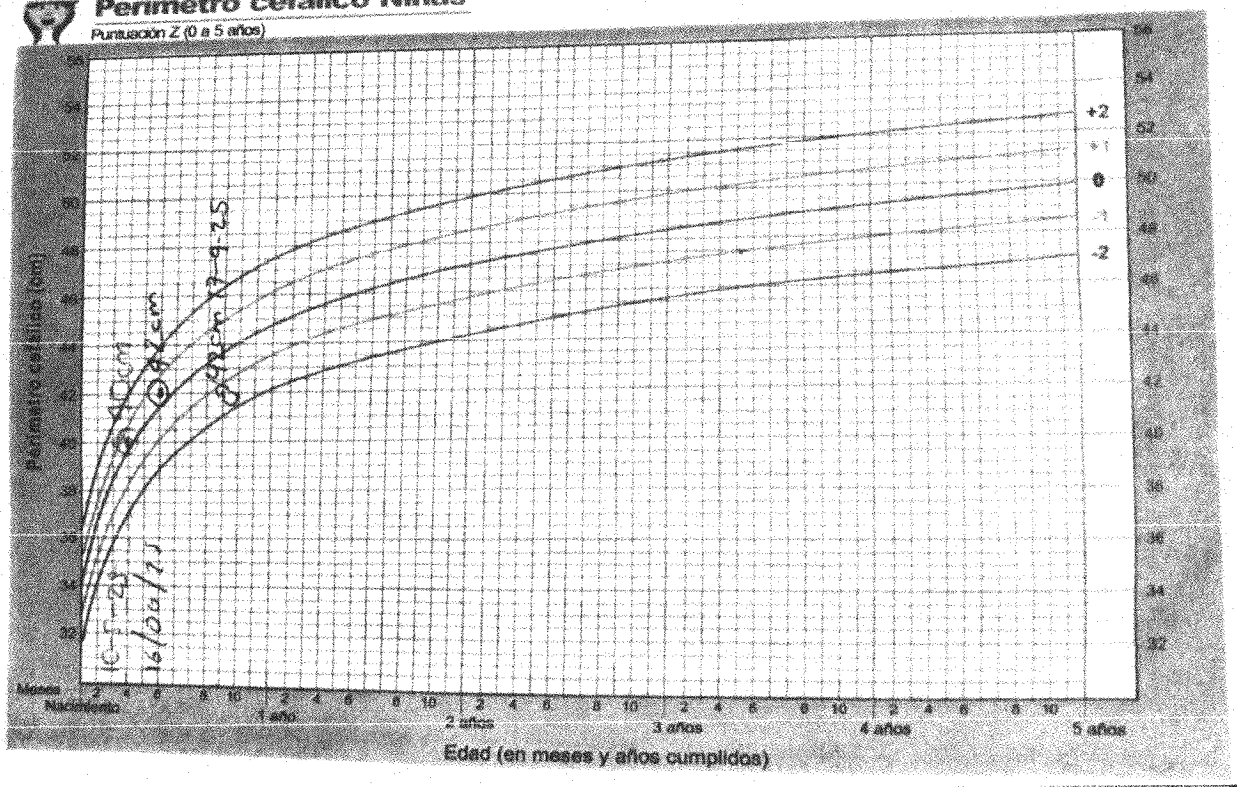


⑥

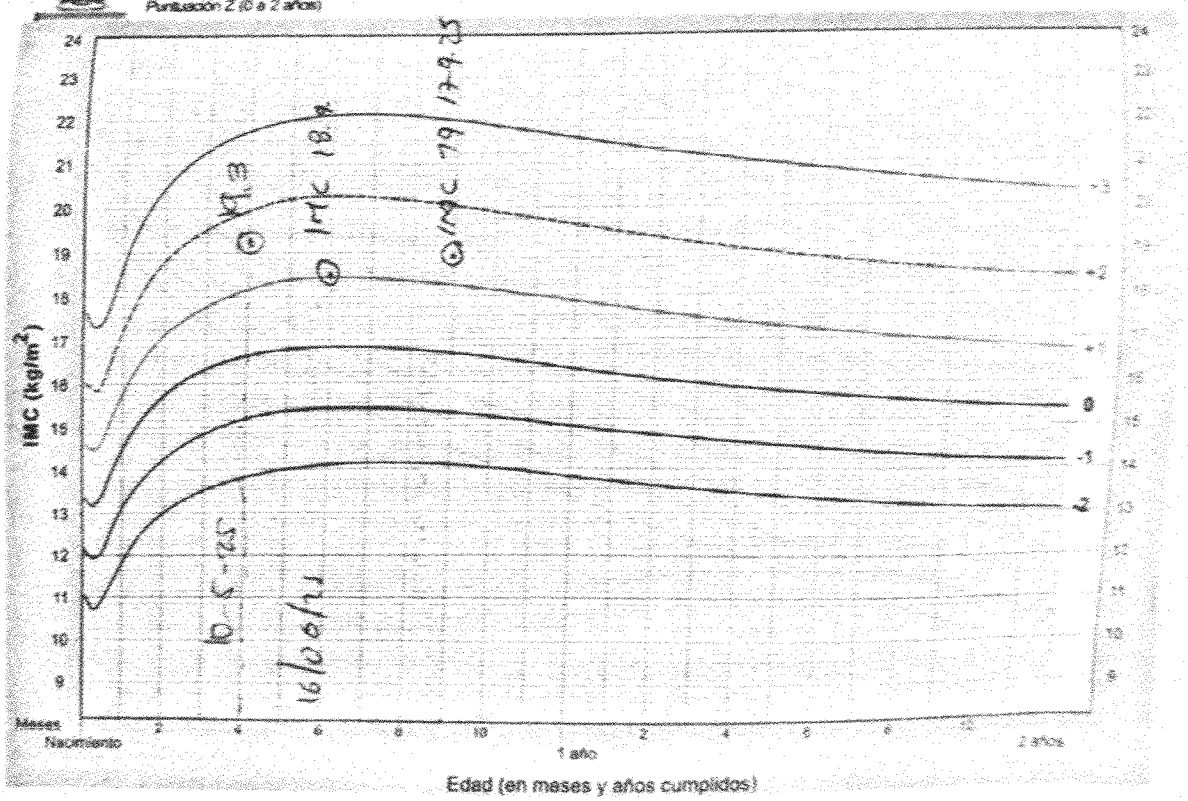
7
RIV

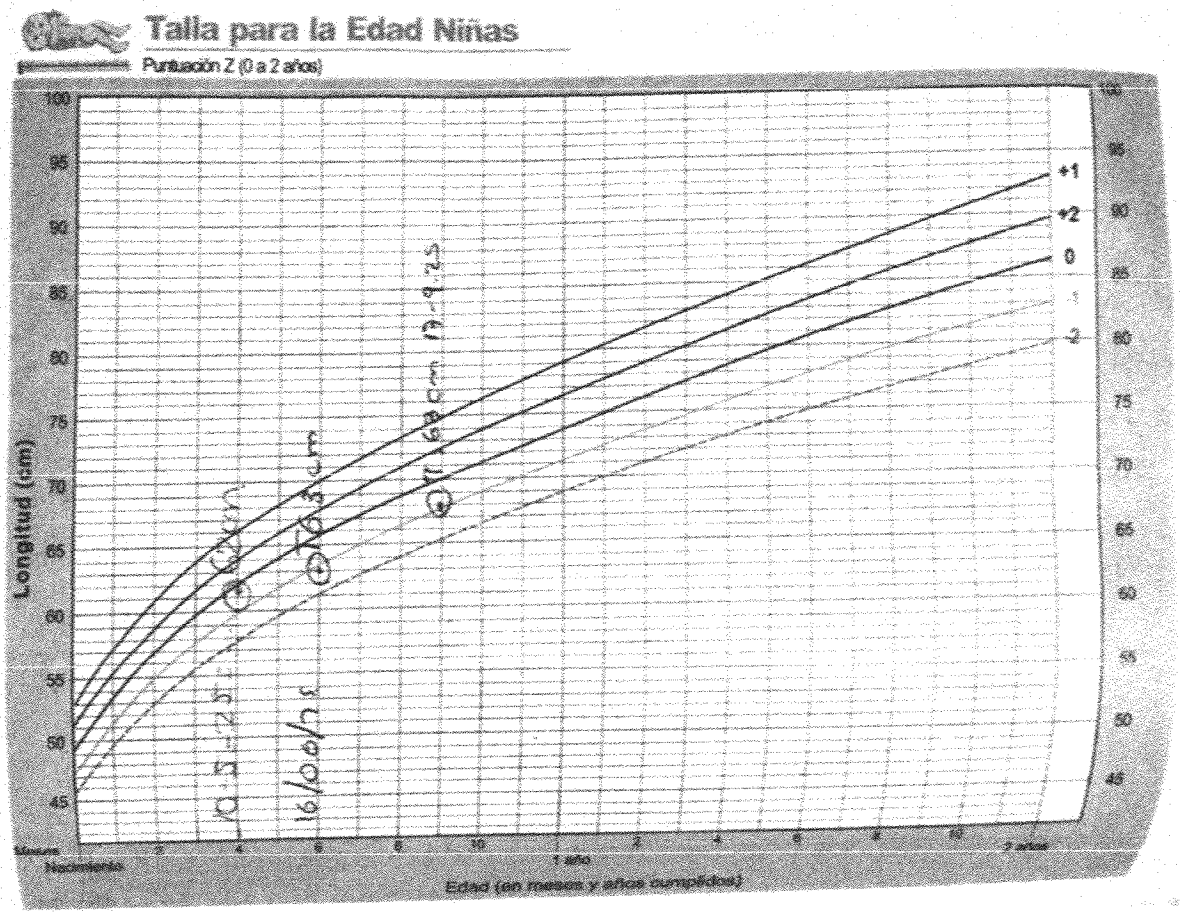
Perímetro cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
10-9-25	9.9	82	90	15	19.1	10-6-25	
16-09-25	7.3	63	92	13	18.9	19/09/25	
17-09-2025	8.8	88	42	145	190	14-12-2025	Milena C.


IMC para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
IMC (kg/m²)
+2
+1
0
-1
-2
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)


Talla para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
Longitud (cm)
+1
+2
0
-1
-2
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

CENTRO DE SALUD GENERAL FARFÁN
MEDICO GENERAL

CEDULA :

PACIENTE:

REGISTRO DE CITAS

FECHA : 12/01/2025	HORA: 8:20
FECHA : 14/01/2025	HORA: 8:00
FECHA : 14/03/2025	HORA: 8:20
FECHA : 14/04/2025	HORA: 8:20
FECHA : 14/05/2025	HORA: 8:40
FECHA : 11/07/2025	HORA: 9:40
FECHA : 14/08/2025	HORA: 7:00 AM
FECHA : 16/09/2025	HORA: 10:40
FECHA : 16/10/2025	HORA: 8:40 AM
FECHA :	HORA:

Guíese por el código de color

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

HCU:

CC/CI: Madre 2 1 0 0 9 0 5 7 1 6

CC/CI: Niño/niña 2 1 5 0 8 5 1 1 3 3

Nombres: Cristina Fernanda

Apellidos: Barrezueta Saldaña

Discapacidad: Sí .... (No) ... Tipo .....

Fecha de nacimiento: 14 (Día) 12 (Mes) 2024 (Año)

Teléfono domicilio: .....

Teléfono celular: 0979948601

Dirección domicilio: Recinto Luis Bermeo

Nombre de la madre/padre: Lady Jhoana Saldaña Ch.
Cristhian Fernando Barrezueta Herrera

Zona: 4

Provincia: Santiago

Cantón: Lago - Agrio

Parroquia: General Farfán

Establecimiento de salud: General Farfan

Ministerio de Salud Pública: X

Seguro de la Policía: ☐ Otro: ☐

Seguro de las Fuerzas Armadas: ☐

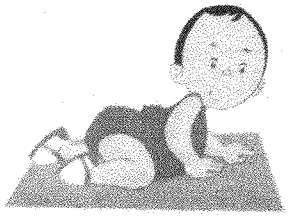
IESS: ☐

Seguro Social Campesino: ☐

Esquema de vacunación

Influenza estacional

Edad optima de vacunación	Vacunas	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
6 a 11 meses	Influenza estacional	1 dosis	21	07	25	1 M	P1007427944	Eduardo	HHD
		2 dosis (al mes de la primera)	01	09	25	8 M	P1007427444	Eduardo	HFID
12 a 23 meses (1 a 2 años)		Una dosis							
24 a 35 meses (2 a 3 años)		Una dosis							
36 a 47 meses (3 a 4 años)		Una dosis							
48 a 59 meses (4 a 5 años)		Una dosis							



Registro de vacunación

Niños y niñas menores de 1 año

Tipo de vacuna	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
*BCG (Meningitis)	Dosis única	Dentro de las 24 horas	15	12	24	23h	0573HAC61	Lic Tine	HGMUJ
HB cero (Hepatitis B)	1.ª dosis	Dentro de las 24 horas	15	12	24	23h	0323A022E	Lic Tine	HGMUJ
**Rotavirus (Diarrea)	1.ª dosis	2 meses	14	02	25	2m	AROLE076AB	Lcdo. C.V	CS G.F
	2.ª dosis	4 meses	30	04	25	4m	AROLE076AB	Lic. H.H	CSGF
***Pentavalente (Difteria, Tosferina, Tétanos Hepatitis B, Meningitis, Neumonia)	1.ª dosis	2 meses	14	02	25	2m	22010312AB	Lcdo. C.V	CS G.F
	2.ª dosis	4 meses	30	04	25	4m	22010372 4B	Lic. H.H	CSGF
	3.ª dosis	6 meses	3	6	25	5m	2201037248	Lic. HH	CSGF
****fIPV (Poliomielitis)	1.ª dosis	2 meses	14	02	25	2m	2324004	Lcdo. C.V	C.S G.F
	2.ª dosis	4 meses	30	04	25	4m	2324009A	Lic. H.H	CSGF
bOPV (Poliomielitis)	3.ª dosis	6 meses	3	6	25	5m	1894 POII	Lic. H.H	CSGF
Neumococo conjugada (Neumonía, Meningitis, Otitis)	1.ª dosis	2 meses	03	03	25	3m	ASDNB3H6AM	Lic. PA	CSGF
	2.ª dosis	4 meses	30	04	25	4m	HJ5279	Lic. H.H	CSGF.
	3.ª dosis	6 meses	3	6	25	5m	HJ5279	Lic. H.H	CSGF

*BCG dosis única: se administrará hasta los 11 meses 29 días.

**Rotavirus. La primera dosis es hasta los 3 meses 29 días. La segunda dosis podrá administrarse hasta los 7 meses de edad (7 meses 29 días).

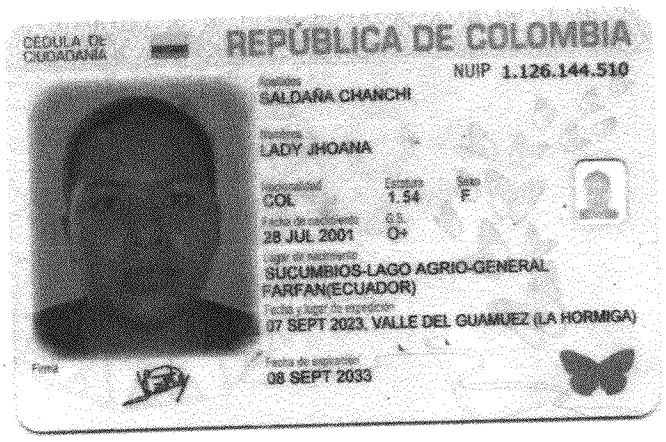
***En caso de reacción anafiláctica o alergia a la vacuna pentavalente, colocar vacuna HB pediátrica en el mismo esquema que pentavalente.

****El intervalo entre fIPV (1) y fIPV (2) debe ser de 8 semanas

Registro de vacunación

Niños y niñas de 12 a 23 meses

Tipo de vacuna	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
SRP (Sarampión, Rubeola, Parotiditis)	1.ª dosis	12 meses	✓				14/12/2023		
	2.ª dosis	18 meses							
Fiebre amarilla	1.ª dosis	12 meses	17	Sep	25	9m	93008	Ischel	HHUB
Varicela	1.ª dosis	15 meses							
DPT (Difteria, Tosferina, Tétanos)	1.ª refuerzo (4.ª dosis combinada DPT)	18 meses							
bOPV (Poliomielitis)	1.ª refuerzo (4.ª dosis)	18 meses							


CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.126.144.510

Apellidos
SALDAÑA CHANCHI

Nombres
LADY JHOANA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.54

Sexo
F

Fecha de nacimiento
28 JUL 2001

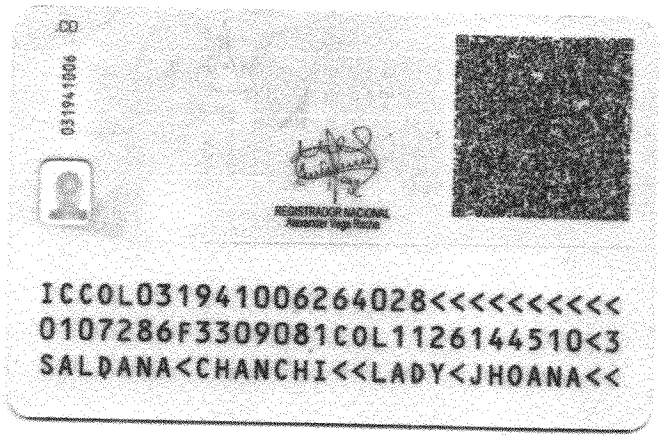
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SUCUMBIOS-LAGO AGRIO-GENERAL FARFAN(ECUADOR)

Fecha y lugar de expedición
07 SEPT 2023, VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)

Firma

Fecha de expiración
08 SEPT 2033


CO

0319410066

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0319410066264028<<<<<<<<<<<
0107286F3309081COL1126144510<3
SALDANA<CHANCHI<<LADY<JHOANA<<

CÉDULA DE IDENTIDAD

REPÚBLICA DEL ECUADOR

DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL, IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN

CONDICIÓN CIUDADANÍA



APELLIDOS
BARREZUETA
HERRERA

NOMBRES
CRISTHIAN FERNANDO

NACIONALIDAD
ECUATORIANA

FECHA DE NACIMIENTO
03 MAY 1999

LUGAR DE NACIMIENTO
SUCUMBIOS CUYABENO
TARAPOA

FIRMA DEL TITULAR

SEXO
HOMBRE

No. DOCUMENTO
031211186

FECHA DE VENCIMIENTO
27 JUL 2032

NAT/CAN
544617^^

NUI 2100823109

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
BARREZUETA YOZA CARLOS REMIGIO

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
HERRERA FLORES CARMEN NORMA

ESTADO CIVIL
SOLTERO

CÓDIGO DACTILAR
E3333V2242

TIPO SANGRE NIR

DONANTE
No donante

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN
LAGO AGRIO 27 JUL 2022

DIRECTOR GENERAL

I<ECU031211186<<<<<2100823109
9905038M3207279ECU<NO<DONANTE9
BARREZUETA<HERRERA<<CRISTHIAN<

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 848.002.309-9

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraiso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Cristina Fernanda Barrezueta.
Doc. de Identidad: 1126144972. EPS: Emssanar
Teléfono: 3227158163. Domicilio: V/Dios Perez

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)													
			5 DÍAS	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
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general					2-24-22								
		Atención en salud por enfermería					2-24-22								
		Atención en salud por Odontología					2-24-22								
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor													
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

Johana Daniela Perez
ODONTÓLOGA
TP 032736

Proximo Control al Comité

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Lady Joana Saldaña Identificado con C.C N° 1.196.144.510 en calidad de: padre o madre (Madre.), del niño o niña: Cristina Fernanda Barreneta o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mi Mundo Magico 1, 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 16 Días del mes de Abril. del Año 2024.

Madre o Acudiente
C.C 1.196.144.510.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN 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 Cristina Fernanda Barrezueta Saldaña, identificado (a) con documento de identidad número 1126144972, 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	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Lady Yohana Saldaña Chanchi, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.126.144.510, 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	X	Videos	X	Otros datos personales	X

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 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 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: _____
Nombre: Lady Johana Saldaña.
Calidad - Titular: X. Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 16-05-2025
Municipio: San Miguel.

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad la dorada - san Miguel

Nombre completo de la niña o niño Cristina Fernanda Barrezueta Saldaña.

Fecha de nacimiento 14 12 2024 **N° Documento de Identidad** 1.126.149.972

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** 16 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Sandra Mera

Fecha de registro cualitativo Día 16 Mes 07 Año 2025

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ● 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa ■ **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

Cristina es una niña que utiliza gestos para indicar que quiere algo, aun no dice Palabras de dos silabas iguales, cada vez se adapta mejor a las constumbres de las Personas que la cuidan, es capaz de mantenerse Sentada, aun se le dificulta mandar besos y utilizar la pinza.

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo *(en caso de perfil de desarrollo en alerta)*

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Sandra Mera.

Fecha de registro cualitativo Día 20 Mes 10 Año 2025

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ● 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa ■ **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

Cristina Dice Palabras de dos Silabas iguales a la hora de un objeto o una Persona, juego Solo Por Periodos Cortos i relaciona an su imagen en el espejo. escapa de mantenerse Sentada aun se le dificulta mandar besos y usar la Pinza

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo *(en caso de perfil de desarrollo en alerta)*

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

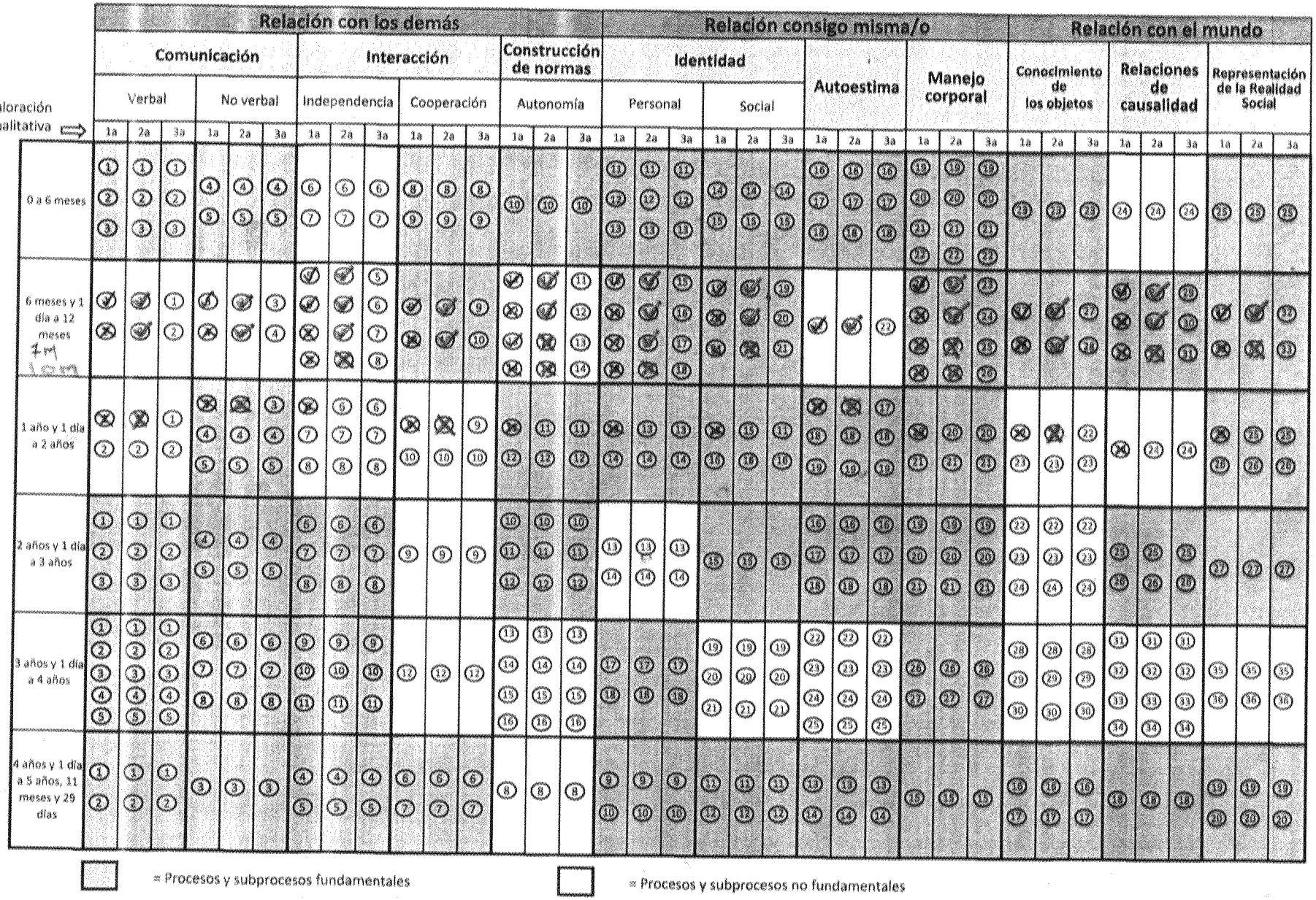
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa □ **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo *(en caso de perfil de desarrollo en alerta)*



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL