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) _X_ 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. N/A
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: 27/03/2025 **FECHA INGRESO:** 1-04-2025

UDS: Semillitas del futuro **MUNICIPIO:** San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Danna Paola Arteaga Romo

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1088.698.502.

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 12/01/2021 **EDAD:** 4 años **MUNICIPIO:** Pasto

DEPARTAMENTO: Nariño **PAIS:** Colombia **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: Vlla cruz **ESTRATO:** B4 **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: X NO: __

¿CUAL?: D.I.M.f **MOTIVO DEL RETIRO:** finalizacion del programa

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: N/A

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: B4 **DESPLAZADO:** SI: Y __ NO:

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: Diego fernando Arteaga Criollo

No. IDENTIFICACION: 1.086.694.913 **DIRECCION RESIDENCIA:** Vlla cruz

CELULAR: 310666672 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Oficios varios

EMPRESA DONDE LABORA: Independiente

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: leidy Nathaly Romo Andrade

No. IDENTIFICACION: 1.086.697.400 **DIRECCION RESIDENCIA:** Vlla cruz

CELULAR: 3249508531 **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: leidy Nathaly Romo

NUMERO IDENTIFICACION: 1086.697.400 **CELULAR:** 3249508531

DIRECCION: Vlla cruz **PARENTESCO:** Madre

Leidy NATHALY Romo Andrade
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

PAOLA CAICEDO
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 28011823-6

3

6040R022

NUIP 1.086.698.502

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60408932

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código M 1 B

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

REGISTRADURIA DE CUMBITARA - COLOMBIA - NARIÑO - CUMBITARA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ARTEAGA	ROMO

Nombre(s): DANNA PAOLA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes ENE Día 12	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA NARIÑO PASTO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	164064326

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: ROMO ANDRADE LEIDY NATHALY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.086.697.400	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: ARTEAGA CRIOLLO DIEGO FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.086.694.913	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ARTEAGA CRIOLLO DIEGO FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.086.694.913	Diego Arteaga Criollo

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 2021 Mes MAR Día 10	CARLOS ANDRES RUIZ PANTOJA - REGI Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Diego Arteaga criollo Firma	Carlos Andres Ruiz Pantoja Registrador Municipal del Estado Civil Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

10 MAR. 2021

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

Carlos Andres Ruiz Pantoja
Registrador Municipal del Estado Civil

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
CUMBITARA NARIÑO
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL
VALIDO PARA TOMO - FOLIO Asuntos Civiles
Carlos Andres Ruiz Pantoja
REGISTRADOR MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 03/10/2025

Ficha: 86757674952700005128

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DANNA PAOLA

Apellidos: ARTEAGA ROMO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1086698502

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/06/2023

Última actualización ciudadano: 21/06/2023

Última actualización vía 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: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co

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	1086698502
NOMBRES	DANNA PAOLA
APELLIDOS	ARTEAGA ROMO
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	13/01/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/03/2025 22:07:52	**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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



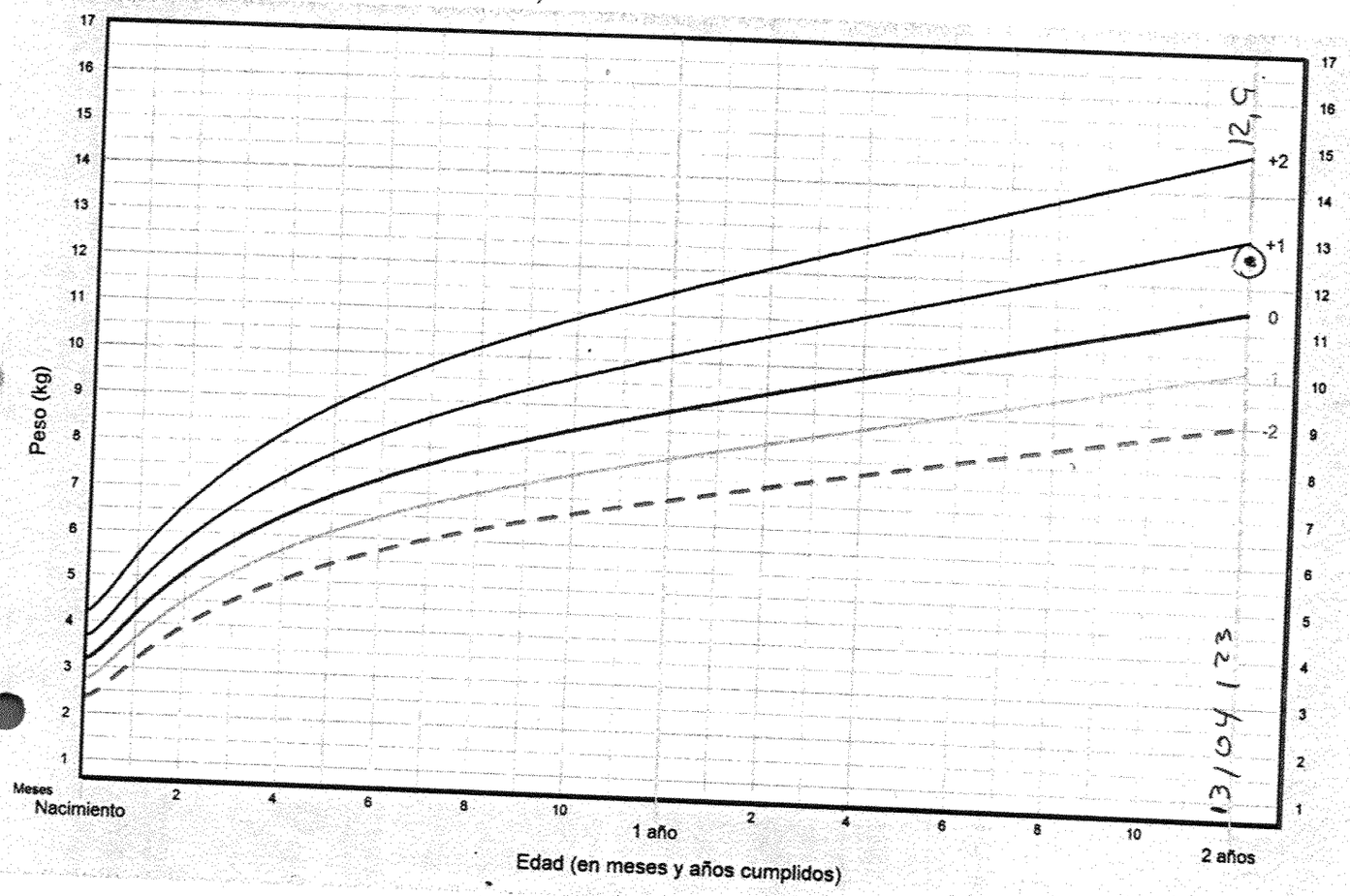
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: DANNA PAOLA	Apellidos: ANTEAGA ROMO
Fecha de nacimiento: 17 DIA | 01 MES | 2021 AÑO	Historia Clínica: 1086698502
Barrio/Vereda: V/ LA CRUZ	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS: 118

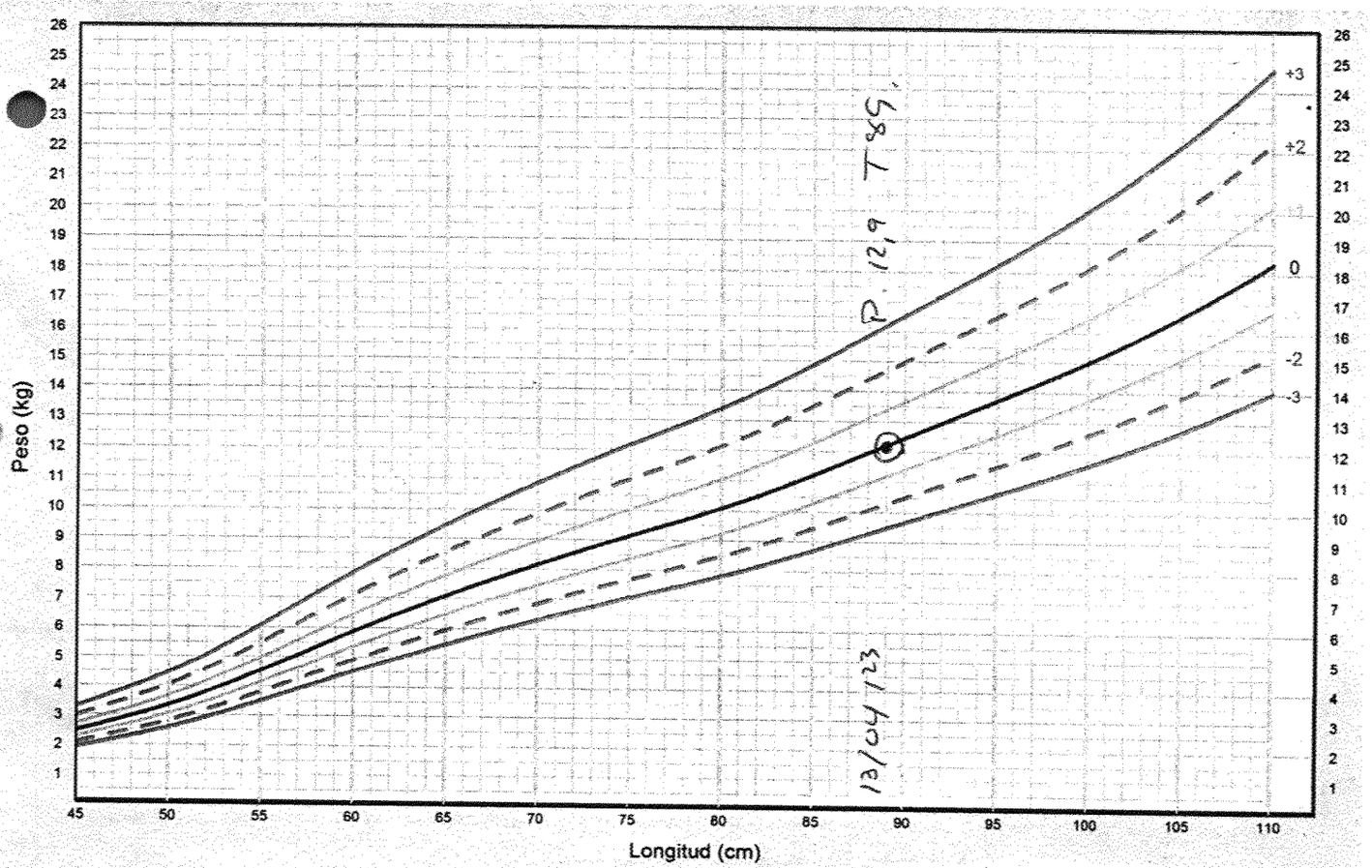
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



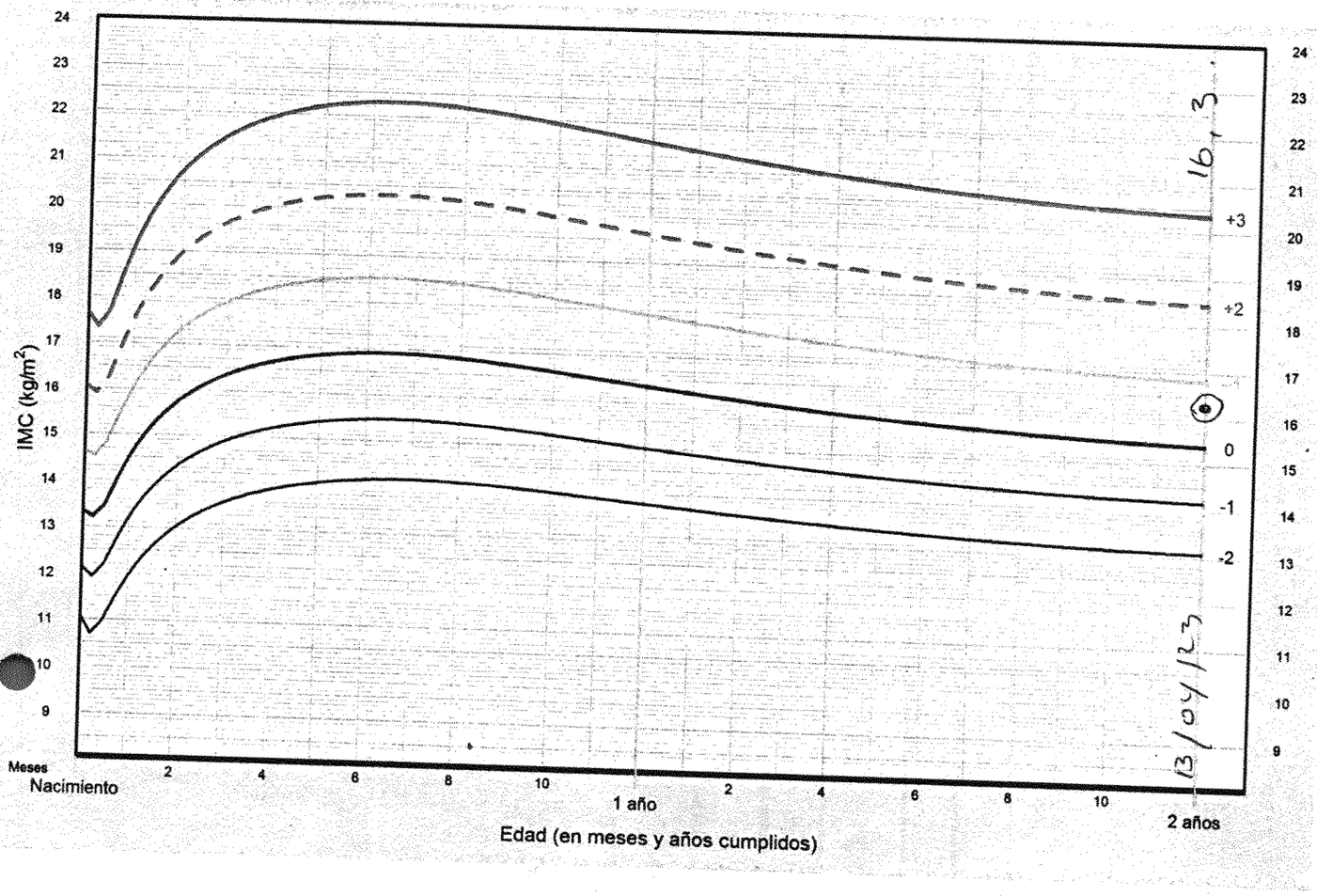
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



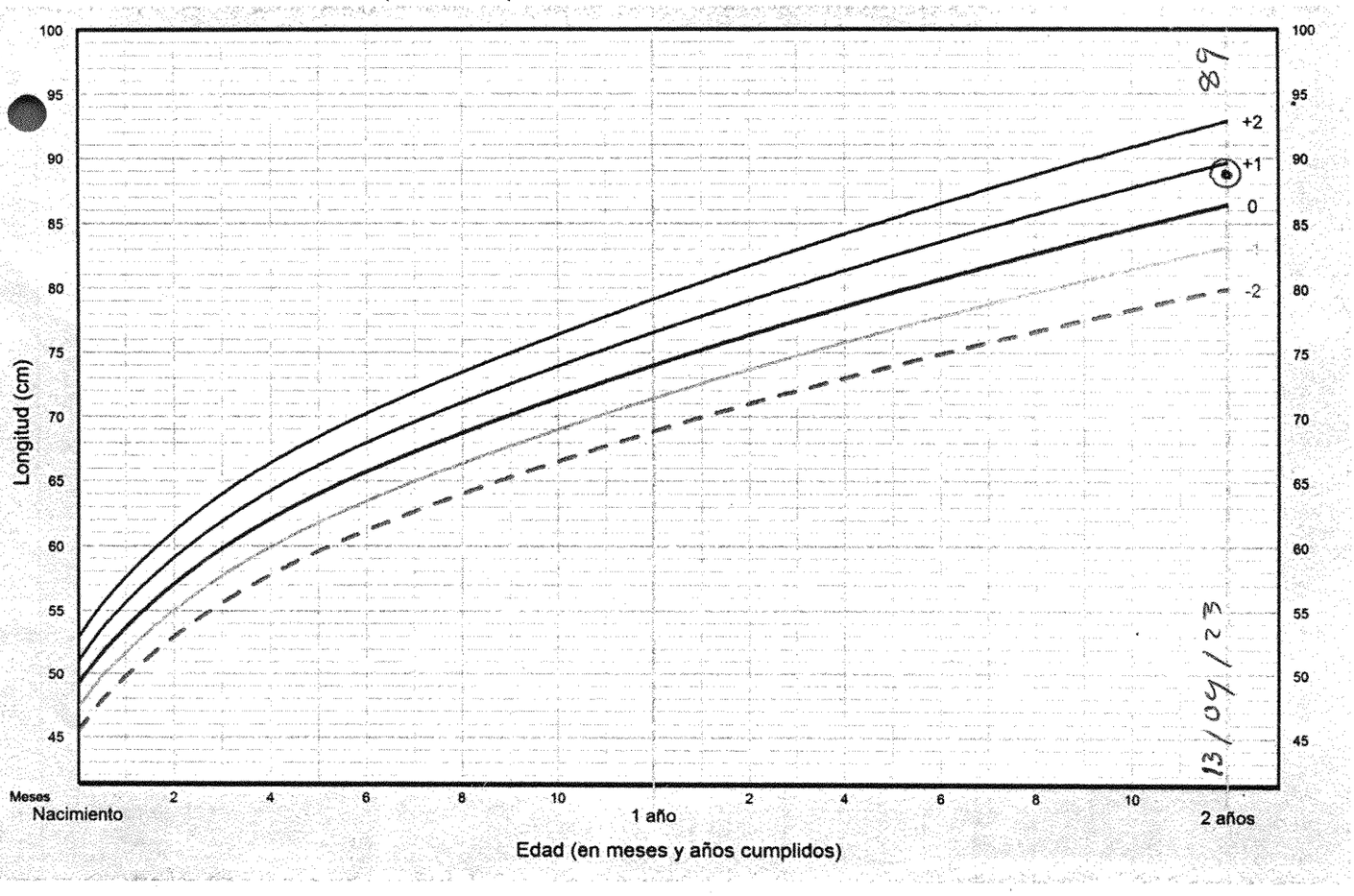
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



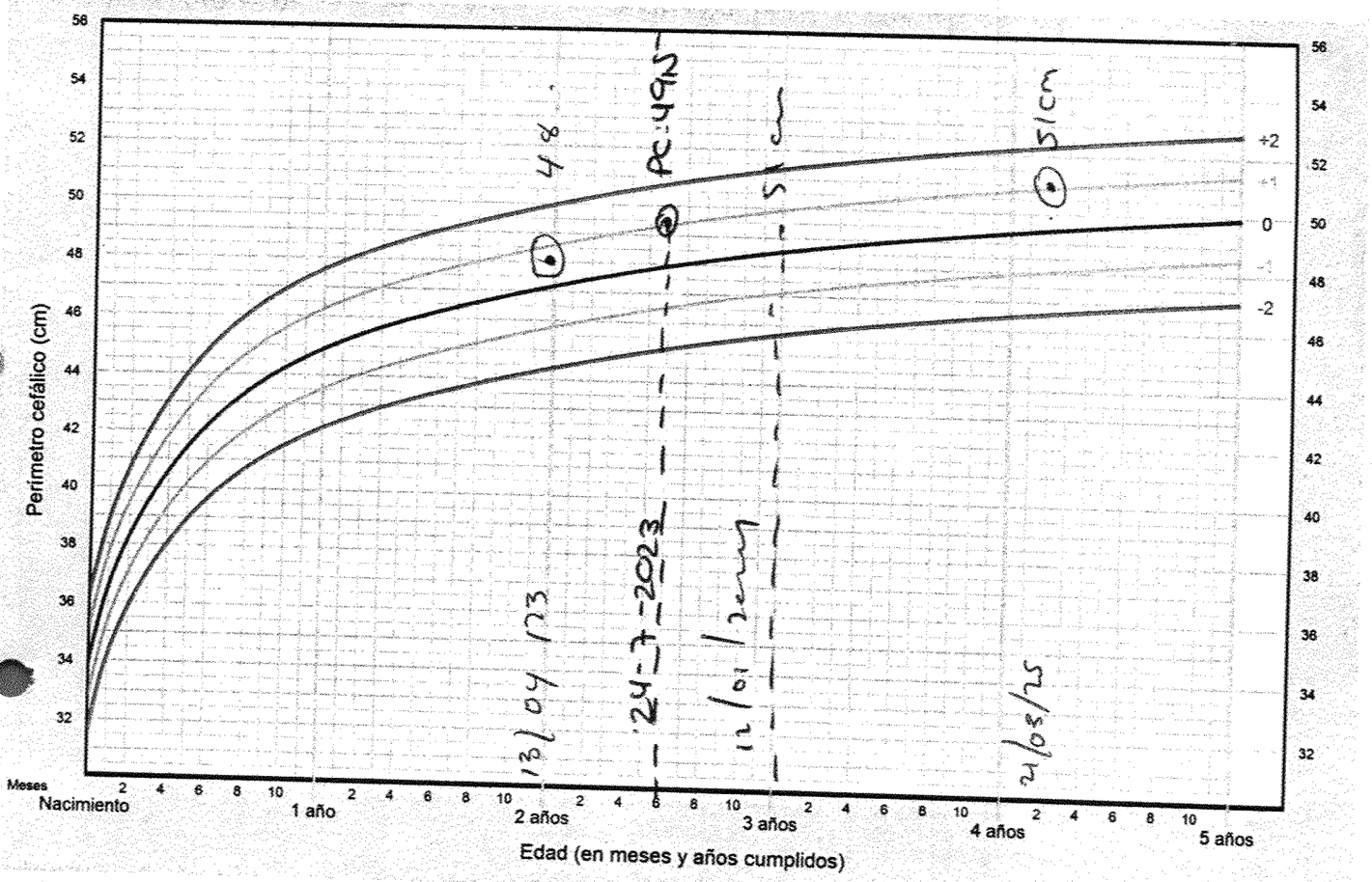
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



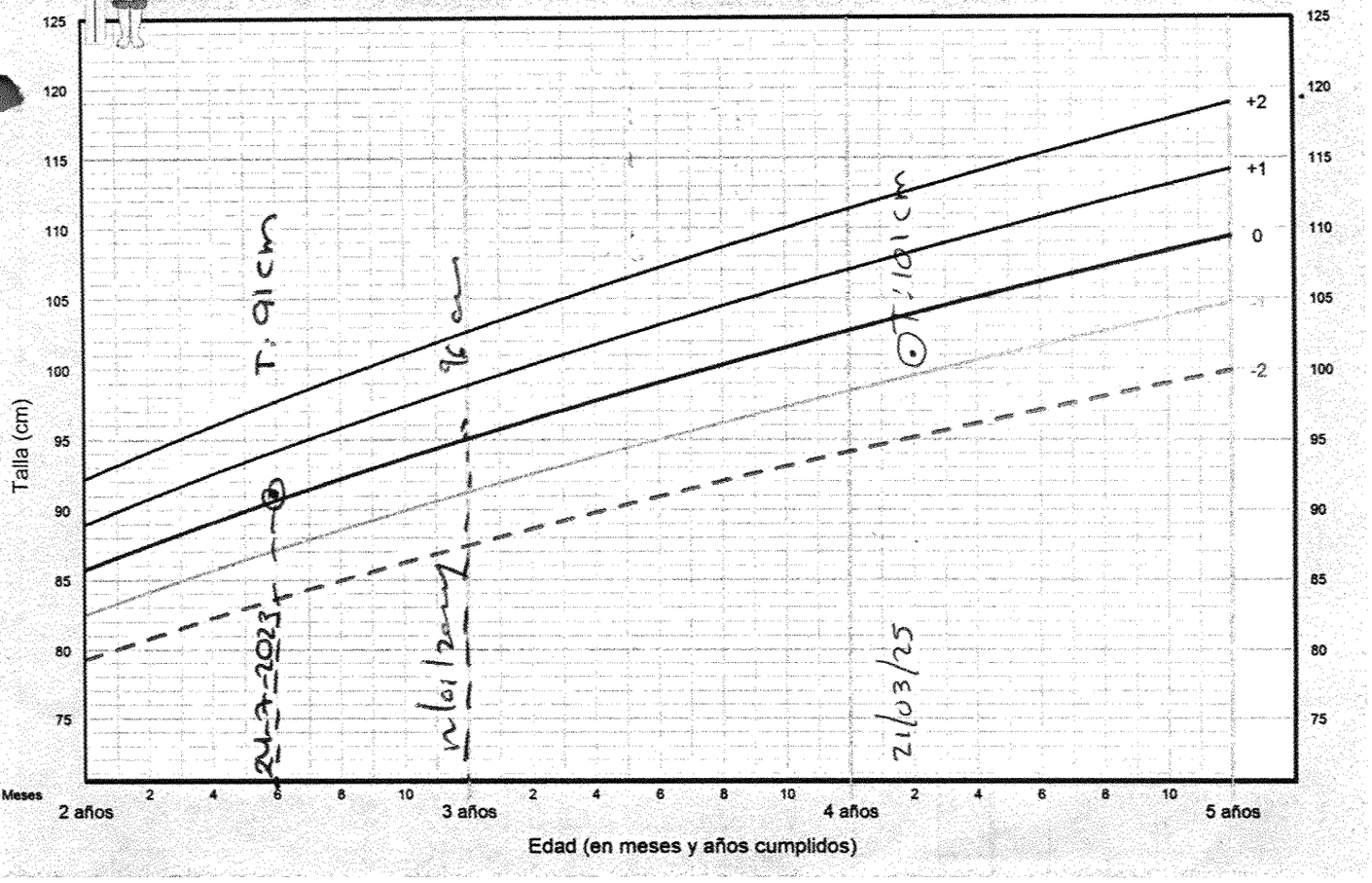
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



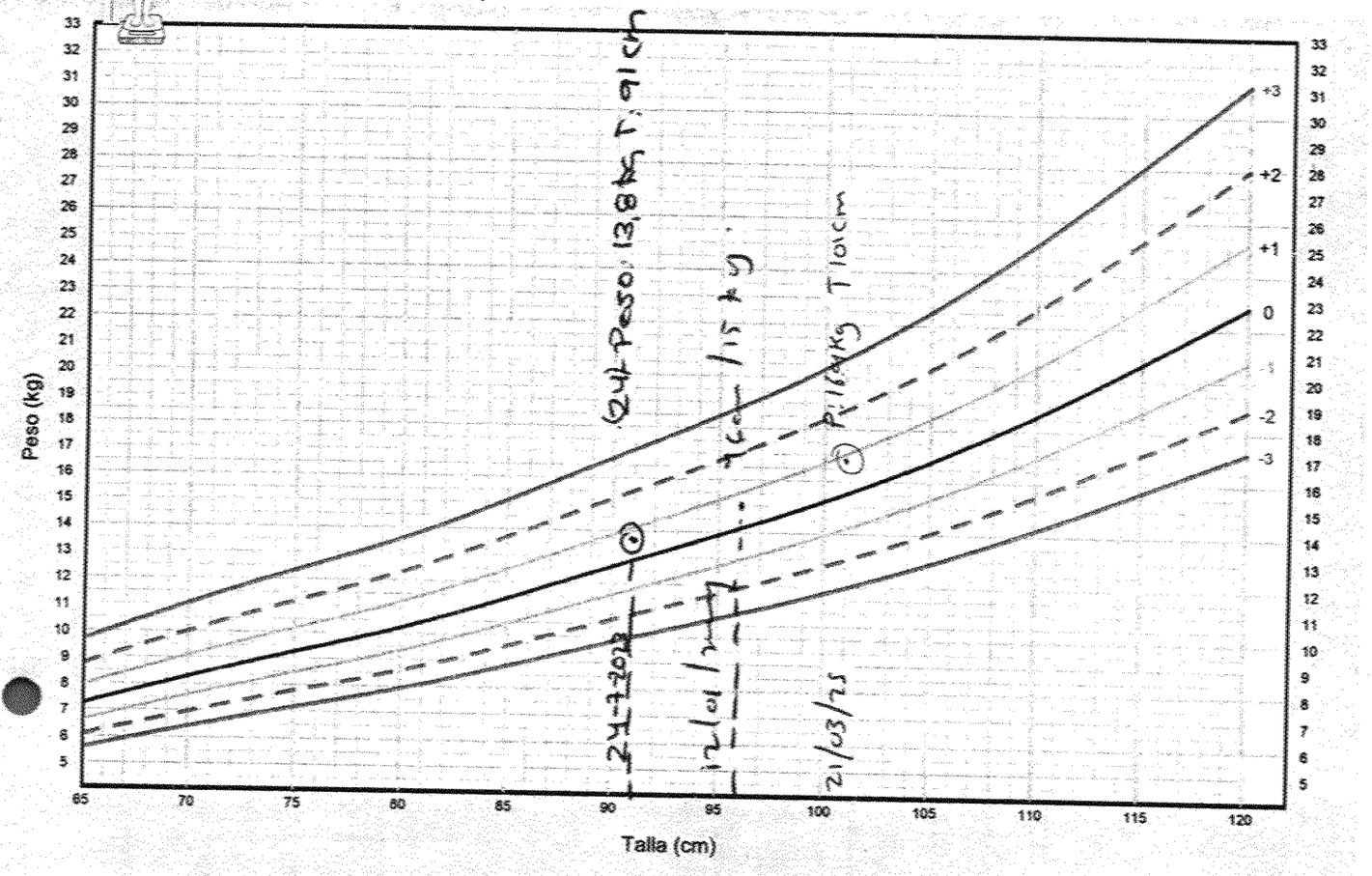
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



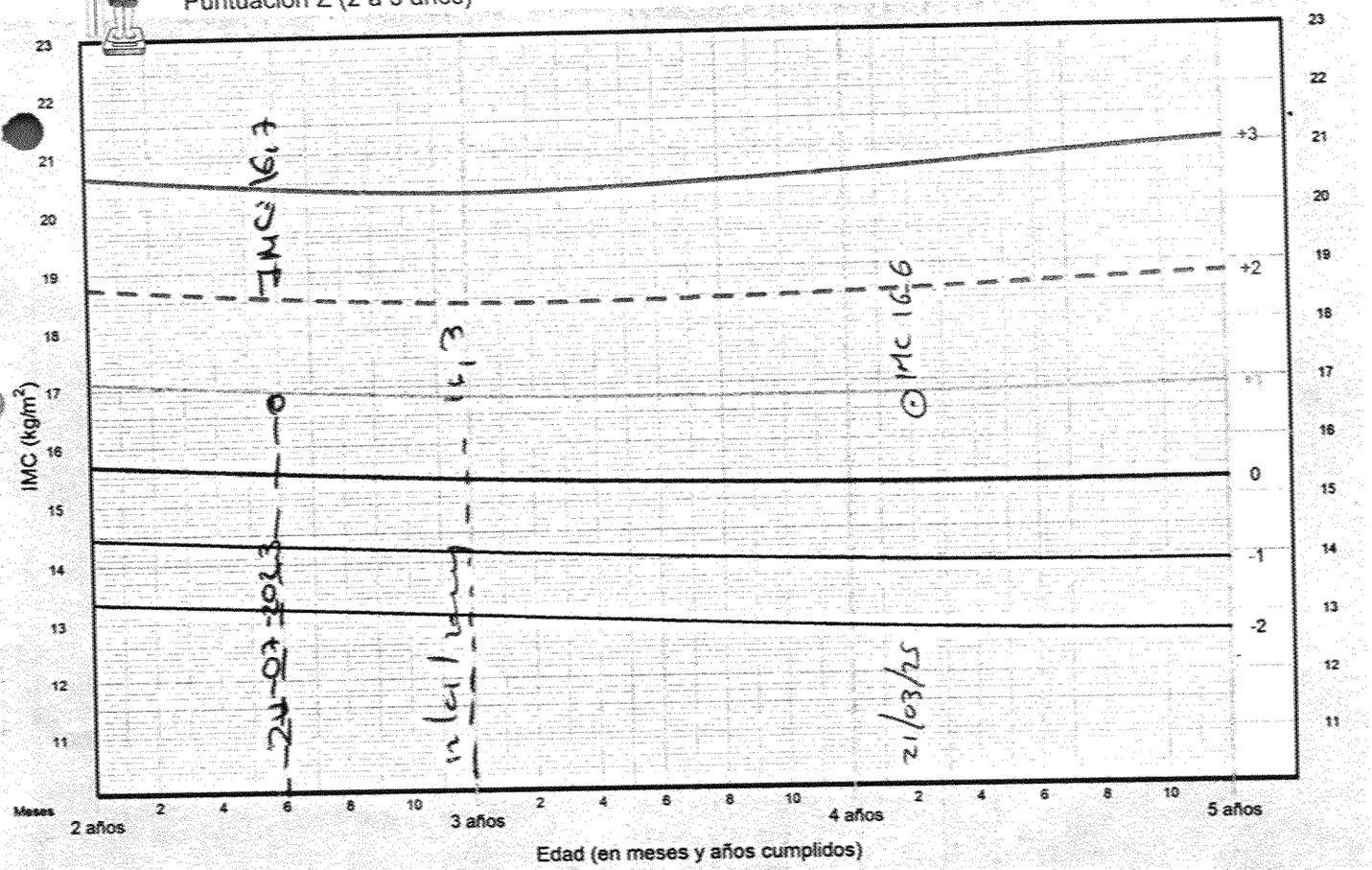
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
13/04/23	12,9	89	48	16	18	12/06/23	Dra. Magaly Cabrera Médico General R.M. 67027[illegible] Univalle
24/07/23	13,8	91	49,5	16,5	16,2	12/01/24	[illegible]
12/01/2024	15	96.	51	17	16,3	13/01/2025	[illegible]
21/03/25	16.9	101	51	18	16.6	12/01/26	P. [illegible]

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
13	Abril	2023	Med	Si	✓
12	Junio	2023	Enf	Si	✓
12	Enero	2024	Medico	/	
13	01	2025			
21	marzo	2025	Enf	Si	Pidió
12	Abril	2026	Med.		

Carné de salud infantil

Datos del Niño o de la Niña

1° Apellido: Arteaga

2° Apellido: Romo

Nombre: Danna paola

Fecha de Nacimiento: Día: 12 Mes: 01 Año: 2021

Sexo: F X M ___ I ___

Grupo Sanguíneo: O Rh: +

Lugar de nacimiento: Clínica Fátima

Municipio: Pasto Departamento: Nariño

EPS: Emssanar

No. de Afiliación: 16406432-6

No. de Registro Civil: 1086698502

En caso de urgencia favor avisar a:

Nombre: Amanda Arteaga

Domicilio: [illegible]

Municipio: cumbitara Departamento: Nariño

Teléfonos: 3144305537

Otros domicilios:

Carné de Vacunación

	Vacunas	Fecha	Lote Numero	Laboratorio	IPS	Próxima Cita	Vacunador	Observaciones
R.N.	Hepatitis B	12-enero-2021	0320902213	SCRUM	Clinica	12-Marzo	Analuz P	
	BCG	12-enero-2021	037992 BS	SCRUM	Fatima	2021	Analuz P	
2 MESES	Difteria	17/02/2021	28504018	Serum	Puesto de salud Damasco		Carmen Trejo.	
	Tetanos							
	Tos Ferina							
	Hepatitis B							
	H. Influenza B							
	Polio	17/02/2021	202900AA	Bidoguin	Pto. S. Damasco		Carmen M	
	Rotavirus	17/02/2021	AROLC772AF	Glaxo	Pto. S. Damasco		Carmen M	
	Neumococo	17/02/2021	ASPNB328BB	Glaxo	Pto. Damasco		Carmen M.	
4 MESES	Difteria							
	Tetanos							
	Tos Ferina	18-07-21						
	Hepatitis B	18/07/21	Serum	2850401 C	Puesto de salud		Elsa Lobos	
	H.Influenza B	18-07-21	202700	AA Bilthuen	Damasco		Elsa Lobos	
	Polio	18-07-21	AROLC772AP	Glaxo			Elsa Lobos	
	Rotavirus	18-07-21	ASPNB328BB	Glaxo				
	Neumococo							
6 MESES	Difteria							
	Tetanos							
	Tos Ferina	26-09-21	28504034D	Serum	Pto de Salud Damasco		Clara C.	
	Hepatitis B	26-09-21	28504034D	Serum				
	H. Influenza B	26-09-21	28504034D	Serum				
	Polio	26-09-21	2105CC7A	Biluen				
6 A 23 MESES	Influenza Estacional 1 dosis	18-07-21	Sanofi	U3B87HU	P.S. Damasco		Elsa Lobos	
	Influenza Estacional 2 dosis	22-08-21	Sanofi	U3C131U	P. Salud Damasco		Elsa Lobos	
	Influenza Estacional Ref.	31-05-22	Pharmi	V5022008	Pto S Damaso		Clara C.	
12 MESES	Sarampión							
	Rubéola							
	Parotiditis	23-02-22	0130N1129A	Serum	Pto de salud Damasco		Clara Cultid	
	Neumococo Refuerzo	23-02-22	ASPNB32KA	GSK				
	Hepatitis A	23-02-22	U019226	MSD				
	Varicela	23-02-22	U000834	MSD				
18 MESES	Difteria							
	Tetanos							
	Tos Ferina	26-09-22	Serum	2321QURB	HFLP		Daniela Amarilla Tec. Aux en Enfermeria MSP 7728227	
	Polio	26-09-22	Serum	2140003	HFLP			
	Fiebre Amarilla	09-05-24	Fiocruz	231UF00032	HFLP		C.I Isabel. A.	
5 AÑOS	Difteria							
	Tetanos							
	Tos Ferina							
	Polio							
	Sarampión							
	Rubéola							
	Parotiditis							
	Varicela	28-06-23	0131NOAIA		HFLP		Mayerly V.	
OTRAS								

15
2/1

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 — Minsalud

CIUDAD La Dorada FECHA: DÍA 13 MES 5 AÑO 2025 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Danna Paola APELLIDOS Arteaga Romo

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1086698502

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 12 MES: 1 AÑO: 2021 EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación 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 cáncer de útero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí 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 inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] ó dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación 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 inflamación 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, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, 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 expresión 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 aplicación 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: nathaly Romo

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

Nombres Nathaly Apellidos Romo

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1086693900

Firma: nathaly Romo

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: Eduard IB

Firma Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1017626431

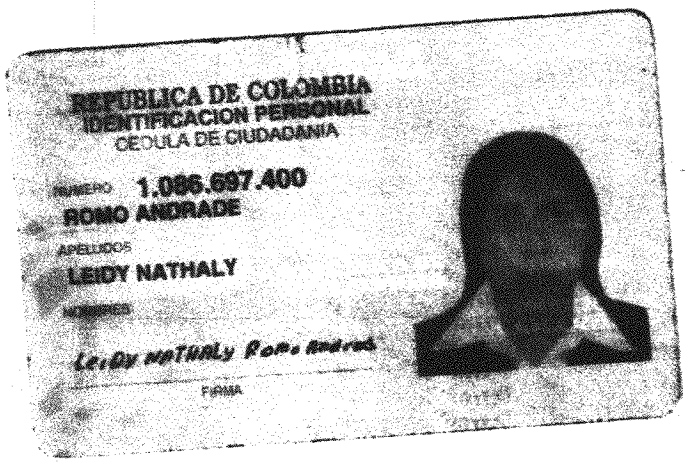
DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLD Hfld

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo

MUNICIPIO: San Miguel

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

NUMERO 1.086.697.400
ROMO ANDRADE
APELLIDOS
LEIDY NATHALY
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-OCT-1994
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

13-NOV-2012 CUMBITARA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2303900-00421361-F-1086697400-20130116 0032137477A 1 27161523

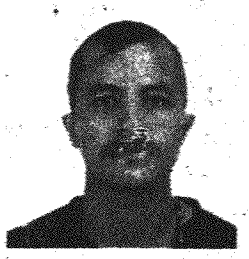
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.086.694.913

ARTEAGA CRIOLLO
APELLIDOS

DIEGO FERNANDO
NOMBRES

Diego Arteaga Criollo
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-DIC-1986

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

16-MAR-2005 CUMBITARA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2303900-00327221-M-1086694913-20110825 0027845673A 1 27086295

PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS		FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) O AÑOS (A)												
		0 MESES	1 M	2-3 M	4 M	5-6 M	7-11 M	12-17 M	18-23 M	24-35 M	36-59 M	5 A	6 A	7 A
Resolución 3280 de 2018 Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud	Control del recién nacido por médico													
	Atención en salud por medicina general													
	Atención en salud por enfermería													
	Atención en salud bucal por odontología													
	Promoción y apoyo de la lactancia materna													
	Aplicación de barniz de fluor													
	Profilaxis y remoción de placa bacteriana													
	Aplicación de sellantes (según criterio)													
	Vacunación													

Liliana Maribel Cordoba
HIGIENISTA ORAL
Reg. Unal 93 de 2011

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020-2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

Servimos con amor

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Danna Sofia Arteaga

Doc. de identidad: RC 1086698502 EPS: Emssana

Teléfono: 3106669672 Domicilio: Vía Cruz

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Leidy Nathaly Romo A. Identificado con C.C N° 1086697400 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Danna Paola Arteaga Romo o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Semillitas del F. 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 4 Días del mes de Abril del Año 2025.

Nathaly Romo Andrade
Madre o Acudiente
C.C 1086697400

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 Danna Paola Arteaga Romo, identificado (a) con documento de identidad número RC 1086698502, 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, Leidy Nathaly Romo Andrade, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1086693400, 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 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: NathalyRomo Andrade
Nombre: Leidy Nathaly Romo Andrade
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3249508531
Fecha: 4 - Abril - 2025
Municipio: La Dorada - San Miguel

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Paola Caicedo NOMBRE UCA: Semillitas del Futuro

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Danna Paola Arteaga P. IDENTIFICACIO: 1.086698502 FECHA DE NACIMIENTO: 12/Enero/2021

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					
10-Junio 2025	X		X		Usuaria no asiste al encuentro comunitario.	Nattaly Romo	Paola CAICEDO	Maestra realiza llamada telefonica en la que la madre refeie que no asistió porque se confundió de día y se comprometió a cocinar para unos trabajadores	Maestra se acerca a la casa de la usuaria para verificar su estado de salud, el cual es bueno. se cierra la novedad	Maestra verificará el estado de salud de la usuaria La madre se compromete a asistir a los proximos encuentros
17-Junio					Usuaria asiste al encuento comunitario en excelentes condiciones de salud, en compañia de su madre. por tal motivo se cierra la novedad	Nattaly Romo	Paola CAICEDO	Maestra Sensibiliza y recuerda a la madre los compromisos adquiridos con la modalidad: asistir puntualmente a los encuentros.		La madre se compromete a seguir asistiendo a los encuentros.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Paola Caicedo NOMBRE UCA: Semillitas del futuro

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Danna Paola Arteaga R. IDENTIFICACIO: 1088698502 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					

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 Danna Paola Arteaga Romo

Fecha de nacimiento 12 01 2021 **N° Documento de Identidad** 1086698502

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Paola Caicedo

Fecha de registro cualitativo 7 07 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

Danna realiza acciones propias de su edad lo cual permite identificar que se encuentra en un perfil de desarrollo esperado.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Paola Caicedo

Fecha de registro cualitativo 9 10 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

Danna Paola se encuentra en un desarrollo adecuado a su edad realizando actividades como: Realizar un dibujo y hacer una descripción de lo que dibujó, reconoce las diferencias entre un hombre y una mujer, entre otras.

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)***

Valoración Cualitativa ⇨	Relación con los demás																Relación consigo misma/o												Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas				Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía				Personal			Social																	
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a		1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	①②③	①②③	①②③	④⑤	④⑤	④⑤	⑥⑦	⑥⑦	⑥⑦	⑧⑨	⑧⑨	⑧⑨	⑩	⑩	⑩		⑪⑫⑬	⑪⑫⑬	⑪⑫⑬	⑭⑮	⑭⑮	⑭⑮	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑲⑳㉑㉒	⑲⑳㉑㉒	⑲⑳㉑㉒	㉓	㉓	㉓	㉔	㉔	㉔	㉕	㉕	㉕
6 meses y 1 día a 12 meses	①②	①②	①②	③④	③④	③④	⑤⑥⑦⑧	⑤⑥⑦⑧	⑤⑥⑦⑧	⑨⑩	⑨⑩	⑨⑩	⑪⑫⑬⑭	⑪⑫⑬⑭	⑪⑫⑬⑭		⑮⑯⑰⑱	⑮⑯⑰⑱	⑮⑯⑰⑱	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	㉒	㉒	㉒	㉓㉔㉕㉖	㉓㉔㉕㉖	㉓㉔㉕㉖	㉗㉘	㉗㉘	㉗㉘	㉙㉚㉛	㉙㉚㉛	㉙㉚㉛	㉜㉝	㉜㉝	㉜㉝
1 año y 1 día a 2 años	①②	①②	①②	③④⑤	③④⑤	③④⑤	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑨⑩	⑨⑩	⑨⑩	⑪⑫	⑪⑫	⑪⑫		⑬⑭	⑬⑭	⑬⑭	⑮⑯	⑮⑯	⑮⑯	⑰⑱⑲	⑰⑱⑲	⑰⑱⑲	⑳㉑	⑳㉑	⑳㉑	㉒㉓	㉒㉓	㉒㉓	㉔	㉔	㉔	㉕㉖	㉕㉖	㉕㉖
2 años y 1 día a 3 años	①②③	①②③	①②③	④⑤	④⑤	④⑤	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑨	⑨	⑨	⑩⑪⑫	⑩⑪⑫	⑩⑪⑫		⑬⑭	⑬⑭	⑬⑭	⑮	⑮	⑮	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	㉒㉓㉔	㉒㉓㉔	㉒㉓㉔	㉕㉖	㉕㉖	㉕㉖	㉗	㉗	㉗
3 años y 1 día a 4 años	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑨⑩⑪	⑨⑩⑪	⑨⑩⑪	⑫	⑫	⑫	⑬⑭⑮⑯	⑬⑭⑮⑯	⑬⑭⑮⑯		⑰⑱	⑰⑱	⑰⑱	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	㉒㉓㉔㉕	㉒㉓㉔㉕	㉒㉓㉔㉕	㉖㉗	㉖㉗	㉖㉗	㉘㉙㉚	㉘㉙㉚	㉘㉙㉚	㉛㉜㉝㉞	㉛㉜㉝㉞	㉛㉜㉝㉞	㉟㊱	㉟㊱	㉟㊱
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	①②③④⑤	①②③④⑤	①②	③④⑤	③④⑤	③	⑥⑦⑧⑨⑩	⑥⑦⑧⑨⑩	④⑤	⑤⑥⑦	⑤⑥⑦	⑥⑦	⑧	⑧	⑧		⑨⑩	⑨⑩	⑨⑩	⑪⑫	⑪⑫	⑪⑫	⑬⑭	⑬⑭	⑬⑭	⑮	⑮	⑮	⑯⑰	⑯⑰	⑯⑰	⑱	⑱	⑱	⑲⑳	⑲⑳	⑲⑳

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

Danni