Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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,

321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

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

2

FECHA SOLICITUD CUPO: 31-07-2025 **FECHA INGRESO:** 1-08-2025

UDS: Mundo de Colores **MUNICIPIO:** San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Adara Isabela Toro Salas.

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1122344549

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A.

N/A.

FECHA NACIMIENTO: 21-01-2025 **EDAD:** 6 Meses **MUNICIPIO:** Valle del Guamuez

DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** Colombia **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: Vereda el Hairal **ESTRATO:** 1 **¿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: N/A. **EPS DEL PARTICIPANTE:** Emssanar

SUBSIDIADO: X **CONTRIBUTIVO:** _ **PRESENTA DISCAPACIDAD:** SI: __ NO: X **DIAGNOSTICO:** N/A.

N/A. **ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD:** N/A.

NA. **PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD:** SI: __ NO: X CUAL: N/A.

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: N/A. **TIENE SISBEN:** SI: X NO: __ PUNTAJE: A4 **DESPLAZADO:** SI: _ NO: X **VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:** SI: N/A. NO: N/A. **RED UNIDOS:** SI: ____ NO: X

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alexander David Toro Yela

No. IDENTIFICACION: 1126446544 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/El Hairal

CELULAR: 3228195916 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Trabajos varios

EMPRESA DONDE LABORA: N/A.

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yoselin Dayana Salas Alvarez

No. IDENTIFICACION: 1006788482 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/El Hairal

CELULAR: 3116640497 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de Casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A.

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Yoselin Dayana Salas Alvarez

NUMERO IDENTIFICACION: 1006788482 **CELULAR:** 3116640497

DIRECCION: V/El Hairal **PARENTESCO:** Madre.

x Yoselin Salas
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.122.344.549

Indicativo Serial 61697926

61697926

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** X 6 Z

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TORO	SALAS

Nombre(s)

ADARA ISABELA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes ENE Día 21	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	25012910023569

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

SALAS ALVAREZ YOSELIN DAYANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.006.788.482	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

TORO YELA ALEXANDER DAVID

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.126.446.544	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

~~SALAS ALVAREZ YOSELIN DAYANA~~

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
~~CC 1.006.788.482~~	Yoselin Salas Alvarez

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 2025 Mes FEB Día 11	ROY EDISON CALLE MURCIA - REGIST Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Alexander Toro Yela. Firma	Nombre y firma

11.FEB.2025 - LIBRO DE VARIOS 170

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Adhesivo Copia Registro Civil
38430728-2

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 29/09/2025

Ficha: 867576741052800010671

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ADARA ISABELA

Apellidos: TORO SALAS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344549

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/11/2024

Última actualización ciudadano: 10/04/2025

Última 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: MARIA ZORAYDA LINARES MONTE

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Liberl

Teléfono: 4210537 - 32131387

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov

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	1122344549
NOMBRES	ADARA ISABELA
APELLIDOS	TORO SALAS
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	21/01/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/29/2025 13:21:54	**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.

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...SANOS

MIS DATOS:

Nombres: AMARA ISABELA

Apellidos: TORO SAIAS

Fecha de nacimiento: 21 01 2025

Historia Clínica: 1122345479

Barrio / Vereda: B/ LOS PRADOS

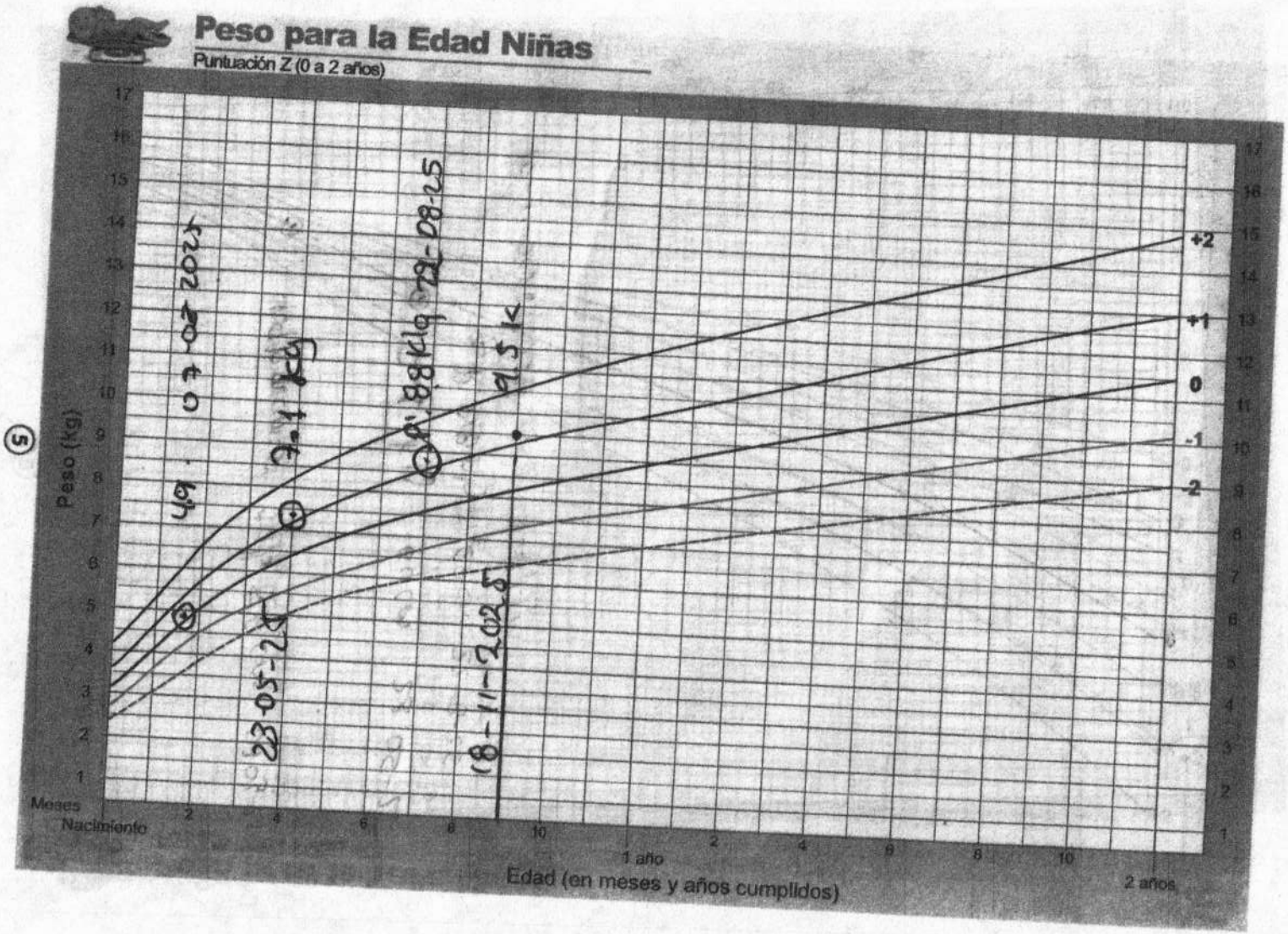
Responsable del niño (a): YOSELIN SAIAS

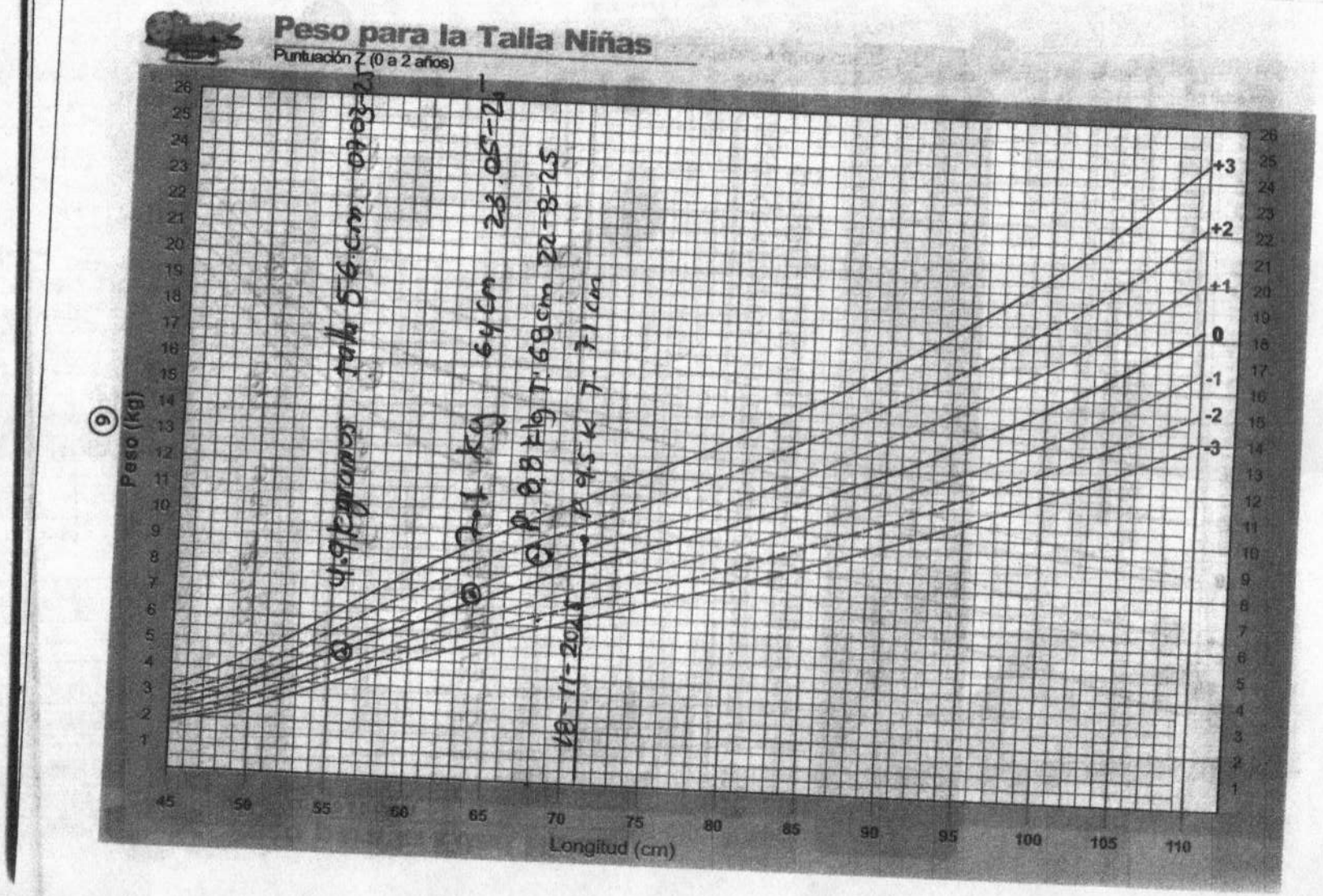
Teléfono:

EPS: EMSSANAR



7
R1V

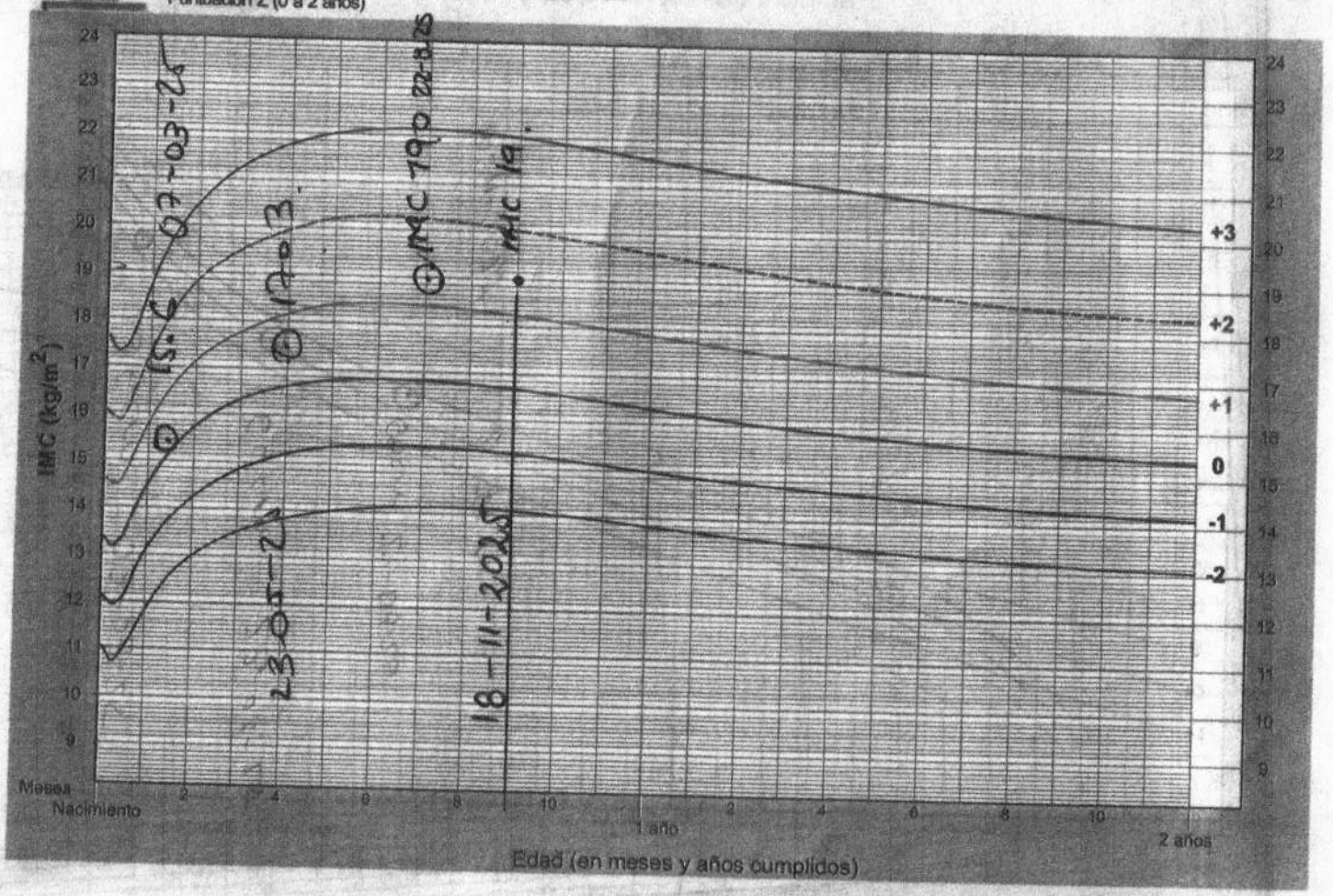

Peso para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-1
-2
23-05-25
3.1 kg
22-08-25
8.8 kg
18-11-2025
9.5 kg
5


Peso para la Talla Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Longitud (cm)
+3
+2
+1
0
-1
-2
-3
⑨
① 18-11-2024 T. 94.5 cm P. 9.8 kg
② 22-8-25 T. 68 cm P. 8.8 kg
③ 28-05-24 T. 64 cm P. 7.1 kg
④ 18-11-2024 T. 94.5 cm P. 9.8 kg

8
KIV

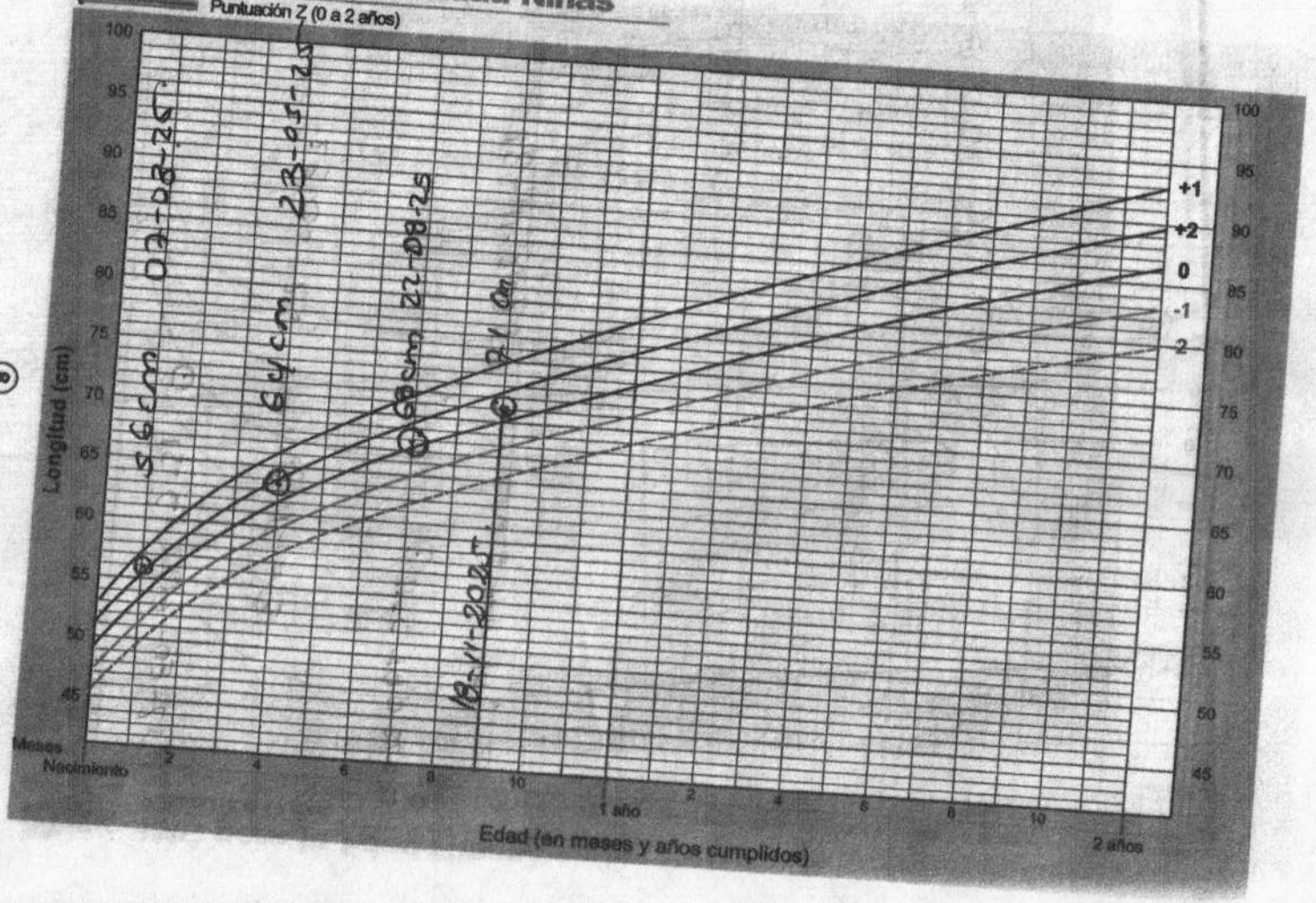
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



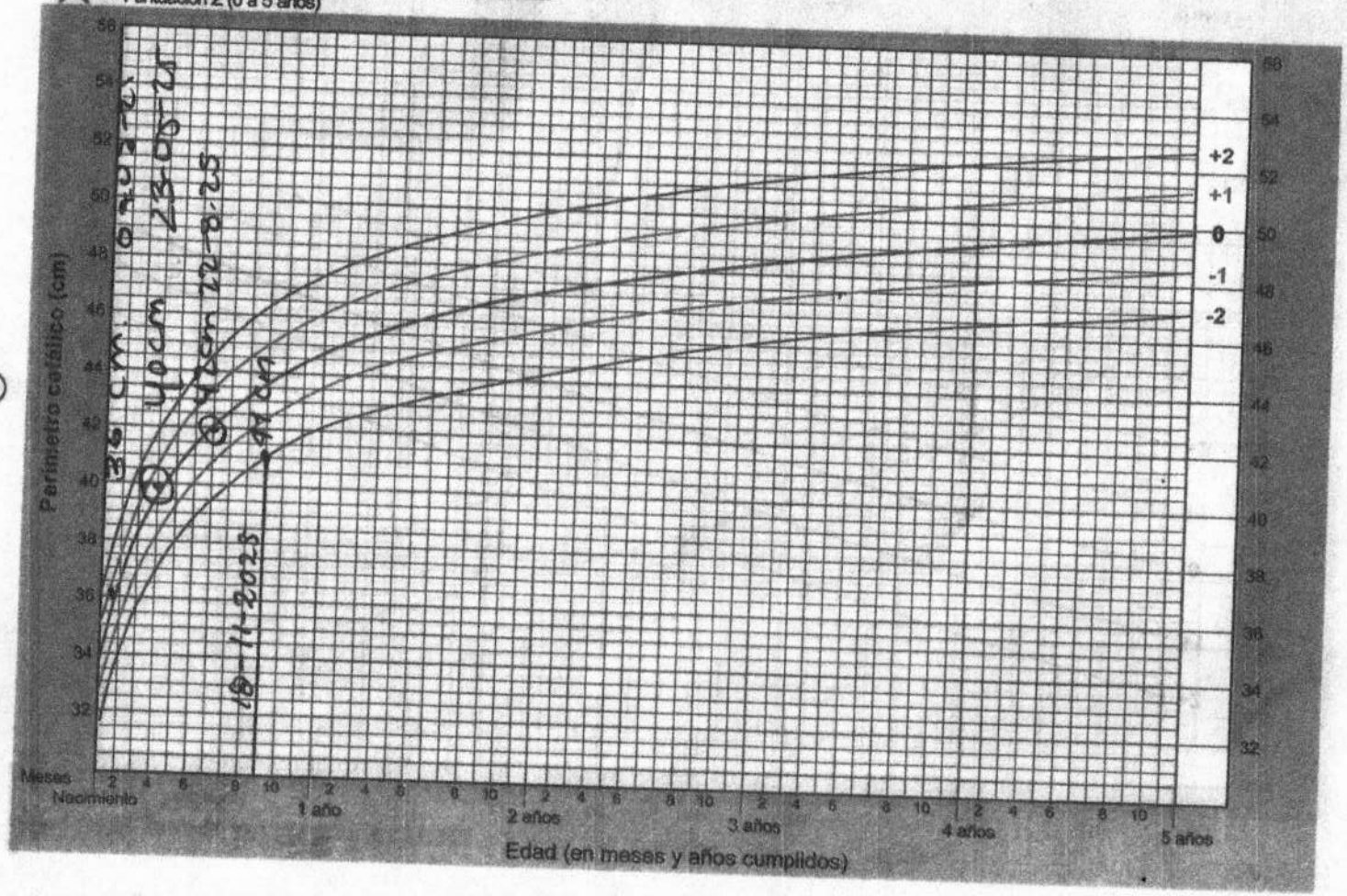
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Perímetro cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



⑥

10
RIV

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
07.03-2015	4.9	56	36	12	15.6	21-03-25	
23/05/25	7.1	64.5	40.5	15	17.3	21/07-25	
22-08-25	8.8	68		15	19,0	21-10-2025	Helena C.
18/11/25	9.6	71	41	16	19.	21-01-2026	Odontología

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
07	03	2025	✓	✓	
21	07	2025	Jefe		
22	08	2025	Enferm	Sí ✓	Milena C
21	oct	2025	Medico	cita	
21	Enero	2026			

11
RIV

oportunamente a los niños y niñas con todas las dosis,
e el riesgo de padecer enfermedades.

los contra:

sis meníngea (BCG), Hepatitis B, Poliomielitis (VIP),
; y otras enfermedades causadas por Haemophilus
e tipo b, Difteria, Tosferina, Tétanos (Pentavalente),
or Rotavirus; neumonía, otitis, meningitis bacteriemia
por Neumococo, enfermedad respiratoria causada por el
a Influenza, Sarampión, Rubéola, Parotiditis (Triple Viral),
Hepatitis A, Fiebre Amarilla, Cáncer causado por Virus de
Humano (VPH) y Covid-19.



s vacunas son seguras
y salvan vidas
¡Ponte al Día!

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades
Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

ww.minsalud.gov.co @MinSaludCol

ATENCIONES DEFINIDAS MEDIANTE RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018 PARA LA PRIMERA INFANCIA

Seguimiento al Recién Nacido						D	M	A
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado				
	Visual	Normal		Alterado				
Atención en salud para la promoción y apoyo a la lactancia materna						D	M	A
Seguimiento a la atención en salud para la promoción y apoyo a la lactancia materna						D	M	A

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

Edad	Fecha D M A	Valoración Nutricional: Peso	Talla	PC	Punt. Z	Valoración del Desarrollo: Motor Grueso A	R	SP	Motor Fino A	R	SP	Audición y Lenguaje A	R	SP	Personal Social A	R	SP	Profesional que atendió perfil
3 a 5 días																		
Al mes																		
2 a 3 m.																		
4 a 5 m.																		
6 a 8 m.																		
9 a 11 m.																		
12 a 17 m.																		
18 a 23 m.																		
24 a 29 m.																		
30 a 35 m.																		
3 años																		
4 años																		
5 años																		

A Desarrollo adecuado para la edad R Riesgo de problema en el desarrollo SP Sospecha de problema en el desarrollo

Atención en Salud Bucal								
A partir de los 6 meses				Un año				
Dos años				Tres años				
Cuatro años				Cinco años				

Valoración de la Salud Visual - Agudeza Visual								
Tres años				Menor o igual a 20 normal		SI		NO
Cuatro años				Menor o igual a 20 normal		SI		NO
Cinco años				Menor o igual a 20 normal		SI		NO

Suplementación con hierro (Menores de 6 meses con riesgo)			
1 mes			
2 a 3 meses			
4 a 6 meses			

Fortificación casera con micronutrientes en polvo 6 a 23 meses			
6 a 8 meses			
12 a 17 meses			
18 a 23 meses			

Suplementación con micronutrientes (Hierro y Vitamina A)							
2 años							
3 años							
4 años							
5 años							

Desparasitación			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

Tamizaje para Anemia - Hemoglobina (Según criterios de riesgo)				
			Resultado	

Educación para la Salud en la Primera Infancia			
Edad	Fecha	Tema	Observaciones

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

LAS VACUNAS SON SEGURAS Y SALVAN VIDAS ¡PONTE AL DÍA!

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Adara Isabela Toro Salas

R.C | T.I | OTRO — Tipo de Documento: 1.122.344.549. — No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 27 DIA | 01 MES | 2025 AÑO

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: Rh:

Peso al nacer: Talla:

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Yoselin Daiyana Salas.

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: putumayo

1.006.688.482.

Nombres y Apellidos: _____ Tipo de Indentificación _____ No. ID: _____

Edad	Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién Nacido						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	BCG	Única	27	01	25	Serum	0373MA047	H.S.C.J				Adriana Cuaran
	Hepatitis B	Recién nacido	27	01	25	Serum	0323Q0140					
						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
2 meses	Poliomielitis	1°	23	03	25	Biologicals	2406001A	E.S.E HILO				Jennifer Cabeza.
	*Pentavalente	1°	25	03	25	Serum	2853X020C					
	Rotavirus	1°	25	03	25	GSK	AROLE05AAA					
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1°	25	03	25	Pfizer	HJ5277					
						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
4 meses	Poliomielitis	2°	26	05	25	Biologicals	2406001	E.S.E HILO	cita: 25- mayo 2025.			Isabel Arias.
	Pentavalente	2°	26	05	25	Serum	2853X020C					
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2°	26	05	25	Pfizer	HJ5277					
	Rotavirus	2°	26	05	25	GSK	AROLE064AA					
						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
6 meses	Poliomielitis	3°	31	07	25	Biologicals	2415007	HPIO	cita: 26- JULIO 2025.			Isabel Arias.
	Pentavalente	3°	31	07	25	Serum	2854X013E					
	Influenza estacional	1°	31	07	25	Seqirus	P100792794					
7 meses	Influenza estacional	2°	08	Sept	25	Seqirus	P100792794	HPIO	cita: 31-Agosto 2025			Isabel A.
12 meses	Sarampión, Rubéola , Paperas	1°										
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo							cita: 21- octubre 2025.			
	Varicela	1°										
	Hepatitis A	Única										
	**Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis	1er Refuerzo										
	Pentavalente	1er Refuerzo							CITA: 21-ENERO 2026			
	Sarampión, Rubéola , Paperas	Refuerzo										
	***Fiebre Amarilla	Única	28	10	25	SANOFI	Y3D33	HFID				Kelly J.
5 años	Poliomielitis	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
A partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH) Tetra ☐ Nona ☐											
Sin rango de edad	Covid-19											
Vacunas y otras dosis												

*Difteria-Tétanos-Tosferina-Hepatitis B-Haemophilus Influenzae tipo b **De acuerdo al antecedente de primovacunación ***A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

La leche materna es el *mejor* y único alimento que deben recibir las [illegible]as y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad [illegible]sta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.006.788.482



Apellidos
SALAS ALVAREZ

Nombres
YOSELIN DAYANA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.54	F

Fecha de nacimiento
22 JUL 2001

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición
09 AGO 2019. SAN MIGUEL(LA DORADA)

Firma
Yoselin Alvarez

Fecha de expiración
26 MAYO 2033

.CO

023091528

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL023091528664018<<<<<<<<<<
0107220F3305267COL1006788482<5
SALAS<ALVAREZ<<YOSELIN<DAYANA<

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.126.446.544



Apellidos
TORO YELA

Nombres
ALEXANDER DAVID

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.71	M

Fecha de nacimiento
27 JUN 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)(PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición
05 AGO 2024 SAN MIGUEL(LA DORADA)

Firma
Alexander Toro

Fecha de expiración
05 AGO 2034

.CO

05243181 4

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL052431814864018<<<<<<<<<<<
0506270M3408054COL1126446544<8
TORO<YELA<<ALEXANDER<DAVID<<<<

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

: B/ el Paraíso 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: ADARA ISABELLA TORO SALAS

Doc. de Identidad: RC 1122345449

EPS: ENSSANAR

Teléfono: 3116640407

Domicilio: V/RISARALDA

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
ontrol del recién nacido por médico													
tención en salud por medicina general					15-octubre 2025								
tención en salud por enfermería													
tención en salud por Odontología					✓								
omoción y apoyo de la lactancia materna													
plicación de barniz de flúor													
ofilaxis y remoción de placa													
plicación de sellantes (Según Criterio)													
acu ción													

Tania Villacorte
ODONTÓLOGA
Reg.: 81 - 801

Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Yoselin Dayana Salas identificado con C.C N° 1006788482 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Adora Isabela Toro Salas o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mundo de Colores, 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 1 Días del mes de 08 del Año 2025.

Yoselin Dayana Salas
Madre o Acudiente
C.C 1006788482

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 Adava Isabela Toro Salas, identificado (a) con documento de identidad número 1122344549, 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, Yoselin Dayana Salas, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006788482, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	—

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que 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 E I C

Suscriben:

Firma: Yoselin Salas
Nombre: Yoselin Salas
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3248022288
Fecha: 2-04-2025
Municipio: San miguel

CLASIFICADA

.REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPESINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Angel Madroñero NOMBRE UCA: Mundo de colores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Adone Isabela Toro Salas IDENTIFICACIÓN: 1122344549 FECHA DE NACIMIENTO: 21-01-2025

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					
25-09-2025.	x			4:00 pm.	La niña no cuenta con Carnet de higiene oral - La madre manifiesta que no lo a hecho por que estaba muy ocupada.	YOSELIN SALAS		Se habla con la madre para que haga la diligencia lo más pronto posible.		La madre hace el compromiso de sacar cita lo más pronto posible y sacale el carnet y hacerno los llegar. para 12-010-2025. Se cierra la novedad. La madre entrega 15-oct-2025 el carnet higiene oral
20-10-2025.	x			2:00 pm.	Hasta la fecha la madre no cuenta con el control y crecimiento actualizado. - La madre manifiesta que va a sacar cita hoy para llevar la niña al control. 20-10-2025	Se hace por medio telefónico.		Se dialoga con la madre sobre lo importante que es tener a la niña al dia en controles.		La madre se compromete a más tardar a hacer actualizar este documento 23-10-2025. — o — La madre entrego actualizado el control el dia 21-oct-2025. Se cierra la novedad.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPESINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): _____ **NOMBRE UCA:** _____

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: _____ **IDENTIFICACIÓN:** _____ **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					
20-10-2025	+			3:00 pm	La niña no cuenta con el carnet de vacunas actualizado. -La madre nos comenta que el dia 22 sale al pueblo y va al hospital a hacerle aplicar la vacuna	Se realiza por medio de llamada telefonica.		Hablar con la mamá para que sea responsable con la entrega a tiempo de este carnet actualizado.		La madre hace el compromiso de ir hoy 22-10-2025 al hospital a aplicarle la vacuna.
21-10-2025.	+			3:00.	Hasta la fecha la madre no cuenta con el carnet de higiene oral. Ella manifiesta que ya lo lleva, pero que esta en la finca y no hapodido salir para entregarme la copia, que para el dia 22 de agosto nos lleva la copia.	Se realiza por medio de llamada telefonica.		Se le explica a la madre sobre la importancia de tener al dia a la niña en todos los controles.		La madre hace el compromiso de presentar este carnet el dia 22-10-2025

.REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPESINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Angel Maldonado NOMBRE UCA: Mundo de colores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Adara Isabela Toro IDENTIFICACIÓN: 1122344549 FECHA DE NACIMIENTO: 21-04-2021

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					
17-11-2025	x			3:00 p.m.	A la fecha la niña se encuentra desactualizado el de higiene oral - La madre manifiesta que no ha podido ir por que se encontraba en una semana.	YOSELAND SOLAS.		Se habla con la madre sobre la importancia de tener a la niña al día con estas citas.	Se hace el proceso de solicitud de cita, pero las funcionarias manifiestan que se agendan otra cita para el día 20-11-2025. en horas de la mañana.	La madre se compromete a ir y solicitar la cita en la mañana para colocarse al día en Odontología. 27-11-2025