Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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,

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



FECHA SOLICITUD CUPO: _____ FECHA INGRESO: 03-04-2025

UDS: Mis Pequeños Soñadores MUNICIPIO: San miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Maria Jose Madroñero Diaz

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1122344579

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

FECHA NACIMIENTO: 29-03-2025 EDAD: 1m MUNICIPIO: San miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: Vereda Maizal ESTRATO: N/C ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: _____ NO: X

¿CUAL?: N/C MOTIVO DEL RETIRO: N/C

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

EPS DEL PARTICIPANTE: Mallamas SUBSIDIADO: X CONTRIBUTIVO:

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X DIAGNOSTICO: N/C

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/C

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: N/C

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: N/C

TIENE SISBEN: SI: __ NO: X PUNTAJE: N/C DESPLAZADO: SI: __ NO: X

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: _____ NO: X RED UNIDOS: SI: _____ NO: X

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: N/C

No. IDENTIFICACION: N/C DIRECCION RESIDENCIA: N/C

CELULAR: N/C E.P.S: N/C

OCUPACION U OFICIO: N/C

EMPRESA DONDE LABORA: N/C

NIVEL DE ESCOLARIDAD: N/C PROFESIÓN: N/C

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jimena Madroñero Diaz

No. IDENTIFICACION: 1122336769 DIRECCION RESIDENCIA: Vl Maizal

CELULAR: 3147119014 E.P.S: Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/C

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Tecnica PROFESIÓN: 1

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Jimena Madroñero Diaz

NUMERO IDENTIFICACION: 1122336769 CELULAR: 3147119014

DIRECCION: Vereda Maizal PARENTESCO: Madre

Jimena Madroñero
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.579

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61697964

61697964

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] 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
MADROÑERO	DIAZ

Nombre(s): MARIA JOSE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes MAR Día 29	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	25039610103190

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: MADROÑERO DIAZ JIMENA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.336.769	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:

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MADRONERO DIAZ JIMENA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.336.769	Jimena M.

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 ABR Día 21	ROY EDISON CALDERON RAMA - REGIST
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

21.ABR.2025 - ACTA COMPLEMENTARIA - 07 - 21/04/2025.

Adhesivo Copia Registro Civil 38622431-1

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

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	1122344579
NOMBRES	MARIA JOSE
APELLIDOS	MADROÑERO DIAZ
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	31/03/2025	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/15/2025 13:05:25	**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**,

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:

MARIA JOSE

Apellidos:

MADROÑERO DIAZ

Fecha de nacimiento:

29 03 2025

Historia Clínica:

1122344579

Barrio / Vereda:

V/ MAIZAL

Responsable del niño (a):

JIMENA M.

Teléfono:

3147119014.

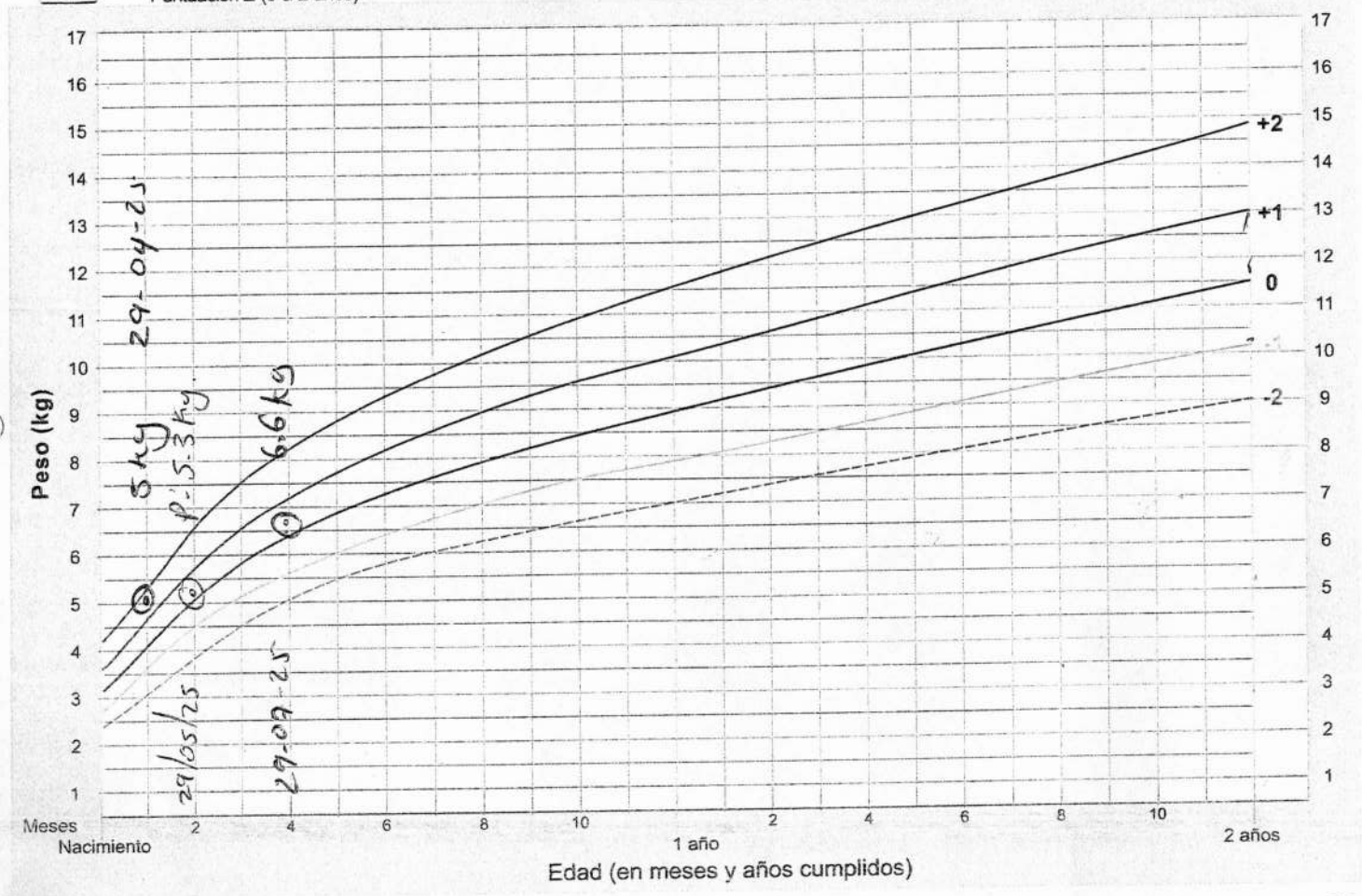
EPS:

MALLAMAS



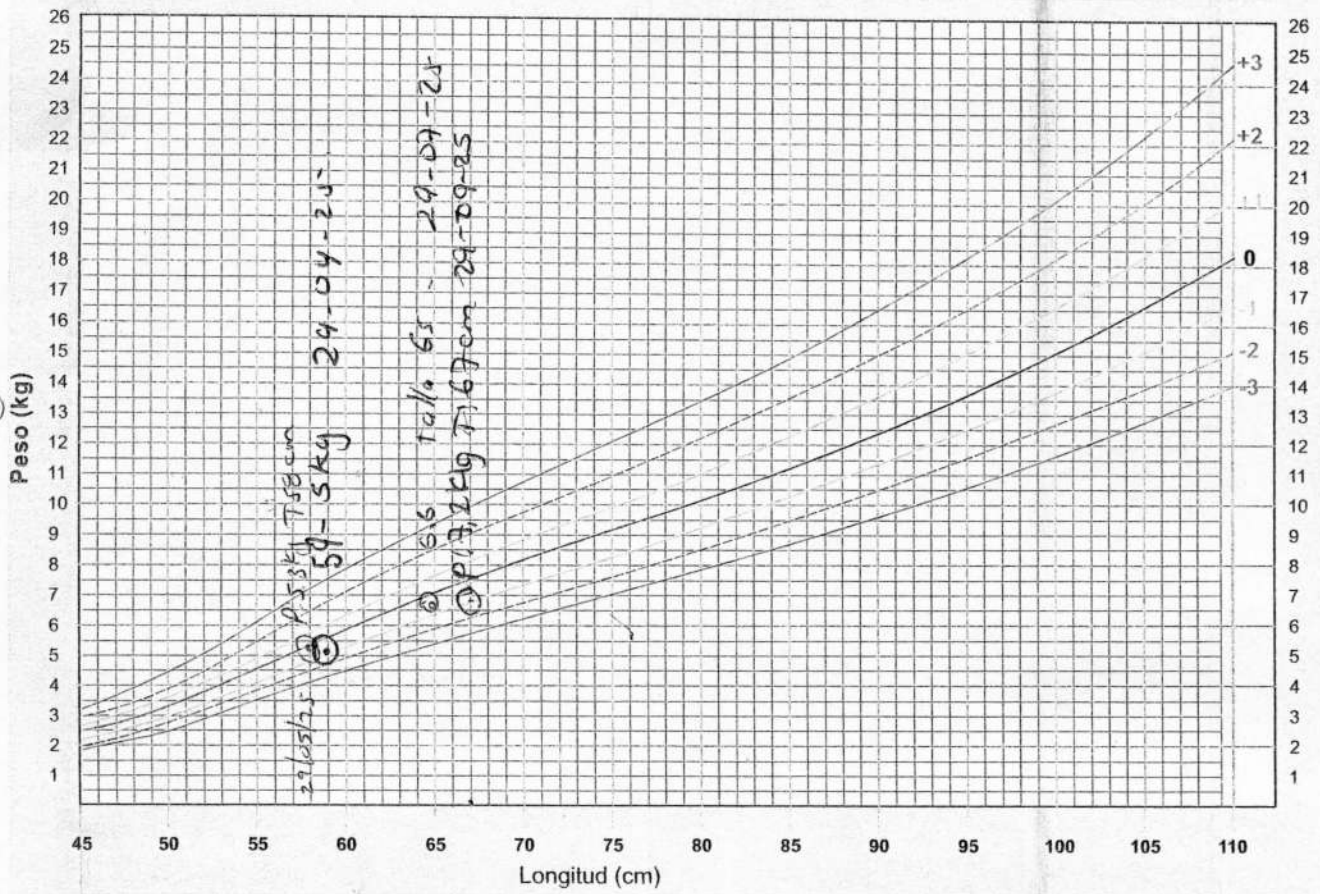
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso para la Talla Niñas

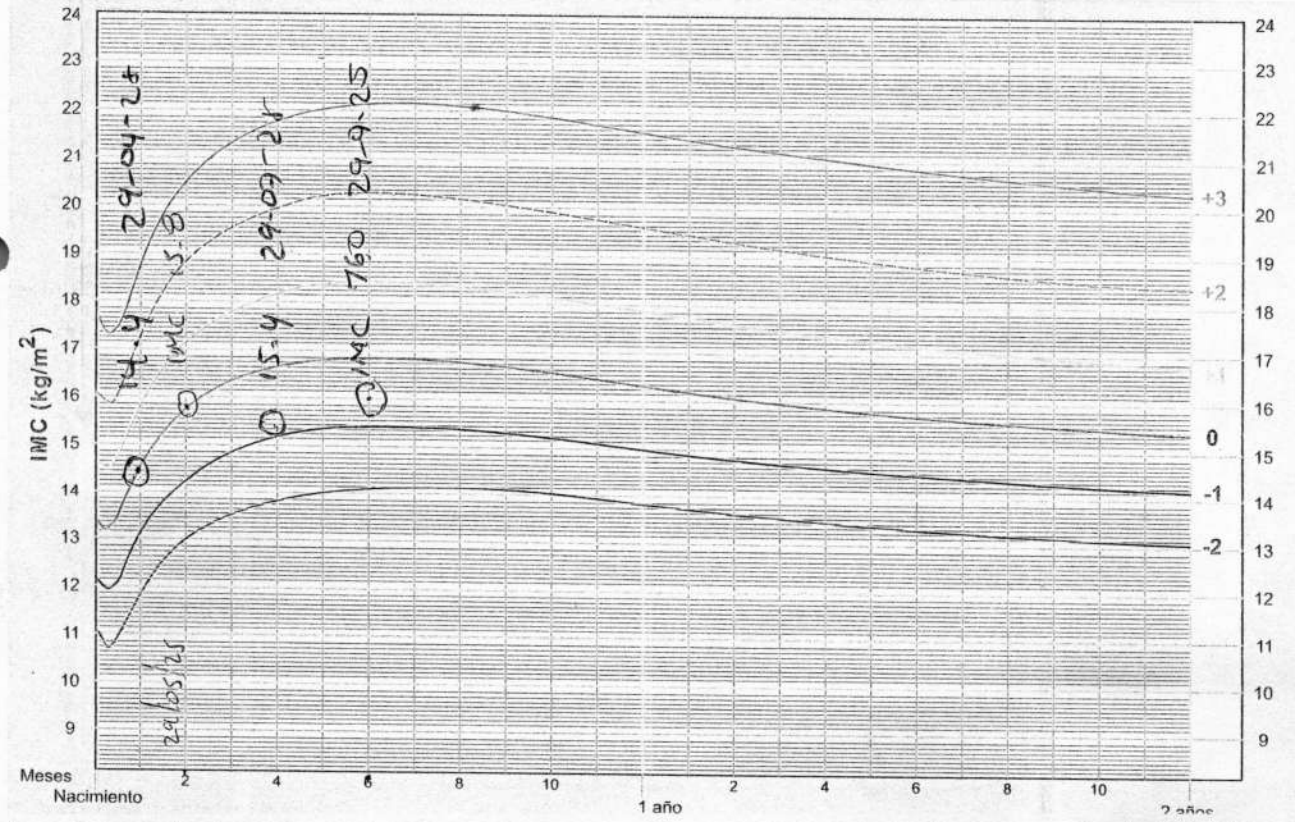
Puntuación Z (0 a 2 años)



⑨

IMC para la Edad Niñas

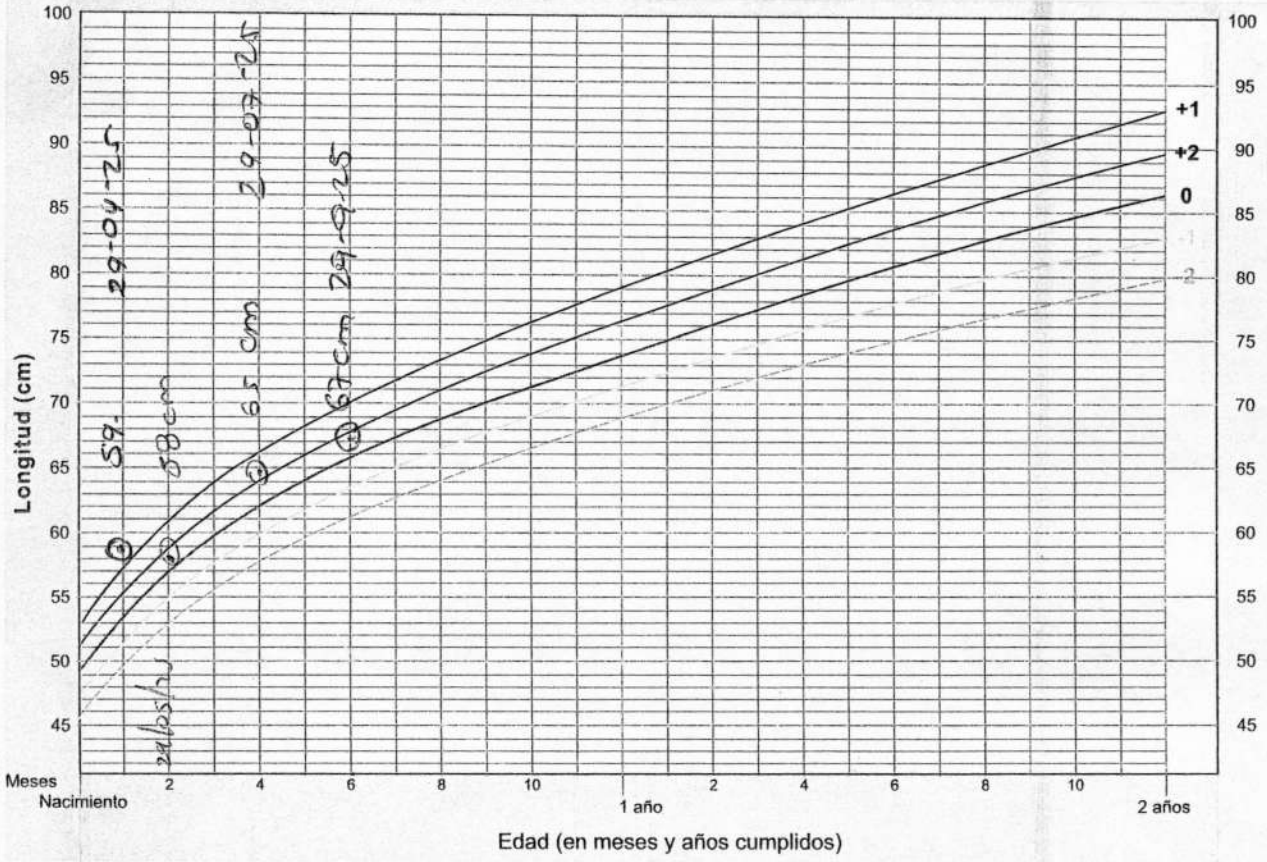
Puntuación Z (0 a 2 años)



⑦

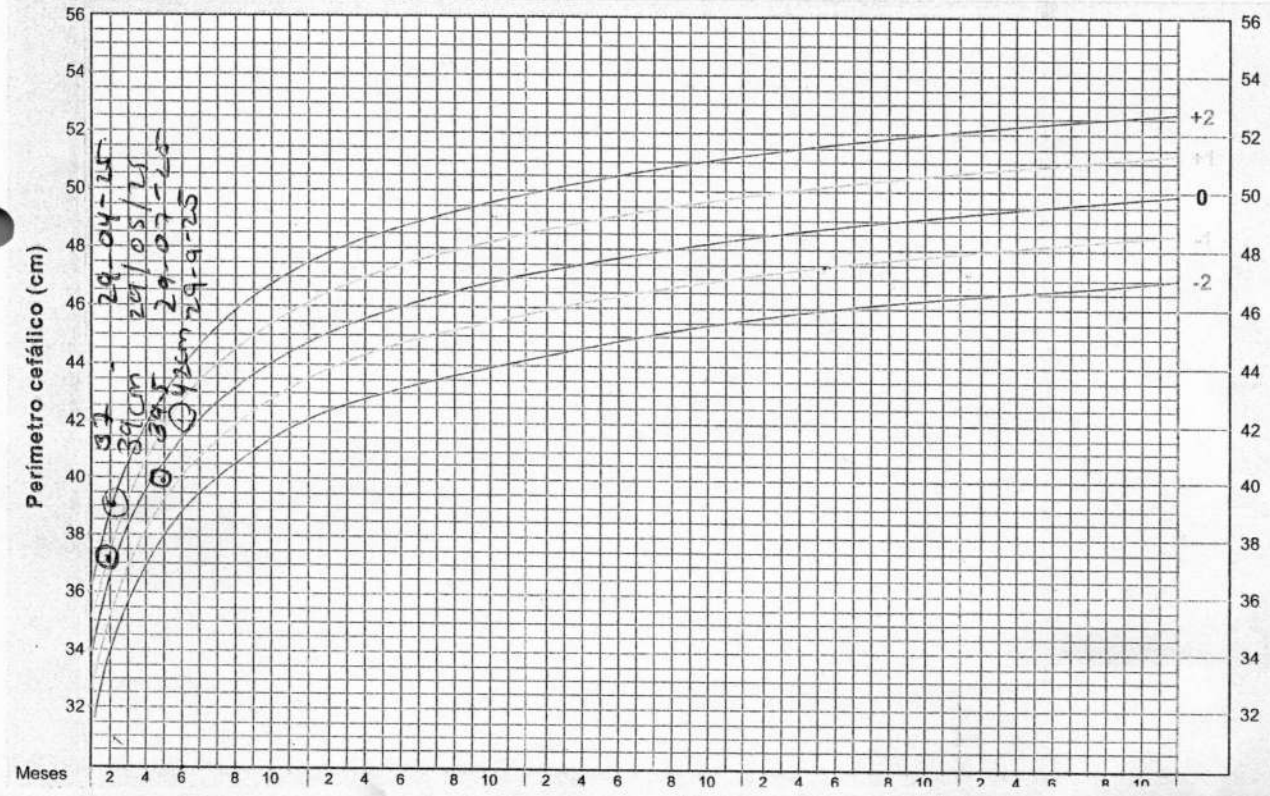
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



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
29-03-25	5.	59	37	13	14.4	29-05-25	[illegible]
29-05-25	5.3	60	39	13	15.8	29/07/25	[illegible]
29-07-25	6.5	65	39.5	14	15.4	29-05-25	[illegible]
29-09-2025	7.2	67	42	12	16.0	29-12-2025	Milena C.

CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
29	04	2025		✓	
29	05	2025	Enf	Si	Plafer
29	07	2025	Med.	Si	
29	04	2025	Jefe	Si ✓	Milena C.
29	12	2025	Enfer		

77
RN

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO						D	M	A
Resulado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado		D	M	A
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado		D	M	A
	Cardipopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado		D	M	A
	Visual	Normal		Alterado		D	M	A
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA						D	M	A

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

	D	M	A
1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

	D	M	A
A partir de 6m			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

	D	M	A	D	M	A
1.ª entrega						
2.ª entrega						
3.ª entrega						
4.ª entrega						
5.ª entrega						

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

Vacunar oportunamente con todas las dosis a tus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años:



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)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: María José Madroñero Di
Fecha de nacimiento: 29-03-2025
Nº de certificado de nacido vivo: 2503961010 3190
Registro civil: 1.122.344.579.
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3585 Talla: 50
Dirección: la dorada
Teléfono 1: 3147119014
Teléfono 2:
Responsable: Jimena Madroñero
Municipio de residencia: San miguel
Departamento: la dorada
cc 1.122.336.769.

#115.

Busca ya las vacunas ¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: **Tipo identificación:** **No. ID:**

Edad	Me protege de	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 Sí ☐ No ☐											
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	30	03	25	Serum	03738MH117	HACD				Diana T
	Hepatitis B	Recién nacido	30	03	25	Serum	03238QO2H4	HACD				Diana T
2 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	30	05	25	Biologicals	249606071	E.S.E HALO				Karla Jimenez
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	30	05	25	Serum	28534020C					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	30	05	25	Serum	28534020C					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	30	05	25	Serum	28534020C					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	30	05	25	GSK	ARDLEU5A4A					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	30	05	25	Pfizer	HJ52774					
4 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	30	07	25	Biologicals	241300747	E.S.E HALO	cita: 30-JULIO 2025.			Jenniffer Cabezas
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	30	07	25	Serum	28540134E					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	30	07	25	Serum	28540134E					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	30	07	25	Serum	28540134E					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	30	07	25	GSK.	ARDLE07AAE					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	30	07	25	Pfizer	HW2963					
6 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	30	09	25	Biological	241230033	E.S.E HALO	cita: 30-Septiem 2025			Karla Jimenez
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	30	09	25	Serum	28540134E					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	30	09	25	Serum	28540134E					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	30	09	25	Serum	28540134E					
	Influenza estacional	1.ª	30	09	25	Seqirus	P100792794					
7 meses	Influenza estacional	2.ª	04	11	25	Seqirus	P100792794	E.S.E HALO	CITA: 30-OCT-25			Karla J. T.
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª										
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo										
	Varicela	2.ª							CITA: 29-DIC-25			
	Hepatitis A	Única										
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo										
	Fiebre amarilla	Única										
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª										
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

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

Busca ya las vacunas
¡es gratis, hazlo de inmediato!

12
RN

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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: 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: MARIA JOSE MAPPOTERO DIAZ

Doc. de Identidad: RC/ 1122844579

EPS: MALLAMAS

Teléfono: 3147119014

Domicilio: VIA EL MAIZAL

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													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología													
		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													

Tania Villacorta
ODONTÓLOGA
Reg: 81 - 801

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP **1.122.336.769**



Apellidos
MADROÑERO DIAZ

Nombres
JIMENA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.63	F

Fecha de nacimiento
25 NOV 2004

G.S.
A+

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

Fecha y lugar de expedición
07 DIC 2022. SAN MIGUEL(LA DORADA)

Firma
Jimena M.

Fecha de expiración
07 JUN 2033

.CO

023912609

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL023912609864018<<<<<<<<<<
0411251F3306079COL1122336769<1
MADRONERO<DIAZ<<JIMENA<<<<<<<<

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 27.169.322

DIAZ

APELLIDOS

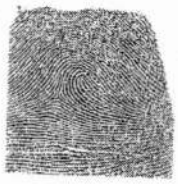
MARGOTH OFRACIA

NOMBRES

Margoth Díaz

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-JUL-1981
CORDOBA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA
AB+ G.S. RH
F SEXO

29-JUN-2000 CORDOBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0401800-00990536-F-0027169322-20180328 0060515282A 2 49837236

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Jimena Madroñero Identificado con C.C N° 1122336769 en calidad de: padre _ o madre ( ), del niño o niña: Maria Jose Madroñero o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: 1122344579, 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 12 Días del mes de Junio del Año 2025.

Jimena Madroñero
Madre o Acudiente
C.C 1122336769

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 María José Madroñero Díaz, identificado (a) con documento de identidad número 1122344579, 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, Jimena Madroñero Díaz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122336769, 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 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 ELC

Suscriben:

Firma: Jimena Madroñero
Nombre: Jimena Madroñero Díaz
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3147119329
Fecha: _____
Municipio: San Miguel

11
R/V

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Meyly Patricia Ramirez NOMBRE UCA: Mis Pequeños Sonadores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Maria Jose Madroñero IDENTIFICACIO: 1122344579 FECHA DE NACIMIENTO: 29-03 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					
08/5/25					Usuaria maria jose no asistio al encuentro tiene Permiso Porque su madre continua de Posparta ya que el Parto fue Por Cesarea se realiza ra seguimiento telefonicc	Jimena Madroñero		el dia 9-5-2025 se realize llamada telefonica Para conoser el estado desalud de la niña madre Manifiesta que esta muy Bien de saludd		Informar Cualquier novedad de inmediato que se Presente con la nina
15/05/25					madre de maria jose continua de Permiso Por lo de su cesarea Pero envia a la abuela de la niña la senora Margoth Diaz Para que Reciva el Paquete de La Racion de La ParticiPante y Firme en nombre de ella se realiza entrega del mismo en buenas condiciones y complet	Margoth Diaz				madre de maria se compromete asistir Puntual el dia 12-06-25 a la UCA Mis Pequeños soñadores a la 1:00 PM Para continuar normalmente Ya en Los encuentros Pedagogicos

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Merly Ramirez NOMBRE UCA: Mis Pequeños soñadores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Maria Jose Madronero IDENTIFICACIO: 1122344570 FECHA DE NACIMIENTO: 29/03/2025

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					
11/9/2025	X			X	Madre de Participante Maria Jose solicito Permiso manifestando que ella tiene una cita medica en la ciudad de Pasto y viajara el 10/9/25 Para dar cumplimiento a la cita medica agradece Por la comprencion	Jimena M.				asistir Puntual al encuentro en la uca mis Pequeños sonadores el dia 18/9/25
26/9/25	X			X	se realizo dialogo via Whatsapp con Madre de Participante Recordandole que la nina tiene cita Para el control de Crecimiento el 29/9/25 y el 30/9/25 Para su 3 dosis de Vacunas dar cumplimiento con estas citas madre Refiere que ya tiene cita Para el 29/09/25	Jimena M		madre dio cumplimiento con las dos citas de su nina pero Refiere que le isieron higiene oral que Porfa le saque cita.	desde el 7-10-25 se esta solicitando al Hospital la cite Para Higiene oral y Finalmente el dia 8/10/25 Fue asignada Para el 9/10/25 a 3 PM	Realizar entrega de el documento copia Para la carpeta dela nina

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Merly Patricia Ramirez NOMBRE UCA: Mis Pequeños Sonadores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Maria Jose Madronero IDENTIFICACIO: 1122344570 FECHA DE NACIMIENTO: 29- 03- 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					
4/4/25					4-4-2025 madre Jimena Madronero asistio al encuentro con tansolo 6 dias de aver tenido asu Bebe se explica a madre que ella Puede quedarse en su casa A la hora y media Recive el Refrijerio y se va Para su casa con Permiso Justificado	Jimena Madronero			Se realiza lla mada telefonica el dia 10-4-25 Para indagar si ya Registro la nina manifiesta que no Porque a estado un Poco delicada y no a salido del Pueblo	Registrar a la niña Lo mas Pronto Posible y entregar copia
16/4/25					el dia 16-4-25 asistio al encuentro La madre de Gurena y Refiere que salieron a Registrar la niña y el Registrador Les dijo que el dia 21-4-25 vinieran Para Registrarla madre de Jimena Recivio el Paquete	margoth diaz			el dia 21-4-25 se realizo lla mada telefonica Para verificar si se dio Cumplimiento al Registrar La niña y si se Realiza madre entrega copia del mismo Para la carPeta	Se recomienda llevar a la niña al control de ingreso del Primer mes