Fundación
Alma de Vida

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripción y Matricula con ffotografía del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras).
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar _X_ en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización) ___SISBEN (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).
7	Copia del carnet de vacunación.
8	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
9	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
10	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
11	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
12	Certificado de asistencia a consulta de salud bucal (Niños y niñas mayores de 6 meses)
13	Certificado del examen de agudeza visual (Niños y niñas mayores de 4 años)
14	Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años)
15	Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal.
16	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
17	Formato de autorización uso de imágenes.
18	Planilla seguimiento nutricional
19	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
20	OTROS: Formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa (Cuando aplique

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

FECHA SOLICITUD CUPO: 23-10-2025 **FECHA INGRESO:** 24-10-2025

UDS: Mis Tesoritos **MUNICIPIO:** San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Ailana Melissa Romero Diaz

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO ___ **NUIP No.** 1075811469

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? ___

FECHA NACIMIENTO: 04-12-2022 **EDAD:** 2 Años **MUNICIPIO:** San Miguel

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

DE RESIDENCIA: B17 de Agosto **ESTRATO:** AS **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: ___ NO: X

¿CUAL?: ___ **MOTIVO DEL RETIRO:** ___ **PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF:** SI: ___ NO: X CUAL: ___ **EPS DEL PARTICIPANTE:** Salud Total

SUBSIDIADO: ___ **CONTRIBUTIVO:** ___ **PRESENTA DISCAPACIDAD:** SI: ___ NO: X **DIAGNOSTICO:** ___ **ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD:** NIA **PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD:** SI: ___ NO: X

CUAL: NIA **PRESENTA ALGUNA ALERGIA:** SI: ___ NO: X CUAL: ___

NIA **TIENE SISBEN:** SI: X NO: ___ PUNTAJE: AS

DESPLAZADO: SI: ___ NO: X **VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:** SI: ___ NO: X

RED UNIDOS: SI: ___ NO: X

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carlos Esteban Becerra Guzman

No. IDENTIFICACION: 1117.521.216 **DIRECCION RESIDENCIA:** B17 de Agosto

CELULAR: 3214863279 **E.P.S:** Emsanar.

OCUPACION U OFICIO: Oficios Varios

EMPRESA DONDE LABORA: NIA

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller **PROFESIÓN:** NIA

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Anyi Melissa Diaz Bernal

No. IDENTIFICACION: 1076982200 **DIRECCION RESIDENCIA:** B17 de Agosto

CELULAR: 3214863279 **E.P.S:** Salud Total

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: ___

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller **PROFESIÓN:** Tecnico O. Turistica

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Anyi melissa Diaz Bernal

NUMERO IDENTIFICACION: 1076982200 **CELULAR:** 3214863279

DIRECCION: B17 de Agosto **PARENTESCO:** Madre

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVA
Natalia Diaz

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1075811469

Indicativo Serial 62344781

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código K 3 W

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

COLOMBIA - HUILA - NEIVA NOTARIA 1 NEIVA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ROMERO	DIAZ

Nombre(s)

AITANA MELISSA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes DIC Día 04	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA - HUILA - NEIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	22126210225417

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

DIAZ BERNAL ANYI MELISSA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1076982200	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

ROMERO PEÑA DIEGO MAURICIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1076988209	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ROMERO PEÑA DIEGO MAURICIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1076988209	Diego Romero

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

NOTARÍA PRIMERA DE NEIVA
Es fiel copia del original que reposa en el archivo de esta Oficina, la cual he cotejado para acreditar parentesco ante Autoridad o particular del interesado
12 DIC 2022
CAROLINA DUERO VARGAS
Notaria Encargada

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes DIC Día 12	CAROLINA DUERO VARGAS Notaria Encargada

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Diego Romero Firma	CAROLINA DUERO VARGAS Notaria Encargada Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:L-V TOMO 39 FOLIO 067;12/12/2022

CAROLINA DUERO VARGAS
Notaria Encargada

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A5

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 867576741052800013245

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: AITANA MELISSA

Apellidos: ROMERO DIAZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1075811469

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/07/2025

Última actualización ciudadano: 04/08/2025

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 Liberi

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	1075811469
NOMBRES	AITANA MELISSA
APELLIDOS	ROMERO DIAZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	ALGECIRAS

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. - CM	SUBSIDIADO	05/12/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/24/2025 08:57:42	**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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:
Aitana Melissa

Apellidos:
Romero Diaz.

Fecha de nacimiento:
04 12 2022

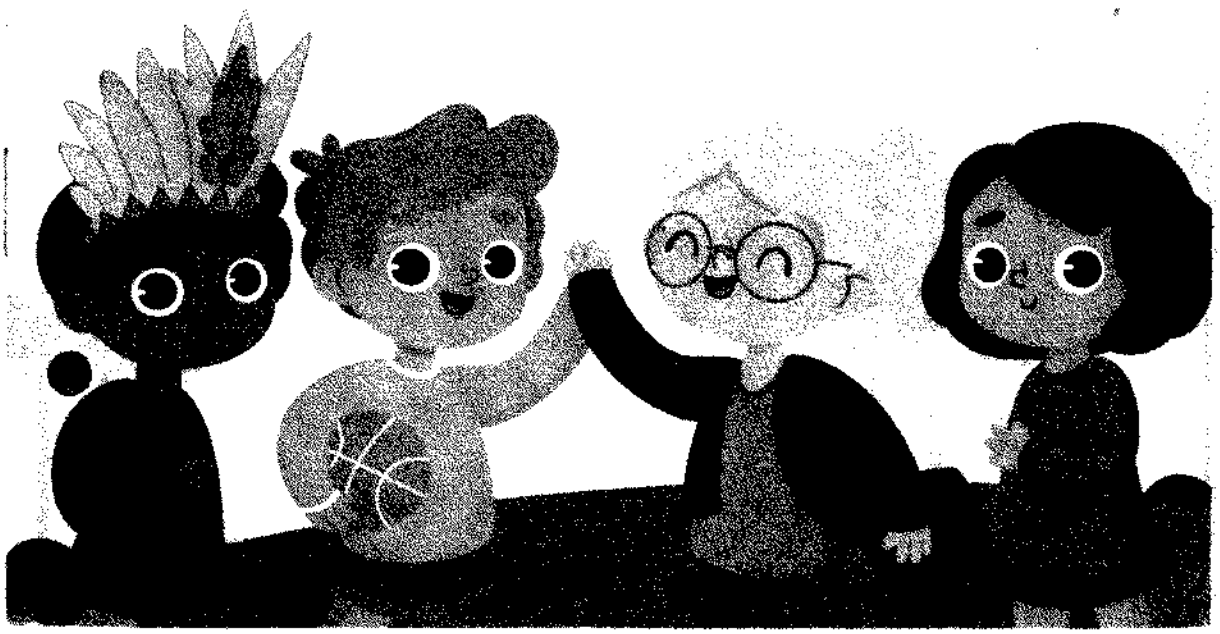
Historia Clínica:
1075811469

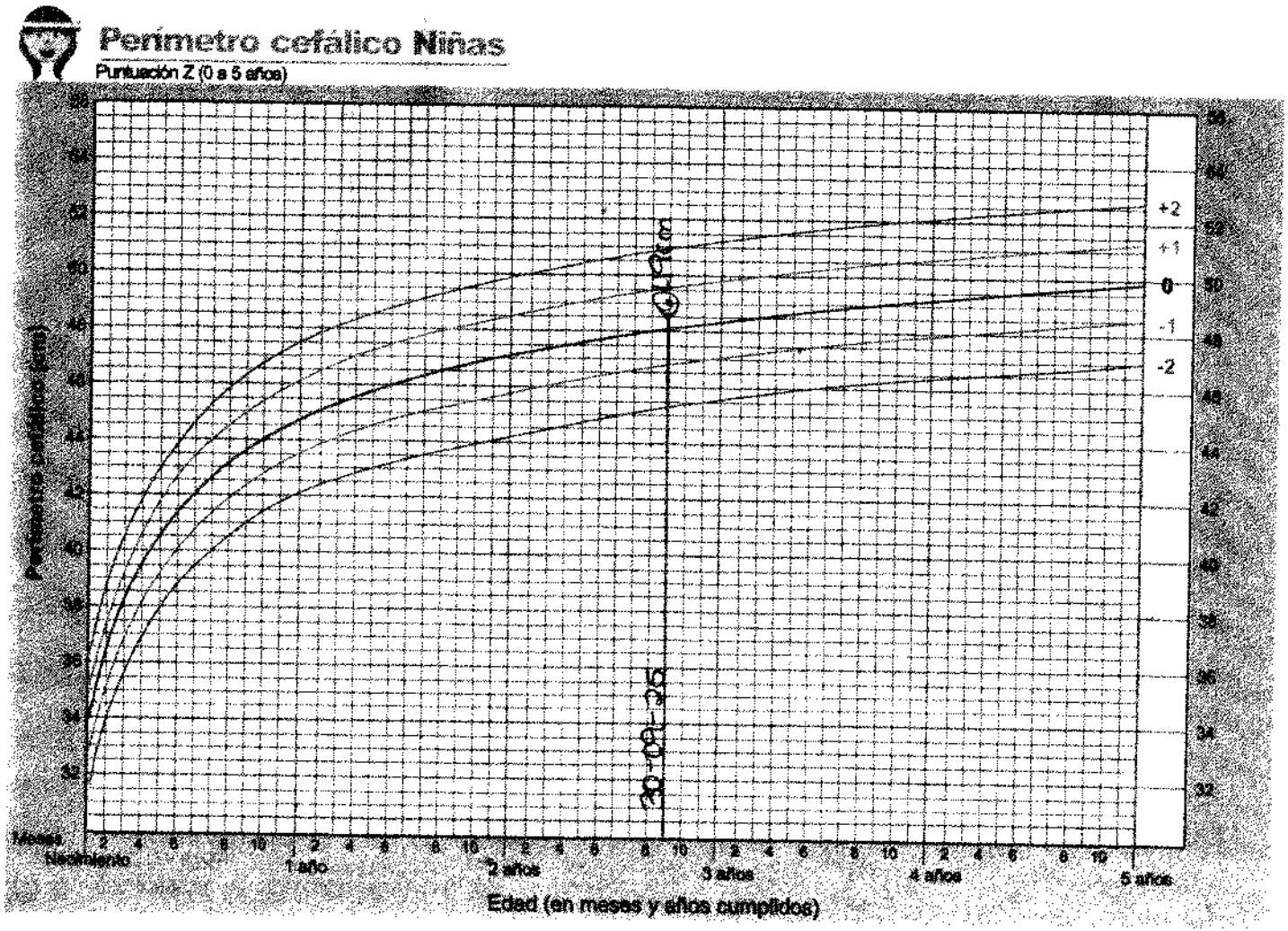
Barrio / Vereda:
7 de Agosto

Responsable del niño (a):
Anyi Diaz

Teléfono:
3214863279

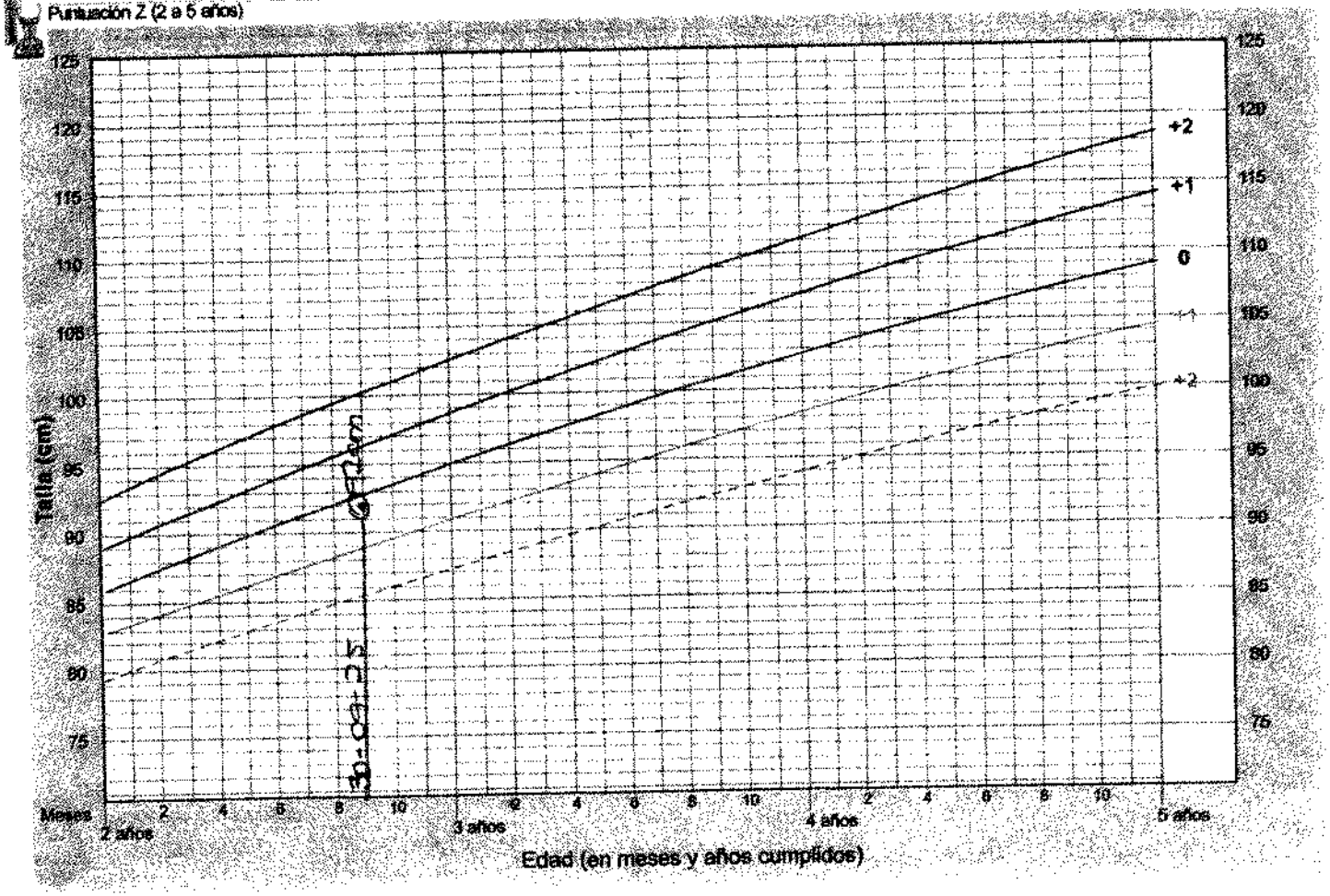
EPS:
Salud Total




Perímetro cefálico Niñas
Puntuación Z (0 a 5 años)
Perímetro cefálico (cm)
+2
+1
0
-1
-2
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

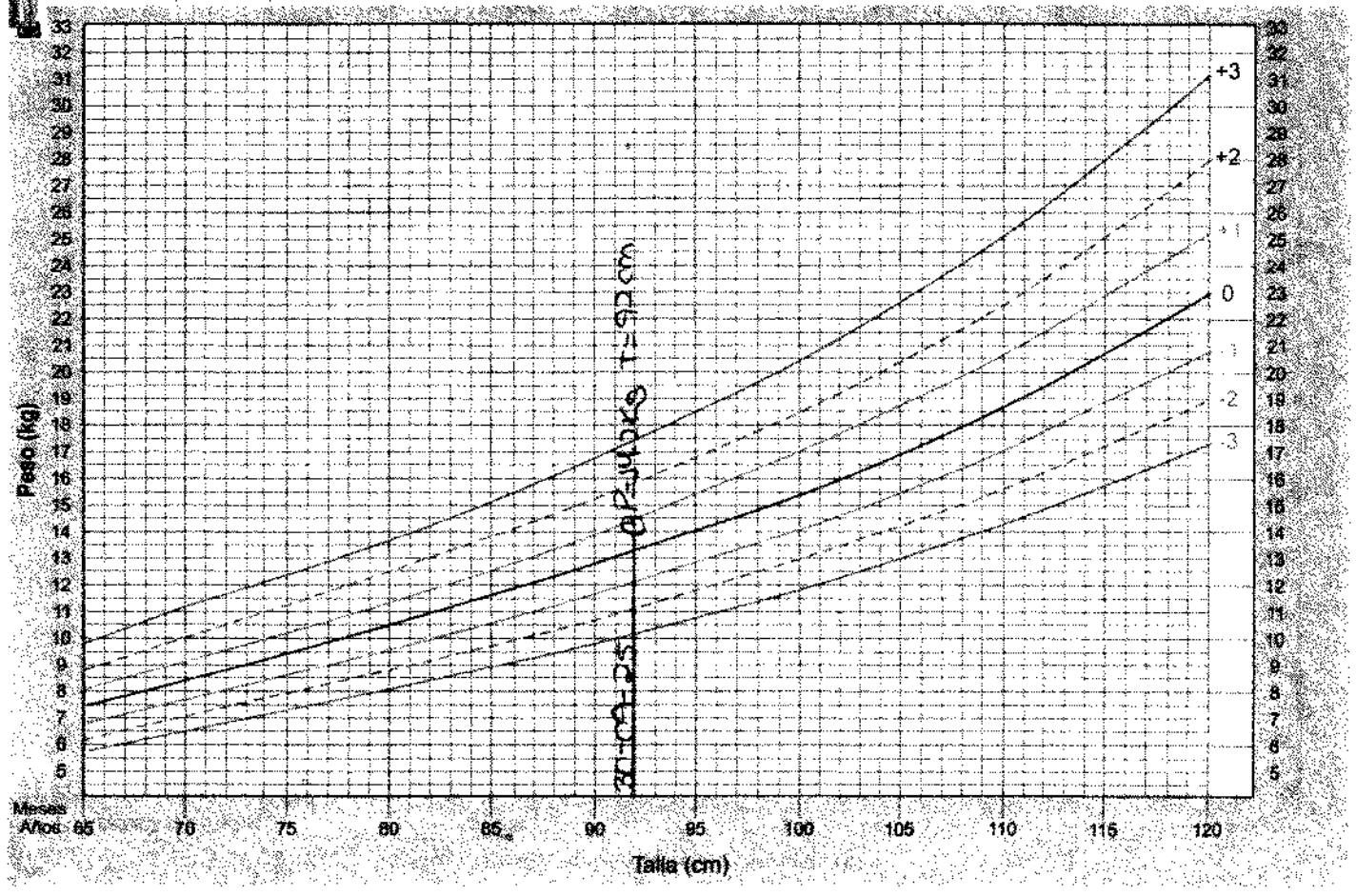
Talla para la Edad Niñas

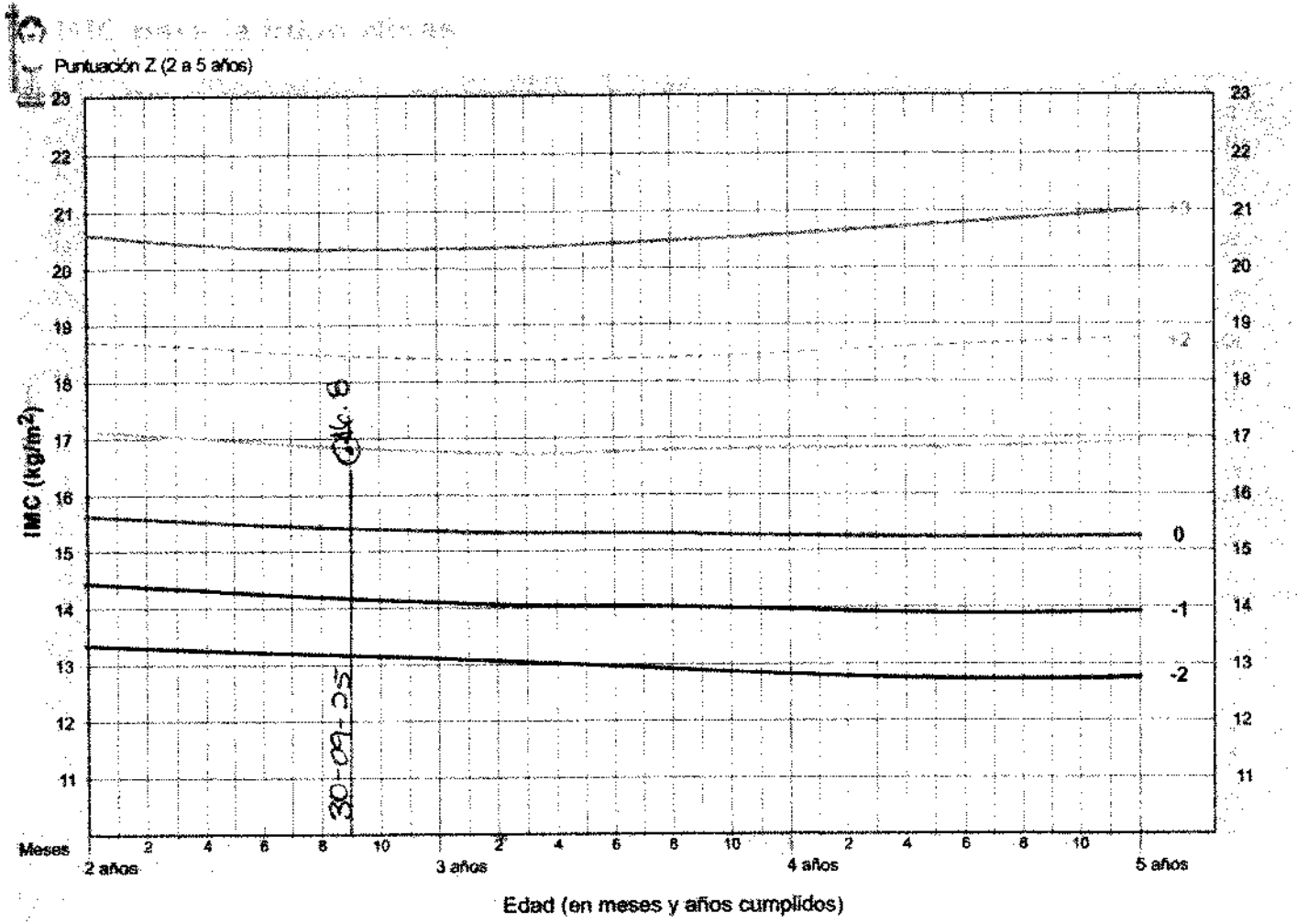
Puntuación Z (2 a 5 años)

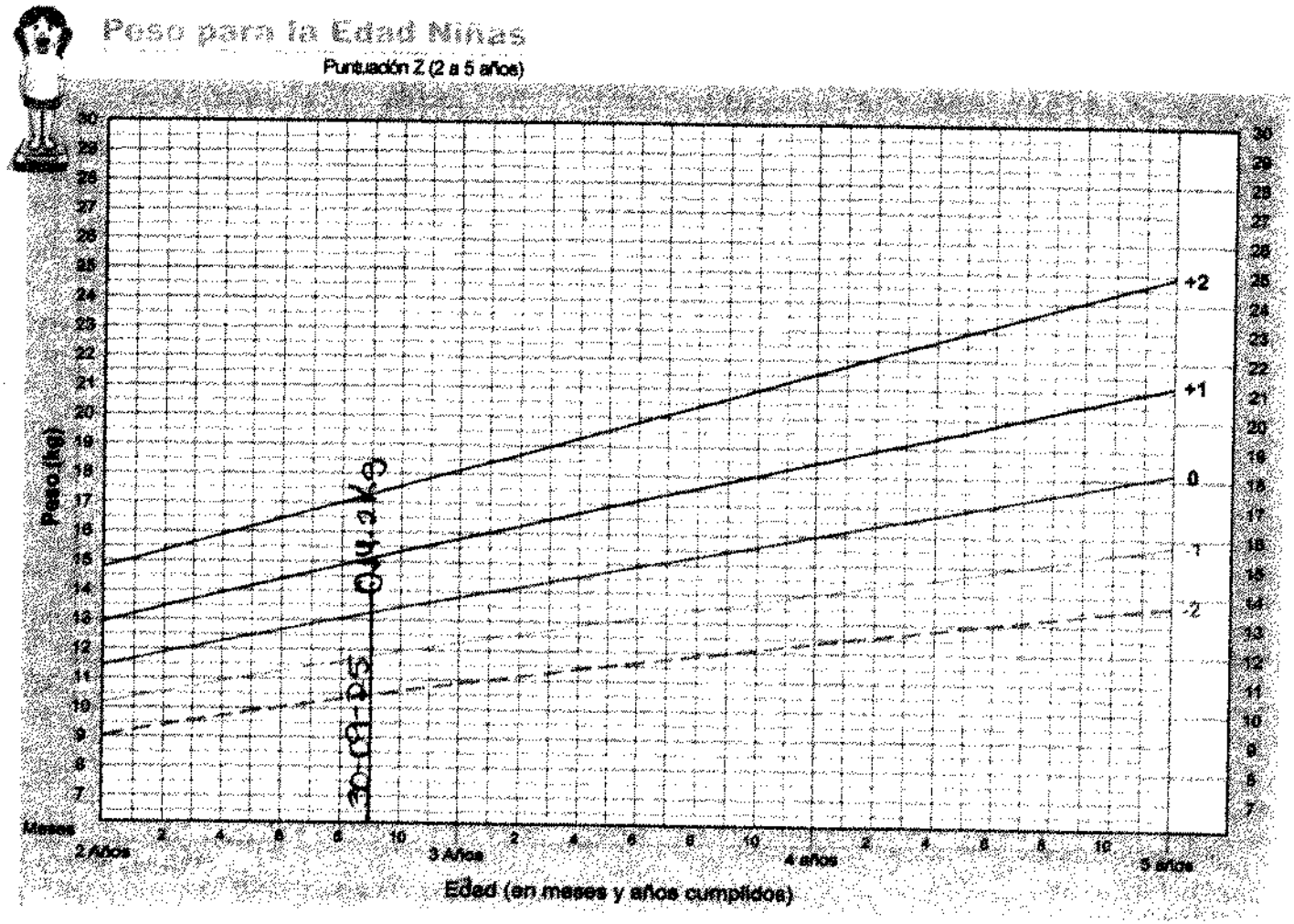


Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)




Puntuación Z (2 a 5 años)
IMC (kg/m²)
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+1
+2
0
-1
-2
23
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
11


Peso para la Edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)
Peso (kg)
+2
+1
0
-1
-2
Meses
2 Años
3 Años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
30-09-25	14.2	92	49	17	16.8	04-12-25	

35

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO SI	NO
04	12	2025	Medico		

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO

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

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

1.ª entrega	
2.ª entrega	
3.ª entrega	

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	
2.ª entrega	
3.ª entrega	
4.ª entrega	
5.ª entrega	

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

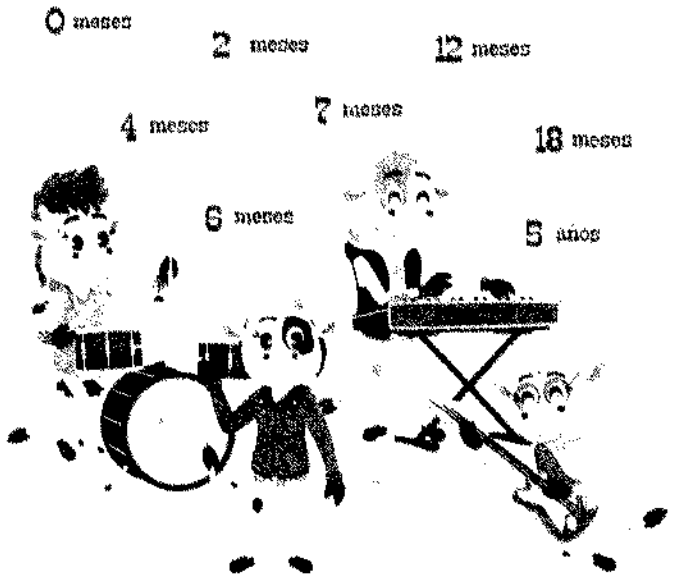
3 años	
4 años	
5 años	

*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)

14 PIV

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Aitana Melissa Romero Diaz
Fecha de nacimiento: 04 - 12 - 22
Nº de certificado de nacido vivo: 2212627022594 17
Registro civil: 1075811469
Sexo: FEMENINO
Grupo sanguíneo: A+
Peso al nacer: 3040 GR. Talla: 49 cm
Dirección: CLLE 4 #1-22
Teléfono 1: 3136764858
Teléfono 2: 3123171699
Responsable: ANYI MELISSA DIAZ BERNAL
Municipio de residencia: AIPE
Departamento: HUILA
CC - 1076982200

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: Aitana Melissa Romero **Tipo Identificación:** Registro Civil **No. ID:** 1075811469

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 SI ☐ NO ☐											
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	04	12	22		037 1 MA 03 1	H.U.N				SUEÑEN
	Hepatitis B	Recién nacido	04	12	22		032 1 MA 01 8 B	H.U.N	03	02	23	SUEÑEN
2 meses	Lactancia materna exclusiva SI ☐ NO ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	28	feb	2023	Bilthoven	220605 12	ESE Hosp Alg				Yurani Zapata
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	28	feb	2023	Serum	2 [illegible] 5 1 X 02 1 E	ESE Hosp Alg				Yurani Zapata
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	1.ª	28	feb	2023	Serum	2 [illegible] 5 1 X 02 1 E	ESE Hosp Alg				Yurani Zapata
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	28	feb	2023	Serum	2A [illegible] 0 X D 02 1 E	ESE Hosp Alg				Yurani Zapata
	Diarrea por rotavirus	1.ª	28	feb	2023	GSK	2A [illegible] 0 C D 02 1 E A	ESE Hosp Alg				Yurani Zapata
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	28	feb	2023	Pfizer	FR48 9 S	ESE Hosp Alg				Yurani Zapata
4 meses	Lactancia materna exclusiva SI ☐ NO ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	28	ABRIL	2023		220605 12	ESE Hosp Alg	28	Abril		Yurani Zapata
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	28	ABRIL	2023		2 [illegible] 5 1 X 04 C C	ESE Hosp Alg				Yurani Zapata
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	2.ª	28	ABRIL	2023		2 [illegible] 5 1 X 04 C C	ESE Hosp Alg				Yurani Zapata
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	28	ABRIL	2023		2A [illegible] 1 L X D 04 C A	ESE Hosp Alg				Yurani Zapata
	Diarrea por rotavirus	2.ª	28	ABRIL	2023		AR [illegible] 1 L X D 04 C A	ESE Hosp Alg				Yurani Zapata
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	29	ABRIL	2023		FY99 5	ESE Hosp Alg				Yurani Zapata
6 meses	Lactancia materna exclusiva SI ☐ NO ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	6	JUNIO	2023	Bilthoven	220605 12	ESE Hosp Alg				Yurani Zapata
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	6	JUNIO	2023	Serum	2 [illegible] 5 1 X 06 1 D	ESE Hosp Alg				Yurani Zapata
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	3.ª	6	JUNIO	2023	Serum	2 [illegible] 5 1 X 06 1 D	ESE Hosp Alg				Yurani Zapata
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	6	JUNIO	2023	Serum	2A [illegible] 1 X 06 1 D	ESE Hosp Alg				Yurani Zapata
	Influenza estacional	1.ª	6	JUNIO	2023	Biopharma	AV [illegible] 1 2 06 1 D	ESE Hosp Alg				Yurani Zapata
7 meses	Influenza estacional	2.ª	7	10	23	Biopharma	V [illegible] 1 2 06 1 D	Fundima				Yurani y Sanchez
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	25	01	24	Serum	01 [illegible] 1 8 B	ESE HFLD				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	25	01	24	Pfizer	01 [illegible] 2 0 5 3	ESE HFLD				Kerly Jimenez
12 meses	Varicela	2.ª	25	01	24	Merck	1X [illegible] 2 0 7	ESE HFLD				
	Hepatitis A	Única	25	01	24	MSD	W [illegible] 3 6	ESE HFLD				
	Influenza estacional	Anual	06	06	24	Butantan	22 [illegible] 3 9 1 0 0	HFLD				Jenifferc.
	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	06	06	24	Biological	22 [illegible] 3 0 5	HFLD				
18 meses	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	06	06	24	Serum	22 [illegible] 2 0 5 4 B	HFLD				
	Fiebre amarilla	Única	25	01	24	Sanofi	2W [illegible] 2 1 U	ESE HFLD				Kerly Jimenez
	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
6 años	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	06	06	24	Serum	01 3 2 NO 4 8 B	HFLD				Jenifferc.
	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.

15

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.076.982.200**
DIAZ BERNAL

APELLIDOS
ANYI MELISSA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-DIC-2003**
ALGECIRAS
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

29-DIC-2021 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



IP-1900100-0127532B-F-1076982200-20220117 0077834831A 2 8503725462

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

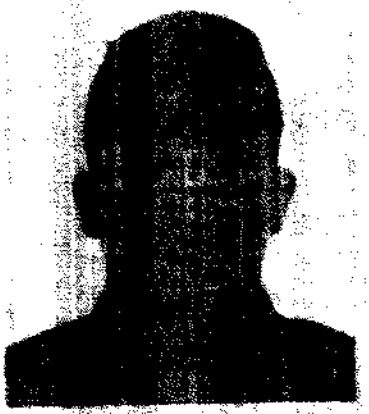
NUMERO 1.117.521.216
BECERRA GUZMAN

APELLIDOS
CARLOS ESTEBAN

NOMBRES

Carlos Esteban Becerra

FIRMA





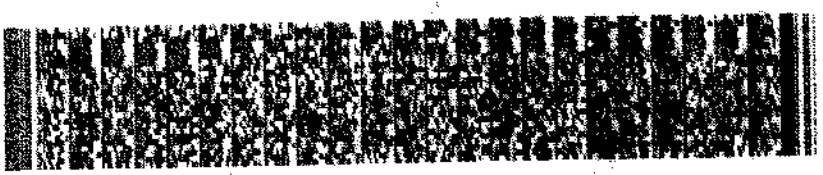
FECHA DE NACIMIENTO 09-NOV-2000
FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

15-NOV-2018 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ES DE DERECHO

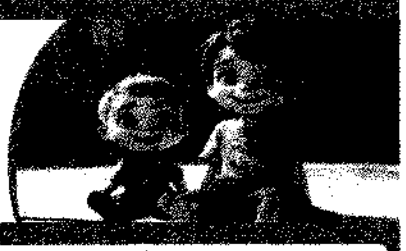


P-1900100-01055099-M-1117521216-20190114 0084151113A 1 51766818

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. Hospital Francisco
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos:
ARIANA MARIBEL ROMERO PIÑA.

Doc. de Identidad: **EPS:**
CC/1075811469 SALUD TOTAL

Teléfono: **Domicilio:**
3214863279 B/A DE AGOSTO

		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				X			Dra. Tania Villacorte ODONTÓLOGA Reg: 81-801						
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor				29-09-2025	29-09-2026								
		Profilaxis y remoción de placa AUX. EN SALUD ORAL													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)									23-10-2025 22-04-2026				
	V	Vacunación													

LILIANA MARIBEL CORDOBA
RES. 6500493-2011

Representante Legal
Ciudad SAN MIGUEL - PUTUMAYO

Asunto: ATENCION USUARIOS SALUD TOTAL EPS-S

Respetado(a) Doctor(a):

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S y el agradecimiento por hacer parte de nuestro grupo de instituciones prestadoras y/o proveedores de tecnologías en salud.

Dando cumplimiento a lo establecido en el decreto 1683 de 2013 el cual reglamenta el artículo 22 de la ley 1438 de 2011 en lo relacionado con el tema de la portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y atendiendo la esencia del mismo como la garantía y la obligatoriedad de la atención de nuestros usuarios en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sin importar la existencia o no de un vínculo contractual con nuestra EPS en cualquier parte del territorio nacional, nos permitimos establecer los parámetros administrativos pertinentes para evitar contratiempos a la hora de prestar servicios de salud a nuestros protegidos (usuarios).

Teniendo en cuenta la permanencia de nuestro usuario en la ciudad de SAN MIGUEL - PUTUMAYO; Dispersión del núcleo familiar del artículo quinto (5to) del decreto 1683 de 2013 así:

"4 Dispersión del núcleo familiar.: Cuando por razones laborales, de estudio, o de cualquier otra índole, cualquiera de los integrantes del núcleo familiar afiliado, fije su residencia en un municipio del territorio nacional distinto del domicilio de afiliación donde reside el resto del núcleo familiar, dicho integrante tendrá derecho a la prestación de los servicios de salud a cargo de la misma Entidad Promotora de Salud, en el municipio donde resida, sin importar que la emigración sea temporal o permanente."

Por tal motivo y teniendo en cuenta la cercanía de su IPS con el domicilio de nuestro protegido (usuario), en el marco de lo ordenado en la normatividad vigente agradecemos garantizar la atención en servicios de salud a los siguientes afiliados: AITANA MELISSA ROMERO DIAZ RC 1075811469; ANYI MELISSA DIAZ BERNAL CC 1076982200; teléfono de contacto 3214863279.

Vigencia: Permanente

Para lo anterior Salud Total EPS-S dispone de los siguientes medios de contacto para realizar los reportes de: solicitud de servicios, autorizaciones, consulta de estado de afiliación, datos generales de la EPS y del afiliado, solicitud de historia clínica, información para la radiación de facturas, etc.

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Anyi Melissa Diaz Identificado con C.C N° 1076982200 en calidad de: padre o madre (madre), del niño o niña: Aitana Melissa Romero Diaz o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mis Ternuritas, 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 24 Días del mes de octubre del Año 2025.

Madre o Acudiente
C.C 1076982200

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 4	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Ariana Melissa Romero Diaz, identificado (a) con documento de identidad número 1075877469, 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, Anyi Melissa Diaz Bernal, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1076982200 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, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

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

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por 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 E1C.

Suscriben;

Firma: [signature]
Nombre: Anyi Melissa Diaz Bernal
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3214[illegible]
Fecha: 24-10-2025
Municipio: San Miguel