Fundación Alma de Vida

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,

PUBLICA

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: 29-03-25 FECHA INGRESO: 01-04-2025

UDS: Dulces Angelitos I. MUNICIPIO: San Miguel.



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Thiago Kaleth Ceron Solarte.

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1126145000

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? _____

FECHA NACIMIENTO: 11-03-2025 EDAD: 2m MUNICIPIO: Lago Agrio.

DEPARTAMENTO: Sucumbios PAIS: Ecuador. DIRECCION DE RESIDENCIA: Vereda La Campiña. ESTRATO: A 1 ¿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: Nueva Eps S.A SUBSIDIADO: ___ CONTRIBUTIVO:

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X DIAGNOSTICO: _____

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: _____

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: _____

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: _____

TIENE SISBEN: SI: X NO: __ PUNTAJE: _____ DESPLAZADO: SI: ___ NO:

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: ___ NO: ___ RED UNIDOS: SI: ___ NO: ___

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Rene Ceron Santa Cruz.

No. IDENTIFICACION: 1126476147 DIRECCION RESIDENCIA: Campiña.

CELULAR: 3175187006. E.P.S: Emssanar.

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: grado 7 PROFESIÓN: Agricultor.

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yeimy Yulia Solarte Salas

No. IDENTIFICACION: 1130884036 DIRECCION RESIDENCIA: V/ Campiña.

CELULAR: 3175287006 E.P.S: Nueva eps Emssanar.

OCUPACION U OFICIO: Ama de Casa.

EMPRESA DONDE LABORA: Cuidado del menor de edad.

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: _____

NUMERO IDENTIFICACION: _____ CELULAR: _____

DIRECCION: _____ PARENTESCO: _____

Yeimy Solarte
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1126145000

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 64372563

* 64372563 *

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CERON	SOLARTE

Nombre(s)
THIAGO CALETH

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes MAR Día 11	MASCULINO	O	+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
ECUADOR , SUCUMBIOS , LAGO AGRIO, NUEVA LOJA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	2150863385

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
CERON SANTACRUZ RENE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1126446147	COLOMBIANA

Datos del padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos
SOLARTE SALAS YEIMY YULIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1130884036	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
SOLARTE SALAS YEIMY YULIA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1130884036	Yeimy Solarte.

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXX

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

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXX

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

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2025 Mes ABR Día 10	HERNANDO FRANCO BERNAL Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
RENE CERON SANTACRUZ Rene Ceron Santacruz. Firma	HERNANDO FRANCO BERNAL Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Fiel copia del original expedida el 2025/04/10 por HERNANDO FRANCO BERNAL, ENCARGADO DE FUNCIONES CONSULARES en el Consulado de Colombia

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 04/07/2025

Ficha: 867576741052800010670

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: THIAGO CALETH

Apellidos: CERON SOLARTE

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1126145000

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 25/06/2025

Última actualización ciudadano: 25/06/2025

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 MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

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

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	1126145000
NOMBRES	THIAGO CALETH
APELLIDOS	CERON SOLARTE
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	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/04/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/04/2025 21:24:19	**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

MIS DATOS:

Nombres:

THIAGO CALETH

Apellidos:

CERON JOIARTE

Fecha de nacimiento:

11 03 2025

Historia Clínica:

1126145000

Barrio / Vereda:

VI IA CAMPIÑA

Responsable del niño (a):

YEIMY S

Teléfono:

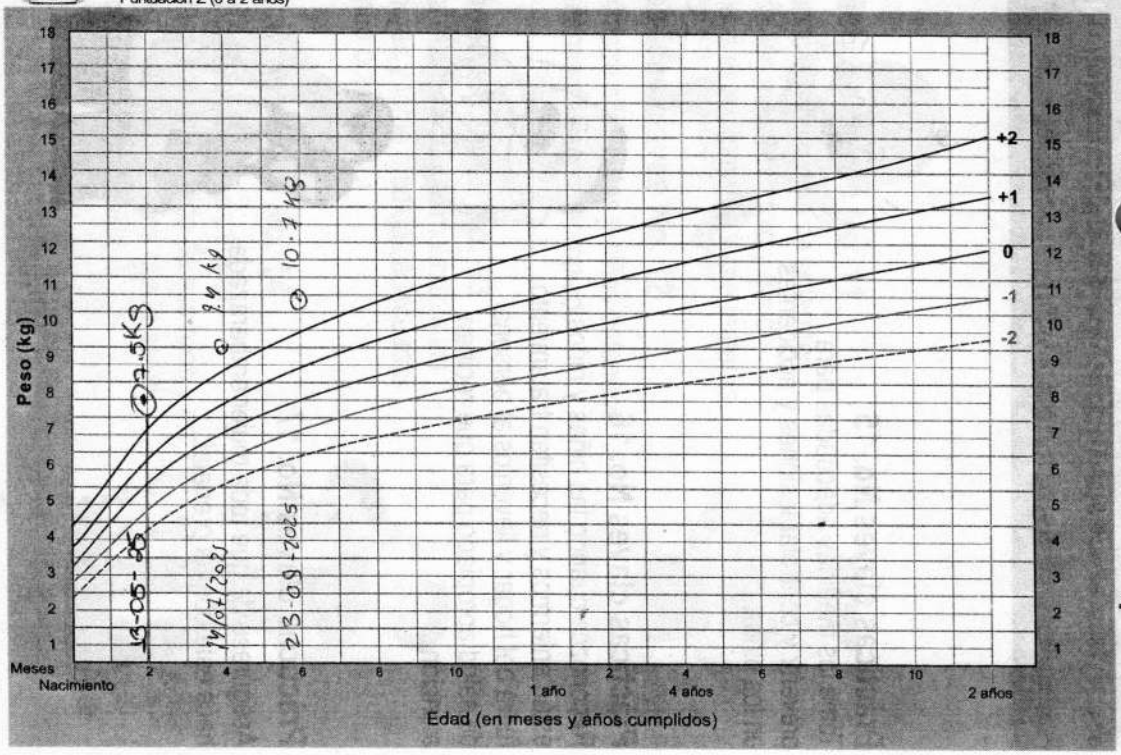
3175287006

EPS:



Peso para la Edad Niños

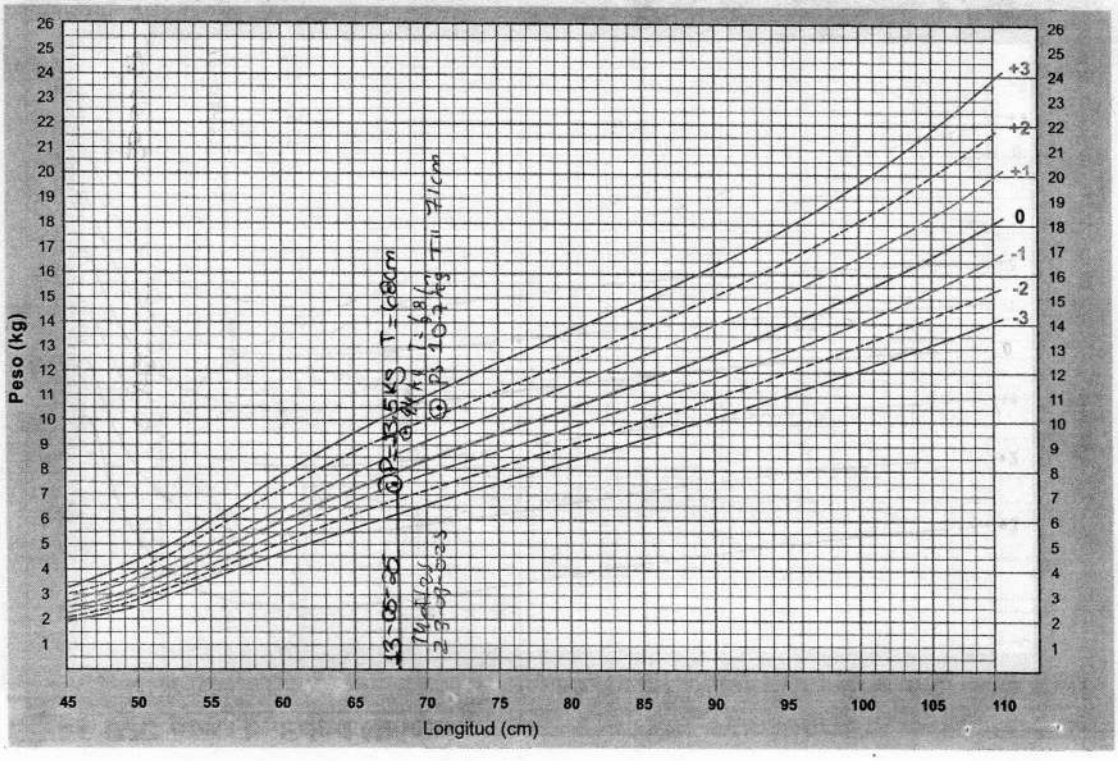
Puntuación Z (0 a 2 años)



20

Peso para la Talla Niños

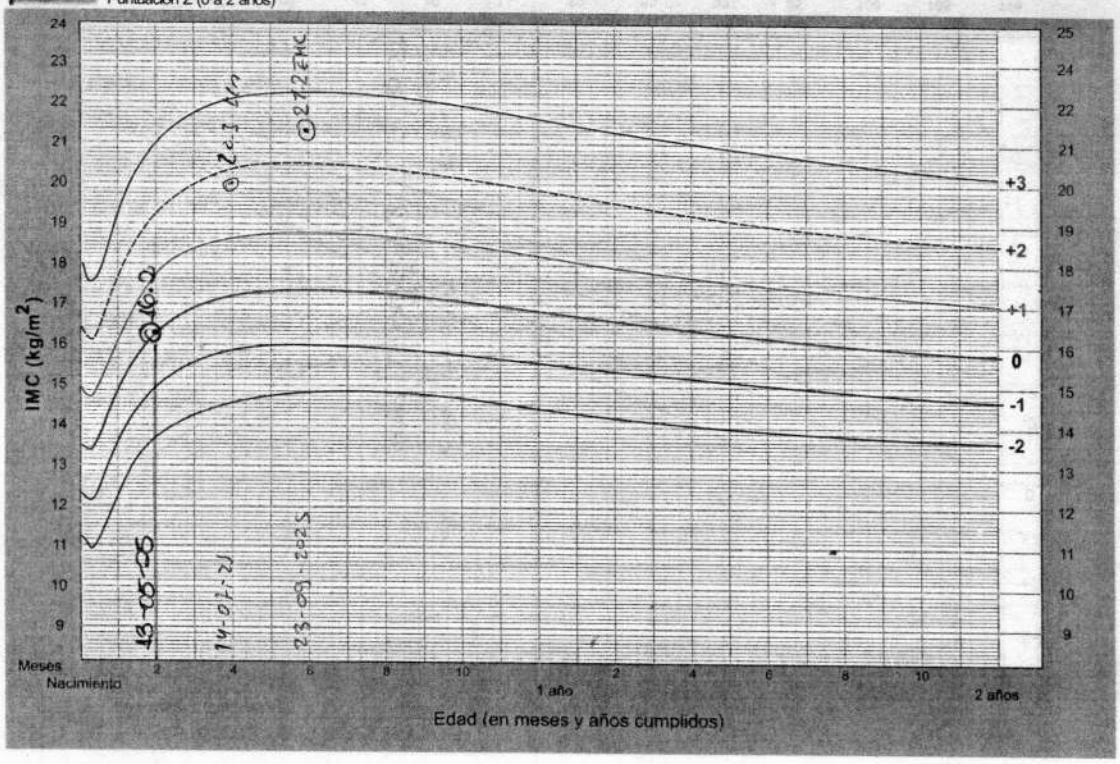
Puntuación Z (0 a 2 años)



21

IMC para la Edad Niños

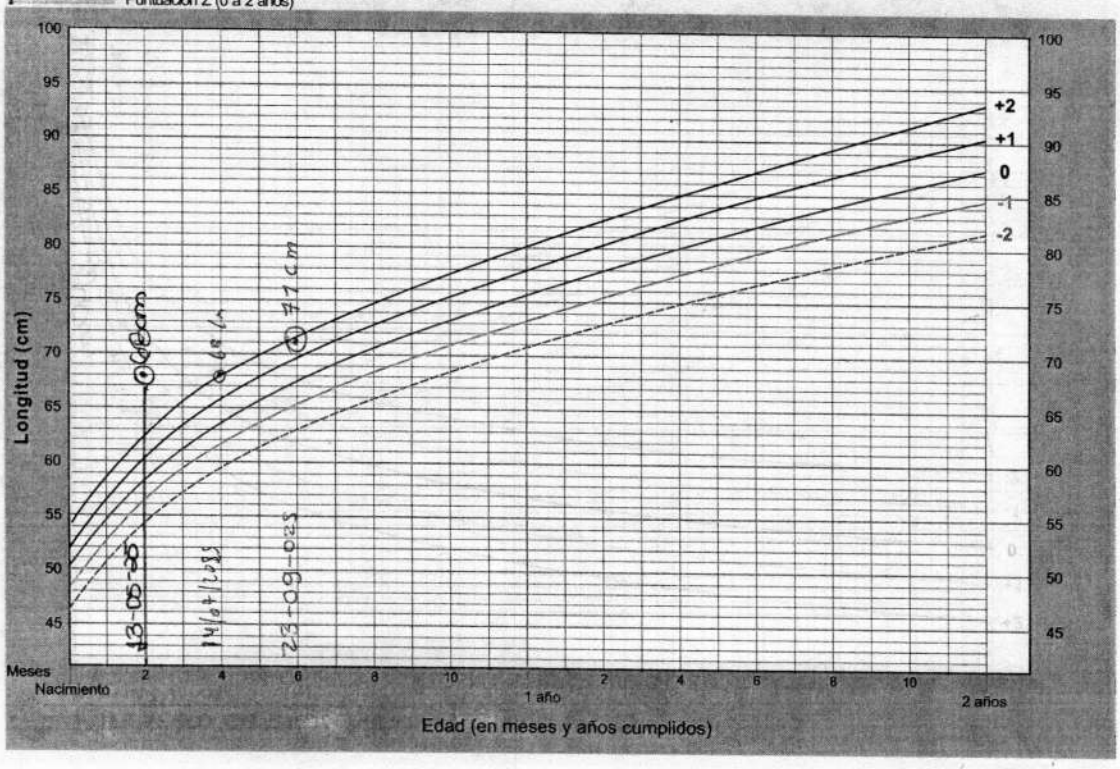
Puntuación Z (0 a 2 años)



(22)

Talla para la Edad Niños

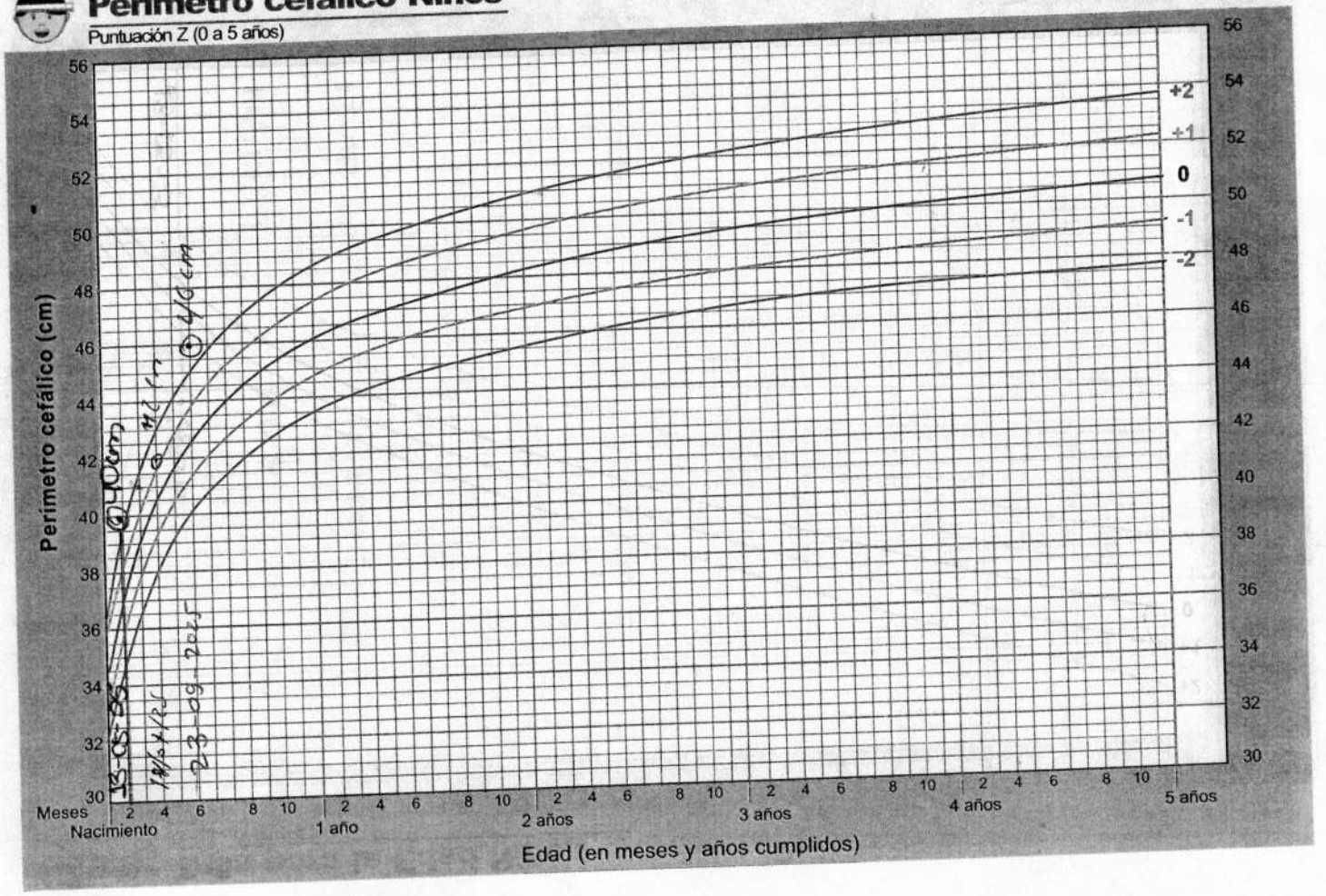
Puntuación Z (0 a 2 años)



(23)

Perímetro cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



(24)

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
13-05-2025	7.5	68	40	14	16.2	13-06-2025	
14-07-2025	9.4	68	42	17	20.3	17-09-2025	David Nuñez
23-09-2025	10.7	71cm	46	17	21.2	11-12-2025	

35

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
13	Junio	2025	Enf.		/
11	09	2025	ENF.		
23	Septiembre	2025	Enfersi	✓ M	Enfa C ✓
11	Diciembre	2025	Enfermeria	Cita	

12
RLV.

Nombres y Apellidos: _____ 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	19	03	2025	SERUM	0373MA0E7	ECUADOR				ECUADOR
	Hepatitis B	Recién nacido	19	03	2025	SERUM	0323X011E	ECUADOR				ECUADOR
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si☐ No☐						
	Poliomielitis	1ª	13	05	25	BIOLOGICAL	2406001					
	*Pentavalente	1ª	13	05	25	SERUM	2E537020C					
	Rotavirus	1ª	13	05	25	GSK	AROLE054AA					
	Neumococo PCV 10☐ PCV 13☑	1ª	13	05	25	PFIZER	HJ5272	HFLD				
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si☐ No☐			CITA: 13- Julio 2025			
	Poliomielitis	2ª	15	07	25	Biological	2413007					
	Pentavalente	2ª	15	07	25	Serum	2854X013E					
	Neumococo PCV 10☐ PCV 13☐	2ª	15	07	25	Pfizer	HW2963	HFLD.				Isabel Arias.
	Rotavirus	2ª	15	07	25	GSK.	AROLE074AC					
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si☐ No☐						
	Poliomielitis	3ª	23	sep	25	Biological	2423003		cita: 15-Septiembre 2025			Jenifer cabeza
	Pentavalente	3ª	23	sep	25	Serum	2854X013E	+1FLD				
	Influenza estacional	1ª	23	sep	25	Seguirus	P100792794					
7 meses	Influenza estacional	2ª	23	OCT	25	Seguirus	P100792794	HFLD				Isabel Arias.
12 meses	Sarampión, Rubéola , Paperas	1ª							CITA:			
	Neumococo PCV 10☐ PCV 13☐	Refuerzo										
	Varicela	1ª										
	Hepatitis A	Única										
	**Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis	1er Refuerzo										
	Pentavalente	1er Refuerzo										
	Sarampión, Rubéola , Paperas	Refuerzo										
	***Fiebre Amarilla	Única				CITA: 9 MESES CUMPLIDO.						
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 complementarias 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 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

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

Protégelos contra:

Tuberculosis meníngea (BCG), **H**epatitis B, **P**oliomielitis (VIP), **M**eningitis y otras enfermedades causadas por ***H**aemophilus* **I**nfluenzae tipo b, **D**ifteria, **T**osferina, **T**étanos (Pentavalente), diarrea por **R**otavirus; neumonía, otitis, meningitis bacteriemia causada por **N**eumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la **I**nfluenza, **S**arampión, **R**ubéola, **P**arotiditis (Triple Viral), **V**aricela, **H**epatitis A, **F**iebre Amarilla, **C**áncer causado por **V**irus de **P**apiloma **H**umano (VPH) y **C**ovid-19.



Las 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)

www.**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				Valoración del Desarrollo												Profesional que atendió perfil
		Peso	Talla	PC	Punt. Z	Motor Grueso			Motor Fino			Audición y Lenguaje			Personal Social			
						A	R	SP	A	R	SP	A	R	SP	A	R	SP	
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	D	M	A	Un año	D	M	A
Dos años	D	M	A	Tres años	D	M	A
Cuatro años	D	M	A	Cinco años	D	M	A

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

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

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

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

Desparasitación			
1 año	D	M	A
2 años	D	M	A
3 años	D	M	A
4 años	D	M	A
5 años	D	M	A

Tamizaje para Anemia - Hemoglobina (Según criterios de riesgo)			
D	M	A	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: THIAGO CALETH CERON SOLARTE

RC [X] TI [ ] OTRO [ ] 1.126.145.000

Tipo de Documento / No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 11 (DIA) 03 (MES) 2025 (AÑO)

Sexo: MASCULINO

Grupo sanguíneo: Rh:

Peso al nacer: 4140 Talla: 51

Dirección: Vl CAMPIÑA

Teléfono 1: 3175281006

Teléfono 2:

Responsable: YEIMY SOLARTE SAIAS

Municipio de residencia: SAN MIGUEL

Departamento: PUTUMAYO

CC: 1130.884.036

13
RIV-

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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET
RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: THIAGO CALETH CERON SUAREZ

Doc. de Identidad: 1126148000

EPS: NUEVA EPS

Teléfono: 3145281006

Domicilio: VILLA CAMPIÑA

		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: 81-80

Ok octubre - 2025

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.130.884.036**
SOLARTE SALAS
APELLIDOS
YEIMY YULIA
NOMBRES

YEIMY SOLARTE
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-SEP-2002**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA **O+** G.S. RH **F** SEXO

09-OCT-2020 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401800-01173131-F-1130884036-20201023 **0072**183059A 1 53572329

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.126.446.147**
CERON SANTACRUZ
APELLIDOS
RENE
NOMBRES

Rene Ceron Santacruz
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-FEB-2002**
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

11-JUN-2020 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401800-01143890-M-1126446147-20200702 **0071**098980A 1 53568233

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Yeimy Yolia Solarte Identificado con C.C N° 1130884036 en calidad de: padre o madre (✓), del niño o niña: Thiago Kaleth Ceron Solarte o Gestante ( ) Lactante (✓), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Dulces Angelitos 7, 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 14 Días del mes de 04 del Año 2025.

Yeimy Solarte

Madre o Acudiente
C.C 1130884036

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PARTICIPACIÓN	F10.MO6.PP	21/05/2019
		Versión 4	Página 1 de 2

Yo, Yeimy Yulia Solarte Salas, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1130884036, obrando en calidad de:

Padre		Madre	X	Cuidador	

De la niña, niño o adolescente, Thiago Kaleth Ceron Solarte, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) ___, TI____, CE____, número 1150863385, manifiesto que:

Sí	X	No	

AUTORIZO a la niña, niño o adolescente a participar en la oferta de la Dirección de Niñez y Adolescencia
Con la suscripción de este permiso manifiesto que me informaron que, durante la participación, en la oferta de la Dirección de Niñez y Adolescencia se:

1. Captarán, tomarán, almacenarán y editarán imágenes personales o fotografías de los participantes
2. Realizarán videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
3. Divulgarán y publicarán 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, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como 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, 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, 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.

Suscriben:

Firma: Yeimy Solarte
Nombre: Yeimy Solarte
Calidad - Titular: ✓ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3175281006
Fecha: 2-04-2025
Municipio: San Miguel

CLASIFICADA

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 Thiago Yaleth Ceron Solarte, identificado (a) con documento de identidad número 2150863385, 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, Yeimy Solarte salas, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1130884036, 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 C.I.C

Suscriben:

Firma: Yeimy Solarte
Nombre: Yeimy Solarte
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3175281006
Fecha: 2-04-2025
Municipio: San Miguel

CLASIFICADA

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel.

Nombre completo de la niña o niño Thiago Caleth Ceron Solarte.

Fecha de nacimiento Día 11 Mes 03 Año 2025 **N° Documento de Identidad** RC.1126145000

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 02 Mes 04 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Maria Nelly Ocaran Benavides.

Fecha de registro cualitativo Día 03 Mes 07 Año 2025

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

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

Observaciones generales

El niño en la primera valoración de la escala se encuentra en esperado. ya que cumplen con los items fundamentales del desarrollo de la escala cualitativa deacuerdo a su rango de edad.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Maria Nelly Ocaran B.

Fecha de registro cualitativo Día 06 Mes 10 Año 2025

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

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

Observaciones generales

El niño responde a todas las areas: SO afectivas, comunicativa, motora gruesa, motora fina cognitiva la familia percibe avanza en su desarrollo.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

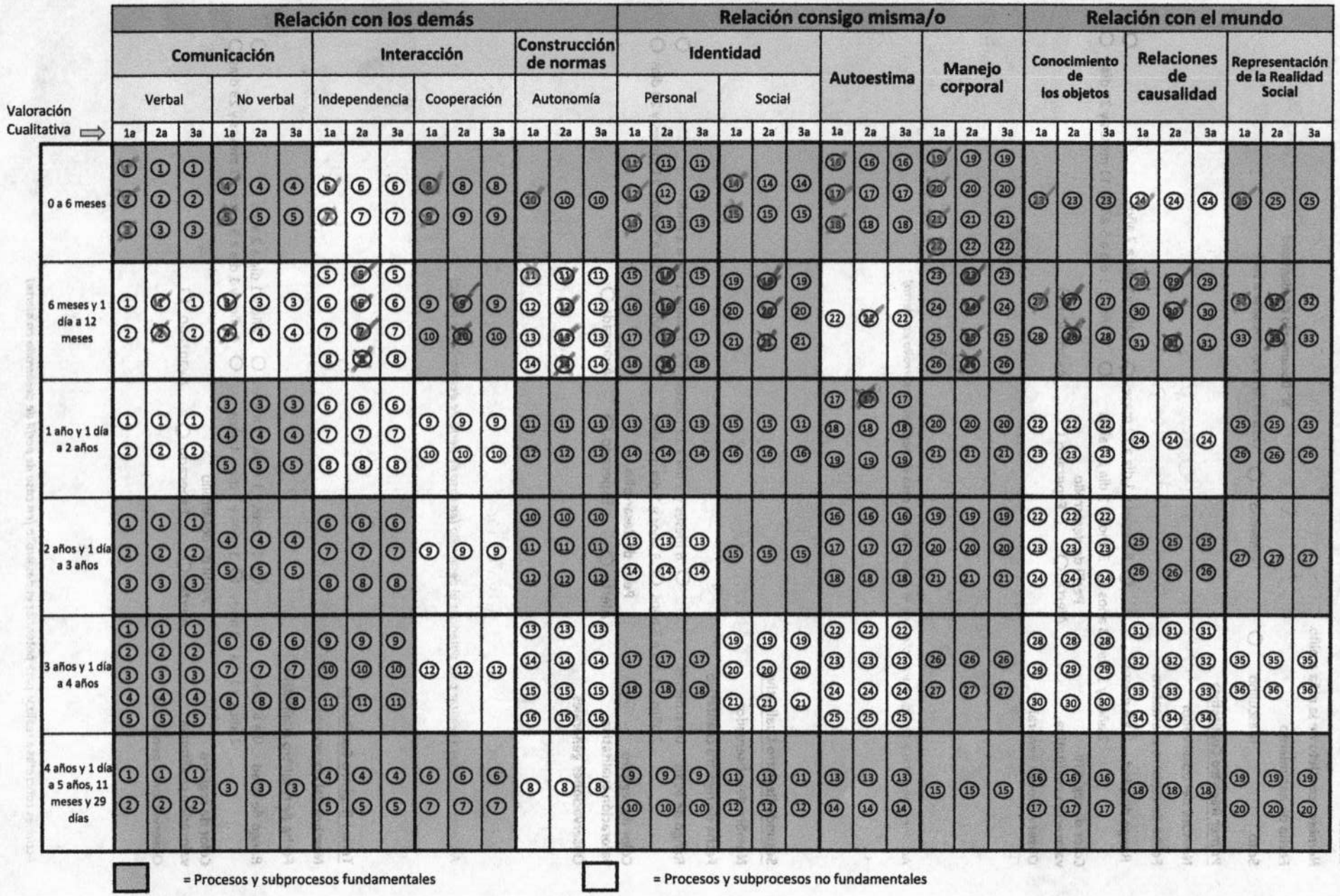
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

20
RIV

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): María Nelly Claran Benavides NOMBRE UCA: Dulces Angelitas I

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Thiago Caleth Ceran Solarte · IDENTIFICACIO: 1126145000 FECHA DE NACIMIENTO: 17-03-2025

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					
23-04-2025	X			2:14	El participante se encuentra en tramites del Sisben para que la apiten y lograr sacar el documento Adres. madre refiere que se encuentra en espera para la encuesta del Sisben.	Yeimy Solarte		La Agente Educativo acompaña Realiza acompañamiento a la oficina del Sisben.	Las EAS realizan el proceso de visita al hogar para el respectivo	Madre se Compromete a realizar envio del sisben apenas se encuentre afiliada.
6-06-2025	X			11:30	La madre de Thiago Menciona que ya le realizaron la visita pero fue negada Lo cual se requiere de nueva autorización para q la visiten,	Yeimy Solarte.		La Agente Educativo realiza acompañamiento a la oficina Sisben. y menciona la Sensa zoraida que sigue en tramite. Anexo copia de autorizacion	Senso. Se logro sensar al niño Tiago Caleth Ceran S. ya cuentas con Sisben y la ficha del Adres. El dia 4-07-2025 se cierra la novedad	La madre se Compromete a Cumplir con el proceso del Sisben y el Adres.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Maria Nelly Cuaran NOMBRE UCA: Dulces Angelitos 7

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Thiago Coron IDENTIFICACIO: 1126145000 FECHA DE NACIMIENTO: 11-03-25

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					
05-8-25	X		X		Se solicita cita de CyD, vacunas, odontologia y se da a conocer los fechas Estipuladas con Corte a 9 11 de Septiembre	Yeimy Solarte	Maria Nelly Cuaran	Gestion de Cita de CuD a HELD	Se da a conocer a la madre de participante se Gestiono Cita de Control de CuD la Cual se encuentra piogramada para el dia 11/09/25	Madre se compiometo a asistir a cita programada y garantizar atencion en Salud de su hijo.