Fundación
Alma de Vida

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con fotografía del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras).
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar _X_ en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización) ___SISBEN (Categoria 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	Codigo: FO-GG-012
GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 25/03 /2025



FECHA SOLICITUD CUPO: 16-9-25 **FECHA INGRESO:** 16-9-25

UDS: Mis Terrenitos **MUNICIPIO:** San miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Daren Joel Ramirez Madroñero

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO ___ **NUIP No.** 1126462794

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? NA
NA

FECHA NACIMIENTO: 16-9-2025 **EDAD:** 0 **MUNICIPIO:** San miguel

DEPARTAMENTO: putumayo **PAIS:** Colombia **DIRECCION DE RESIDENCIA:** V/ Risaralda **ESTRATO:** NA **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: NA NO: No

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

SUBSIDIADO: _ **CONTRIBUTIVO:** _ **PRESENTA DISCAPACIDAD:** SI: ___ NO: ___ **DIAGNOSTICO:** _____ **ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD:** No **PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD:** SI: ___ NO: No

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

No **TIENE SISBEN:** SI: ___ NO: ___ PUNTAJE: _____

DESPLAZADO: SI: _ NO: _ **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: Arlex Adrian Ramirez Velasquez

No. IDENTIFICACION: 1088733936 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/ Risaralda

CELULAR: 3217106398 **E.P.S:** NA

OCUPACION U OFICIO: NA

EMPRESA DONDE LABORA: NA

NIVEL DE ESCOLARIDAD: NA **PROFESIÓN:** NA

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jenefeer Katerine Madroñero

No. IDENTIFICACION: 1088737849 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/ Risaralda

CELULAR: 3217106398 **E.P.S:** Nueva EPSE

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller **PROFESIÓN:** NA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Jenefeer Katerine Madroñero

NUMERO IDENTIFICACION: 1088737849 **CELULAR:** 3217106398

DIRECCION: V/ Risaralda **PARENTESCO:** Madre

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Jenifeer madroñero

FIRMA AGENTE EDUCATIVA

Andrea cordoba

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.126.462.794

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60984344

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Y 7 A

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

REGISTRADURIA DE VALLE DEL GUAMUEZ - COLOMBIA - PUTUMAYO - VALLE DE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMIREZ	MADRONERO

Nombre(s)

DAREN JOEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor Rh
Año 2025 Mes SEP Día 15	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	NO. 250998103127B6

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con fines notariales, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen las declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MADRONERO CARRERA JENEEFER KATERINE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.088.737.849	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con fines notariales, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen las declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ VELASQUEZ ARLEX ADRIAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.088.733.935	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ VELASQUEZ ARLEX ADRIAN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.088.733.935	

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)

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
ESTA REPRODUCCION FOTOMECANICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURIA

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2025 Mes SEP Día 22	VALIDE FACE FIRMA CARMEN PATRICIA CASANOVA YANDI
	Nombre y firma

ESTA COPIA ES PARA EL USUARIO

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 10/11/2025

Ficha: 86865049478000026471

A2

GRUPOS SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DAREN JOEL

Apellidos: RAMIREZ MADROÑERO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1126462794

Municipio: Valle del Guamuéz

Departamento: Putumayo

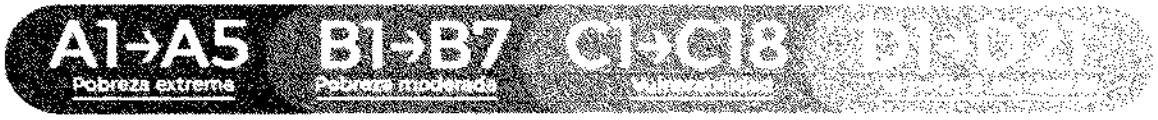
INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/03/2025

Última actualización ciudadano: 10/11/2025

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente



Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: BELSY MILDRED GOMEZ ERASO

Dirección: Calle 7 No 5 - 20

Teléfono: 4282059 - 3134307915

Correo Electrónico: sisben@valledelguamuez-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	1126462794
NOMBRES	DAREN JOEL
APELLIDOS	RAMIREZ MADROÑERO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	NARIÑO
MUNICIPIO	SAMANIEGO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	17/09/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/10/2025 10:56:19	**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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.



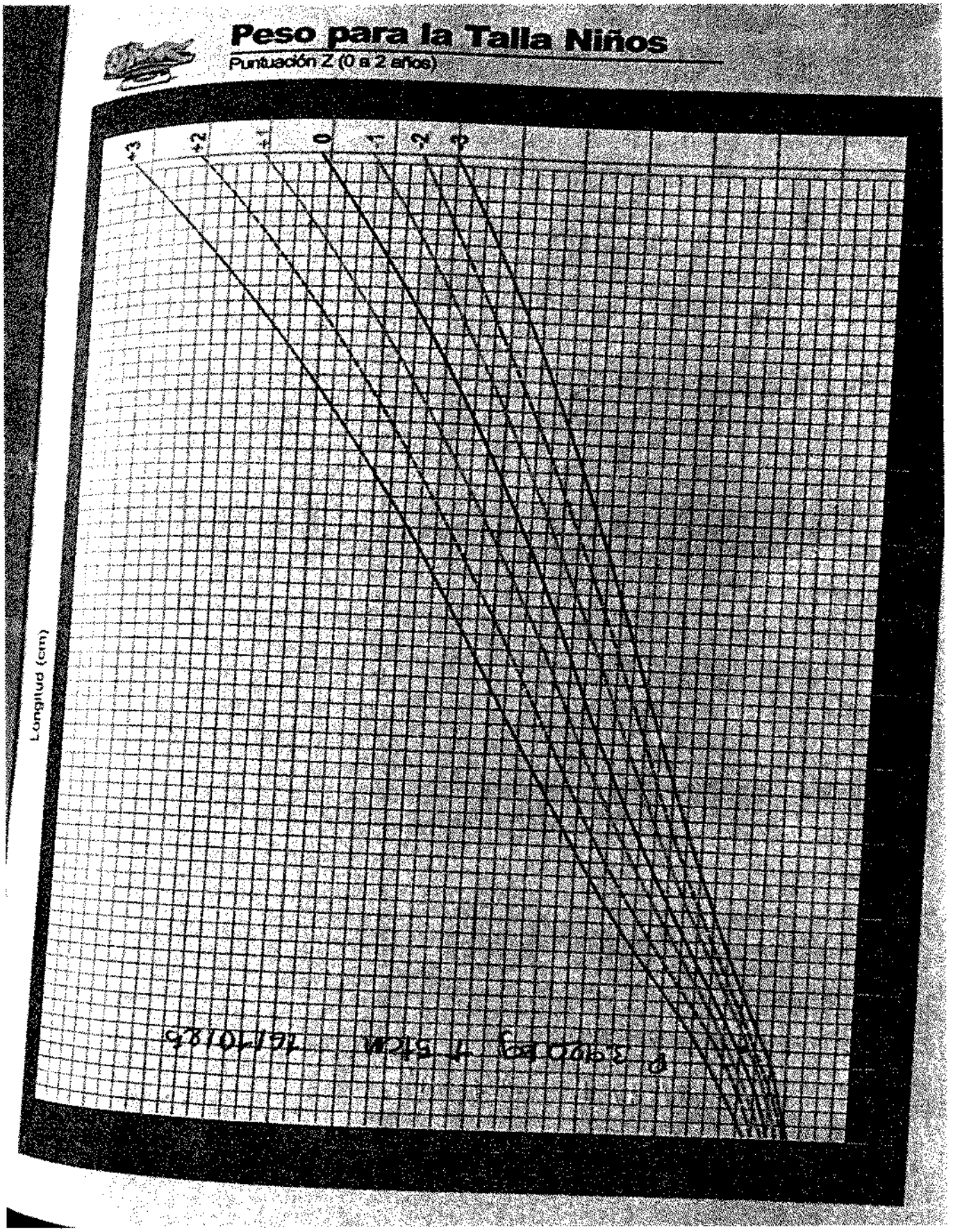
Nombres:	DAREN JOEL.
Apellidos:	RAMIREZ MADROÑERO.
Fecha de nacimiento:	16-09-2025
Lugar de nacimiento:	U. GUAMUEZ.
Identificación:	1126462794
Barrio/Vereda:	V. ESPERANZA SAN MIGU
Responsable del niño:	JENNIFER. MADROÑ
Nº de teléfono:	3217063648
E.P.S:	ASMET
Grupo sanguineo:	AT.

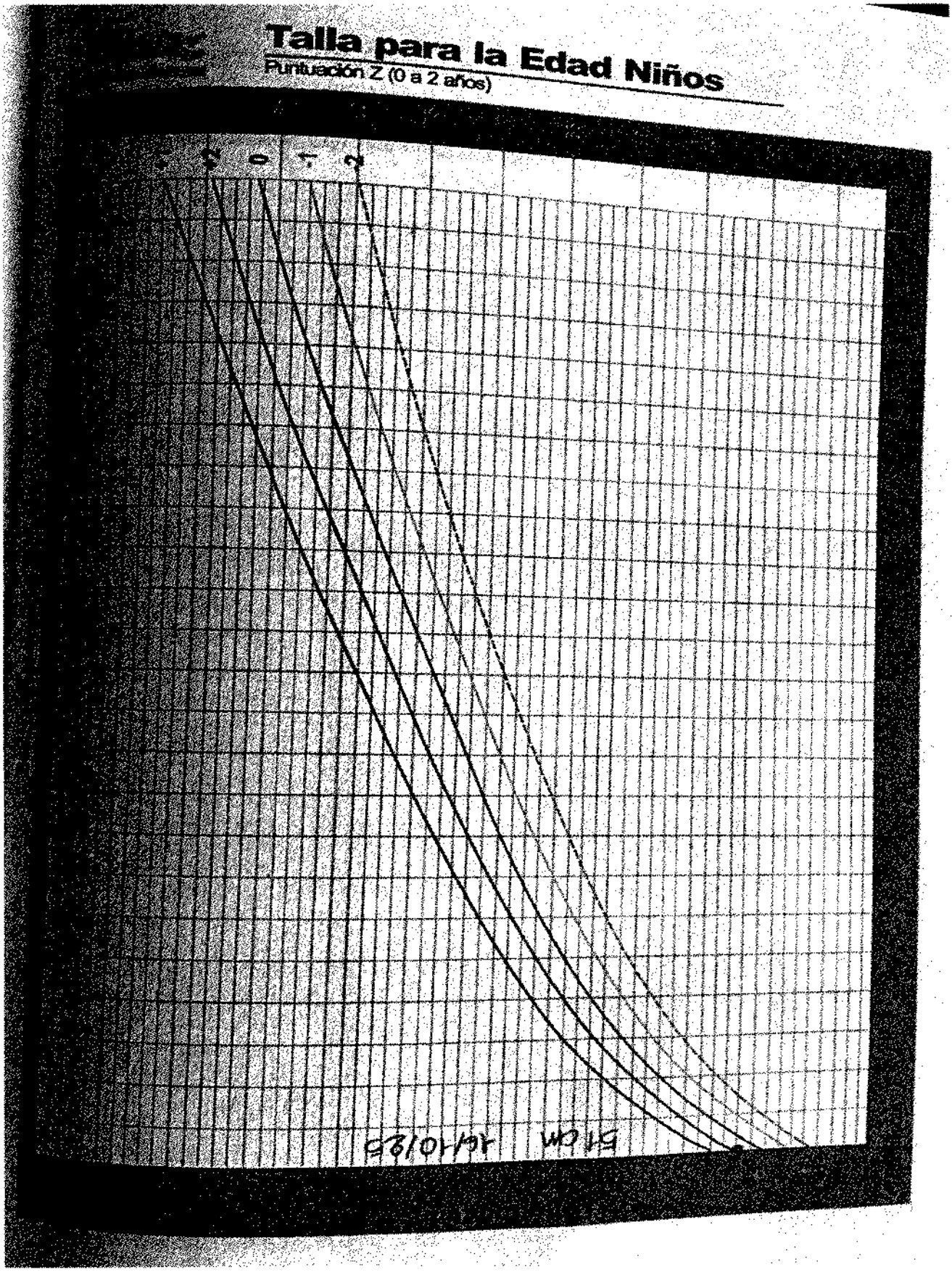
¡Mamita Segura!
Lo mejor de nosotros para ti

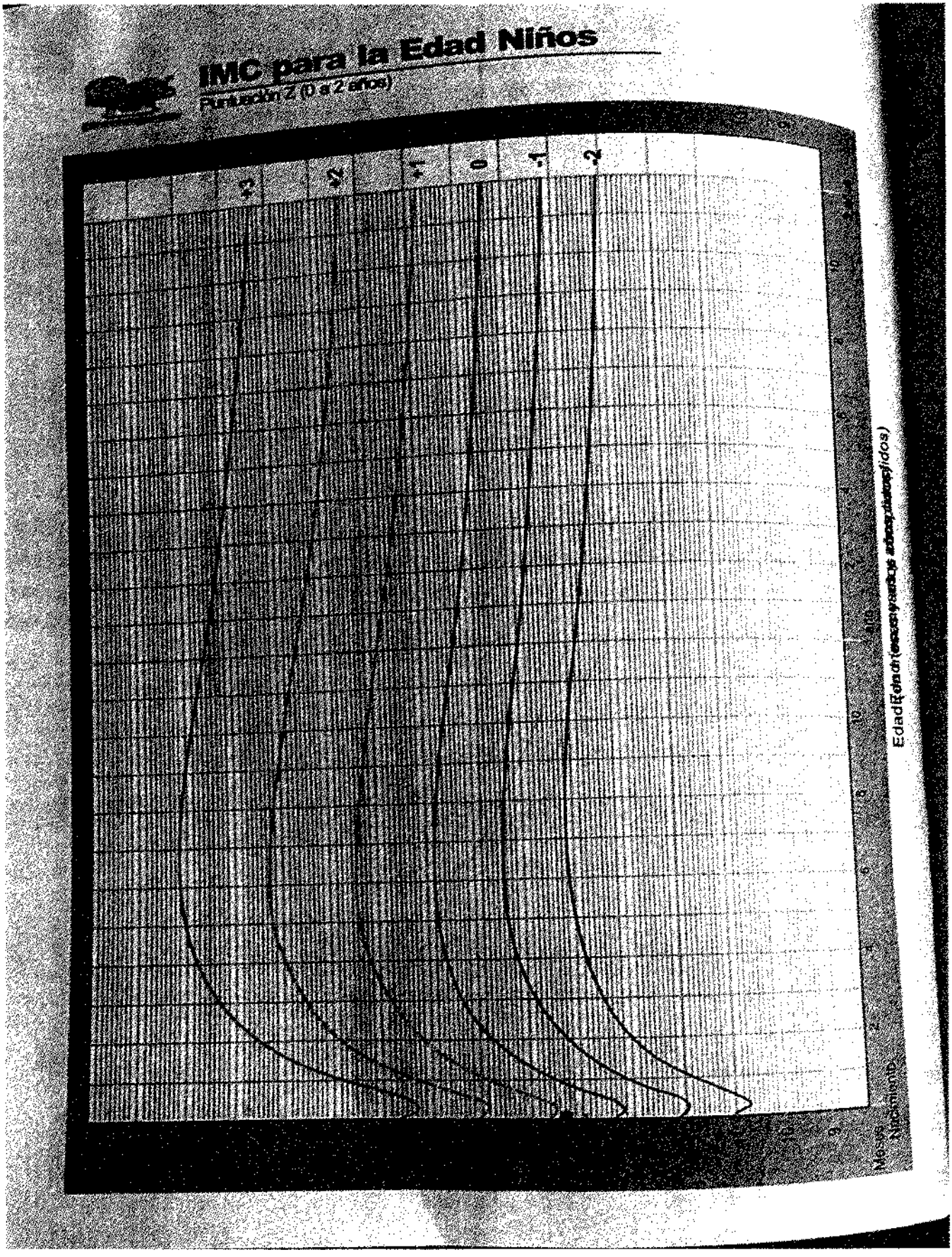
IAMI
INSTITUCIÓN AMIGA DE LA MUJER Y LA INFANCIA

AIEPI
Porque mi vida hoy que protegerla hoy

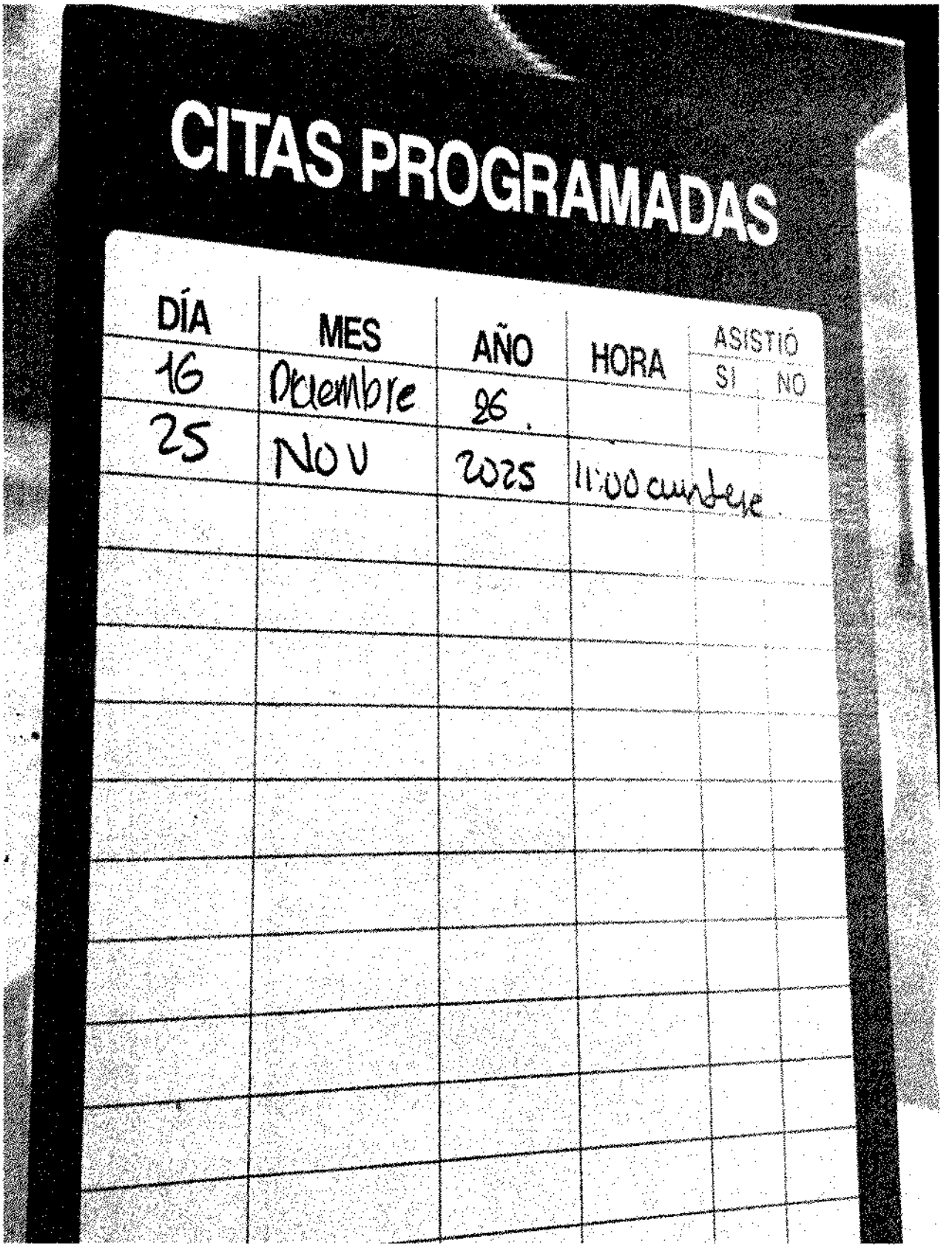
Peso para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
Edad (en meses y años cumplidos)
3 años
4 años
3/20 kg
16/10/25


Peso para la Talla Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
+3
+2
+1
0
-1
-2
-3
Longitud (cm)


Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
54 cm 16/10/25


IMC para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
3
2
1
0
-1
-2
Meses
Nacimiento
Edad (en años cumplidos)

Perímetro cefálico Niños
Puntuación Z (0 a 5 años)
2
1
0
-1
-2
Edad (en meses y años cumplidos)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
16	Diciembre	26			
25	Nov	2025	11:00 am bye.		

13
RN

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

Protégelos contra:

Tuberculosis meníngea (BCG), Hepatitis B, Poliomielitis (VIP), Meningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus influenzae tipo b, Difteria, Tosferina, Tétanos (Pentavalente), diarrea por Rotavirus, neumonía, otitis, meningitis bacteriana causada por Neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, Sarampión, Rubéola, Parotiditis (Triple Viral), Varicela, Hepatitis A, Fiebre Amarilla, Cáncer causado por Virus de Papiloma Humano (VPH) y Covid-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

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

Edad	Fecha	Valoración del Crecimiento				Valoración del Desarrollo				Promotividad (con material gestal)
		Peso	Talla	Perímetro Cefálico	IMC	A	S	M	E	
1 a 5 días										
6 a 10 días										
11 a 15 días										
16 a 20 días										
21 a 29 días										
1 mes a 1 mes 15 días										
1 mes 16 días a 2 meses										
2 meses a 2 meses 15 días										
2 meses 16 días a 3 meses										
3 meses a 3 meses 15 días										
3 meses 16 días a 4 meses										
4 meses a 4 meses 15 días										
4 meses 16 días a 5 meses										
5 meses a 5 meses 15 días										
5 meses 16 días a 6 meses										
6 meses a 6 meses 15 días										
6 meses 16 días a 7 meses										
7 meses a 7 meses 15 días										
7 meses 16 días a 8 meses										
8 meses a 8 meses 15 días										
8 meses 16 días a 9 meses										
9 meses a 9 meses 15 días										
9 meses 16 días a 10 meses										
10 meses a 10 meses 15 días										
10 meses 16 días a 11 meses										
11 meses a 11 meses 15 días										
11 meses 16 días a 12 meses										
12 meses a 12 meses 15 días										
12 meses 16 días a 13 meses										
13 meses a 13 meses 15 días										
13 meses 16 días a 14 meses										
14 meses a 14 meses 15 días										
14 meses 16 días a 15 meses										
15 meses a 15 meses 15 días										
15 meses 16 días a 16 meses										
16 meses a 16 meses 15 días										
16 meses 16 días a 17 meses										
17 meses a 17 meses 15 días										
17 meses 16 días a 18 meses										
18 meses a 18 meses 15 días										
18 meses 16 días a 19 meses										
19 meses a 19 meses 15 días										
19 meses 16 días a 20 meses										
20 meses a 20 meses 15 días										
20 meses 16 días a 21 meses										
21 meses a 21 meses 15 días										
21 meses 16 días a 22 meses										
22 meses a 22 meses 15 días										
22 meses 16 días a 23 meses										
23 meses a 23 meses 15 días										
23 meses 16 días a 24 meses										
2 años										
3 años										
4 años										
5 años										

Valoración de la Salud Visual - Agudeza Visual

Edad	Un ojo	Ambos ojos
A partir de los 9 meses		
Tres años		
4 años		
5 años		

Valoración de la Salud Visual - Agudeza Visual

Edad	Agudeza visual a 20 metros	Agudeza visual a 6 metros
Tres años		
Cuatro años		
Cinco años		

Suplementación con Hierro

Edad	Dosis
6 a 11 meses (con riesgo)	
3 a 5 meses	
4 a 5 meses	

Fortificación casera con micronutrientes

Edad	Dosis
6 a 11 meses	
12 a 17 meses	
18 a 23 meses	

Suplementación con micronutrientes (Hierro y Vitamina A)

Edad	
2 años	
3 años	
4 años	
5 años	

Desparasitación

Edad	
1 año	
2 años	
3 años	
4 años	
5 años	

Tamizaje para Anemia - Hemoglobina (según criterios de riesgo)

			Resultado	

Educación para la Salud en la Primera Infancia

Edad	Fecha	Tema	Observaciones

COLOMBIA VIDA — Salud

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

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Daren Joel Ramirez Madroñero

Tipo de Documento: RC — No. de Documento: 1116962499

Fecha de Nacimiento: 16 09 25

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: No. AT

Peso al nacer: 3300 Talla: 56

Dirección: V. Ricaurte

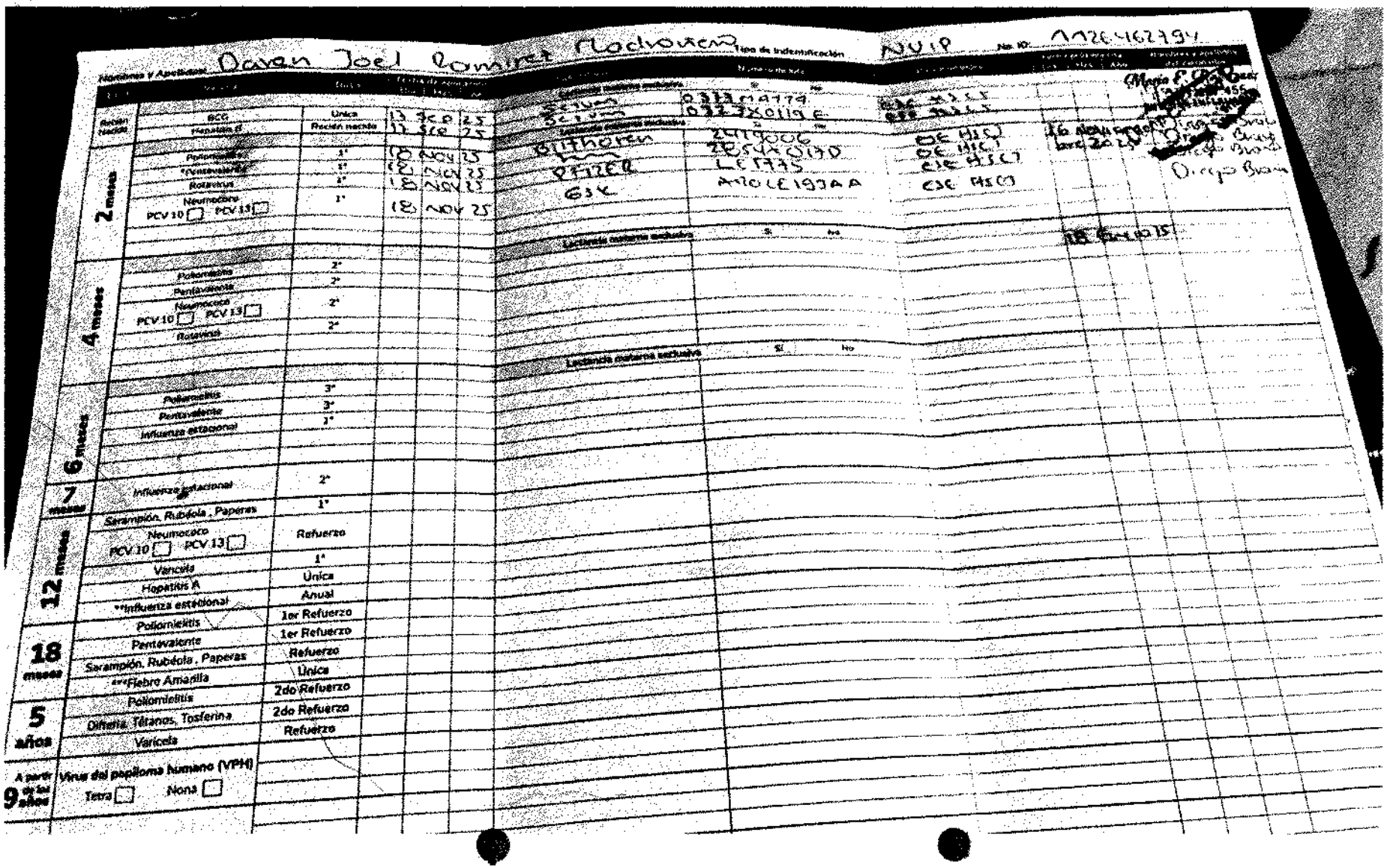
Teléfono 1: 3117706348

Teléfono 2:

Responsable: Jennifer Katerine Madroñero

Municipio de residencia: Valle del Guamuez

Departamento: Putumayo



Nombres y Apellidos: Davan Joel Lomirt Madrid — Tipo de Identificación: NUIP — No. ID: 1126462794

Edad ideal	Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación
Recién nacido	BCG	Única	13 NOV 25
	Hepatitis B	Recién nacido	13 NOV 25
2 meses	Poliomielitis	1ª	18 NOV 25
	*Pentavalente	1ª	18 NOV 25
	Rotavirus	1ª	18 NOV 25
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	18 NOV 25
4 meses	Poliomielitis	2ª	
	Pentavalente	2ª	
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	
	Rotavirus	2ª	
6 meses	Poliomielitis	3ª	
	Pentavalente	3ª	
	Influenza estacional	1ª	
7 meses	Influenza estacional	2ª	
12 meses	Sarampión, Rubéola, Paperas	1ª	
	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	
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 ☐		

Lactancia materna exclusiva: SI / No

Lactancia materna exclusiva: SI / No

Sexo: M / F

Sexo: M / F

Nombre del acudiente: Blithorsa Pfizer GSK

Identificación del acudiente: 2419006 1035460190 LE1735 AMOLE193AA

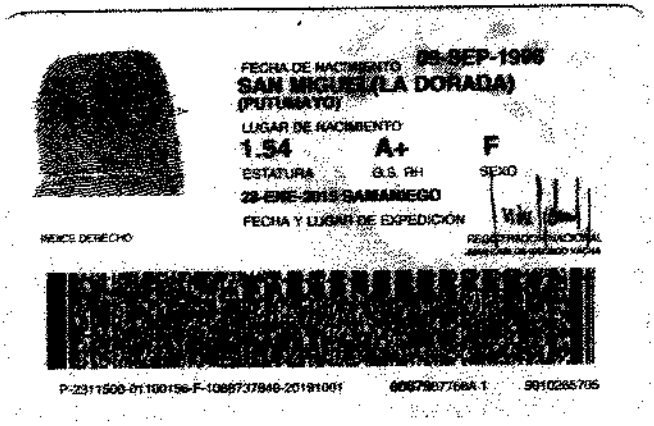
Parentesco: DE HIJO DE HIJO DE HIJO DE HIJO

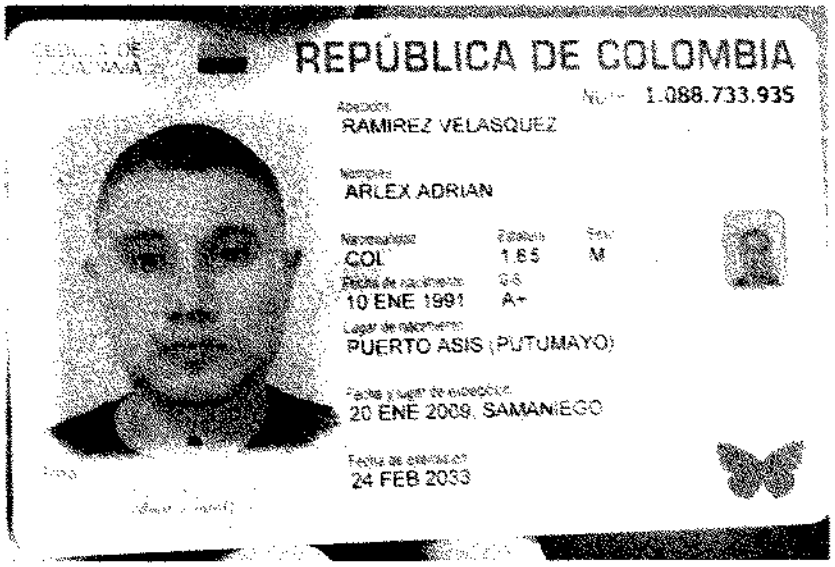
Fecha próxima cita: 16 de Diciembre de 2025

18 Enero 15

Maria F. [illegible]


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.088.737.649
MADROÑERO CARRERA
APELLIDOS
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 05-SEP-1996
SAN MIGUEL (LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54
A+
F
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
22-ENE-2015 SAMANIEGO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
P-2311500-01100156-F-1088737649-20191001
9010265705



REPÚBLICA DE COLOMBIA

No. 1.088.733.935

Apellidos
RAMIREZ VELASQUEZ

Nombres
ARLEX ADRIAN

Nacionalidad
COL

Estatura
1.85

Sexo
M

Fecha de nacimiento
10 ENE 1991

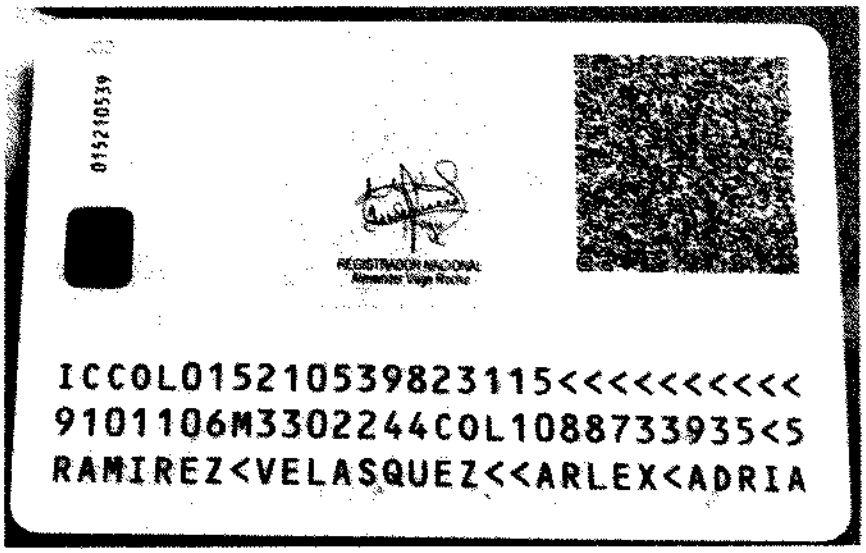
G.S.
A+

Lugar de nacimiento
PUERTO ASIS (PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición
20 ENE 2009, SAMANIEGO

Fecha de vencimiento
24 FEB 2033

Firma



0115210539

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0152105398231115<<<<<<<<<<
9101106M3302244COL1088733935<5
RAMIREZ<VELASQUEZ<<ARLEX<ADRIA

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Jencefey katerine Madroñero Identificado con C.C N° 1088737849 en calidad de: padre o madre ( ), del niño o niña: Dayen Joel Ramirez Madroñero o Gestante (X) 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 01 Días del mes de 04 del Año 2025.

Jenifer Madroñero
Madre o Acudiente
C.C 1088737849

	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	11/07/2024
BIENESTAR FAMILIAR	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 Daren Joel Ramirez Machacon, identificado (a) con documento de identidad número 1126462794, 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, Jeneefer Katerine Madroñero, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1088737849 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

La autorización comprende:

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

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

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

Los productos autorizados son originados por 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 EIC

Suscriben:

Firma: Jenifer Madroñero
Nombre: Jeefer Katerine Madroñero Carrero
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3217106348
Fecha: 01-04-2025
Municipio: San Miguel

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPESINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Natalia Diaz Rueles **NOMBRE UCA:** Mis Tesoritos

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Daren Joel Ramirez Madroñero **IDENTIFICACIÓN:** 1126462794 **FECHA DE NACIMIENTO:** 16-9-2025

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					
03-11-2025	+				se realiza llamada telefonica a la madre para preguntar el porque el niño aun no cuenta con Ficha de Sisben.	Jennifer Madroñero	Natalia Diaz	se explica a la madre de la importancia de la vinculación del niño al censo dentro del nucleo familiar	la madre manifiesta que ya se acerco a la oficina de sisben donde le informaron que el dia 21-11-2025 le asignaron la cita para la respectiva vinculación. se	la madre se compromete a estar pendiente de los documentos necesarios de su hijo se cierra Novedad.
07-11-2025	x				se realiza llamado a la madre a preguntar como se encuentra de salud el niño Daren.	Jennifer Madroñero	Natalia Diaz	se sencibiliza a la madre la importancia de informar acerca de la salud del niño.	la madre manifiesta que el niño esta bien de salud, e informa que ya le realizaron la visita de parte de la oficina de sisben. se cierra Novedad	la madre se compromete a informar acerca de la salud del niño e informar puntualmente alguna novedad que se presente.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Andrea Cordoba NOMBRE UCA: Mis Tesoritos

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Daren Joel Ramirez IDENTIFICACIO: 1126462 79 FECHA DE NACIMIENTO: 16-9-25

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					
29-09-25					se realiza un llamado telefonico a la madre para saludarla y preguntar como a estado ella y su bebe ya que se encuentra en estado de puerperio	Jennifer Medrano	Andrea cordoba	se orienta a la madre de familia sobre la importancia de los cuidados y la lactancia materna en esta etapa.		la madre se compromete a mantener informada sobre su estado y el de su bebe.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: _____ IDENTIFICACIO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					