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 guia para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar X en minimo 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,

3214893186
3217748798
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: 01-04-2025 FECHA INGRESO: 04-abril-2025

UDS: pequeños exploradores MUNICIPIO: San miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Ashlyn Isabella portilla Zambrano

TIENE REGISTRO CIVIL: SI__ NO__ NUIP No. 2750864326

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? _____

FECHA NACIMIENTO: 01-04-2025 EDAD: 2 meses MUNICIPIO: Nueva loja

DEPARTAMENTO: Ecuador PAIS: Ecuador. DIRECCION

DE RESIDENCIA: B. Campo alegre. ESTRATO: 1 ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: _____ NO: NO Aplica

¿CUAL?: _____ MOTIVO DEL RETIRO: _____ PARTICIPA

EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: _____ EPS DEL PARTICIPANTE: NIA

SUBSIDIADO: _ CONTRIBUTIVO: _ PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: __ DIAGNOSTICO: NO / Aplica ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: NO / Aplica

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

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: NO Aplica. 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: Edgar Eulices portilla Quintero. No. IDENTIFICACION: 17.57.949877 DIRECCION RESIDENCIA: Campo alegre CELULAR: 3184362643 E.P.S: NO.

OCUPACION U OFICIO: Agricultor EMPRESA DONDE LABORA: Campo alegre NIVEL DE ESCOLARIDAD: primaria PROFESIÓN: NO Aplica

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nancy Indira Zambrano toala No. IDENTIFICACION: 2101030449. DIRECCION RESIDENCIA: Campo alegre CELULAR: _____ E.P.S: NO.

OCUPACION U OFICIO: OFICIOS Varios EMPRESA DONDE LABORA: NI Aplica NIVEL DE ESCOLARIDAD: primaria PROFESIÓN: NO. Aplica

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Nancy Indira Zambrano toala

NUMERO IDENTIFICACION: 2101030449 CELULAR: 3224667393

DIRECCION: campo alegre PARENTESCO: Madre

* Nancy Indira Zambrano
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE FIRMA AGENTE EDUCATIVA Daliana Morales

REPÚBLICA DEL ECUADOR
Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación

Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

La Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación, en base a la información que tiene registrada, emite el presente certificado:



Nombre del ciudadano: PORTILLA ZAMBRANO ASHLYN ISABELLA

NUI/Pasaporte: 2150864326 **Sexo:** MUJER

Fecha de nacimiento: 1 DE ABRIL DE 2025

Lugar de nacimiento (país/provincia/cantón/parroquia):

ECUADOR/SUCUMBIOS/LAGO AGRIO/NUEVA LOJA

Fecha de registro de nacimiento: 30/06/2025

Lugar de registro de nacimiento (país/provincia/cantón/parroquia):

ECUADOR/SUCUMBIOS/LAGO AGRIO/NUEVA LOJA

Nacionalidad: ECUATORIANA

Tomo / Página / Acta: 9 / 22 / 22

Datos del Padre: PORTILLA QUINTERO EDGAR EULICES

NUI/Pasaporte: 1757949811 **Nacionalidad:** COLOMBIANA

Datos de la Madre: ZAMBRANO TOALA NANCY INDIRA

NUI/Pasaporte: 2101030449 **Nacionalidad:** ECUATORIANA

Información certificada a la fecha: 30 DE JUNIO DE 2025
Emisor: MINDA BATALLAS MARCO NEPTALI

Nota: El presente certificado reemplaza a las partidas computarizadas o cualquier documento anterior de ésta índole.

N° de certificado: 252-159-48289

252-159-48289

Lcdo. Ottón José Rivadeneira Gonzalez
Director General del Registro Civil, Identificación y Cedulación
Documento firmado electrónicamente

a institución o persona ante quien se presente este certificado deberá validarlo en **https://virtual.registrocivil.gob.ec**, conforme a la LOGIDAC Art. 4, numeral 1 y a la LOE gencia del documento 3 validaciones o 2 meses desde el día de su emisión. En caso de presentar inconvenientes con este documento escriba a **enlinea@registrocivil.gob.ec**

FECHA DE CREACIÓN DEL 01/04/2025 12:18:23
INSTITUCIÓ HOSPITAL GENERAL MARCO VINICIO IZA
USUARIO 1600571093

DATOS DEL NACIDO VIVO

NOMERES: NN 1
NUMERO DE 2150864326
APELLIDOS ZAMBRANO TOALA

SEXO	TIPO DE	PRODUCTO DEL
MUJER	NORMAL	UNO

TALLA (cm.)	FECHA	ASISTIDO POR
48	01/04/2025	MEDICO

PESO	SEMANAS DE	APGAR	
3100	38	8	10

LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO
CÓDIGO 1999
LUGAR: MINISTERIO DE SALUD
NOMBRE HOSPITAL GENERAL MARCO VINICIO
PROVINCIA: SUCUMBIOS
CANTÓN: LAGO AGRIO PARROQUI NUEVA LOJA
CIUDAD/LOCALIDA
DIRECCION: TRONCAL AMAZONICA VIA QUITO KM 4 ½ BARRIO
TELÉFONO: 0937008870

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y ZAMBRANO TOALA NANCY INDIRA
CÉDULA: 2101030449
NACIONALIDA ECUATORIANA

FECHA NACIMENTO	EDAD DE LA MADRE	CONTROLES	No. DE PARTO	No. DE
28/11/2000	24	8	1	

¿CUÁNTOS HIJOS VIVOS TIENE ACTUALMENTE?	¿CUÁNTOS HIJOS QUE NACIERON VIVOS HAN MUERTO?	¿CUÁNTOS HIJOS NACIERON MUERTOS?
1	0	0

AUTO IDENTIFICACIÓN	ESTADO CIVIL y/o CONYUGAL	¿SABE LEER Y	
		SI	
MESTIZA	CASADA	INSTRUCCIÓ	EDUCACION BASICA

RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE
PAÍS: ECUADOR
PROVINCI SUCUMBIOS
CANTÓN LAGO AGRIO
PARROQUI NUEVA LOJA
CIUDAD/LOCALIDA
DIRECCIÓN: BARRIO SANTA MARIANITA

DATOS DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ EL

NOMBRES Y YAKIRA AMPARITO NARANJO QUEVEDO
TELÉFONO
CÉDULA DE 1600571093
OBSERVACIÓN PARTO ATENDIDO POR OBSTETRIZ KERLY VILLACIS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL

CÓDIGO ÚNICO DE
2150864326

La firma de certificación de YAKIRA AMPARITO NARANJO QUEVEDO <yakiranaranjo.86@gmail.com> no es válida.
Digitally signed by YAKIRA AMPARITO NARANJO QUEVEDO
Date: 2025.04.01 12:20:40 COT
Reason: Certificación dentro del establecimiento de salud

Nota: La inscripción de nacimiento debe realizarse durante los 3 días posteriores al nacimiento dentro del establecimiento de salud y hasta los 90 días en el Registro Civil, conforme lo establecido en el artículo de la Ley Orgánica de Gestión de la Identidad y Datos Civiles.

Solo para uso del Registro Civil.

La madre debe acreditar su identidad documentadamente al momento de la inscripción del nacimiento en el Registro Civil. Los datos aquí declarados sobre la identidad de la misma son de exclusiva responsabilidad de la madre; así como los datos sobre el hecho del nacimiento, son de responsabilidad del medico certificante/operador".

CENTRO DE SALUD SAN VALENTIN

ATENCIONES MEDICAS SUBSECUENTES

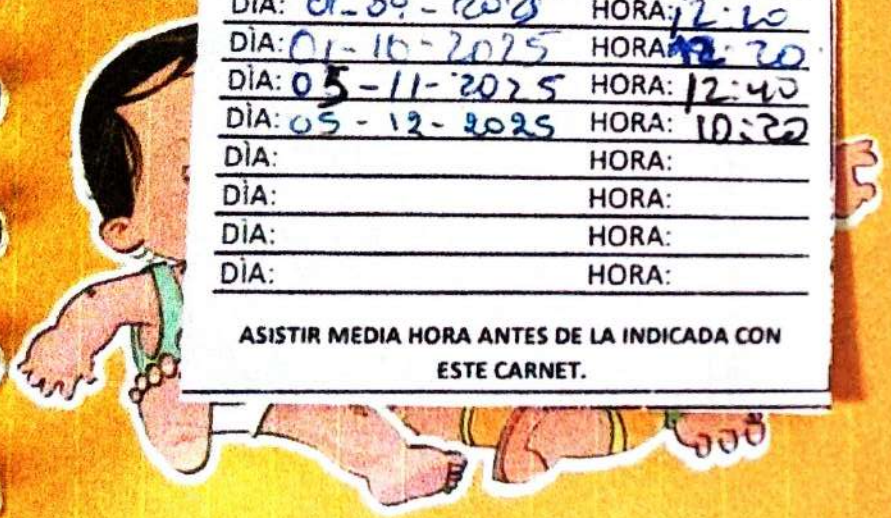
NOMBRES:.....

SERVICIO:..... C.N.S.

SU PROXIMA CITA ES:

DÍA: 01-05-2025	HORA: 10:20
DÍA: 02-06-2025	HORA: 14:00
DÍA: 1-7-2025	HORA: 11:20
DÍA: 1-08-25	HORA: 12:20
DÍA: 01-09-2025	HORA: 12:20
DÍA: 01-10-2025	HORA: 12:20
DÍA: 05-11-2025	HORA: 12:40
DÍA: 05-12-2025	HORA: 10:20
DÍA:	HORA:
DÍA:	HORA:
DÍA:	HORA:
DÍA:	HORA:

ASISTIR MEDIA HORA ANTES DE LA INDICADA CON ESTE CARNET.



Guíese por el código de color

- Salud infantil, crecimiento y desarrollo en niñas y niños menores de 5 años.
- Esquema de vacunación.

HCU:

CC/CI Madre: 2 1 0 1 0 3 0 4 4 9

CC/CI Niño/niña: 2 1 5 0 8 6 4 3 2 6

Nombres: RNF ASHLY ISABELA PORTILLA

Apellidos: Zumbrano Toala

Discapacidad: Sí .... No X. Tipo .....

Fecha de nacimiento: 01 (Día) 04 (Mes) 2025 (Año)

Teléfono domicilio: .....

Teléfono celular: 0985289321

Dirección domicilio: Vía a Colombo/Barrio Santa Fernanda/ a lo do de Hotel Rey.

Nombre de la madre/padre: Zambrano Toala Nancy India

Zona: 21202

Provincia: Sucumbíos

Cantón: Lago Agrio

Parroquia: Nueva Loja

Establecimiento de salud: .....

Ministerio de Salud Pública: X

Seguro de la Policía: ☐

Seguro de las Fuerzas Armadas: ☐

IESS: ☐

Seguro Social Campesino: ☐

Otro: ☐

Control de crecimiento de la niña o el niño

De 0 a 11 meses de edad

Fecha de atención			Edad (meses)	Peso (kg)	Longitud (cm)	Perímetro cefálico (cm)	Alimentación						Suplementación		Firma y sello
							Lact. materna		Otras leches		Otros alimentos		Micronutrientes en polvo	Vitamina A	
Día	Mes	Año					Sí	No	Sí	No	Sí	No			
09	04	25	8 días	3	48.8	33	✓			✓		✓	—	—	
14	04	25	13 días	3.4	49	34.1	✓			✓		✓	—	✓	Dr. Tejada
01	5	25	1m	3.9	51	35.5	✓			✓		✓	—	—	Dra Nieto
2	6	25	2m	4,71	55	39	✓			✓		✓	—	—	Dra. Pérez
1	7	25	3m	5,42	59	39.5		✓		✓		✓	—	—	Dra. Pérez MEDICO GENERAL CI:2100260235
01	08	25	4m	6	60.5	41	✓			✓		✓	—	—	Dr. Cordero
1	09	25	5m	6.9	62.5	41.7	✓			✓		✓	—	—	Dra Nieto
01	10	25	6m	7.5	64.3	42.9	✓			✓	✓		Si	Si	Dra Nieto
05	11	25	7m	8.2	66	43.5	✓			✓	✓		—	—	Dra. Revelo

Registro de vacunación

Niños y niñas menores de 1 año

Tipo de vacuna	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
*BCG (Meningitis)	Dosis única	Dentro de las 24 horas	01	04	25	4H	0373MD087	Lic KCh	H.G.M.G.J
HB cero (Hepatitis B)	1° dosis	Dentro de las 24 horas	01	04	25	4H	0723K042E	Lic KCh	H.G.M.G.J
**Rotavirus (Diarrea)	1° dosis	2 meses	02	06	25	2m	ARDLE076AB	Lic OM	CSSC
	2° dosis	4 meses	1	08	25	4m	ARDLE076AB	Lic MB	CSSC
***Pentavalente (Difteria, Tosferina, Tétanos Hepatitis B, Meningitis, Neumonía)	1° dosis	2 meses	02	06	25	2m	22010312413	Lic OM	CSSC
	2° dosis	4 meses	1	8	25	4m	22010312413	Lic MB	CSSV.
	3° dosis	6 meses	1	9	25	5m	2644X005	Lda. PA	CSSV
****IPV (Poliomielitis)	1° dosis	2 meses	02	06	25	2m	23244004	Lic OM	CSSC
	2° dosis	4 meses	/						
bOPV (Poliomielitis)	3° dosis	6 meses	01	10	25	6m	1893PD25	Lic FJ	CSSV
Neumococo conjugada (Neumonía, Meningitis, Otitis)	1° dosis	2 meses	1	9	25	5m	LR3154	Lda. PA	CSSV
	2° dosis	4 meses	01	10	25	6m	LR6872	Lda PA	CSSV
	3° dosis	6 meses	3	10	25	7m	LR6372	Lic. NC	CSSV

*BCG dosis única: se administrará hasta los 11 meses 29 días.

**Rotavirus. La primera dosis es hasta los 3 meses 29 días. La segunda dosis podrá administrarse hasta los 7 meses de edad (7 meses 29 días).

***En caso de reacción anafiláctica o alergia a la vacuna pentavalente, colocar vacuna HB pediátrica en el mismo esquema que pentavalente.

****El intervalo entre fIPV (1) y fIPV (2) debe ser de 8 semanas

8

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-COV-2 / COVID-19

CIUDAD: La dorada San miguel FECHA: DÍA 15 MES 04 AÑO 2025 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES: Ashlyn Isabella portilla APELLIDOS: Portilla Zambrano.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☒ NÚMERO: 2750864326

FECHA DE NACIMIENTO DIA: 01 MES 04 AÑO 2025 / EDAD: años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/ COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se realiza la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtio los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

¿COMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis ☐ ó dosis única ☐
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, artículaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); rinitis; fiebre (pirexias); enrojecimiento o inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacologica mas eficaz que la vacunacion para la prevencion de la COVID-19.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

En consecuencia, decido: **ACEPTAR:** _____ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** _____ que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Nancy Indira Zambrano Toala

En caso de requerirse: identificación y firma del representante legal:

Nombres Nancy, Indira Zambrano Toala Apellidos Zambrano Toala

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 2101630449

Firma: Nancy Indira Zambrano Toala

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar _____, identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma el(la) señor(a)

_____ identificado(a) con C.C ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ número _____

de _____

	Firma del Rogado	
Huella dactilar o plantar del Rogante	C.C. N°	C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador:
Firma Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS):

DEPARTAMENTO/DISTRITO: MUNICIPIO:

Nota: Cuanto se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con unos de sus padres o su representante legal.

REPÚBLICA DEL ECUADOR
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL, IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN



CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 210103044-9

APELLIDOS Y NOMBRES
ZAMBRANO TOALA
NANCY INDIRA

LUGAR DE NACIMIENTO
SUCUMBIOS
SHUSHUFINDI
SHUSHUFINDI CENTRAL

FECHA DE NACIMIENTO 2000-11-28
NACIONALIDAD ECUATORIANA
SEXO MUJER
ESTADO CIVIL SOLTERO

INSTRUCCIÓN
BASICA

PROFESIÓN / OCUPACIÓN
ESTUDIANTE

E334312442

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
ZAMBRANO BARRAGAN MARCO ELIECER

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
TOALA MERA NANCY AUXILIADORA

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN
LAGO AGRIO
2021-01-30

FECHA DE EXPIRACIÓN
2031-01-30

000755161

DIRECTOR GENERAL

FIRMA DEL CEDULADO

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Nancy Indira Zambrano dentificado con C.C N° 2107030449 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Nueva loja Ecuador o Gestante ( ) Lactante (X), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: pequeños exploradores 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 15 Días del mes de abril del Año 2025.

Nanci indira Zambrano

Madre o Acudiente

C.C 2107030449

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 Ashyn Isabella Portilla Zambrano, identificado (a) con documento de identidad número 1150804326 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, Nancy Indira Zambrano Toala, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 2101030449 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 EIC

Suscriben:

Firma: Nancy Indira Zambrano Toala
Nombre: Nancy Indira Zambrano
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 2101030449
Fecha: 15.04.25
Municipio: San miguel Dorada

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Daliana Maricela Morales Mora. NOMBRE UCA: Pequeños exploradores.

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: ASHLyn Isabella portilla IDENTIFICACIO: 2.150.864.326 FECHA DE NACIMIENTO: 01-04-2025

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					
14. Julio 2025	X		10.00 am.		La niño ASHLyn no cuenta con el carnet de salud ni ficha sisben.	Nancy zambrano	Daliana Morales.	se llama ala madre al wuasath reiterando el compromiso que tiene al entregar la documentacion completa.	se le realiza la visita a la casa para consientizar a la mamita sobre la importancia que tiene la documentacion al dia	la madre refiere que no tiene los documentos porque ella es del ecuador y la atencion la esta resiviendo alla pero ella va a segun agilizando para obtener los papeles.
4 Agosto 2025	X		11:000 Am		Aun la niña no presenta Ficha sisben ni carnet de salud.	Nancy Zambrano.	Daliana Morales.	Se llama ala madre para mirar como sigue el proseso ya que es en el ecuador. la documentación que ella tiene	se realiza segunda. llamado de atencion por la documentacion	La madre me infoirma que estuvo averiguando para la realizacion de la documentacion y la unica opcion es mediante un tramite del postillaje lo cual ella se compromete a. realizarlo.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPESINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Daliana Morales Mora NOMBRE UCA: Pequeños exploradores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Ashlyn isabella Portillo IDENTIFICACIÓN: 2150864326 FECHA DE NACIMIENTO: 2150864326

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					
19 Noviembre 2025	X				me comunico con la madre de lo menor para averiguar si logro Realizar el apostillaje y la madre me refiere que por motivo de la situacion economica no lo a logrado pero si se encuentra al dia en Vacunas y ciecimiento y desarrollo	Naren Zambrano	Daliana Morales		Se realiza Visitas de consientizacion de la importancia que implica tener todo al dia y ella manifiesta que no es que no quiera si no la plata que no tiene pero apenas ella pueda lo realiza	La madre se compromete a realizar la gestion economica apenas ayaya oportunidad lo realizaria para tener todo al dia

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

OMBRE DE LA MAESTRA (O): Daliana Maricela Morales Moro NOMBRE UCA: pequeños exploradores

OMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: AshLyn Isabella portillo IDENTIFICACIO: 2150864326 FECHA DE NACIMIENTO: 2150864326

ECHA 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					
Septiembre 2025	X		10:00 AM		No presenta carnet de salud. No presenta ficha Sisben	Nancy Zambrano	Daliana Morales	se realiza llamada para averiguar de su proceso para los documentos solicitados.	Se realiza visita a la casa para que la madre me comente lo que le explicaron en el ecuador sobre los tramites del apostillaje.	la madre informa que tiene que hacer Postillaje para poder realizar los documentos pero nesecita pagar y en el momento no cuenta con recursos para hacerlo entonces dice que encuanto ella tenga plata los realiza
octubre 2025	X		11. AM		me comunico con la madre para realizar la solicitud del apostillaje y la madre refiere que esta muy caro y no cuenta con la plata necesaria para realizar la gestion ella si esta al dia en Vacunas y crecimiento y desarrollo.	Nancy Zambrano	Daliana Morales.	se Visita a la madre y se consientisa de la importancia para ella manifiesta que no tiene plata y por tal motivo no lo ha realizado hasta el dia de hoy		La madre se compromete que apenas ella tenga plata realiza el apostillaje para presentar registro civil