Fundación
Alma de Vida

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con fotografia 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 (indigenas, 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 48 796
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: 26-03-2025 **FECHA INGRESO:** 01-04-2025

UDS: Manitos creativas **MUNICIPIO:** San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Emanuel David Garcia Bacca

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1122314543 .

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

FECHA NACIMIENTO: 28-01-2025 **EDAD:** 2 Meses **MUNICIPIO:** puerto Asis

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

DE RESIDENCIA: vl bajo amaron . **ESTRATO:** N/A **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: ____ NO: ____

¿CUAL?: N/A **MOTIVO DEL RETIRO:** ____

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: X NO: __ CUAL: OIMF

EPS DEL PARTICIPANTE: EMSSANAR . **SUBSIDIADO:** X **CONTRIBUTIVO:** ____

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X **DIAGNOSTICO:** N/A

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

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

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: N A

TIENE SISBEN: SI: X NO: __ PUNTAJE: A5 . **DESPLAZADO:** SI: __ NO: X

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: ____ NO: X **RED UNIDOS:** SI: ____ NO: X

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jeremias Garcia

No. IDENTIFICACION: 1111 338 460 **DIRECCION RESIDENCIA:** vl bajo amaron .

CELULAR: 3228499086 **E.P.S:** EMSSANAR .

OCUPACION U OFICIO: Agricultor .

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Deisy Marilin Bacca Pinarcote

No. IDENTIFICACION: 1122 337 090 **DIRECCION RESIDENCIA:** vl bajo amaron

CELULAR: 3228499086 **E.P.S:** EMSSANAR .

OCUPACION U OFICIO: AMA DE CASA

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Deisy Marilin Bacca Pinarcote

NUMERO IDENTIFICACION: 1122 337 090 **CELULAR:** 3228499086

DIRECCION: vl bajo amaron . **PARENTESCO:** Madre .

*Deisy Bacca P.
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Beleidy Achang
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.122.344.543

Indicativo Serial 61697918

61697918

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 5 2

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GARCIA	BACCA

Nombre(s)

EMANUEL DAVID

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes ENE Día 28	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente - o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	250176100032457

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas 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

BACCA PINARCOTE DEISY MARILIN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.337.090	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas 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

GARCIA HERNANDEZ JEREMIAS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.111.338.460	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
BACCA PINARCOTE DEISY MARILIN	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.337.090	Deisy Bacca P.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2025 Mes FEB Día 03	[illegible] - REGIST
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Jeremias Garcia H.	
Firma	Nombre y firma

03.FEB.2025 - LIBRO DE VARI ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Copia Registro Civil
38439880-8

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122344543
NOMBRES	EMANUEL DAVID
APELLIDOS	GARCIA BACCA
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	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	29/01/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/07/2025 15:57:24	**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

Sisbén

Registro valido

A5

Fecha de consulta: 28/04/2025

Ficha: 86757674477900000661

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: EMANUEL DAVID

Apellidos: GARCIA BACCA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344543

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/08/2021

Última actualización ciudadano: 03/02/2025

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:	MARIA ZORAYDA LINARES MONTE
Dirección:	Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libert
Teléfono:	4210537 - 32131387
Correo Electrónico:	sisben@sanmiguel-putumayo.gov

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres: Emmanuel David

Apellidos: Garcia Bacca.

Fecha de nacimiento: 28 01 2025

Historia Clínica: 1122344543

Barrio / Vereda: Bajo Amarón

Responsable del niño (a): Deisy Bacca

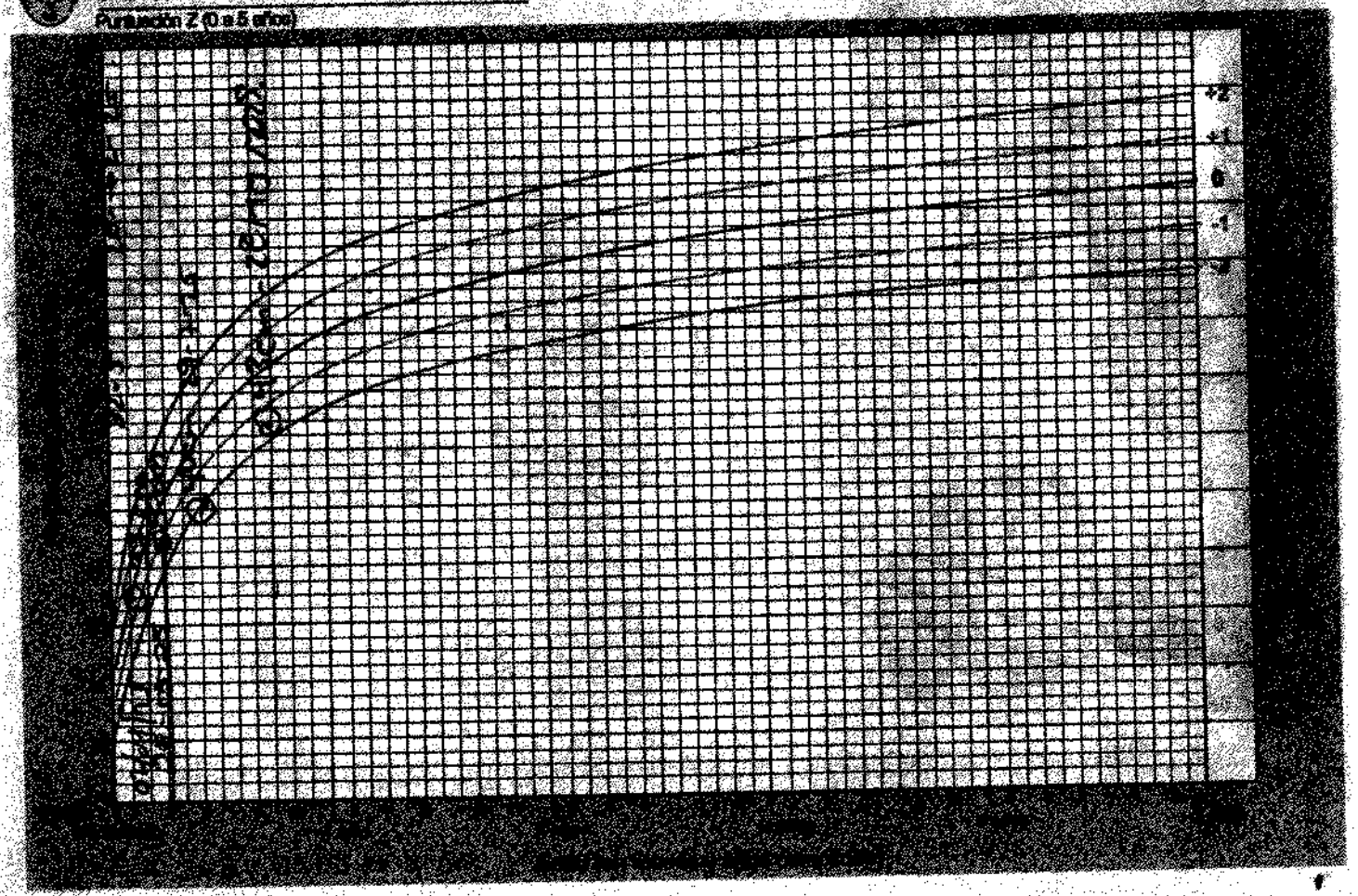
Teléfono: 3228499086.

EPS: Emssanar

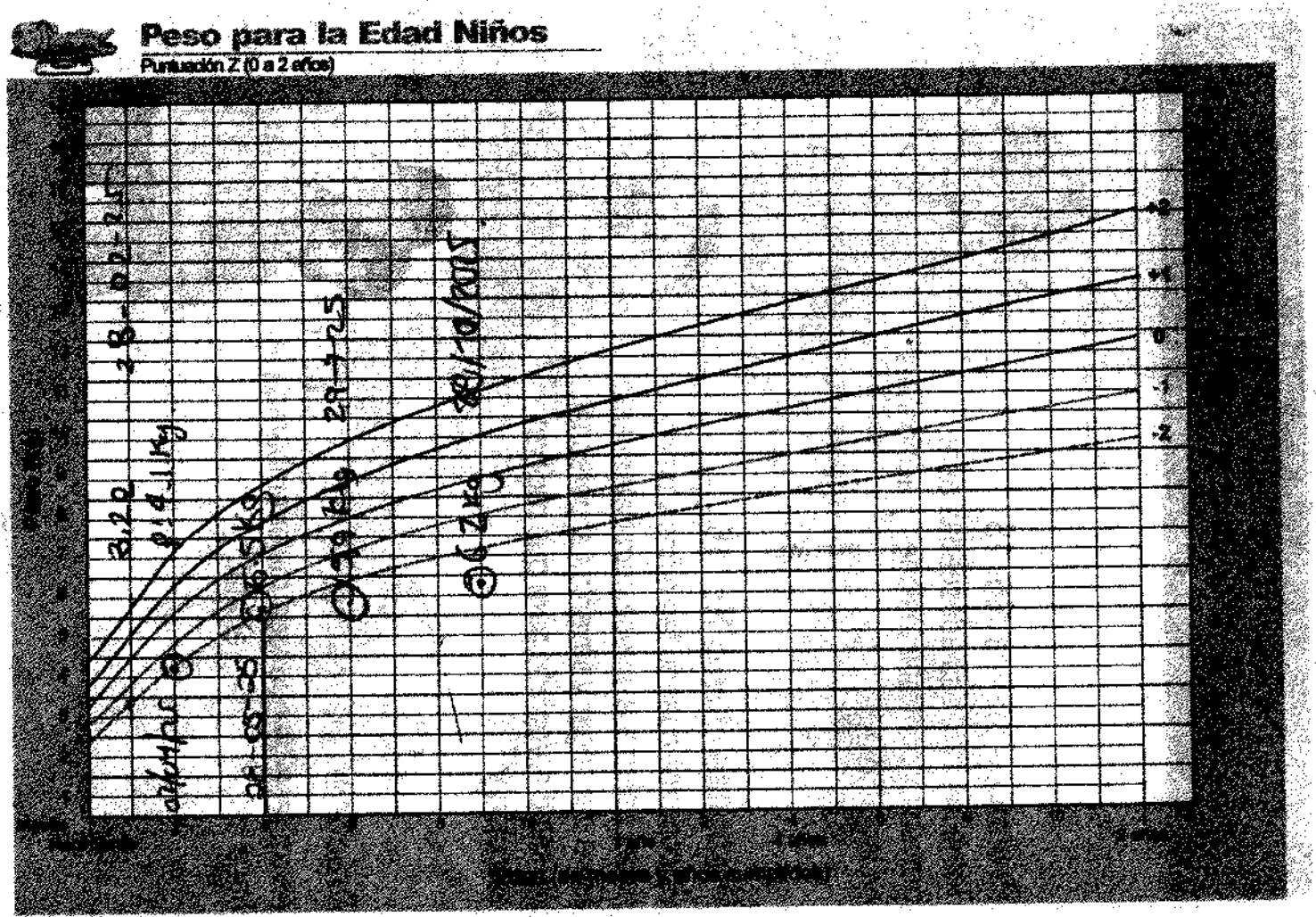


Perímetro cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)

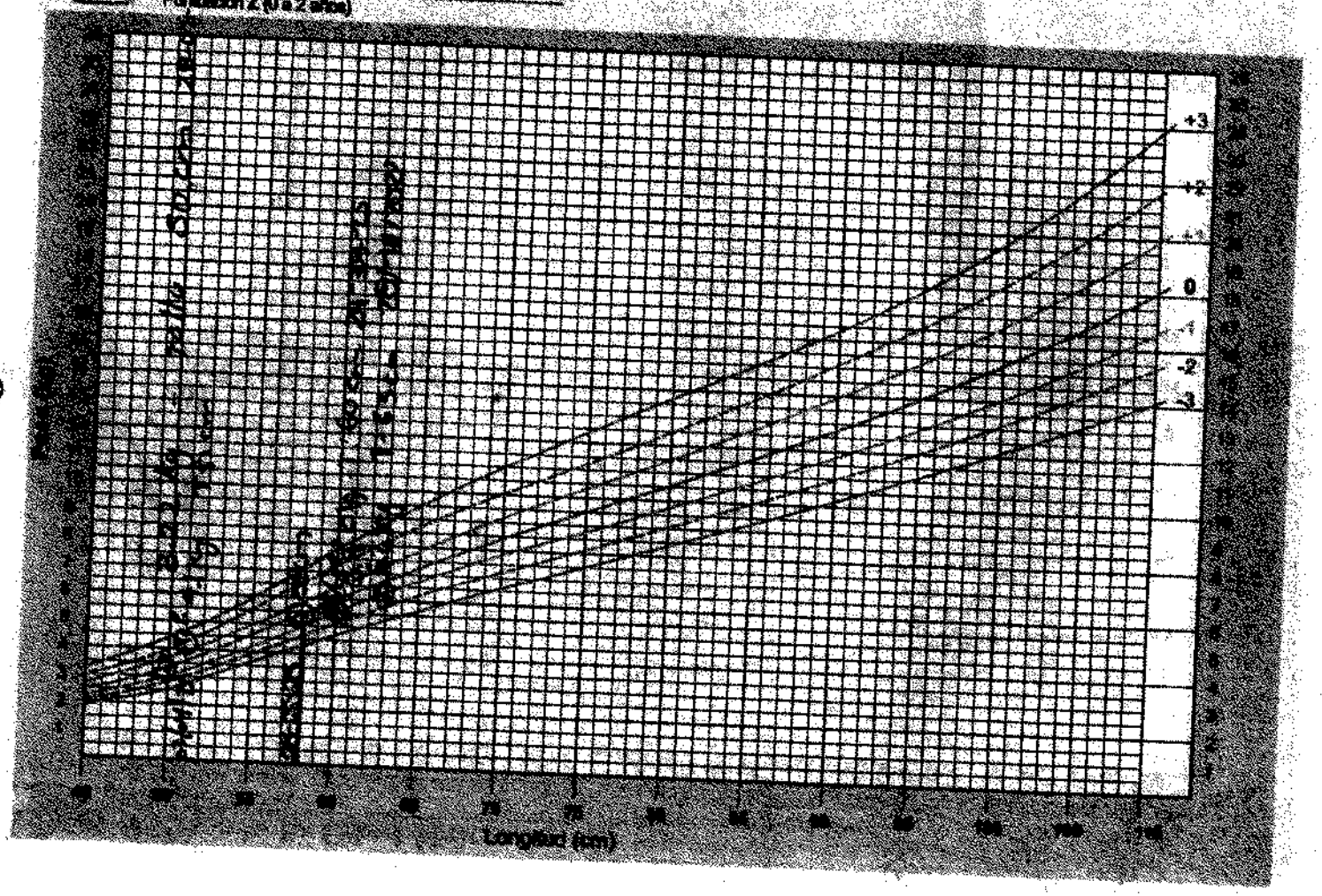


7
RN



Peso para la Talla Niños

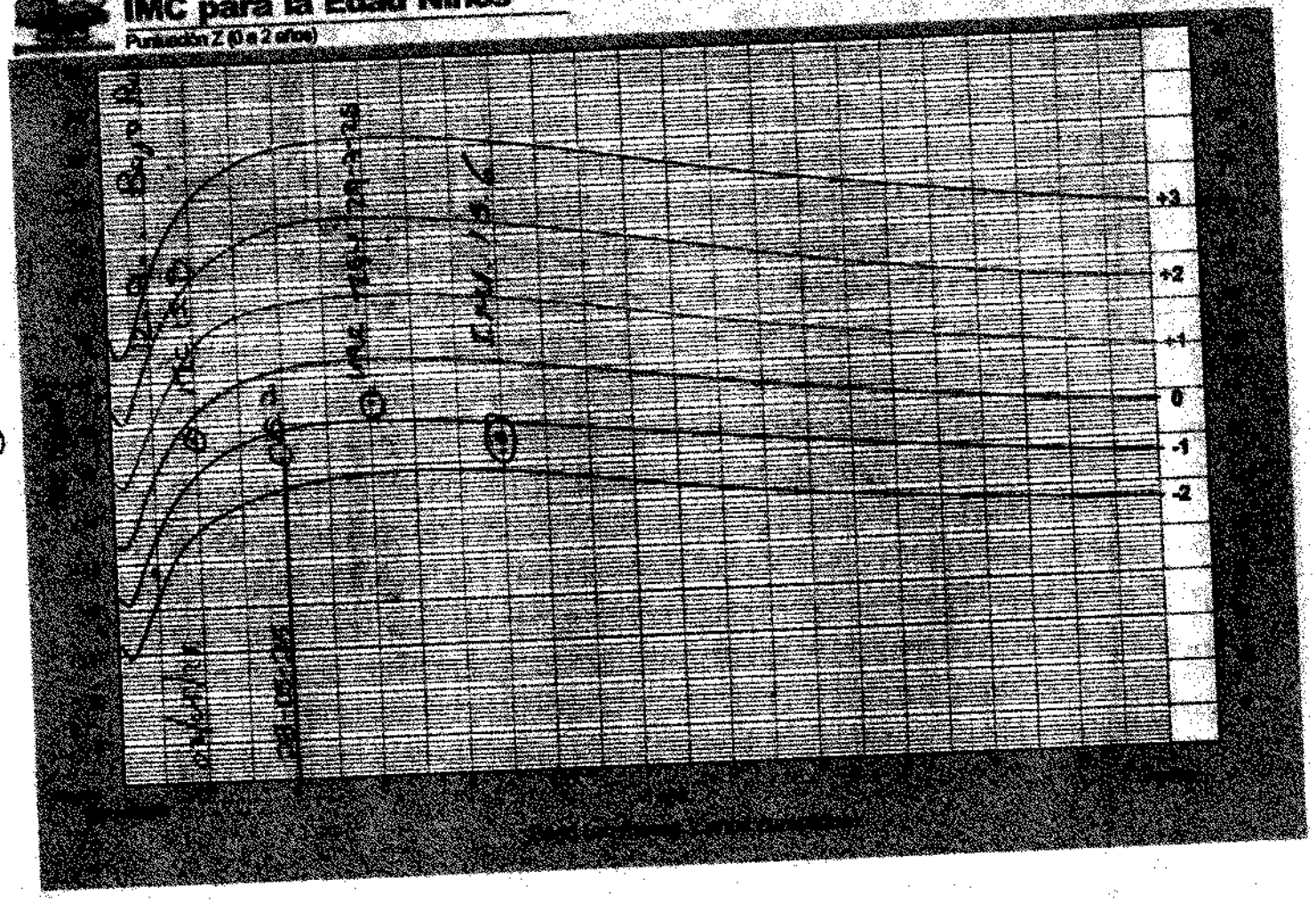
Puntuación Z (0 a 2 años)



8
AIV

IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

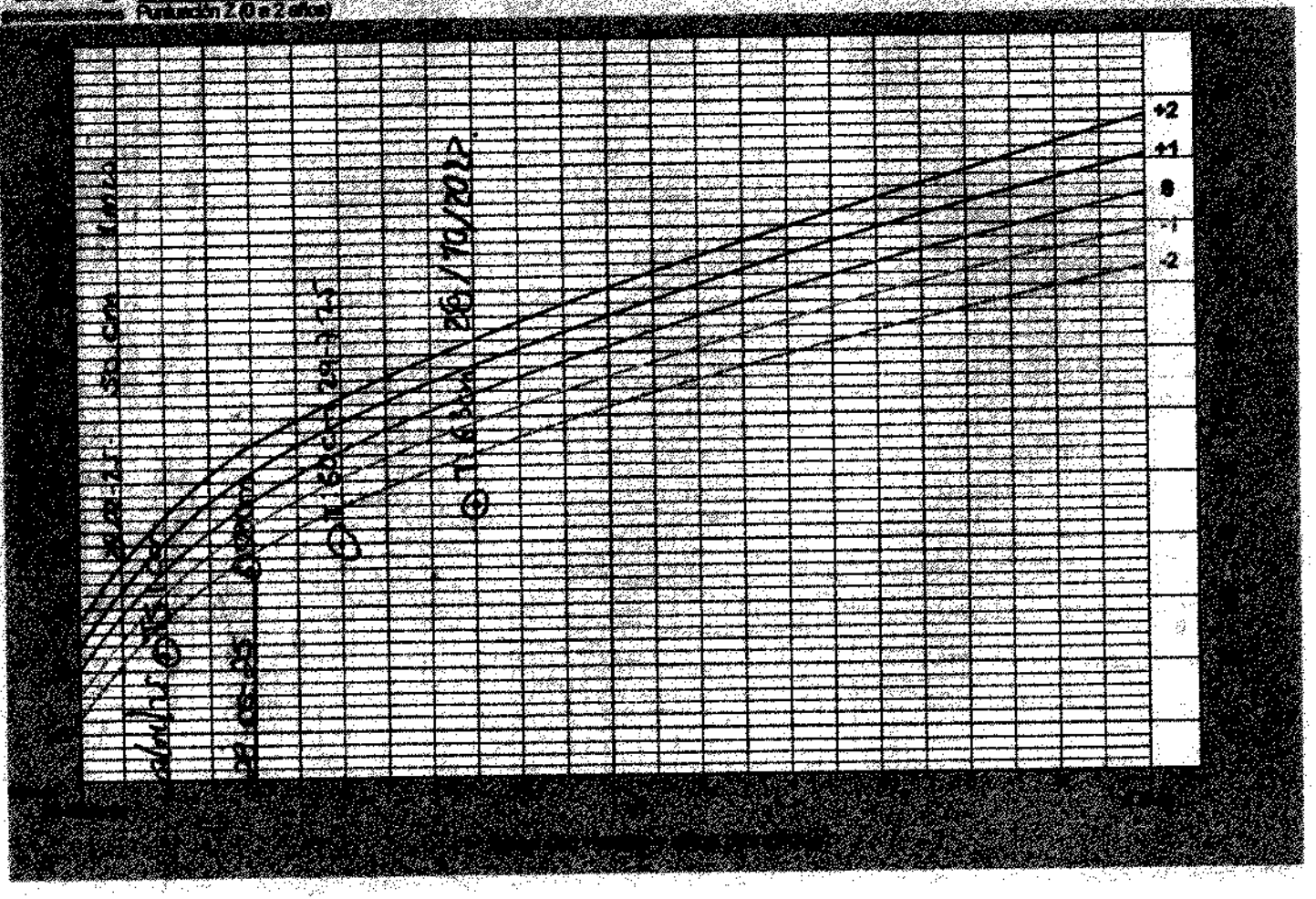


Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
28.02.2015	3.2.2.	50	32.5	12	12.9	28-03-25	
32/04/15	4.1	51	37	12	15.8	28/05/25	
28/05/25	2.6	58	39	13	10.3	28/07/25	
28-7-25	5.9	60	40	14	16.4	28-10-25	Milena C.
28-10-25	6.2kg	63.5	42	13	13.6.	28-01-26	Paola Cuevas

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
28	02	2025		✓	
02	Abril	2025	Enf	Sí	
29	Mayo	2025	Med	Sí ✓	
28	Julio	2025	Enf		
29	Julio	2025	Enfer	Sí ✓	Mi Hermana
28	10	2025	Enfer	Cita	Robo
28	8-10	2026	Medico		

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, Cáncer 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							
Seguimiento a la atención en salud para la promoción y apoyo a la lactancia materna							

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

Edad	Fecha	Valoración Nutricional				Valoración del Desarrollo												Profesional que atendió el perfil
						Motor Grueso			Motor Fino			Audición y Lenguaje			Personal Social			
		Peso	Talla	PC	Punt. Z	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				Un año			
Dos años				Tres años			
Cuatro años				Cinco años			

Valoración de la Salud Visual - Agudeza Visual							
Tres años				Menor o igual a 20 normal			
Cuatro años				Menor o igual a 20 normal			
Cinco años				Menor o igual a 20 normal			

Suplementación con hierro (Menores de 6 meses con riesgo)					Fortificación casera con micronutrientes en polvo 6 a 23 meses			
1 mes					6 a 8 meses			
2 a 3 meses					12 a 17 meses			
4 a 6 meses					18 a 23 meses			

Suplementación con micronutrientes (Hierro y Vitamina A)								Desparasitación			
2 años								1 año			
3 años								2 años			
4 años								3 años			
5 años								4 años			
								5 años			

Tamizaje para Anemia - Hemoglobina (Gramos por Decilitro)						
			Resultado			

Educación para la Salud en la Primera Infancia			
Edad	Fecha	Tema	Observaciones

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

10 RIV

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

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: EMANUEL DAVID GARCIA BACCA

RC [ ] TI [ ] OTRO [ ] Tipo de Documento: 1.122.344.543 No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 28 DIA 01 MES 2025 AÑO

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: Rh:

Peso al nacer: 2790 Talla: 48

Dirección: v/ Bajo Amaran

Teléfono 1: 3228499086

Teléfono 2:

Responsable: Deisy Marlin Bacca P.

Municipio de residencia: San Miguel - la dorada

Departamento: Putumayo

#119.

Nombres y Apellidos: _____ Tipo 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	29	01	25	Serum	0373MA117	HHCP				Diana P
	Hepatitis B	Recién nacido	29	01	25	Serum	0323X019E	HHCP				Diana P
2 meses						Lactancia materna exclusiva	Si ☐ No ☐					
	Poliomielitis	1°	28	03	25	BIOLOGICAL	2406001	HHD				Keen Jimenez
	*Pentavalente	1°	28	03	25	SERUM	2853X002C					
	Rotavirus	1°	28	03	25	GSK	ARCE054AA					
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☒	1°	28	03	25	Pfizer	HJ5277					
4 meses						Lactancia materna exclusiva	Si ☐ No ☐		Cita: 28- MAYO 2025			
	Poliomielitis	2°	28	05	25	BIOLOGICAL	2406001	HHD				Omar Iparl
	Pentavalente	2°	28	05	25	SERUM	2853X002C					
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2°	28	05	25	Pfizer	HJ5277					
	Rotavirus	2°	28	05	25	GSK	ARCE054AA					
6 meses						Lactancia materna exclusiva	Si ☐ No ☐		Cita: 28- JUNIO 2025			
	Poliomielitis	3°	29	07	25	Biological	2413007	HHD				Jennifer cabezas
	Pentavalente	3°	29	07	25	Serum	2854X013E					
	Influenza estacional	1°	29	07	25	Seqirus	P100792794					
7 meses	Influenza estacional	2°	29	08	25	SEQIRUS	P100792794	HHD	Cita: 29- Agosto 2025			Shoiny
12 meses	Sarampión, Rubéola, Paperas	1°										
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo										
	Varicela	1°							Cita: 28- octubre 2025			
	Hepatitis A	Única										
	**Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis	1er Refuerzo							Cita: Año cumplido			
	Pentavalente	1er Refuerzo										
	Sarampión, Rubéola, Paperas	Refuerzo										
	***Fiebre Amarilla	Única	28	06	25	Sanofi	43033	HHD				Jennifer C
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

11
RV

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 848.002.309-9

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

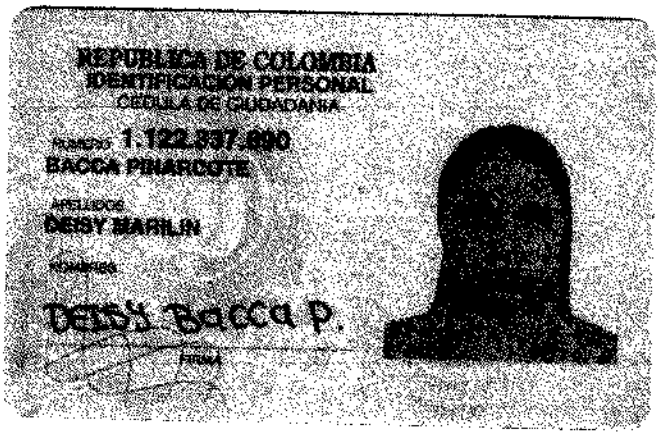
Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Emanuel David Garcia Bacca
Doc. de Identidad: 1122344543
EPS: Emssanar
Teléfono: 3228499086
Domicilio: V/baja amarga.

		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 ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor													
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Yohana Daniela Diaz 30/10/25
ODONTOLOGA # 30/10/26
T.P. 032736



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.337.090
BACCA PINARGOTE

APELLIDOS
DEISY MARLIN

NOMBRES

DEISY Bacca P.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-DIC-1997
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.47 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

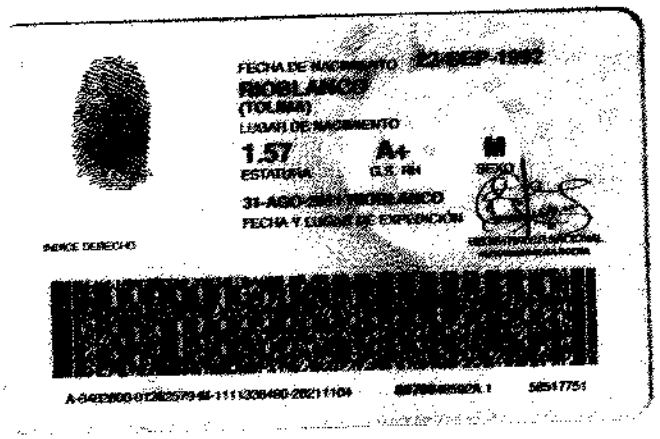
23-DIC-2015 VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORM
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-8402500-00791056-F-1122337090-20160219 0048510177A 1 45061713




FECHA DE NACIMIENTO
RICOBLANCO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
INDICE DERECHO

Fundación
Alma de Vida
Fomentando comités de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Delsy martina Baca Pinedo identificado con C.C N° 1122337090 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: EMANUEL DAVID GARCIA BACCA o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: MANOS CREATIVAS , 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 1 Días del mes de 04 del Año 2025 .

Delsy martina Baca Pinedo
Madre o Acudiente
C.C 1122337090

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, Deisy marilin Baccapinarcote, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122337090, obrando en calidad de:

Padre		Madre	X	Cuidador	

De la niña, niño o adolescente, EMANUEL DAVID GARCIA BACCA, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI____, CE____, número 1122344543, 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: Deisy Bacca Pinarcote
Nombre: Deisy marilin Baccapinarcote
Calidad - Titular: si Representante legal: Si
Teléfono de contacto: 3228499086
Fecha: 01-04-2025
Municipio: SAN MIGUEL

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 EMANUEL DAVID GARCIA BACCA, identificado (a) con documento de identidad número 1122344543, 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		Videos		Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Deisy marilin Bacca Pinarcote, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122337090, 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		Videos		Otros datos personales	

La autorización comprende:

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

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

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

Los productos autorizados son originados por Fundacion Ama 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 ETC.

Suscriben:

Firma: Deisy Bacca P.
Nombre: Deisy marilin Bacca Pinarcote
Calidad - Titular: Si Representante legal: Si
Teléfono de contacto: 322 8499086
Fecha: 01-04-2025
Municipio: SAN MIGUEL.

Pacto de convivencia en el hogar

Se establece los siguientes acuerdos con la familia durante la visita en el hogar

- Cumplir con el día y hora acordada para el encuentro en el hogar y las llamadas telefónica.
- Participar durante el encuentro en el hogar.
- Que el niño participante este presente durante el encuentro
- Mantener las medidas de bioseguridad
- Actualizar documentación cuando sea necesario
- Atender a los encuentros con puntualidad y disponibilidad de tiempo.
- Tener en cuenta la practica acordada durante el encuentro en el hogar.
- Informar del día que no puedan recibirnos en su hogar.
- Informar cuando los agentes educativos no puedan asistir a los encuentros y reprogramarlos para una próxima fecha.
- Tratar con respeto, tanto la familia como el talento humano.

Deisy Martín Bacca
Madre

Firma

Beleidy Achanga
agente educativo

firma

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Dorada

Nombre completo de la niña o niño Emanuel David Garcia Bacca

Fecha de nacimiento 28 01 2025 **N° Documento de identidad** 1122344543

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 03 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Beleidy Achanga

Fecha de registro cualitativo 04 07 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 emanuel se encuentra en el rango esperado ya que cumple con los items acorde a su edad se continuara fortaleciendo su desarrollo a través de actividades de diario vivir, en la uca con actividades pedagogica

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Beleidy Achanga

Fecha de registro cualitativo 09 10 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

Emanuel se encuentra dentro de lo esperado teniendo en cuenta que ha cumplido con los items de las dimensiones fundamentales que se encuentran en su etapa de edad. se continuara con el plan de actividades pedagogicas.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

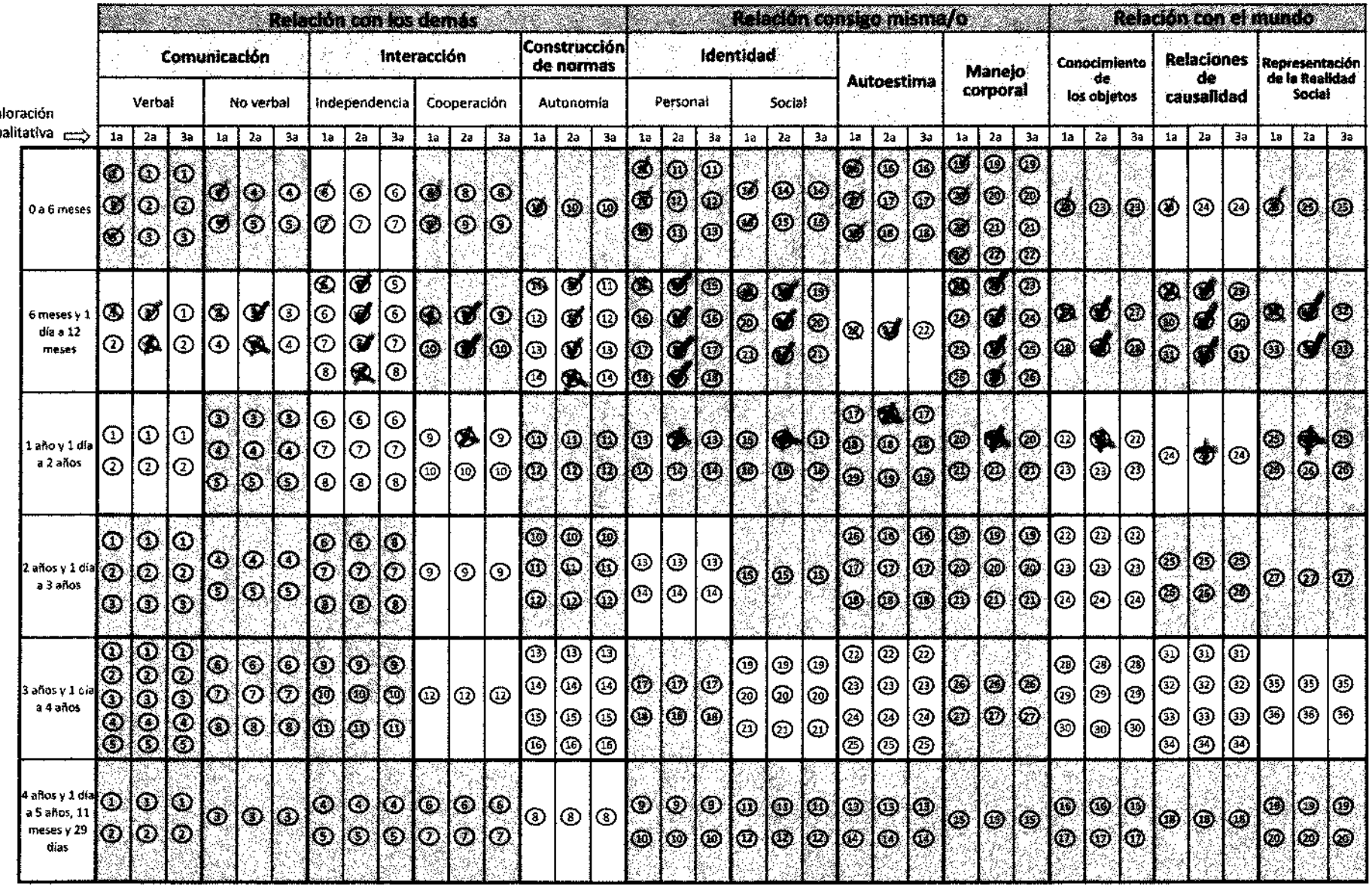
Fecha de resgistro cualitativo

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)*



= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL