Fundación Alma de Vida

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripción y Matricula con ffotografía del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras).
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar X en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización) ___SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7) ___Pertenecientes a Res UNIDOS ___Pertenecientes a Familias en Acción ___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición ___Remitidos por SNBF ___Victimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado) ___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.) ___Niños y niñas con discapacidad. ___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión. ___Población migrante en condición de vulnerabilidad. ___Activos en ruta de reincorporación.
5	Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente: (ADRESS)
6	Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo).
7	Copia del carnet de vacunación.
8	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
9	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
10	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
11	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
12	Certificado de asistencia a consulta de salud bucal (Niños y niñas mayores de 6 meses)
13	Certificado del examen de agudeza visual (Niños y niñas mayores de 4 años)
14	Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años)
15	Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal.
16	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
17	Formato de autorización uso de imágenes.
18	Planilla seguimiento nutricional
19	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
20	OTROS: Formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa (Cuando aplique

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: _____ FECHA INGRESO: 1-09-2025

UDS: Manitos Creativas MUNICIPIO: SAN MIGUEL

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
EDISON Kaleth RAMOS ACHANGA

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1126145035

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 22-06-2023 EDAD: 2 AÑOS MUNICIPIO: LAGO AGRIO

DEPARTAMENTO: SUCUMBIOS PAIS: ECUADOR DIRECCION DE RESIDENCIA: V/ BAJO AMARON ESTRATO: N/A ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: _____ NO: X ¿CUAL?: N/A MOTIVO DEL RETIRO: N/A PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: _____ EPS DEL PARTICIPANTE: NAIAMAS

SUBSIDIADO: _ CONTRIBUTIVO: _ PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X DIAGNOSTICO: N/A

N/A ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

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: A4 DESPLAZADO: SI: _ NO: X VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: _____ NO: _____ RED UNIDOS: SI: ___ NO: X

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: N/A N/A No. IDENTIFICACION: N/A DIRECCION RESIDENCIA: N/A CELULAR: N/A E.P.S: N/A

OCUPACION U OFICIO: N/A EMPRESA DONDE LABORA: N/A NIVEL DE ESCOLARIDAD: N/A PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: YURY ACHANGA No. IDENTIFICACION: 1122341177 DIRECCION RESIDENCIA: V/ BAJO AMARON CELULAR: 3202854296 E.P.S: NAIAMAS

OCUPACION U OFICIO: AMA DE CASA EMPRESA DONDE LABORA: EN LA CASA NIVEL DE ESCOLARIDAD: SECUNDARIA PROFESIÓN: TECNICO EN SISTEMA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: YURY ACHANGA

NUMERO IDENTIFICACION: 1122341177 CELULAR: 3202854296

DIRECCION: V/ BAJO AMARON PARENTESCO: _____

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE Yury Achanga FIRMA AGENTE EDUCATIVA Rebeca Achanga

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1126145035

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 64372599

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Cónsul [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Y 4 Z

Para Departamento, Municipio, Corregimiento, Inspección de Policía

ECUADOR . SUCUMBIOS . NUEVA LOJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMOS	ACHANGA

Nombre(s)

EDISON KALETH

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes JUN Día 22	MASCULINO	A	+

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

ECUADOR . SUCUMBIOS . LAGO AGRIO, NUEVA LOJA

Tipo de documento antecedente o Declaración de Nacimiento	Número Identificación Personal
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	1762239182

Datos de la madre (Para casos de parejas indígenas con tres apellidos o parejas del mismo sexo, indicar al progenitor que indígena los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

RAMOS ORTEGA CRISTIAN EDISON

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE 2100750682	ECUATORIANA

Datos del padre o madre (Para casos de parejas indígenas con tres apellidos o parejas del mismo sexo, indicar al progenitor que indígena los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ACHANGA NASTACUAZ YURY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1122341177	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ACHANGA NASTACUAZ YURY

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1122341177	[illegible]

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 JUN Día 19	HERNANDO FRANCO BERNAL Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
CRISTIAN EDISON RAMOS ORTEGA Firma	HERNANDO FRANCO BERNAL Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Fiel copia del original expedida el 2025/06/19 por HERNANDO FRANCO BERNAL, ENCARGADO DE FUNCIONES CONSULARES en el Consulado de Colombia

- 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	1126145035
NOMBRES	EDISON KALETH
APELLIDOS	RAMOS ACHANGA
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	09/09/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/22/2025 08:35:35	**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

Sisbén

Fecha de consulta: 08/08/2025

Ficha: 86757006481000000115

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **EDINSON KALETH**

Apellidos: **RAMOS ACHANGA**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1126145035**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **29/11/2017**

Última actualización ciudadano: **17/07/2025**

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 Liber**

Teléfono: **4210537 - 32131387**

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

6
RV

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres: EDISON KALETH

Apellidos: RAMES ACHANGA

Fecha de nacimiento: 22 06 2023

Historia Clínica: 112614 5035

Barrio / Vereda: VI AGUA BLANCA

Responsable del niño (a): YURI A

Teléfono:

EPS: MALLAMAS

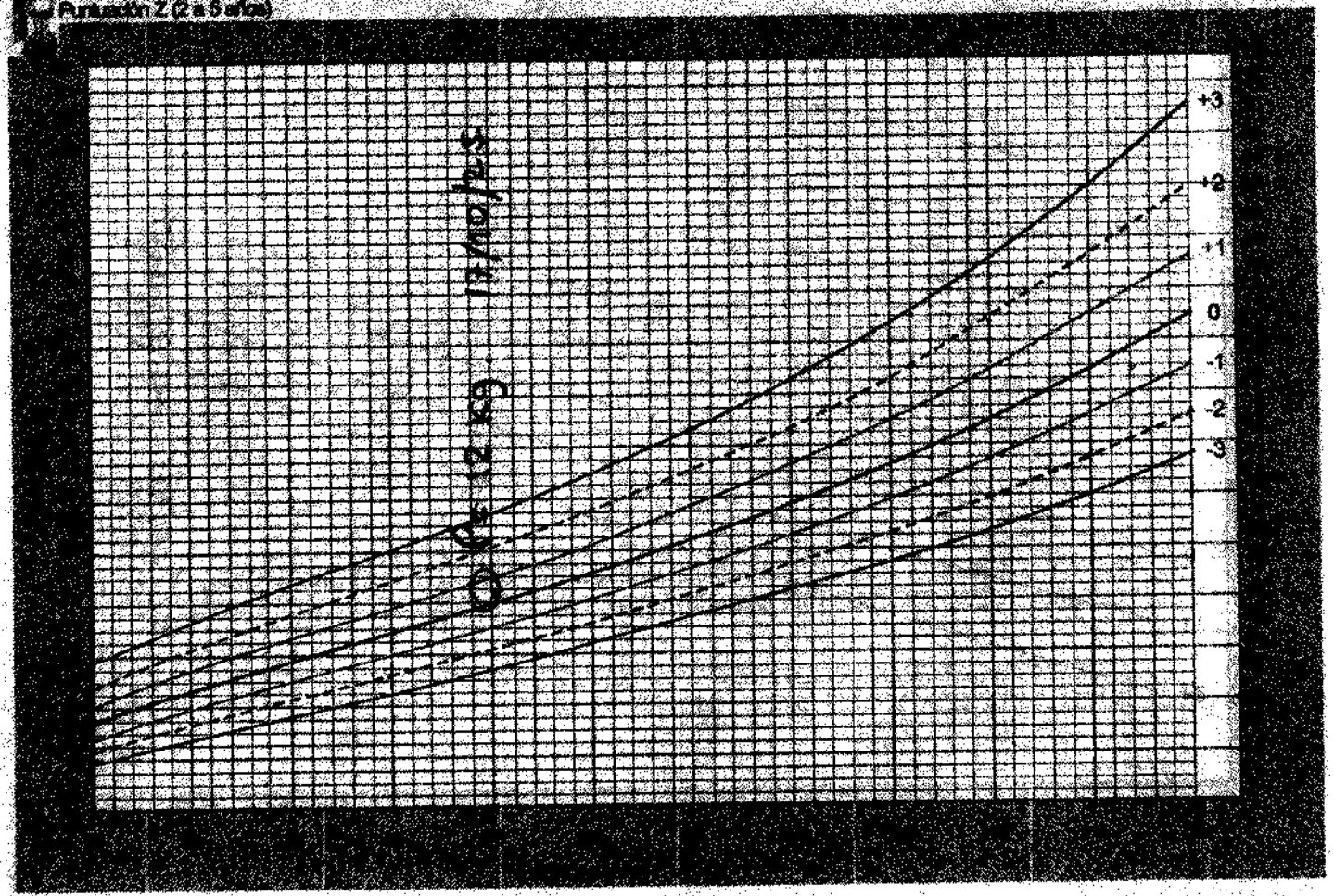


Talla para la Edad Niños
Talla para la Edad Niñas

7
R1V

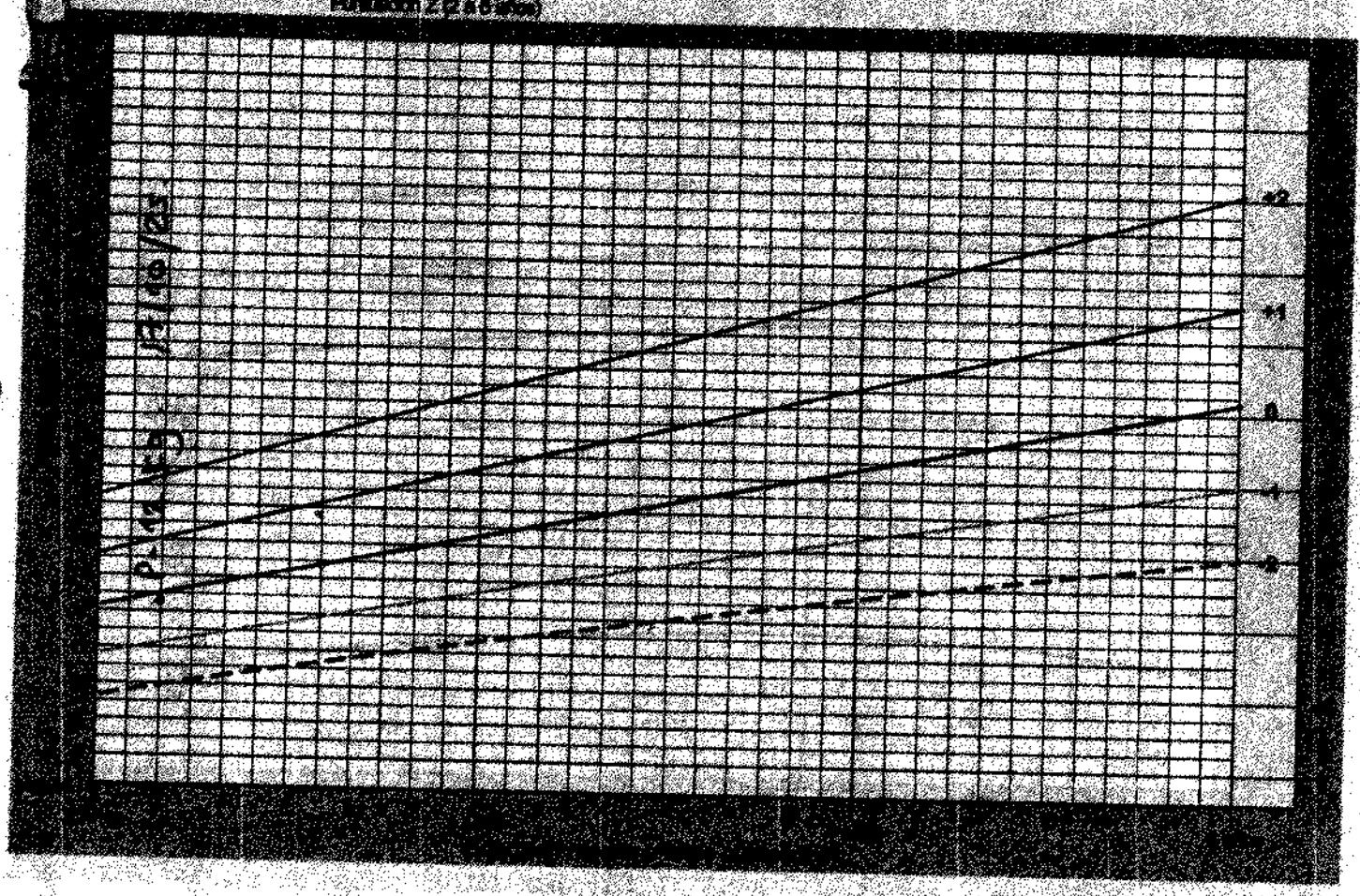
Peso para la Talla Niños

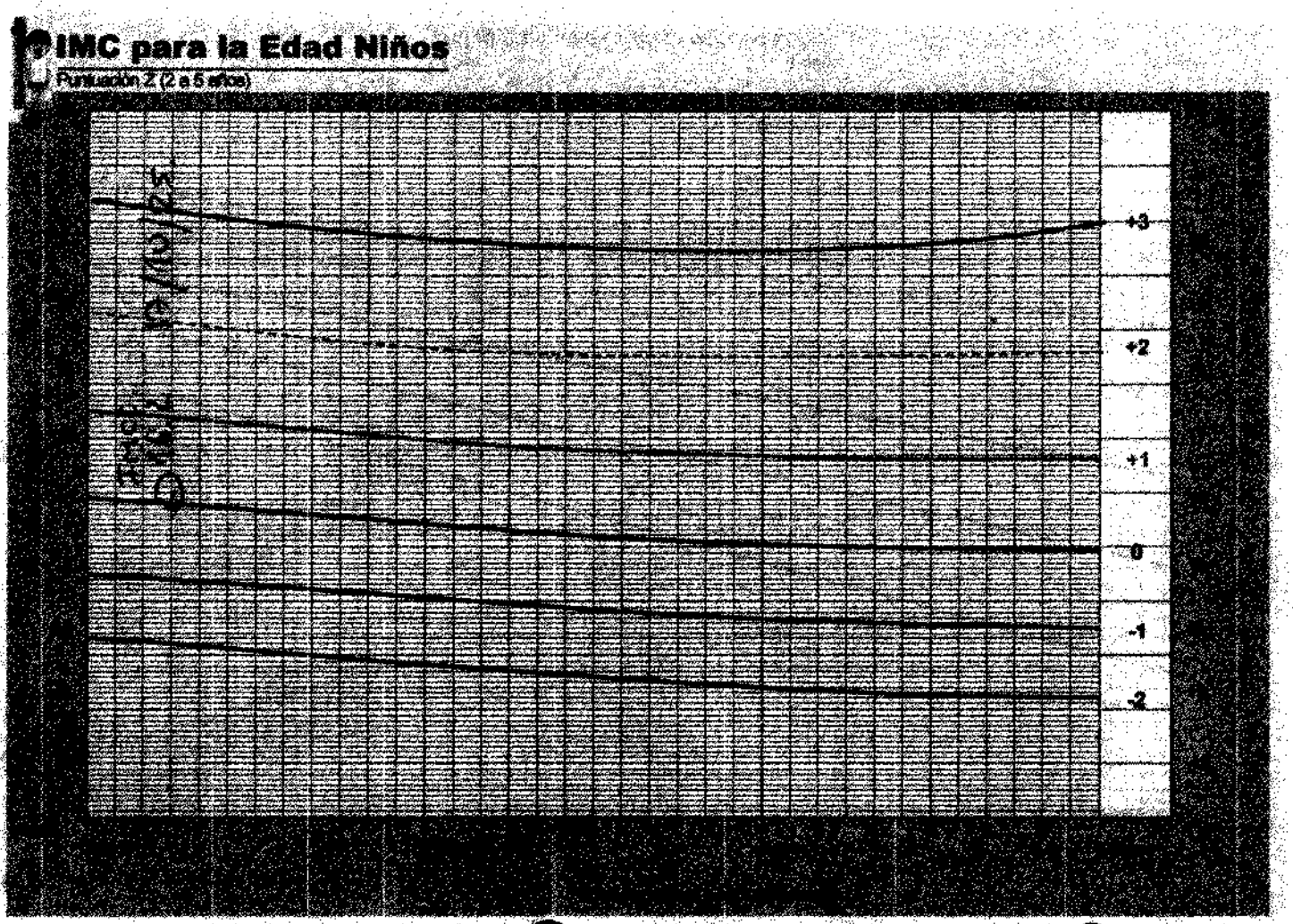
Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Edad Niños

Población 2 a 5 años




IMC para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
+3
+2
+1
0
-1
-2

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO SI	NO
17	04	2026.	EMF-		

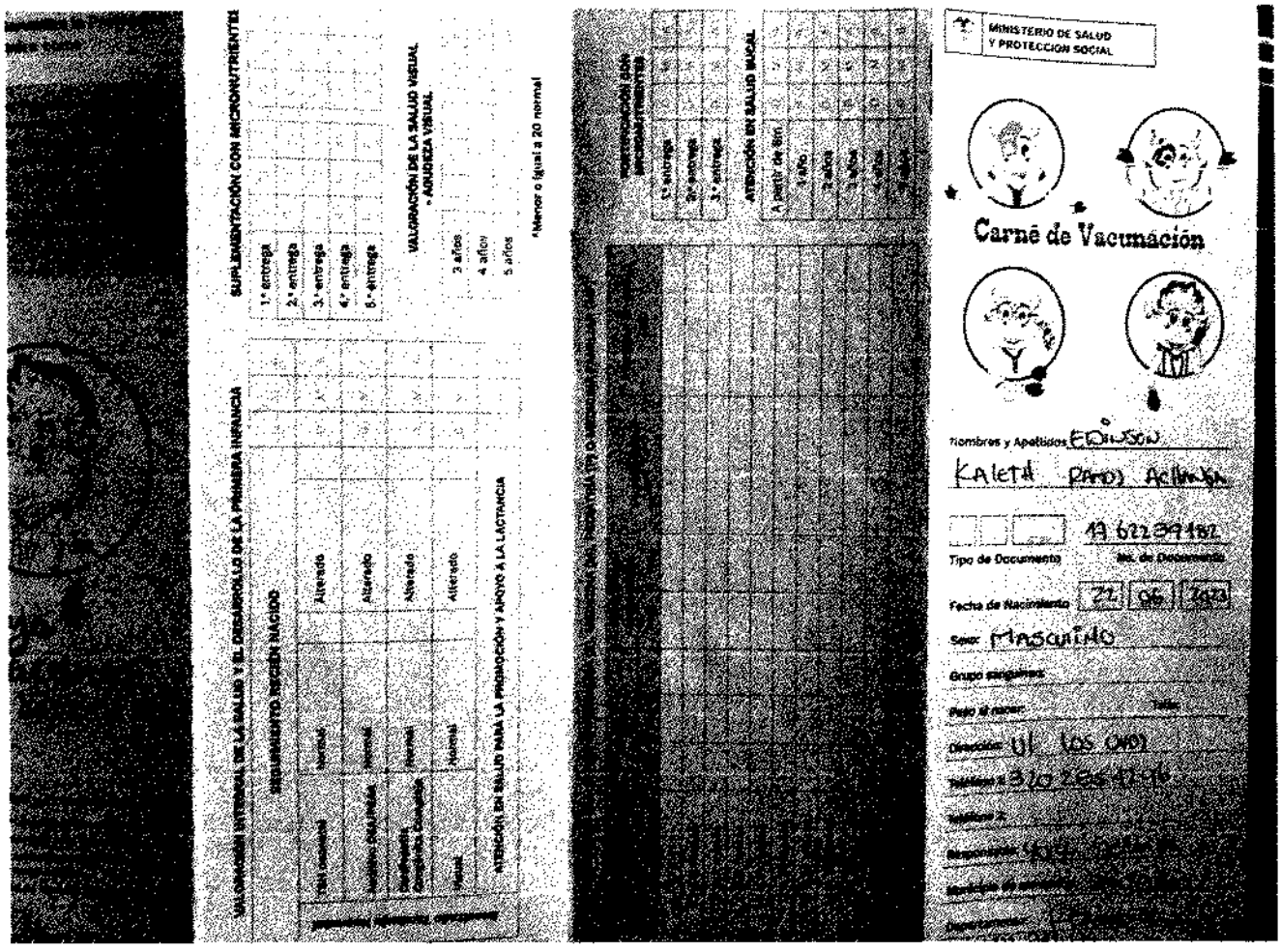


E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO

LA DORADA

Mi prioridad es tu salud...

Dirección: B/ el Paraíso Cra 7 # 1-36
Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413
Correo institucional: gerencia@esehospitalfronterizoladorada.com.co



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: EDISON KALETH PARDO ACEVEDO

Tipo de Documento: [ ] [ ] [ ] No. de Documento: 1962391182

Fecha de Nacimiento: 22 06 2022

Sexo: MASCULINO

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: Talla:

Dirección: U1 los ONG

Teléfono 1: 310 286 42 06

Teléfono 2:

Responsable:

Parentesco:

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL
- AGUDEZA VISUAL

3 años
4 años
5 años

*Menor o igual a 20 normal

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

RECIÉN NACIDO

Alterado / Normal

Tamizaje auditivo
Tamizaje cardiaco
Tamizaje oftalmológico
Tamizaje de Cromosomopatías
Visual

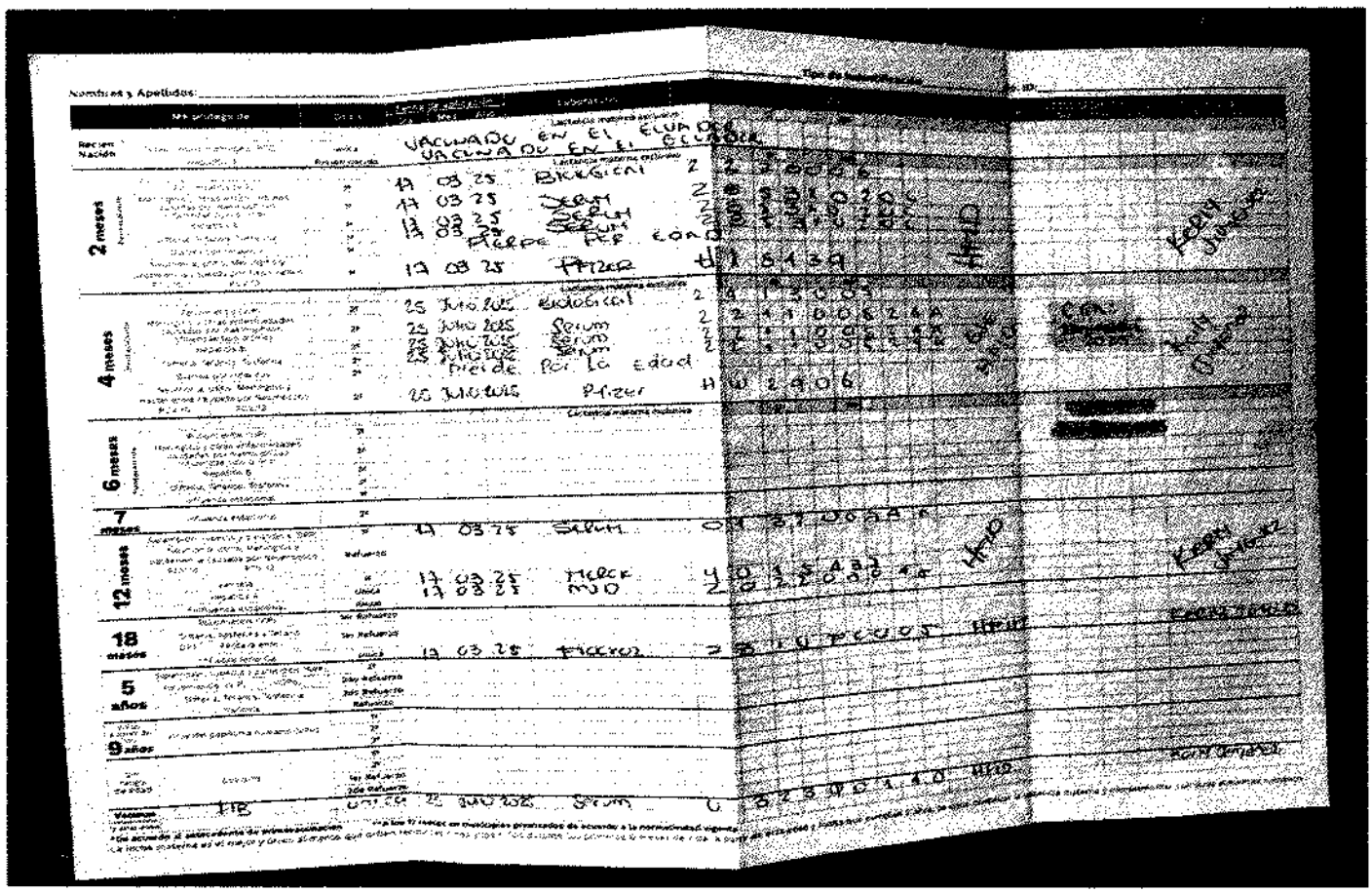
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PREGESTACIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA

VACUNACIÓN CON BIOLÓGICOS SEGÚN ESQUEMA

1ª entrega
2ª entrega
3ª entrega

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1 diente de leche
1 año
2 años
3 años
4 años



Nombres y Apellidos:

Tipo de Identificación: No. ID:

Recién Nacido

2 meses

4 meses

6 meses

7 meses

12 meses

18 meses

5 años

9 años

VACUNADO EN EL ECUADOR
VACUNADO EN EL ECUADOR

19 08 25 BIOLOGICAL
17 03 25 Serum
17 03 25 Serum
19 08 25 Pfizer
19 08 25 Pfizer

25 JUNIO 2025 BIOLOGICAL
25 JUNIO 2025 Serum
25 JUNIO 2025 Serum
25 JUNIO 2025 Por la edad
25 JUNIO 2025 Pfizer

17 03 25 Serum

17 03 25 PFIZER
17 03 25 PFIZER

19 03 25 PFIZER

25 JUNIO 2025 Serum

LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-COV-2 / COVID-19

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos

CIUDAD FECHA: DÍA 5 MES 09 AÑO 2025 HORA: 8:AM.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Edison Kaleth APELLIDOS Ramos Achanay

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1126145085

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 22 MES: 06 AÑO: 2023 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE MALLAMAS

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunacion 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 inicia 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 surtió 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)

Miedo a la reacion

¿COMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar ninguna Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] o 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, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamacion de los ganglios (linfadenopatia); 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 más eficaz que la vacunación para la prevención 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 condicion, 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.

Firma de la persona: _____

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

Nombres Yury Achanga Apellidos Nastacuaz

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1122341777

Firma: Yury Achanga

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 _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador: Isabel Anas Eraso

Firma Isabel Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004695138

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): Alfa

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo

MUNICIPIO: San Miguel

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.

12
PC

		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	3A	4A	5A
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)													
	V	Vacunación													

LILIANA MARTINEZ CISNEROS
AUX. EN SALUD ORAL
RES. [illegible]

12-10-2024
15-04-2025

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 846.002.369-9

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraiso Cra 7 # 1-38 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos
Elson Yoleth Namay

Tipo de Identidad
CC

Número
1126145035

Apellidos
Nalfanay

Teléfono
3202854296

Domicilio
V/ Agua Clara

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.122.341.177**

ACHANGA NASTACUAZ

APELLIDOS

YURY

NOMBRES

Yuri Achanga Nastacuaz

FIRMA



Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-MAY-1995**

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)

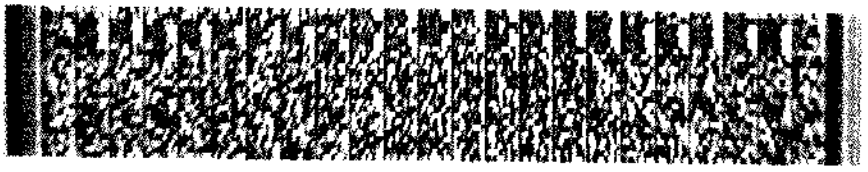
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

17-JUN-2013 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-5A01620-95A79548-F-1122341177-20130621 0034992599A 1 3980330C

Escaneado con CamScanner

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Yoiy Achanga Identificado con C.C N° 1122341177 en calidad de: padre o madre ( ), del niño o niña: Edison Kaleth Ramos o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Manos Creativa, 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 09 del Año 2025.

Yoiy Achanga

Madre o Acudiente

C.C 1122341177

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

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Edwin Kaleth RAMOS, identificado (a) con documento de identidad número 1061455055, 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, Yury Achansy, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122341177, 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, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

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

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

Los productos autorizados son originados por Fundacion Alma de Nida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa R2C.

Suscriben:

Firma: Yury Achansy
Nombre: Yury Achansy
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: ____
Fecha: 01-09-2025
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.

Yury Achanga Naylaca2
Madre

Firma

Beleidy Achanga1
agente educativo

firma

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL _ SERVICIO EIC

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRO (A): Beleidy Acharga. UBICACIÓN SALÓN: Casetd Comunal.

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Edison Kaleth Ramos IDENTIFICACIÓN: 1126145035 FECHA DE NACIMIENTO: 22/06/2023.

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	COMPROMISO
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN					
10-11 2025	.			+	la madre manifiesta que la vacunadora le aplico las otras vacunas La vacunadora manifiesta que la vacuna de influenza se la colocan al mes.	Yuly Narvaez	Beleidy Acharga			Se le recomienda a la madre en colocarse al dia con la vacuna del niño

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL _ SERVICIO EIC

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRO (A):

UBICACIÓN SALÓN:

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE:

IDENTIFICACIÓN:

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	COMPROMISO
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN					