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)<br>___SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7)<br>___Pertenecientes a Res UNIDOS<br>___Pertenecientes a Familias en Acción<br>___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición<br>___Remitidos por SNBF<br>___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado)<br>___Pertenecientes a comunidades (indígenas. afrocolombianas, etc.)<br>___Niños y niñas con discapacidad.<br>___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión.<br>___Población migrante en condición de vulnerabilidad.<br>___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 42 33 186
321 77 46 796
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:** _____ **FECHA INGRESO:** 2

**UDS:** _____ **MUNICIPIO:** San Miguel

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:**
Danna Gisela David cantillo

**TIENE REGISTRO CIVIL:** SI X NO __ **NUIP No.** 1122344435

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

**FECHA NACIMIENTO:** 03-06-2024 **EDAD:** 9 Meses **MUNICIPIO:** Puerto asis

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

**DE RESIDENCIA:** V/ San Antonio **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: __ NO: X CUAL: N/A

**EPS DEL PARTICIPANTE:** Mallamas **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:** A4 **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:** 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:** Luzdeny Yhoana Cantillo Garcia

**No. IDENTIFICACION:** 1006788756 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/ San Antonio

**CELULAR:** 3167299319 **E.P.S:** Mallamas

**OCUPACION U OFICIO:** ama de casa

**EMPRESA DONDE LABORA:** N/A

**NIVEL DE ESCOLARIDAD:** Primaria **PROFESIÓN:** N/A

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE:** Luzdeny Yhoana Cantillo G.

**NUMERO IDENTIFICACION:** 1006788756 **CELULAR:** 3167299319

**DIRECCION:** V/ San Antonio **PARENTESCO:** Madre

Luzdeny Cantillo C.
**FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

Betsy Arenas G
**FIRMA AGENTE EDUCATIVO**

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.435

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63700442

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 6 2

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

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

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| DAVID | CANTICUS |

Nombre(s)

DANNIA GISELA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2024 Mes JUN Día 03 | FEMENINO | B | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/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 | 24064510995208 |

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

Apellidos y nombres completos

CANTICUS GARCIA LUZDENY JHOANA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.006.788.756 | COLOMBIA |

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

Apellidos y nombres completos

DAVID ARTEAGA KEVIN ALEJANDRO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.122.341.691 | COLOMBIA |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos

CANTICUS GARCIA LUZDENY JHOANA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 1.006.788.756 | Luzdeny G. |

*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 2024 Mes JUN Día 17 | ROY ELISON CALDERON RAMA - REGIST |
| | Nombre y firma |

| *Reconocimiento paterno* | *Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento* |
|---|---|
| Firma | Nombre y firma |

ESPACIO PARA NOTAS

17.JUN.2024 - LIBRO DE VARI

Adhesivo Copia Registro Civil 36588596-5

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

*63700442*

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 | 1122344435 |
| NOMBRES | DANNIA GISELA |
| APELLIDOS | DAVID CANTICUS |
| 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 | 03/06/2024 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| **Fecha de Impresión:** | 07/07/2025 16:31:54 | **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

Registro válido

**Fecha de consulta:** 28/04/2025

**Ficha:** 86757674952700000217

**Pobreza extrema**

DATOS PERSONALES

**Nombres:** DANNIA GISELA

**Apellidos:** DAVID CANTICUS

**Tipo de documento:** Registro civil

**Número de documento:** 1122344435

**Municipio:** San Miguel

**Departamento:** Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 12/06/2024

**Última actualización ciudadano:** 23/07/2024

**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:** 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

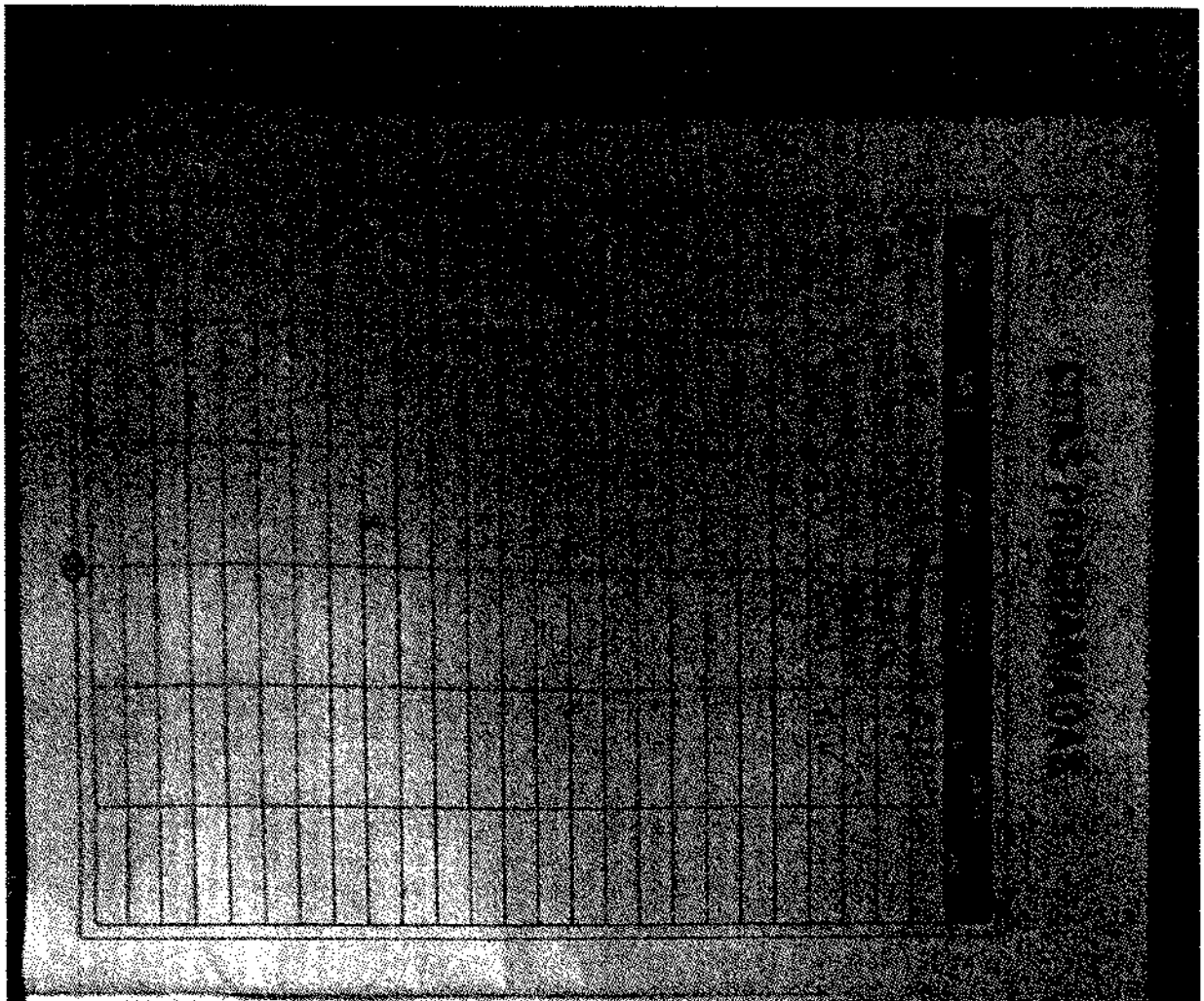
## ...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

## MIS DATOS

| | |
|---|---|
| Nombres: Danna Gisela D | Apellidos: David Canticuz |
| Fecha de nacimiento: 03 06 2024 | Historia Clínica: 1122344435 |
| Procedencia: Sibalo | Responsable del niño: Luz Deny Canticuz. |
| Teléfono: 3[illegible]-247-2139 | EPS: 115 |

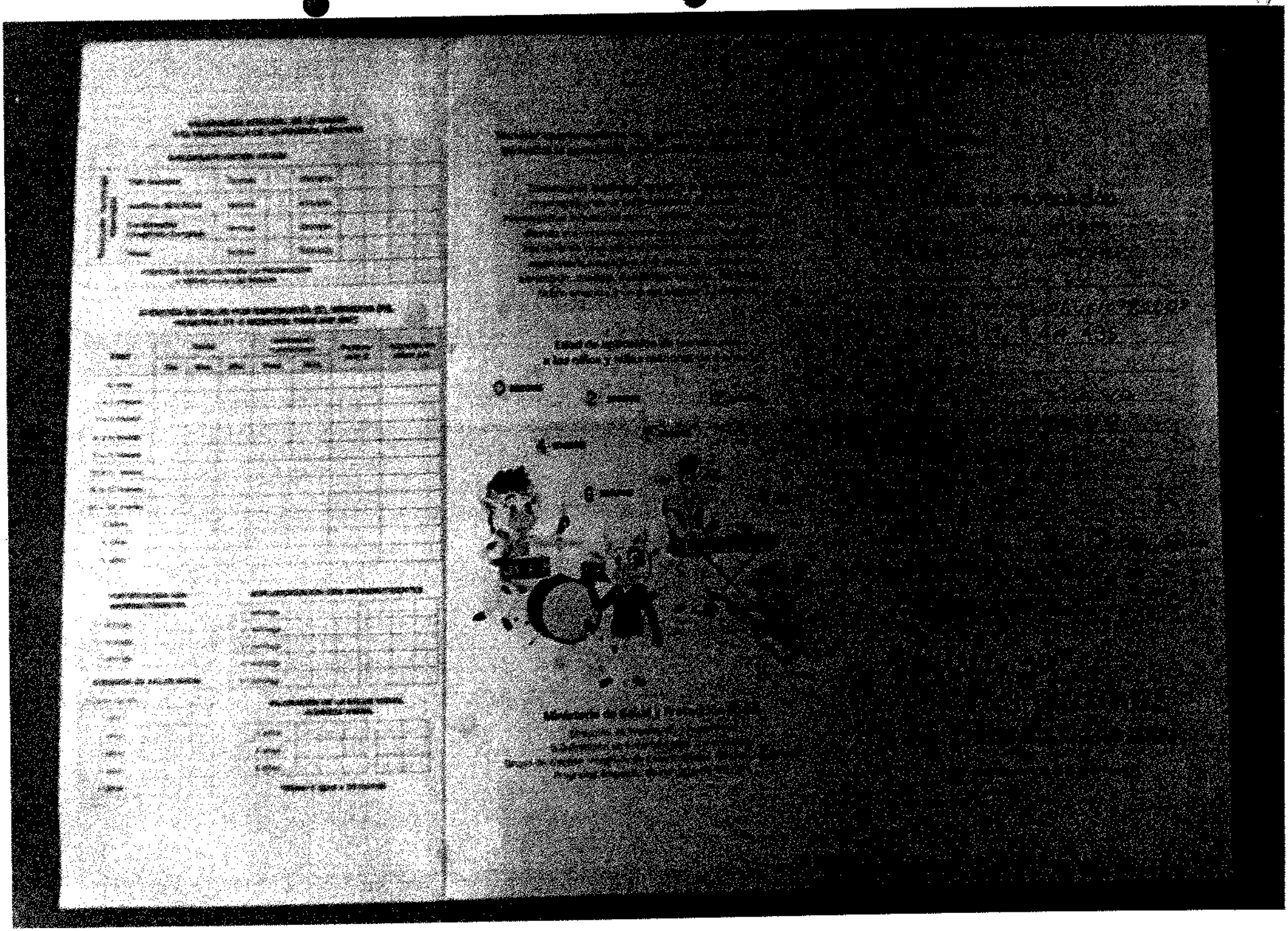


| Fecha de atención | Peso | Talla | Perímetro cefálico | Perímetro braquial | IMC | Fecha del próximo control | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6/02/2024 | 4560 | 54 | 36 | 12.5 | | 3/05/2024 | |
| 05/08/2024 | 5.0 | 55 | 38 | 12 | 16,5 | 3/10/2024 | |
| 9/10/2024 | 6.0 | 63 | 40 | 13,5 | 15 | 3/12/2024 | |
| 11/4/2023 | 7,18 | 69 | 46,5 | 14 | 16,11 | 03/04/2025 | |
| 02/01/2024 | 5,4 | [illegible] | 42 | 15 | 16,2 | 01/11/2024 | |

| Fecha de atención | Peso | Talla | Perímetro cefálico | Perímetro braquial | IMC | Fecha de próxima consulta | Firma del profesional |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 12/07/2024 | 4.560 | 54 | 36 | 12.5 | | 3/08/2024 | |
| 05/09/2024 | 5.0 | 55 | 38 | 12 | 16.5 | 3/10/2024 | |
| 9/10/2024 | 6.0 | 63 | 40 | 13,5 | 15 | 3/12/2024 | |
| 11/11/2023 | 7,8 | 69 | 45,5 | 14 | 16,4 | 03/04/2025 | |
| 02/01/2025 | 8,4 | 71 | 46 | 15 | 16,7 | 03/12/2025 | |

# CITAS PROGRAMADAS

| DÍA | MES | AÑO | HORA | ASISTIÓ SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|
| 05 | 08 | 2024 | Enfermeria | Si ✓ | |
| 03 | octubre | 2024 | Medico | | |
| 3 | Diciembre | 2024 | Medico | | |
| 3 | Junio | 2025 | Med. | Si ✓ | |
| 03 | [illegible] | 2025 | Enf. | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |



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

## ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO 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 la dorada FECHA: DÍA 14 MES 05 AÑO 2025 HORA:

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:**

NOMBRES DANNIA GISELA APELLIDOS DAVID CANTICOS.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122 344 435.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 03 MES: 06 AÑO: 2024 / EDAD: 11 meses.

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 pais dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tetanos, 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 si mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducira 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 aprobacion de uso de emergencia y surtio los pasos para la validación cientifica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

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

Por miedo a la reacción

| | |
|---|---|
| ¿CÓMO SE APLICA? | Administracion via intramuscular en el brazo (tercio medio del musculo deltoides). |
| VACUNA Y DOSIS | Nombre de la vacuna a aplicar ninguna<br>Esquema que tiene esta vacuna. Dos dosis [ ] ó dosis unica [ ] |
| BENEFICIOS | Prevencion de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reduccion de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial proteccion 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 inflamacion leve en el lugar de la inyeccion; inflamación 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 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 autonoma 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:** X que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: _____

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

Nombres LOZDENY JHOANA Apellidos CANTILLO GARCIA

Tipo de Identificacion: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Numero 7006788756

Firma: Lozdeny Garcia

**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: Kerly Jimenez Zarate

Firma Kerly J Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1075682134

**DATOS DE LA INSTITUCIÓN**

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HELD

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.

CARNET RIAS

# PRIMERA INFANCIA

E.S.E. Hospital Fronterizo LA DORADA

# Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos:
Dania Gisela David cantoos

Nro. de identidad: 1122344435

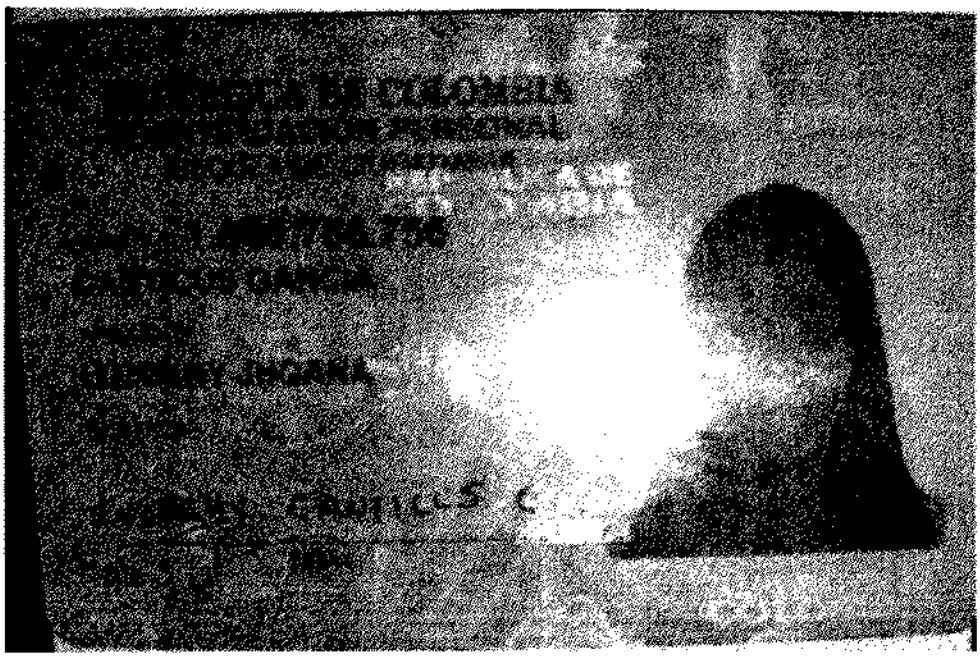
EPS: Hallamas

Teléfono: 3027469855

Domicilio: V/San Antonio

| | | PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS | FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 5 DÍAS | 1 M | 2-3 M | 4-5 M | 6-8 M | 9-11M | 12-17M | 18-23M | 24-29M | 3 |
| 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 | | | | | | | 25 1 22 | | | |
| | | Promoción y apoyo de la lactancia materna | | | | | | | 25 1 22 | | | |
| PROTECCIÓN ESPECÍFICA | ODONTOLOGÍA | Aplicación de barniz de flúor | | | | | | | 60 | | | |
| | | Profilaxis y remoción de placa | | | | | | | 60 | | | |
| | | Aplicación de sellantes (Según Criterio) | | | | | | | | | | |
| | ✓ | Vacunación | | | | | | | | | | |

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. SEDOA 13-2011




FECHA DE NACIMIENTO 11-JUL-1999
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.51
ESTATURA
B+
G.S. RH
F
SEXO
01-NOV-2017 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

Fundación Alma de Vida
Fomentando sueños de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Luzdeny Jhoana cantillo Garcia identificado con C.C N° 1006788786. en calidad de: padre o madre ( ✓ ), del niño o niña: Danna Gisela David ____ o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mis Angelitos 7- ____, me comprometo a cumplir con los siguientes lineamientos:

1. Llevar personalmente o enviar con un adulto responsable debidamente autorizado, al niño o niña al encuentro en el horario establecido.
2. En caso de inasistencia, se debe diligenciar una excusa por una justa causa, dirigida a la maestra responsable de la unidad con anticipación.
3. En caso de que el usuario tenga cita o control médico, informar con anticipación a la maestra responsable para su registro.
4. Cuando el usuario vaya a llegar tarde al encuentro por una justa causa informar oportunamente a la maestra.
5. Participar y colaborar en todas las actividades programadas por la unidad comunitaria de atención, y el servicio ofrecido por el ICBF y la Fundación Alma de vida, pues estas son con el objetivo de mejorar la atención del niño o niña y sus familias.
6. Cuando tenga alguna queja, reclamo o sugerencia, seguir el CONDUCTO REGULAR: Maestra, Psicosocial o Auxiliar de enfermería, coordinador, Fundación e ICBF, teniendo en cuenta:
   - ✓ Hacerlo en el momento en el que ocurra el motivo o causa de la queja, reclamo o sugerencia.
   - ✓ Hacerlo con respeto, buenos modales y fines constructivos, que contribuyan al mejoramiento del servicio que ofrece a unidad de atención.
   - ✓ Tratarlo sólo en unidad, con la persona que corresponda de acuerdo al Conducto Regular y nunca hacer comentarios dañinos en la calle.
   - ✓ También se puede hacer a través del Buzón de Sugerencias.
7. Revisar los complementos nutricionales en el momento de entrega por parte de la maestra y reportar inmediatamente si se presenta novedades.

Se firma en San Miguel, a los 1 Días del mes de Abril del Año 2025.

Luzdeny Jhoana cantillo Garcia
**Madre o Acudiente**
**C.C** 1006788786.

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

Yo, Luzdeny Jhoana Cantillos Garcia, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006788856, obrando en calidad de:

| Padre | X | Madre | | Cuidador | |
|---|---|---|---|---|---|

De la niña, niño o adolescente, Damia Gisela David Cantillos, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI ___, CE ___, número 1122344435, manifiesto que:

| Si | 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: Luzdeny G.
Nombre: Luzdeny Jhoana Cantillos Garcia
Calidad - Titular: X Representante legal: ___
Teléfono de contacto: 3167299319
Fecha: 01-04-2025
Municipio: San Miguel

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>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 Luzdeny Jhoana Cantillos García, identificado (a) con documento de identidad número 1006198256, 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, Danna Giseta David, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122344435, 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 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 Etc.

**Suscriben:**

Firma: Luzdeny G.
Nombre: Luzdeny Jhoana Cantillos García
Calidad - Titular: X Representante legal: X
Teléfono de contacto: 316 7299379
Fecha: 01-04-2025
Municipio: San Miguel

## PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

**Ciudad** La Dorada

**Nombre completo de la niña o niño** Dannia Gisela David Canticos

**Fecha de nacimiento** 03 06 2024 **N° Documento de identidad** 1122344435

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

**Primer Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Bebidy Achanga

**Fecha de registro cualitativo** 15 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**

la niña Dannia se encuentra en el rango esperado ya que comple con los items fundamentales, acorde a su edad, se continuara fortalecrendo su desarrollo a través de actividades de diario vivir, en boca con actividades pedagogicas

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

**Segundo Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Bebidy Achanga

**Fecha de registro cualitativo** 16 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**

Dannia se encuentra en el rango esperado teniendo encuenta que ha cumplido con los items de los dimensiones fundamentales que se encuentra en su rango de edad se continuara fortaleciendo su desarrollo de atraves de actividades de diario vivir.

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

**Tercer Registro Cualitativo**

**Nombre del observador**

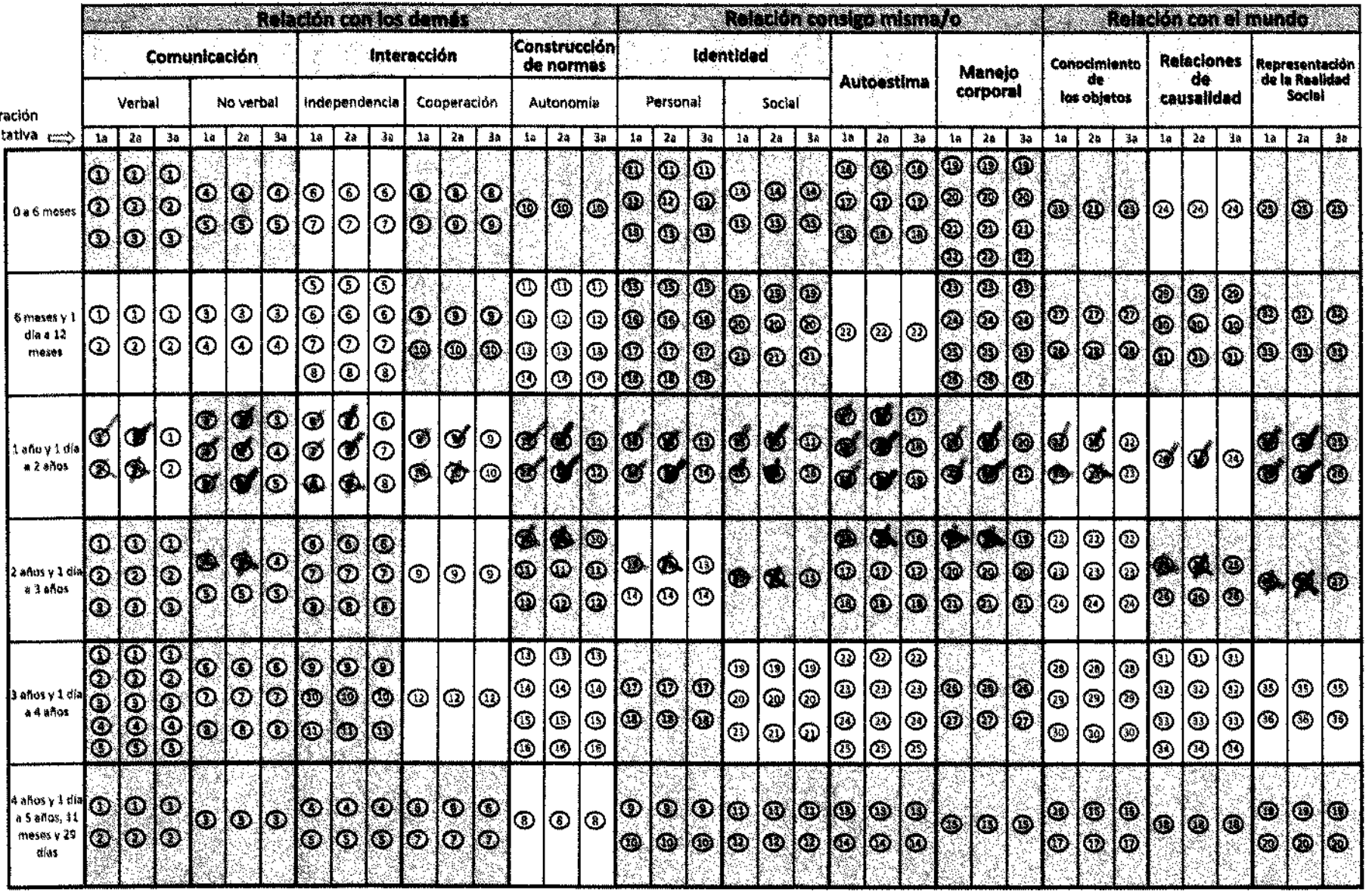
**Fecha de resgistro cualitativo**

**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)*


Relación con los demás
Relación consigo misma/o
Relación con el mundo
Comunicación
Interacción
Construcción de normas
Identidad
Autoestima
Manejo corporal
Conocimiento de los objetos
Relaciones de causalidad
Representación de la Realidad Social
Verbal
No verbal
Independencia
Cooperación
Autonomía
Personal
Social
Valoración Cualitativa
1a 2a 3a
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
= Procesos y subprocesos fundamentales
= Procesos y subprocesos no fundamentales