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 (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).
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) N/A
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. N/A
17	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
18	Formato de autorización uso de imágenes.
19	Planilla seguimiento nutricional
20	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
21	Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa,

321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

	FUNDACION ALMA DE VIDA	Código: FO-GG-12
	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 00
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 28/03/2025

FECHA SOLICITUD CUPO: 26-3-2025 FECHA INGRESO 1-04-2025

UDS: Manos creativas MUNICIPIO: _____



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:

Solmery Muñoz Ruiz

TIENE REGISTRO CIVIL: SI__ NO x NUIP No. cc. 1010009628

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? Madre gestante.

FECHA NACIMIENTO: 13-09-1990 EDAD: 34 MUNICIPIO: puerto rico

DEPARTAMENTO: Boyacá PAIS: Colombia DIRECCION DE RESIDENCIA: SAN MIGUEL ESTRATO: N/A ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: N/A NO: X ¿CUAL?: N/A MOTIVO DEL RETIRO: N/A

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __NO: X CUAL: N/A

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: A2 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: PABLO EDILSON GUERRERO

No. IDENTIFICACION: 14398049 DIRECCION RESIDENCIA: BAJO AMARON

CELULAR: 3142052325 E.P.S: EMSSANAR

OCUPACION U OFICIO: AGRICULTOR

EMPRESA DONDE LABORA: FINCA

NIVEL DE ESCOLARIDAD: PRIMARIA PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Solmery Muñoz Ruiz

No. IDENTIFICACION: 1010009628 DIRECCION RESIDENCIA: V/ BAJO AMARON

CELULAR: 3142052307 E.P.S: EMSSANAR

OCUPACION U OFICIO: AMA DE CASA

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: PRIMARIA PROFESIÓN: N/A

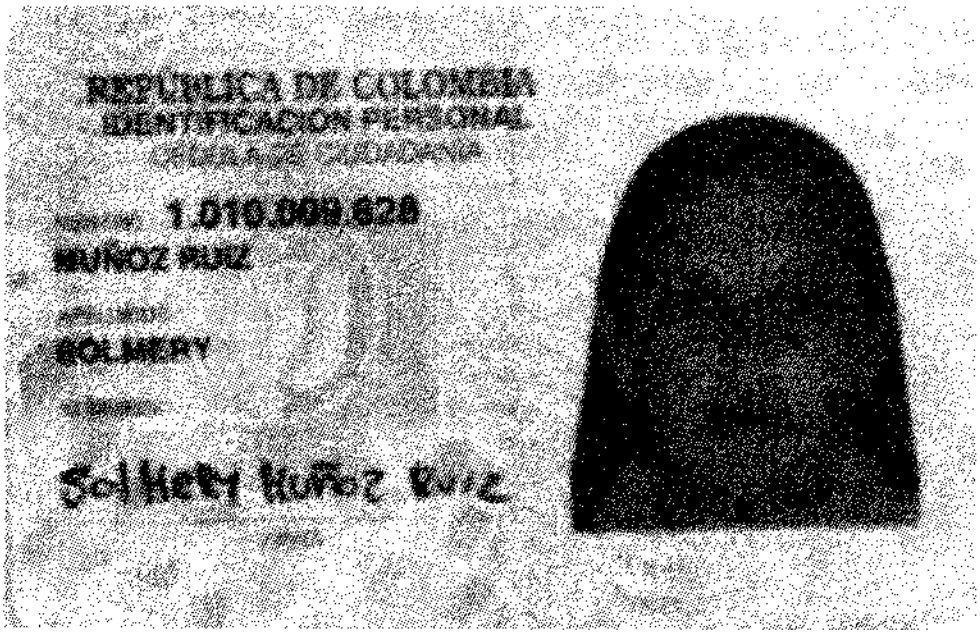
NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Solmery Muñoz Ruiz

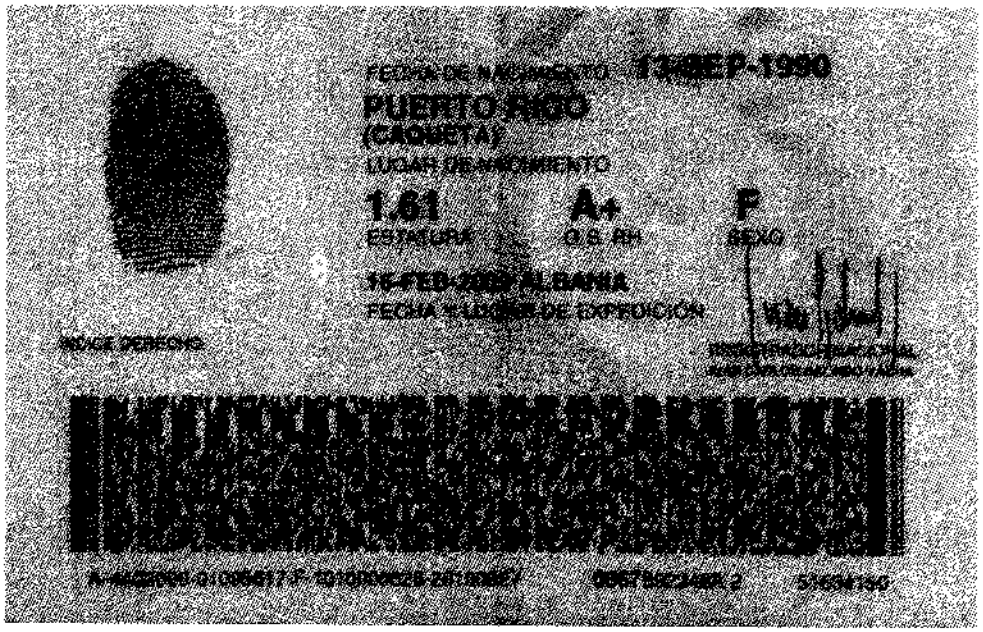
NUMERO IDENTIFICACION: 1010009628 CELULAR: 3142052325

DIRECCION: _____ PARENTESCO: _____

Solmery Muñoz Ruiz
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Belén de Achanga
FIRMA AGENTE EDUCATIVO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
1.010.009.628
MUÑOZ RUIZ
SOLMERY
Solmery Muñoz Ruiz


13-SEP-1990
PUERTO RICO
(CAQUETA)
1.61
A+
F
16-FEB-2009 ALBANIA
INDICE DERECHO

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1010009628
NOMBRES	SOLMERY
APELLIDOS	MUÑOZ RUIZ
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	01/07/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/07/2025 15:59:42	**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**,

Sisbén

A2

Fecha de consulta: 01/04/2025

Ficha: 86757674952700004997

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: SOLMERY

Apellidos: MUÑOZ RUIZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1010009628

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/06/2023

Última actualización ciudadano: 09/06/2023

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

CARNÉ CLÍNICO MATERNO PERINATAL - CLAP/OPS-OMS

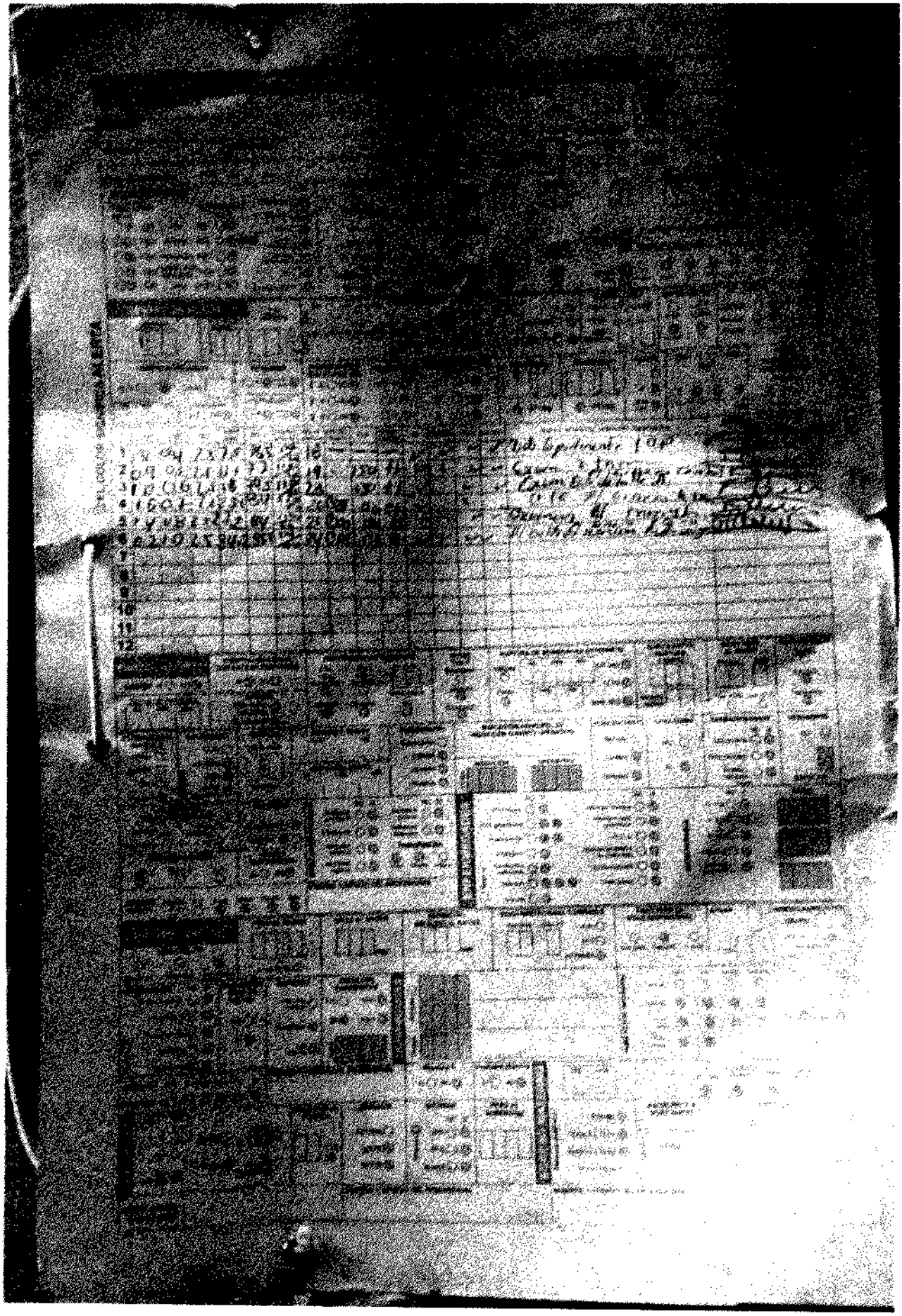
ANTECEDENTES

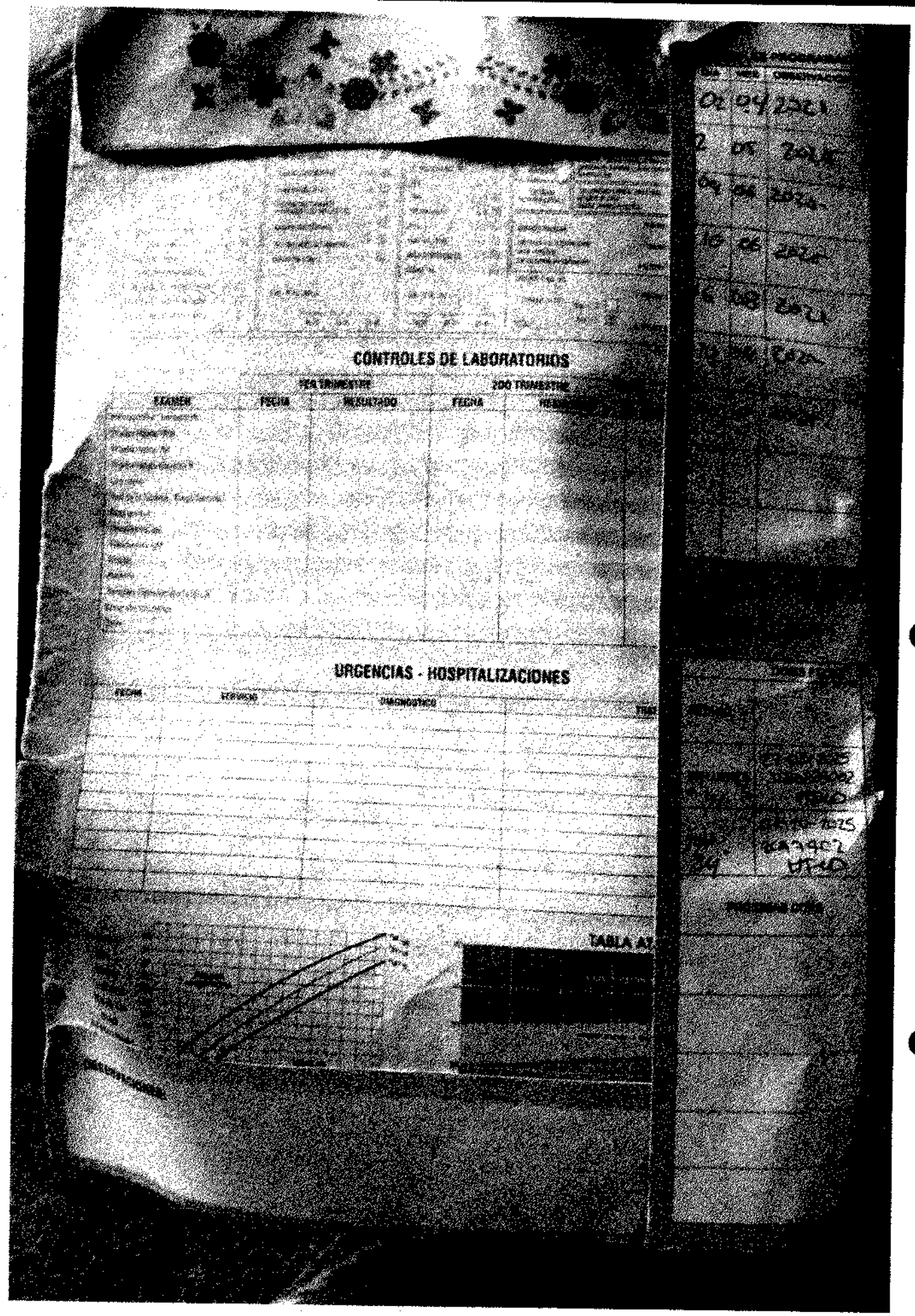
EL COLOR SIGNIFICA ALERTA

1	21.04	25.6	85	[illegible]	18	[illegible]	✓ ✓ ✓ ✓	[illegible]
2	09.10	22.1	77	[illegible]	19	130 [illegible]	✓ ✓ ✓	Exam [illegible]
3	10.06	21.8	79.5	[illegible]	22	130 [illegible]	✓ ✓ ✓	Examen gral [illegible]
4	16.01	[illegible]	84	[illegible]	26 [illegible]	[illegible]	[illegible]	TA [illegible]
5	[illegible]	[illegible]	84	[illegible]	28 [illegible]	[illegible]	✓ ✓	Examen [illegible]
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

ENFERMEDADES

RECIÉN NACIDO





CONTROLES DE LABORATORIOS

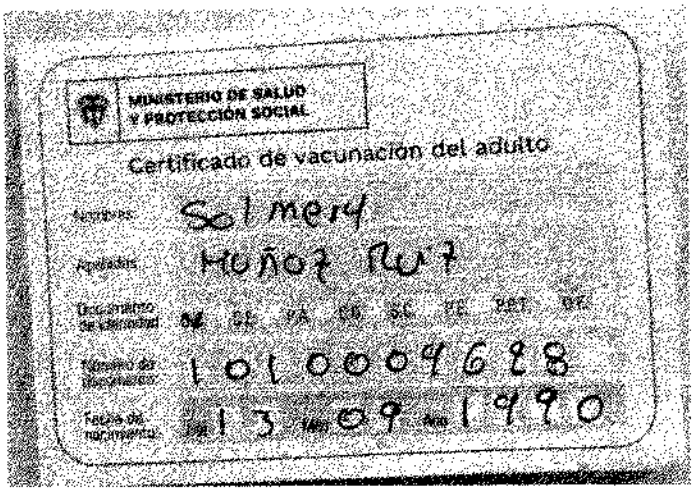
1ER TRIMESTRE | 2DO TRIMESTRE

EXAMEN	FECHA	RESULTADO	FECHA	RESULTADO

URGENCIAS - HOSPITALIZACIONES

FECHA	MOTIVO	DIAGNOSTICO	TRAT

TABLA AT



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

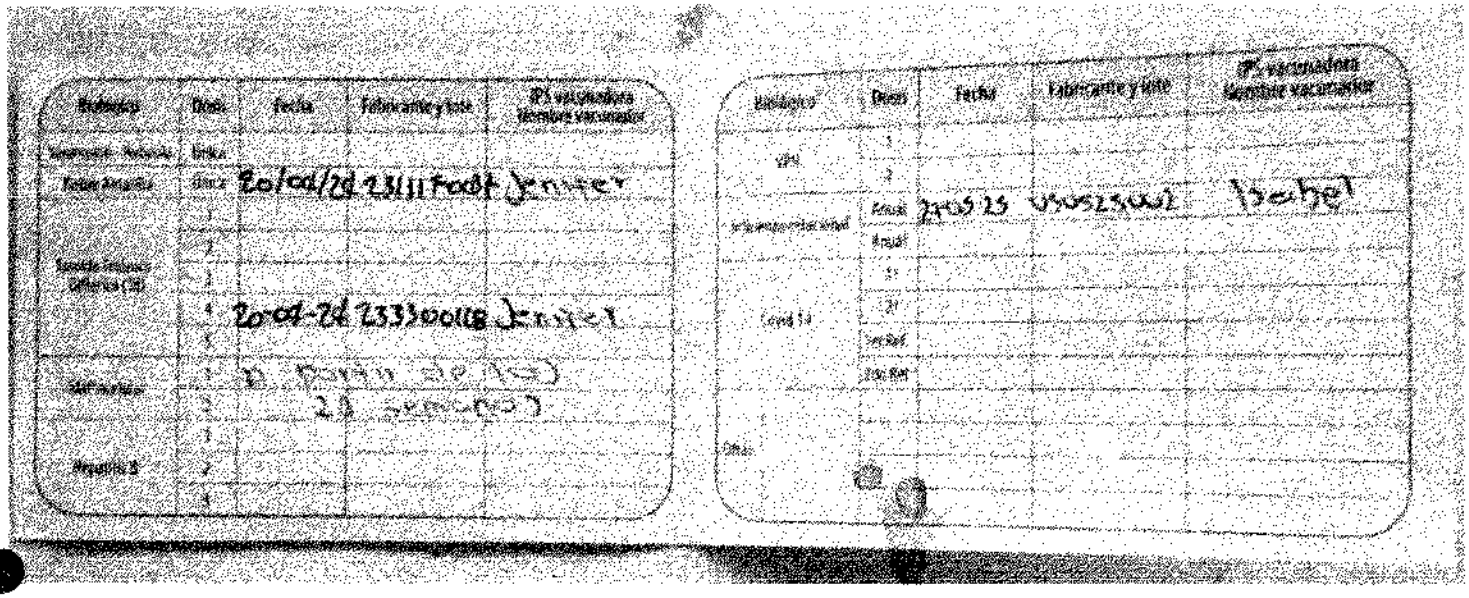
Nombres: Solmeyi

Apellidos: Muñoz Ruiz

Documento de identidad: CC CE PA PEP SC PE PPT RC

Número de documento: 1010009688

Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 09 Año 1990



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Fiebre Amarilla	Única	Bolcd/2d 23111 Feabt		
Triple Viral (SRP)	1			
	2			
Refuerzo	1	Bocd-2d 233 Wolfe		
	2			
Polio	1			
	2			
	3			
Refuerzo	1			
Pentavalente	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	23 03 23	Wos23wu2	Rachel
	Anual			
Covid-19	1°			
	2°			
	Refuerzo			
Otras				

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: DIA 02 MES 04 AÑO 2025 HORA: 8:00AM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Edmery APELLIDOS Muñoz Ruiz.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 7070009628

FECHA DE NACIMIENTO DIA: 13 MES: 09 AÑO: 1990 / EDAD: 34 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas. Tel: 3142053325.

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 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 reacción, 12 semanas de gestación

¿CÓMO 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 ☐ 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 adegados.
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; 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 farmacológica mas 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 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:** X que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: _____

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

Nombres Salmery Apellidos Muñoz Ruiz

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1070009628

Firma Salmery Muñoz Ruiz

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: Isabel Pino Erazo

Firma Isabel Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Numero 1004695438

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HTLD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo

MUNICIPIO: San Miguel

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

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET
RIAS

ADULTEZ

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor



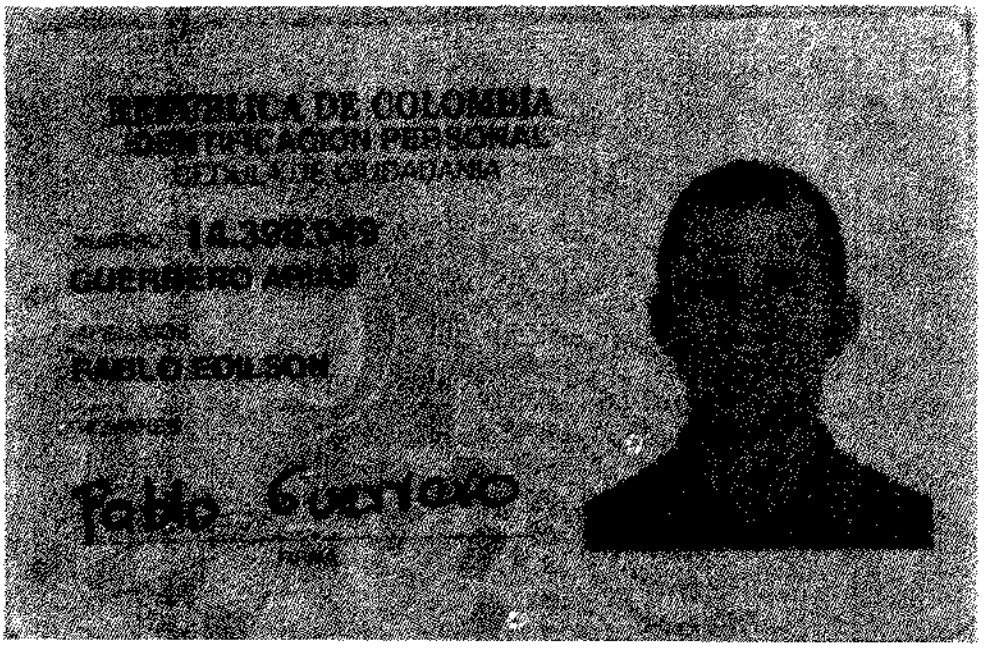
Nombres y apellidos: Solmery Muñoz Ruiz.

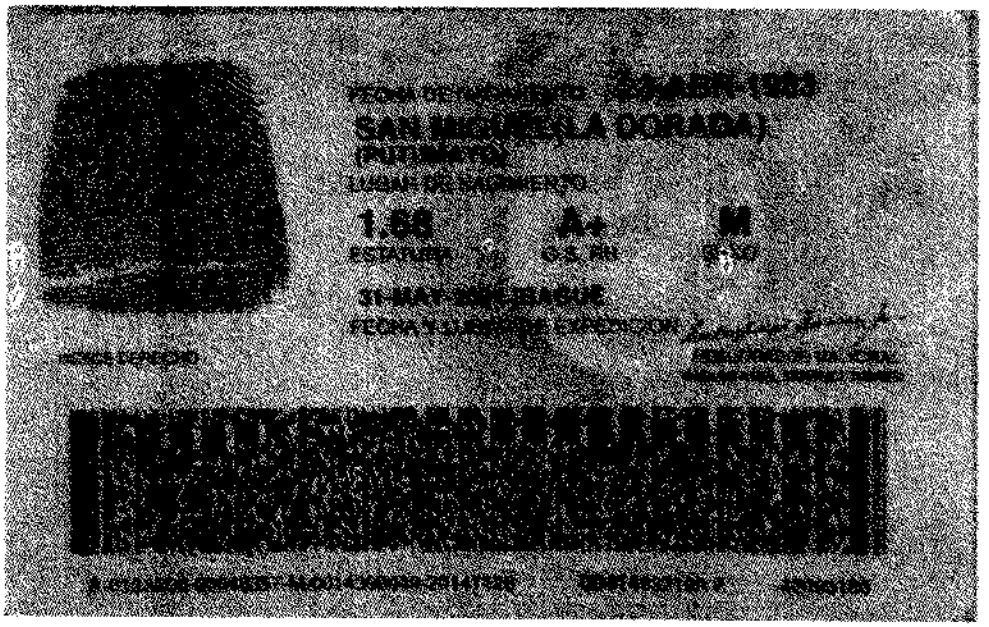
Doc. de identidad: 1010009628 EPS: Mallamas

Teléfono: 314 205 2321 Domicilio: V/bajo Amaron

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN AÑOS					
			[illegible]	35-39	40-44	45-49	50-52	53-[illegible]
ATENCIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Atención por médico general						
		Atención en salud bucal por odontología (1 vez cada 2 años)						
DETECCIÓN TEMPRANA	DETECCIÓN DE CÁNCER	Tamizaje de cáncer de cuello uterino (ADN VPH) (Según esquema)						
		Tamizaje de cáncer de cuello uterino (Citología) (según riesgo y esquema)						
		Tamizaje de cáncer de cuello uterino (Técnicas de inspección visual con ácido acetético y lugol) (A partir de los 30 a los 50 en zonas rurales dispersas)						
		Criocauterización de cuello uterino (si aplica)						
		Colposcopia cervicouterina (si aplica)						
		Biopsia cervicouterina (si aplica)						
		Tamizaje de cáncer de mama (mamografía) cada 2 años						
		Tamizaje de cáncer de próstata (PSA) cada 5 años						
	RIESGO CARDIOVASCULAR	Tamizaje de riesgo cardiovascular (cada año)						
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción						
		Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción - control						
	SALUD ORAL	Profilaxis y remoción de placa bacteriana (1 cada 2 años)						
		Detartraje supragingival (según necesidad)						
	VACUNACIÓN	Vacunación (según esquema vigente)						

ADRIAN ALONSO NARVAEZ DELGADO
CC [illegible]
TP [illegible]


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
GUERRERO ARIAS
PABLO EDILSON


1,66
A+
M

Fundación Alma de Vida
Fortaleciendo caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Solmery Muñoz Ruiz Identificado con C.C N° 1010009628 en calidad de: padre o madre ( ), del niño o niña: _____ o Gestante (X) 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 Abril del Año 2025.

Solmery Muñoz.
Madre o Acudiente
C.C 1010009628

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, Solmery Muñoz Ruiz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1010009628, obrando en calidad de:

Padre		Madre	X	Cuidador	

De la niña, niño o adolescente, _____, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) ___, TI____, CE____, número_____, manifiesto que:

Sí		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: Solmery Muñoz
Nombre: Solmery Muñoz
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 01-04-2025
Municipio: San Miguel

	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	11/07/2024
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 5	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:
Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad _____, identificado (a) con documento de identidad número _____, 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, Solmery Muñoz Ruiz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1010004628, 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 uda, 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: Solmery Muñoz Ruiz.
Nombre: Solmery
Calidad - Titular: x Representante legal:
Teléfono de contacto: 3142052325
Fecha: 01-04-2025
Municipio: SAN MIGUEL.

Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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.

Solmery Muñoz
Madre

Firma

Beleidy Achanga
agente educativo

firma