Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con otografía del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras).
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la 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 ___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado) ___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.) ___Niños y niñas con discapacidad. ___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión. ___Población migrante en condición de vulnerabilidad. ___Activos en ruta de reincorporación.
5	Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente: (ADRESS)
6	Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo).
6	Copia del carnet de vacunación.
7	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
8	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
9	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
10	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
11	Fotocopia de un recibo de servicios públicos domiciliarios cuando sea necesario (aplica para zona urbana y en zona rural solo si se cuenta con servicios públicos)
12	Certificado de asistencia a consulta de salud bucal (Niños y niñas mayores de 6 meses)
13	Certificado del examen de agudeza visual (Niños y niñas mayores de 4 años)
14	Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años)
15	Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal.
16	Formato de veracidad de la información ficha de caracterización.
17	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
18	Formato de autorización uso de imágenes.
19	Planilla seguimiento nutricional
20	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
21	Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa,

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

	FUNDACION ALMA DE VIDA	Código: FO-GG-012
	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 25/03 /2025



FECHA SOLICITUD CUPO: 01-06-2025 **FECHA INGRESO:** 01-06-2025

UDS: Mi Mundo Magico 1 **MUNICIPIO:** San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Isabela Nicol Sanchez Cuaran.

TIENE REGISTRO CIVIL: SI___ NO X **NUIP No.** 1150054167

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A.

FECHA NACIMIENTO: 12-03-2006 **EDAD:** ___ **MUNICIPIO:** Sucumbios

DEPARTAMENTO: Nueva loja **PAIS:** Ecuador **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: V Pto Mostana **ESTRATO:** N/A. **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: ___ NO: X

¿CUAL?: N/A. **MOTIVO DEL RETIRO:** ___

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: ___ NO: X CUAL: N/A

EPS DEL PARTICIPANTE: N/A **SUBSIDIADO:** ___ **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: ___ NO: X PUNTAJE: N/A **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: 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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Deyver Marcelo Vivas.

NUMERO IDENTIFICACION: 1089.774125. **CELULAR:** ___

DIRECCION: V1 Pto Mostana **PARENTESCO:** Esposo.

Isabela Sanchez
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

CÉDULA DE IDENTIDAD

REPÚBLICA DEL ECUADOR

DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL, IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN



APELLIDOS
SANCHEZ
CUARAN

CONDICIÓN CIUDADANIA

NOMBRES
ISABELA NICOL

NACIONALIDAD
ECUATORIANA

FECHA DE NACIMIENTO
12 MAR 2006

LUGAR DE NACIMIENTO
SUCUMBIOS LAGO AGRIO
NUEVA LOJA

SEXO
MUJER

No. DOCUMENTO
083621017

FECHA DE VENCIMIENTO
21 ABR 2034

NATICAN
015984

FIRMA DEL TITULAR

NUL2150054167

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
SANCHEZ MANZANO LENIN EBIRO

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
CUARAN IMAGAN ROSA ISABEL

ESTADO CIVIL
SOLTERO

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN
LAGO AGRIO 21 ABR 2024

DIRECTOR GENERAL

CÓDIGO DACTILAR
V4343V4222

TIPO SANGRE A/R

DONANTE
No donante

I<ECU083621017 6<<<<<2150054167
0603124F3404218ECU<NO<DONANTE8
SANCHEZ<CUARAN<<ISABELA<NICOL<

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

CENTRO DE SALUD GENERAL FARFAN

MEDICO GENERAL

CEDULA :

PACIENTE:

REGISTRO DE CITAS

FECHA : 22/6/25	HORA: 10:40
FECHA : 11/07/25	HORA: 10:40
FECHA : 11/8/25	HORA: 10:40
FECHA : 11/9/25	HORA: 10:40
FECHA : 13/10/25	HORA: 10:00
FECHA : 11/11/25	HORA: 9:00
FECHA : 11/12/25	HORA: 10:00
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:

NOTA:ACUDIR 20 MINUTOS ANTES A LA CITA GRACIAS

HCU:

CC/CI.: 2150054167

Nombres: Isabela Nicol

Apellidos: Sanchez Cuaran

Discapacidad: Sí .... (No) .... Tipo .....

Teléfono domicilio: .....

Teléfono celular: .....

Dirección domicilio: Recinto Corazon Orencion

Orence

...ia: H1

...incia: Suc

...ón: Lago-

...quia: Ce

...lecimiento de

...Ministerio de

Segur

Seguro de las Fue

Seguro Soc

Salud materna

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

CENTRO DE SALUD GENERAL FARFAN

ODONTOLOGIA

CEDULA :

PACIENTE:

REGISTRO DE CITAS

FECHA : 11/08/25	HORA: 11:20.
FECHA : 11/09/25	HORA: 10:00
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:

NOTA:ACUDIR 20 MINUTOS ANTES A LA CITA GRACIAS

Controles

Fecha de atención Día	Mes	Año	Fecha próxima consulta Día	Mes	Año	Firma y sello del médico	Observaciones
27	5	2025	27	6	2025	Karina Arévalo Pincay	
11	06	25	11	07	2025		Control + examen
11	7	2025	11	8	2025	MEDICO RURAL	
11	8	2025	11	9	2025	1725480 46	Control + Eco
11	09	2025	13	10	2025		
11	11	25	25	11	2025		

Puerperio

Fecha de atención Día	Mes	Año	Fecha próxima consulta Día	Mes	Año	Firma y sello del médico	Observaciones

NOTA: En cada control debe registrarse la fecha de la próxima consulta.

Tipo de vacuna	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Edad de aplicación	Lote	Nombres y apellidos del vacunador	Nombre de la vacuna	Establecimiento de salud
Toxoide antitetánico (pentavalente)*	1.ª dosis	11	08	2025	19G	ZZ6042A8	LC40	Tetano	CS6T
	2.ª dosis	11	09	2025	Vacuna	ZZ6004Z5A	LC40	Tetano	CS6T
	3.ª dosis	11	Marzo	2026					
	4.ª dosis								
	5.ª dosis								

Tipo de vacuna	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Edad de aplicación	Lote	Nombres y apellidos del vacunador	Nombre de la vacuna	Establecimiento de salud
[illegible]									

*Si no tiene dudas, revise cuántas dosis de vacunación de embarazos previos (llevar el carnet). Aplicar siempre y cuando no exista evidencia de vacunación anterior (pentavalente, DPT y dT) completar esquema.

INFORMACIÓN PERINATAL - MSP

Isabela Nicol Sanchez Cuaran

HC: NO

CI: 2150054764

TELF: 0986041358

NACIONALIDAD: Ecuatoriana / Extranjera

FECHA DE NACIMIENTO: día 12 / mes 03 / año 06

EDAD (años): 19 — < de 15 / > de 35

AUTOIDENTIFICACIÓN: Indígena / Afroecuatoriana afrodescendiente / Negra / Mulata / Montubia / Mestiza / Blanca / Otra

SABE LEER Y ESCRIBIR: no / si

ALFABETIZACIÓN E INSTRUCCIÓN: Edu. Básica Jóvenes y Adultos alfabetización inicial; Edu. básica (Preparatoria); Edu. básica (elem. y media.); Edu. básica (superior); Bachillerato; Superior: Tecnico superior, Tercer nivel de grado, Cuarto nivel pos-grado; último año aprobado: 03; Ninguna / Se ignora

ESTADO CIVIL: Unión de hecho, Soltera, Casada, Divorciada, Viuda, Se ignora

VIVE SOLA: no, si

ESTABLECIMIENTO DEL LUGAR DE PARTO: CS Puerto Fon

ANTECEDENTES

Maternos: Tb, Diabetes, Hipertensión, Preeclampsia, Eclampsia, Otro (cuál), Ninguno

Familiares: Tb, Diabetes, Hipertensión, Preeclampsia, Eclampsia, Otro (cuál), Ninguno

Quirúrgicos: Cirugía Ginecológica, Infertilidad, Cardiopatía, Nefropatía, Malformación, VIH, Ninguno

OBSTÉTRICOS

ULTIMO EMBARAZO: n/a, normal, < 2500g, > 4000g; Embarazos Múltiples: no, si

gestas previas: 00; abortos: 00; vaginales: 00; nacidos vivos: 00; viven: 00

3 aspont. consecutivos

partos: 00; cesáreas: 0; nacidos muertos: 0

muertos 1er. sem.: 0; después 1er. sem.: 0

emb molar: 0; emb. ectópico: 0

FIN EMBARAZO ANTERIOR

día / mes / año: 00/00/0000 — menos de 1 año / n/a

EMBARAZO PLANIFICADO: no / si

FRACASO MÉTODO ANTICONCEPTIVO: Barrera, DIU, Hormonales, Natural, Quirúrgico, No usaba

GESTACION ACTUAL

PESO INICIAL: 53,6 kg — TALLA (cm): 154

FUM: día 16 / mes 03 / año 2025

FPP: día 21 / mes 12 / año 2025

EG CONFIABLE por: FUM / Eco <20 s.: no / si

ECOGRAFÍA 11-13 semanas: no / si

FUMA ACT.: 1er trim., 2do trim., 3er trim.: no / si

FUMA PAS.: no / si

DROGAS: no / si

ALCOHOL: no / si

VIOLENCIA: no / si

ANTIRUBEOLA: previa / no sabe / embarazo / no

ANTITETÁNICA: vigente: no / si; DOSIS Mes gestación: 1ra, 2da

EX. NORMAL: MAMAS: no / si; ODONT: no / si

CERVIX: normal, displasia, no se hizo; PAP; COLP

GRUPO: 0; Rh: −

PLASMODIOS: no se hizo / no aplica; −; +

VIH-Diag. tratamiento

<20 sem. solicitada: si / no / n/c; Prueba result.: + / − / n/d / n/c

TARV. en emb.: si / no / n/c

≥ 20 sem. solicitada: si / no / n/c; Prueba result.: + / − / n/d / n/c

TARV. en emb.: si / no / n/c

Hb <20 sem.: 13,1 g/dl; <11.0g/dl

Fe/FOLATOS indicados: no / si; Fe; Folatos

Hb ≥ 20 sem.: 13,7 g/dl; <11.0 g/dl

SÍFILIS - Diagnóstico y tratamiento: Prueba (no treponemica / treponemica: + / s/d / n/c); Tratamiento (- / s/d / n/c); Tto de la pareja: no / si / s/d / n/c

CHAGAS: − / +; PALUDISMO/MALARIA: − / +

BACTERIURIA: no se hizo; sem normal / anormal; 2do

GLUCEMIA EN AYUNAS: ≥ 92 mg/dl; <20 sem.: 01,2; >30 sem

PREVENCIÓN PREECLAMPSIA: Calcio >12 sem: no / si; Ácido Acetil Salicílico >12 sem: no / si / n/c

ESTREPTOCOCO B 35-37 semanas: − / + / no se hizo

EDUCACIÓN PRENATAL: Sesiones 1 2 3 4 5 6

PLAN DE PARTO Y EMERGENCIA: no / si

CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA: no / si

CONTROLES PRENATALES

Edad gest. (día mes año)	Peso	Ganancia adecuada peso	TA	FC	FR	T°C	Sat.	Proteinuria	Est. conc.	Altura uterina	Presentación	FCF (lpm)	Movim. fetales	Sangrado vaginal	Exámenes, tratamientos, SCORE MAMÁ	Iniciales Técnico	Próxima cita (día mes año)
21 05 2025	60,35	no / si	110/60	90x	18x	36,6	99%	NA	A	13	NA	NA	NA	no / si	VIH, VDRL, Tipo, Hierro, Folatos, Calcio	[illegible]	27 06 25
11 06 2025	63,85	no / si	100/60	89x	19x	36,6	98%	s/a	[illegible]	[illegible]	[illegible]	143	s/a	no / si	Sulfato ferroso, Folatos, Calcio, Control odontología	[illegible]	11 07 25
11 07 2025	64,25	no / si	110/60	84	20	36,4	99	(-)	A	23	[illegible]	124	NA	no / si	Hierro, Folatos, Calcio, Control odontología	[illegible]	11 08 25
11 08 2025	63,5	no / si	100/60	84	20	36,6	98	(-)	A	23	[illegible]	140	++	no / si	Hierro, Folatos, Calcio, Control odontología	D.K	11 09 25
11 09 2025	64,3	no / si	120/60	98	19x	36,6	97	(-)	A	28	Cefálico	145	++	no / si	Hierro, Folatos, Calcio, Control odontología, Proteina	[illegible]	13 10 25

Fecha de atencion (día mes año)	Edad gest.	Peso	Ganancia adecuada peso	TA	FC	FR	T°C	Sat	Proteinuria	Est. conc.	Altura uterina	Presentacion	FCF (lpm)	Movim. fetales	Sangrado vaginal	Exámenes, tratamientos, SCORE MAMA	Iniciales Técnico	Próxima cita (día mes año)
13 10 25	30 1/7	62,4	no / si	[illegible]											no / si	[illegible]	[illegible]	
11 11 25	34,3	63,60	no / si	[illegible]					(-)	A	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	no / si	[illegible]	A.A.A	28 11 26
			no / si												no / si			
			no / si												no / si			
			no / si												no / si			
			no / si												no / si			
			no / si												no / si			
			no / si												no / si			
			no / si												no / si			
			no / si												no / si			
			no / si												no / si			

PLACENTA: completa no / si; retenida

LIGADURA CORDÓN AL CESAR PULSACIONES: no / si

RECIBIÓ: inducción no / si; Oxitocicos en TDP; Antibiot.; Analgesia; Anest. local; Anest. región; Anest. gral.; Trasfusion; Sulfato de mg. preeclam. eclam.

Medicación: no / si — Cuál?

MORBILIDAD

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS: no / si

- Eclampsia
- Hellp
- Transitoria
- Previa con proteinuria sobreagregada
- Previa
- Preeclampsia

INFECCIONES: no / si

- SIRS
- Sepsis
- Endometritis
- Infección ovular
- Infección genital
- Bacteriuria asintomática
- Pielonefritis
- Neumonia
- Mastitis
- Gonorrea
- Parasitosis
- Infección herida cesárea
- Infección episorrafia
- Otra infección

HEMORRAGIA: 1 TRIM. no / si; 2 TRIM. no / si; 3 TRIM. no / si

- Post aborto
- Mola hidatiforme
- Embarazo ectópico
- Placenta previa
- Acretismo placentario
- DPPNI
- Rotura uterina
- Hemorragia postparto
- Atonia uterina
- Desgarros
- Restos
- Defecto de coagulación

TRASTORNOS METABÓLICOS: no / si

DIABETES MELLITUS: no / si

- Tolerancia oral a la glucosa anormal
- D.M. insulino dependiente previa
- D.M. no insulino dependiente previa
- D.M. gestacional

TRASTORNOS TIROIDEOS: no / si

- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo
- Crisis tiroidea
- Otro trastorno metabólico

OTROS TRASTORNOS: no / si

- Hiperemesis gravidica
- Trombosis venosa prof.
- Tromboembilismo pulm.
- Embolia L.A.
- Cardiopatía
- Valvulopatía
- Convulsiones
- Oliguria
- Anemia ferropriva
- Anemia falciforme
- Enfermedad renal
- Neoplasia maligna
- Trastorno siquiátrico
- Alteración del estado de conciencia

POSTPARTO

día	hora	T°C	TA	FR	pulso	Sat	est. conc.	nivel alt.	loquios	SCORE MAMÁ

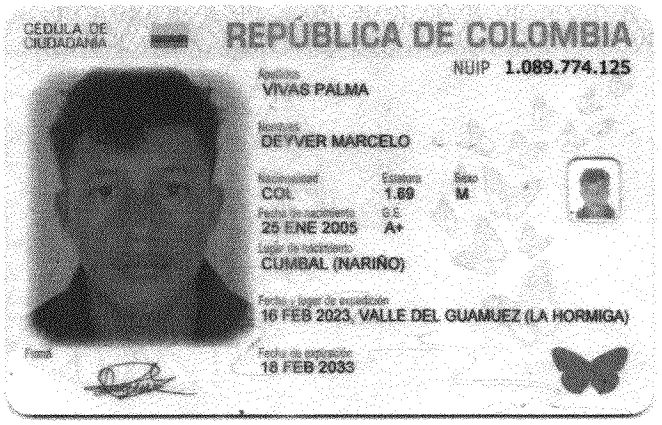
Inmunoglobulina anti Rh D: no / si / n/c

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS: no / si

- Parto obstruido
- Rotura prolongada de memb.
- Oligoamnios
- Polihidramnio
- Sufrimiento fetal agudo
- Restricción de crecimiento intrauterino

Otros: no / si — Examen: 2/6/2025

INTERVENCIONES


CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.089.774.125

Apellidos
VIVAS PALMA

Nombres
DEYVER MARCELO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.69

Sexo
M

Fecha de nacimiento
25 ENE 2005

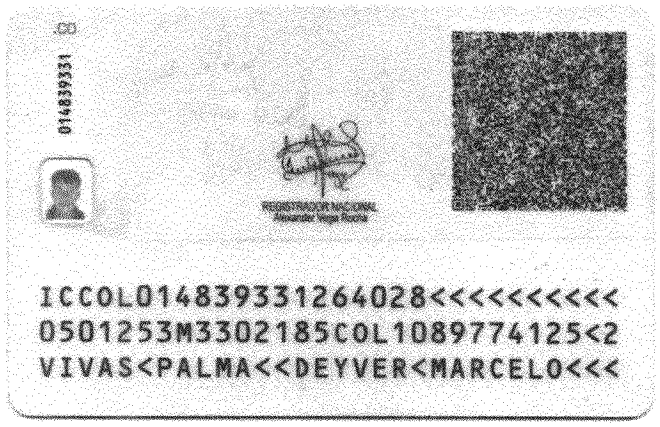
G.S.
A+

Lugar de nacimiento
CUMBAL (NARIÑO)

Fecha y lugar de expedición
16 FEB 2023, VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)

Firma

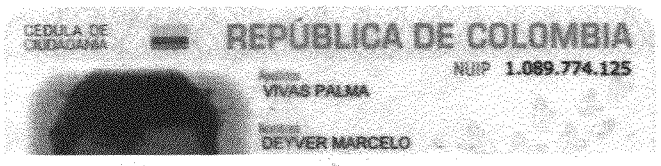
Fecha de expiración
18 FEB 2033

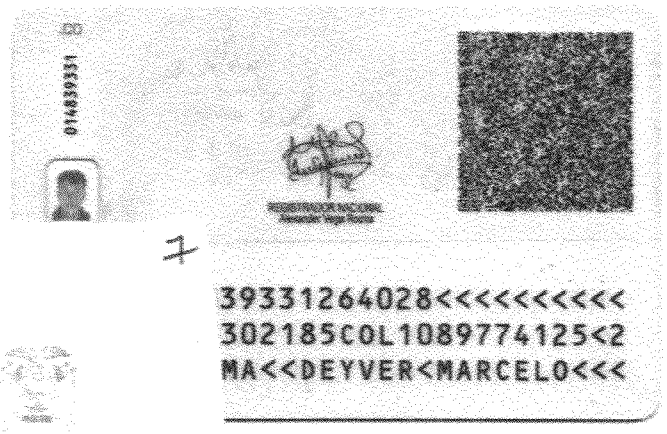

.CO

014839331

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL014839331264028<<<<<<<<<<
0501253M3302185COL1089774125<2
VIVAS<PALMA<<DEYVER<MARCELO<<<





Ministerio de Salud Pública

Coordinación Zonal 1

Dirección Distrital 21D02 Lago Agrio-Salud

CENTRO DE SALUD "GENERAL FARFÁN"

CERTIFICADO ODONTOLOGICO

Certifico que: Sanchez Isobela paciente se presentó esta casa de salud

Nro. HCL: 2150054167

Diagnóstico: (2012) Evaluación Odontologica.

Otros: 2298 Profilaxis Odontologica

Es todo cuanto puedo certificar y decir en honor a la verdad.

General Farfán 20 de Julio del 2025

Atentamente

Dirección de Salud 21D02 Lago Agrio
C.S. General Farfán
Dra. Dennise Achupallas G.
C.I. 172643112
ODONTÓLOGA RURAL

Odont. ACHUPALLAS GAVILANES KIMBERLY DENNISE

ODONTÓLOGA RURAL DEL CENTRO DE SALUD GENERAL FARFÁN

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Isabela nicol Sanchez Identificado con C.C N° 2150054167 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: Mi Mundo Magico 1, 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 14 Días del mes de Junio del Año 2025.

Isabela Sanchez
Madre o Acudiente
C.C 2150054167

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 _____, 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, Isabela nicol sanchez Cuaran, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1150054161, 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	X	Videos	X	Otros datos personales	X

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 E.I.R.C.

Suscriben:

Firma: Isabela Sanchez.
Nombre: Isabela nicol sanchez.
Calidad - Titular: _____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 988607358
Fecha: 19-06-2025
Municipio: San miguel.