



Fundación

Alma de Vida

Fomentando caminos de esperanza

**LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES**

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripción 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 <u>X</u> 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.
17	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: 26-03-2025 FECHA INGRESO: 26-03-2025

UDS: Nio tiernos Amiguitos 1 MUNICIPIO: San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:

Nia Alejandra Arcoz Rivera



TIENE REGISTRO CIVIL: ☒ SI ☐ NO NUIP No. 1126461029

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? NIA

FECHA NACIMIENTO: 04-03-2022 EDAD: 3 Años MUNICIPIO: San Miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: Vereda San Francisco ESTRATO: 1 ¿HA

ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: ☐ NO: ☒

¿CUAL?: NIA MOTIVO DEL RETIRO: NIA

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: ☒ NO: ☐ CUAL: NIA

EPS DEL PARTICIPANTE: Emsanar S.A.S SUBSIDIADO: ☒ CONTRIBUTIVO:

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: ☐ NO: ☒ DIAGNOSTICO: NIA

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: NIA

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: ☐ NO: ☒ CUAL: NIA

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: ☐ NO: ☒ CUAL: NIA

TIENE SISBEN: SI: ☒ NO: ☐ PUNTAJE: A 2 DESPLAZADO: SI: ☐ NO: ☒

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: ☐ NO: ☒ RED UNIDOS: SI: ☐ NO: ☒

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: ☐ NO: ☒ CUAL: NIA

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Segundo Alejandro Arcoz Yela

No. IDENTIFICACION: 1122336136 DIRECCION RESIDENCIA: V/San Francisco

CELULAR: 3138455024 E.P.S: Emsanar S.A.S

Ocupacion u Oficio: Independiente

EMPRESA DONDE LABORA: NIA

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachillerato PROFESIÓN: NIA

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yenny Yadeira Rivera Machoa

No. IDENTIFICACION: 1140434613 DIRECCION RESIDENCIA: V/San Francisco

CELULAR: 3138455024 E.P.S: Emsanar S.A.S

Ocupacion u Oficio: Amo de casa

EMPRESA DONDE LABORA: NIA

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachillerato PROFESIÓN: NIA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Yenny Yadeira Rivera Machoa

NUMERO IDENTIFICACION: 1140434613 CELULAR: 3138455024

DIRECCION: V/San Francisco PARENTESCO: Madre



REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N**



Adhesivo Copia
Registro Civil

REGISTRADURIA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

30946613-4

NUIP 1.126.461.029

Tipo de certificado

Datos Esenciales ☐

Acreditar
Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

ARCOS RIVERA NIA ALEJANDRA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)

Año 2 0 2 2 Mes M A R

Día 0 4

Sexo (en letras)

FEMENINO

Tipo Sanguíneo

0 +

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

COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL (LA DORADA)

Fecha de Inscripción (Mes en letras)

Año 2 0 2 2 Mes M A Y

Día 1 6

Indicativo serial

0061323673

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

RIVERA MACHOA YENNY YADEIRA

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.140.434.613

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

ARCOS YELA SEGUNDO ALEJANDRO

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.336.130

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

ARCOS YELA SEGUNDO ALEJANDRO

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.336.130

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)

Código

Y 7 A

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año 2 0 2 2 Mes M A Y

Día 1 6

Nombre y firma del funcionario

CARMEN PATRICIA CASANOVA YANDE
Registrador del Estado Civil

Registro válido

Fecha de consulta:

30/09/2025

Ficha:

86757674952700007625

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: NIA ALEJANDRA

Apellidos: ARCOS RIVERA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1126461029

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

03/05/2024

Última actualización ciudadano:

03/05/2024

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 MONTERO

Dirección:

Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono:

4210537 - 3213138790

Correo Electrónico:

sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co



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	1126461029
NOMBRES	NIA ALEJANDRA
APELLIDOS	ARCOS RIVERA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	09/08/2022	31/12/1999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/30/2025 21:39:00	Estación de origen:	192.168.70.220
----------------------------	------------------------	----------------------------	----------------

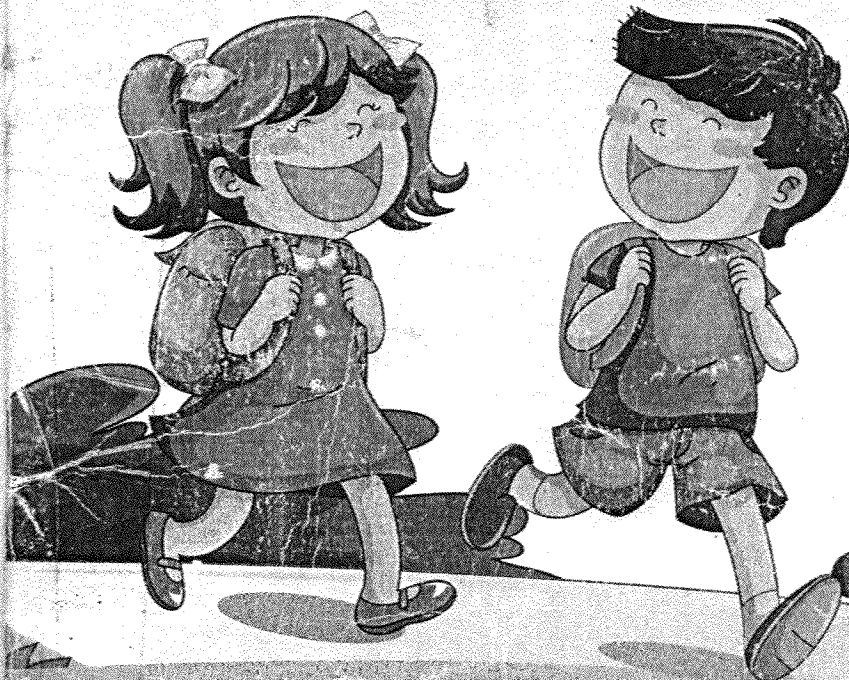
La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/1999 determina que el afiliado

CARNET DE CONTROL

Niño y Niña

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres:

niña Alejandra

Apellidos:

ARCOS Rivera

Fecha de nacimiento

DIA 3 MES 2022 AÑO

Historia Clínica:

1126461029

Barrio/Vereda:

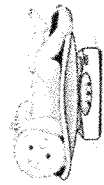
41 Dins Penco

Responsable del niño:

Teléfono:

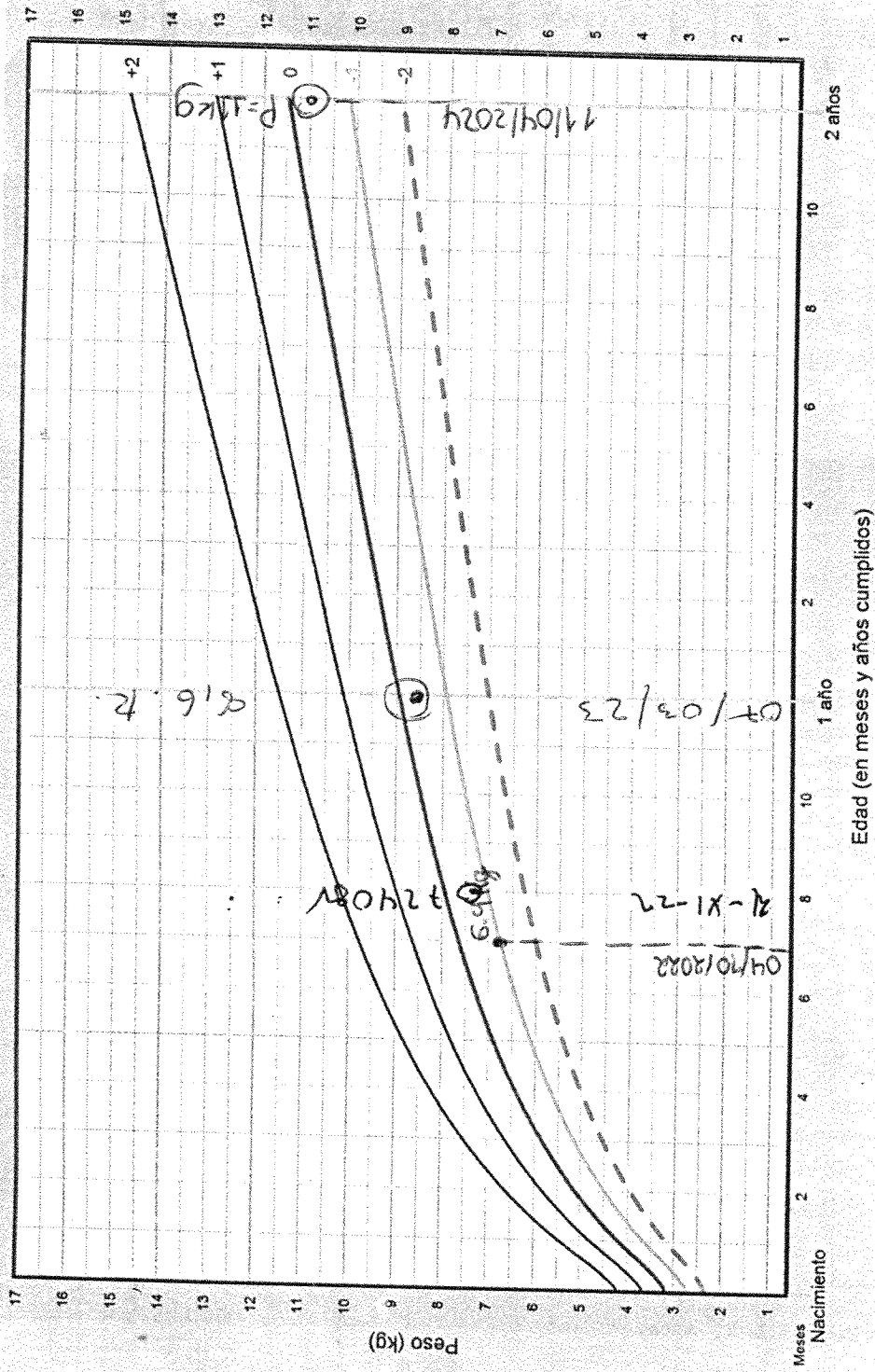
318 8455024

EPS:

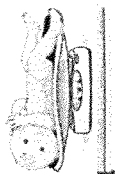


Peso para la Edad Niñas

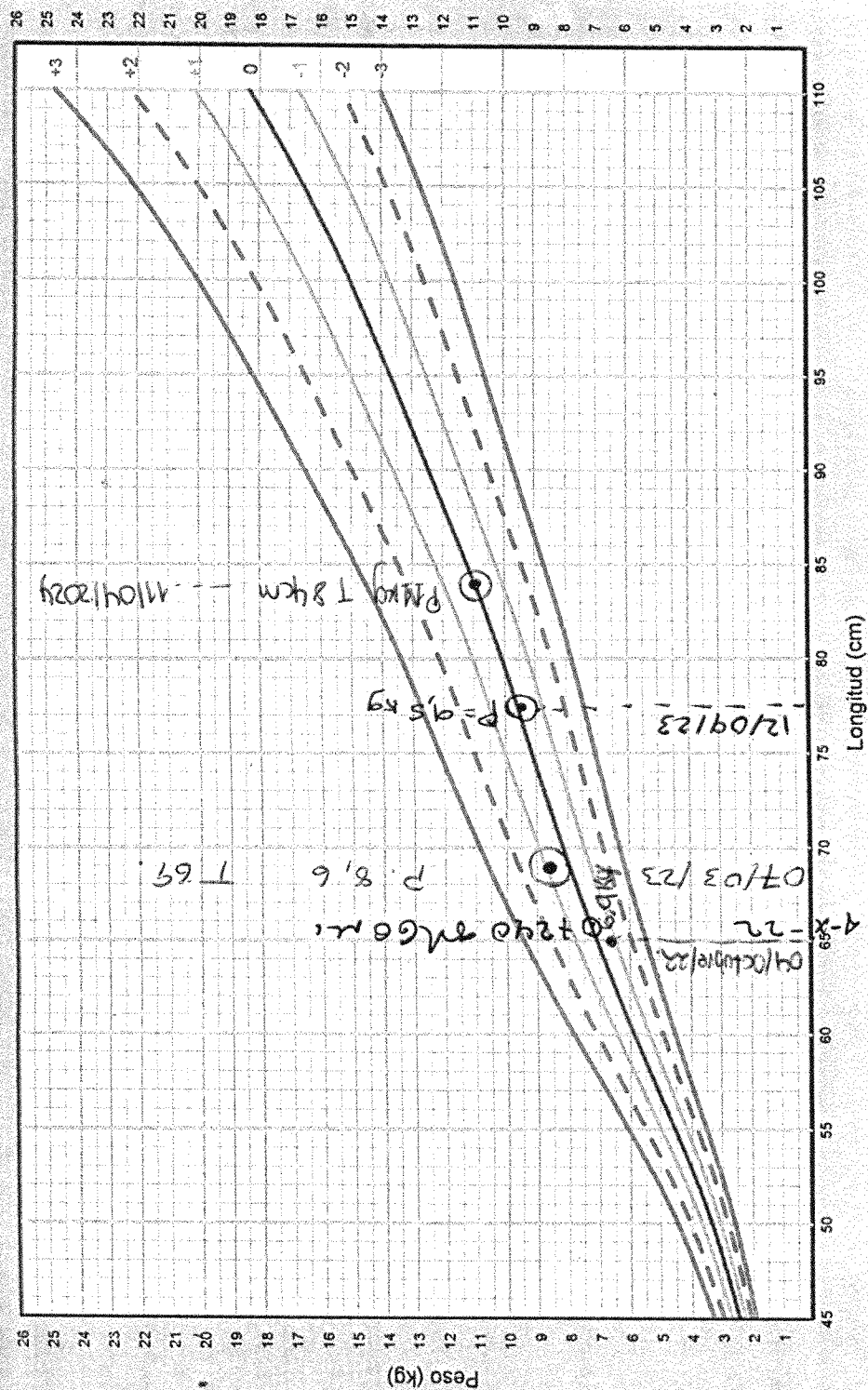
Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso para la Talla Niñas

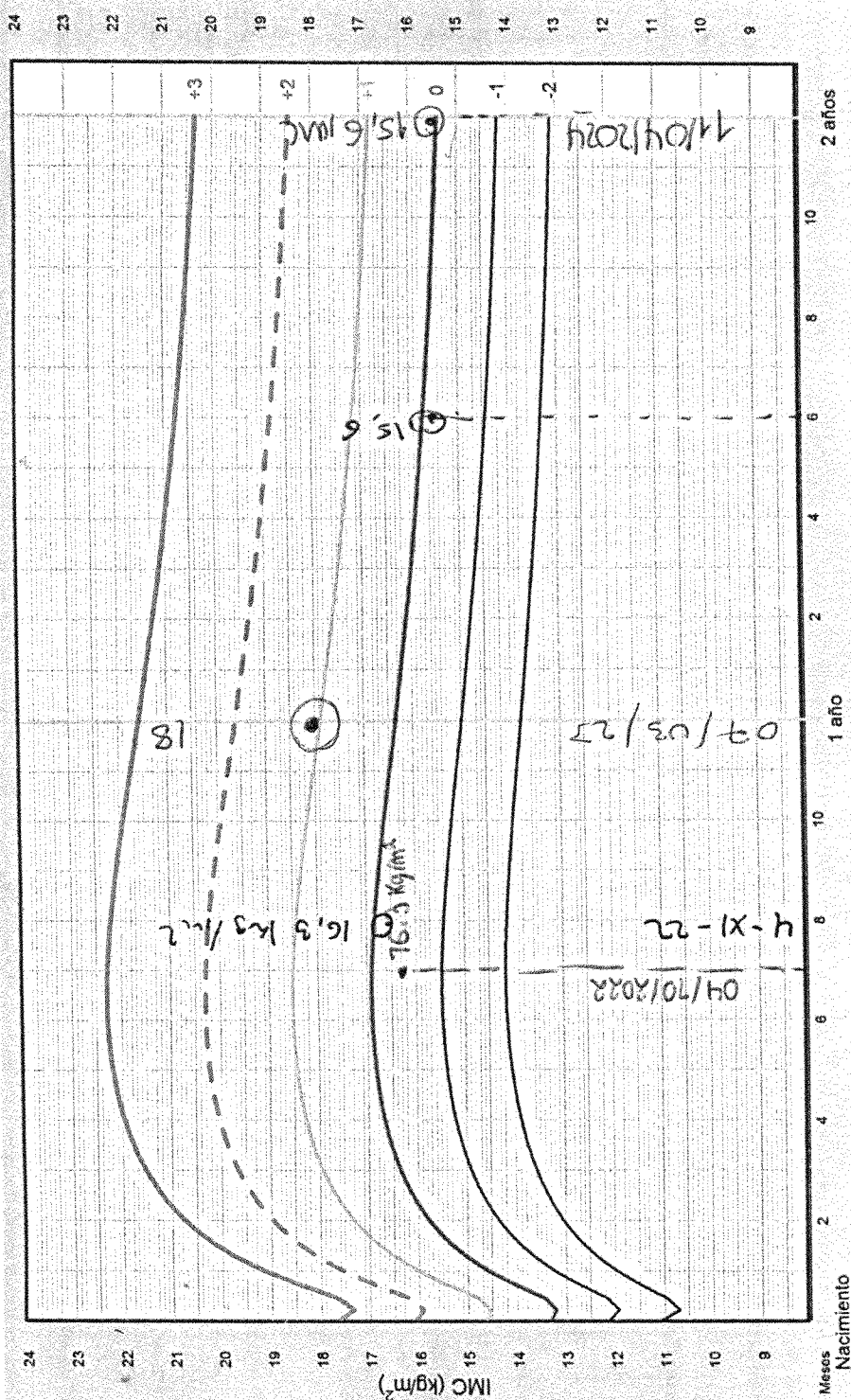


Puntuación Z (0 a 2 años)



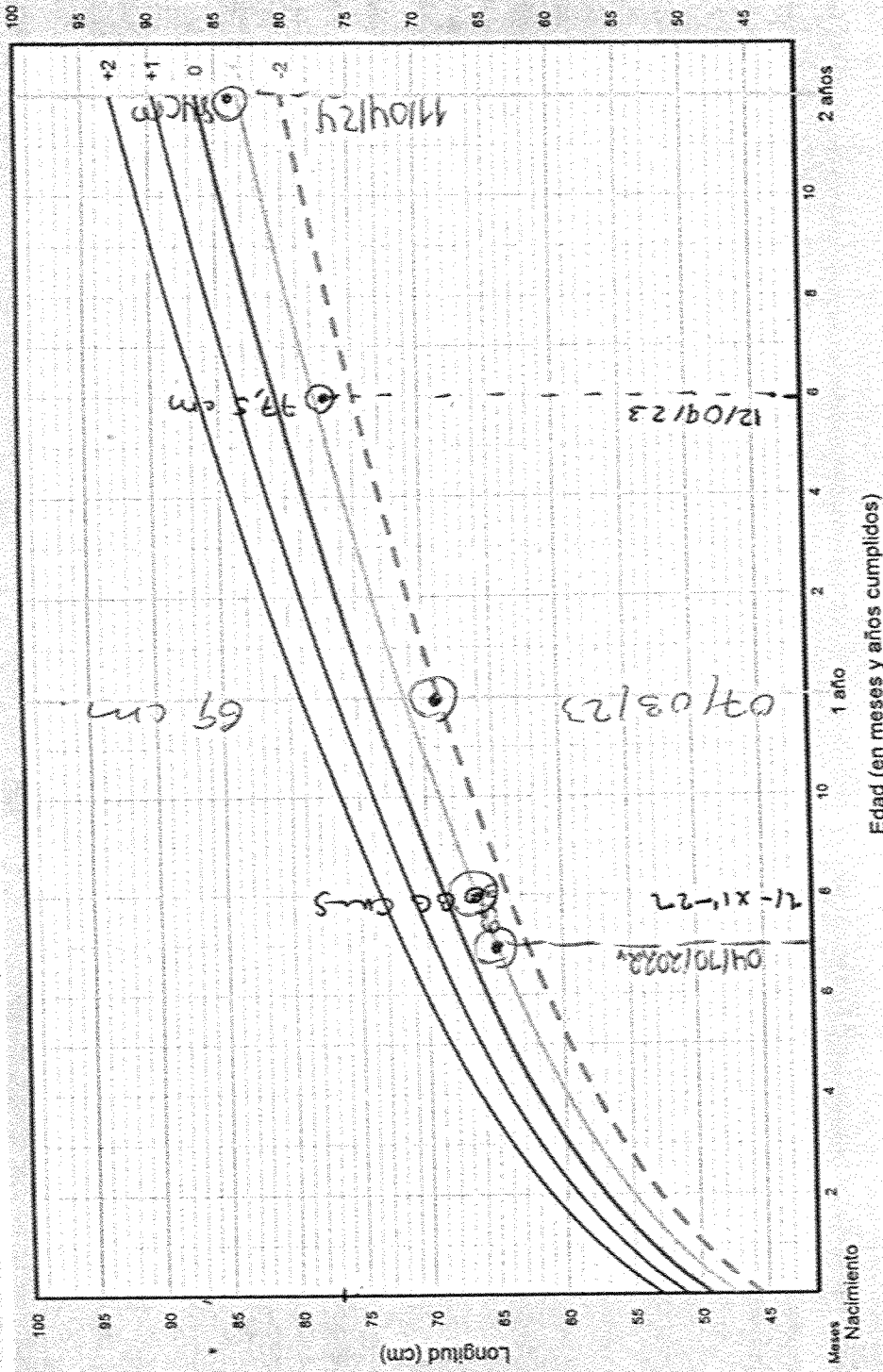
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

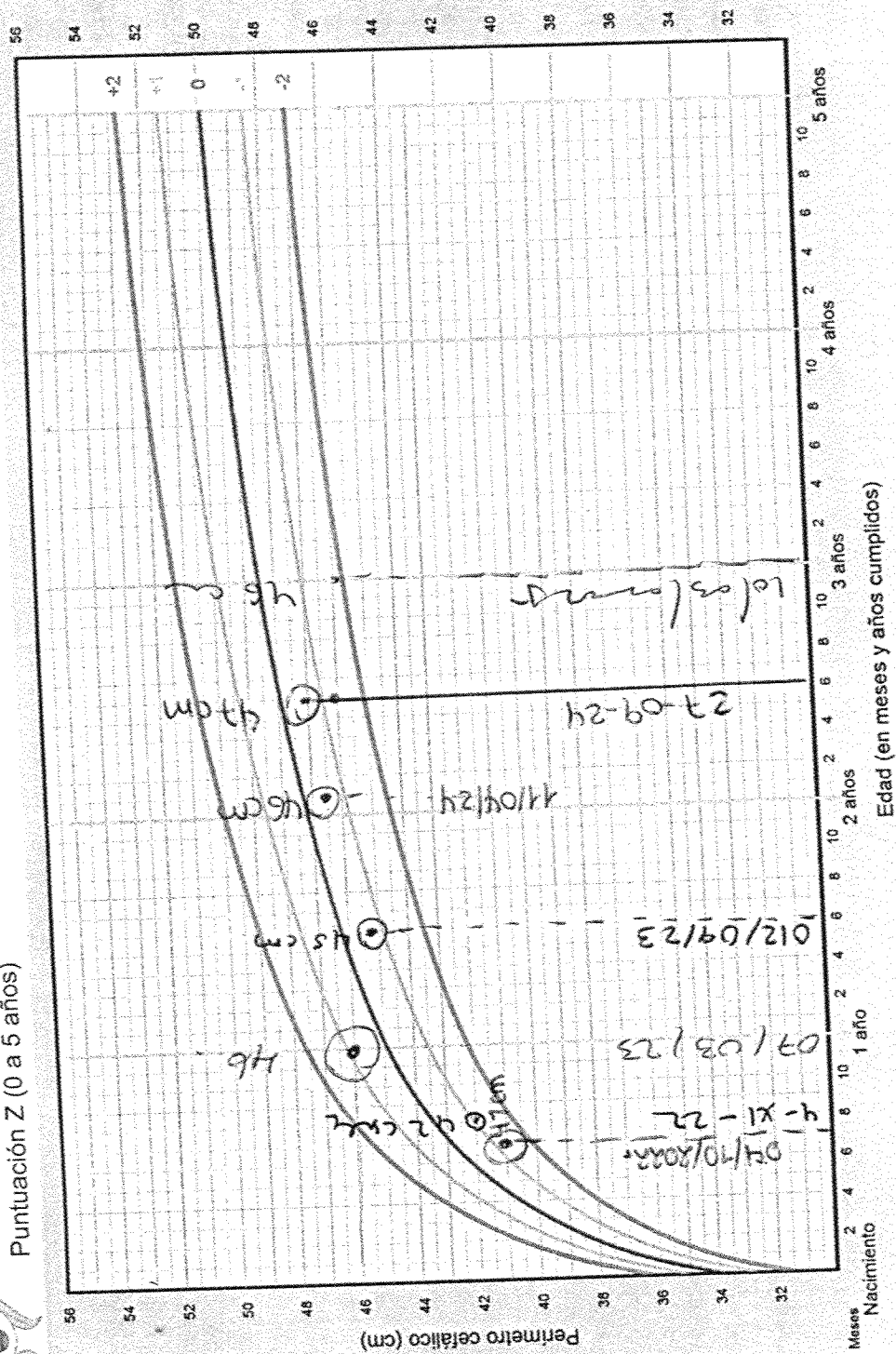


Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

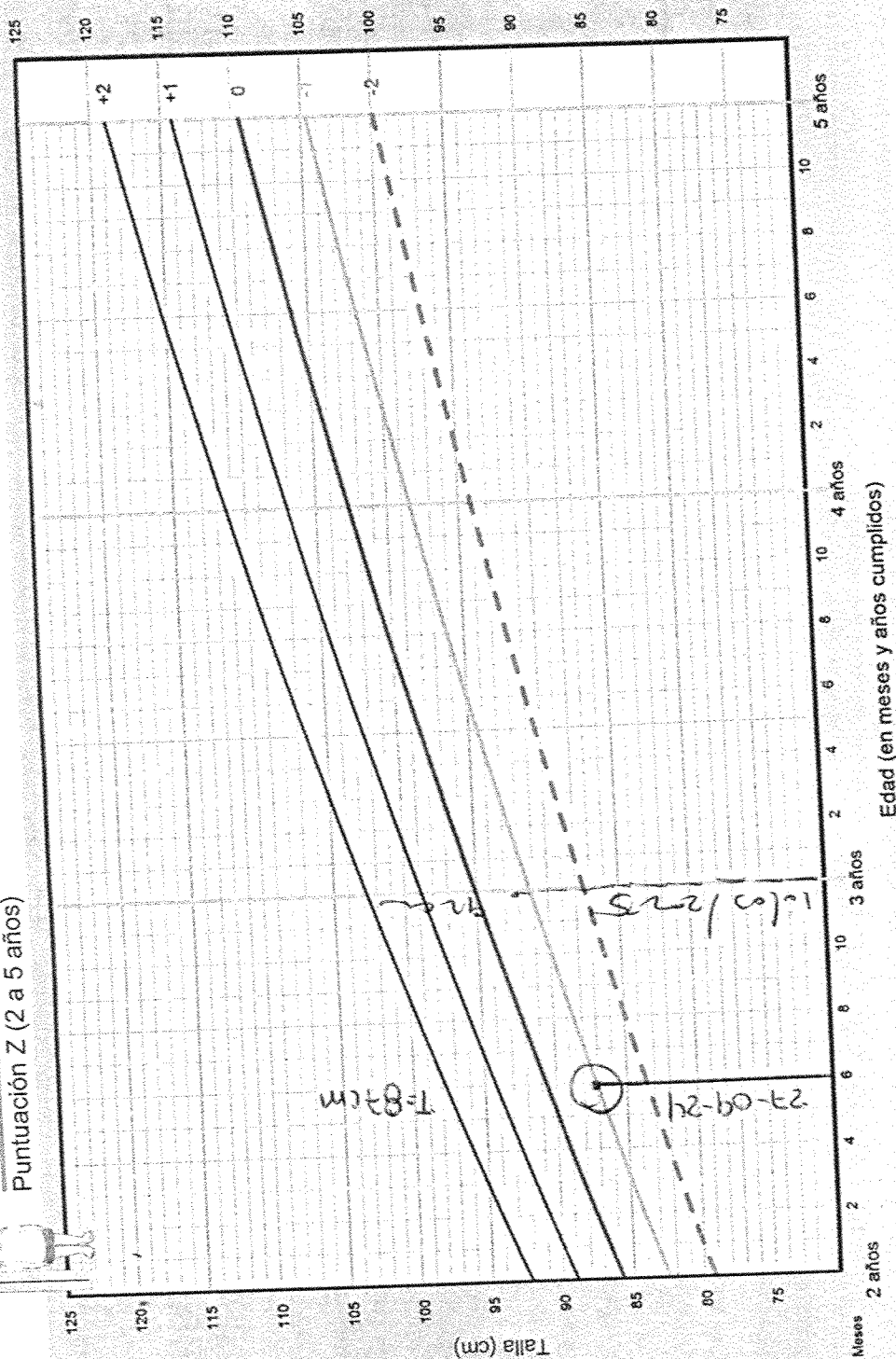


19



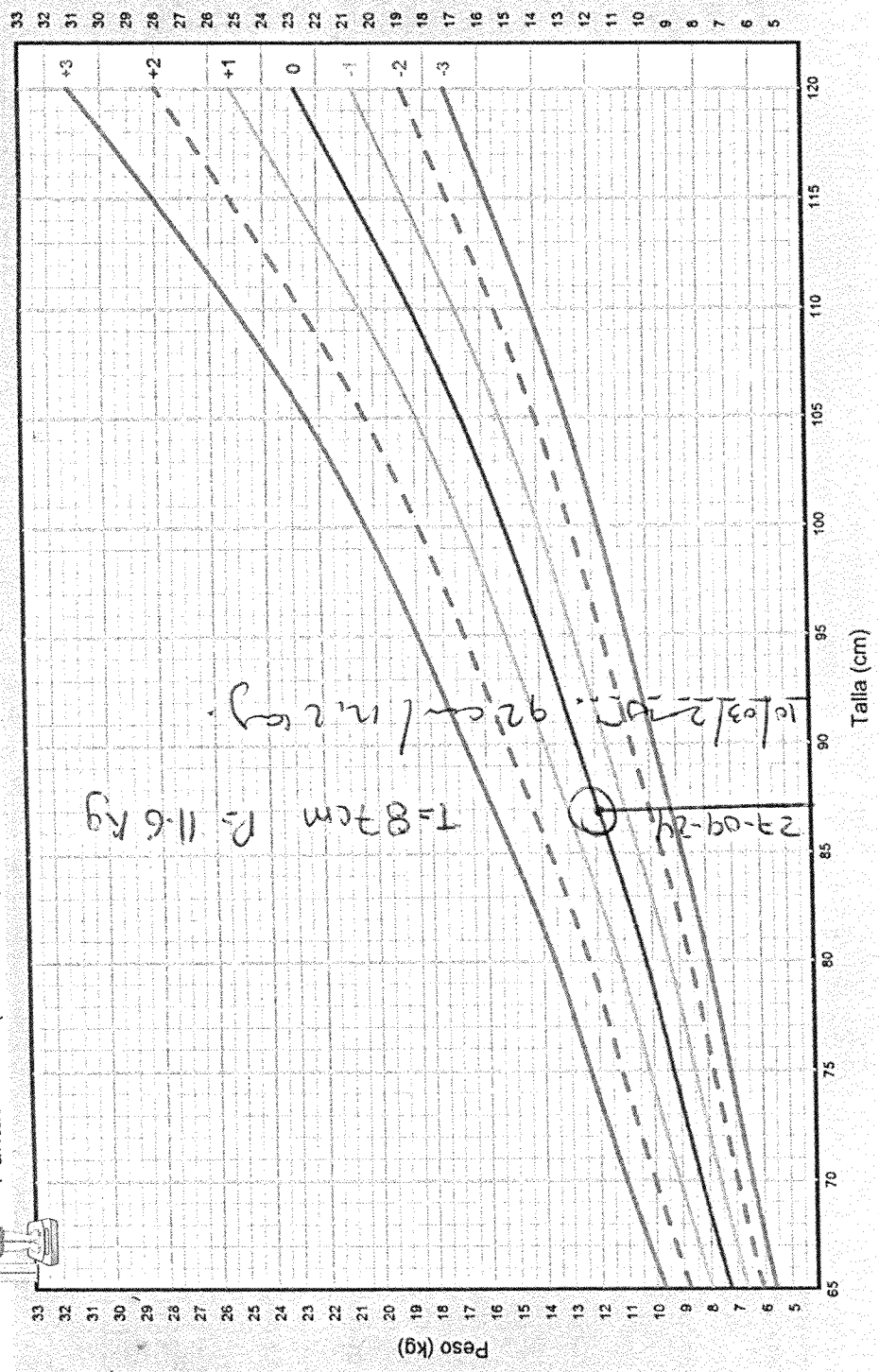
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niñas

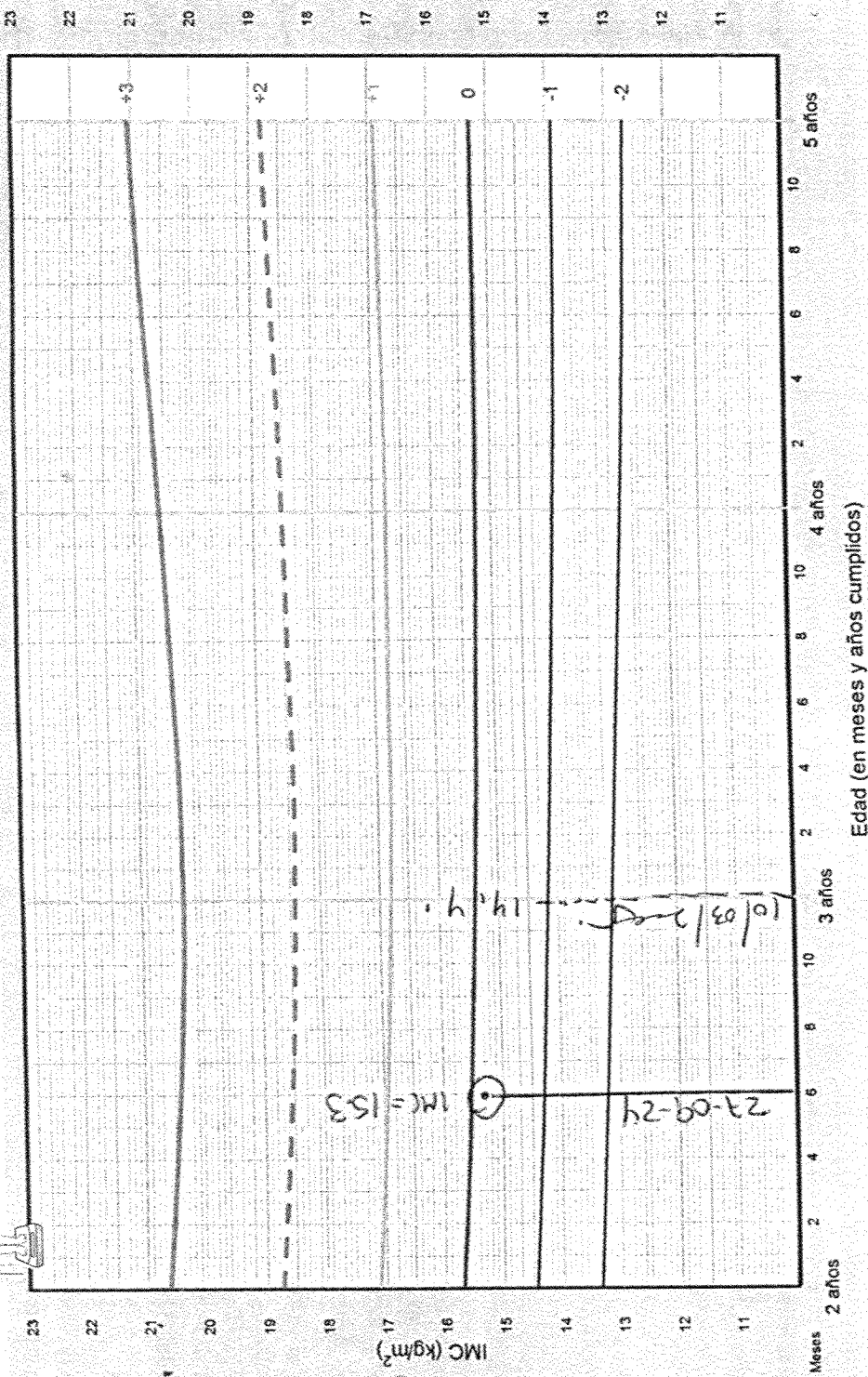
Puntuación Z (2 a 5 años)





IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



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

SEGUIMIENTO RECÉN NACIDO

Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal	Alterado
Auditivo OEA/PEAA	Normal	Normal	Alterado
Cardiopatía Congénita Compleja	Normal	Normal	Alterado
Visual	Normal	Normal	Alterado

ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMEDAD (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha		Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Peso	Talla		
Al mes						
2 a 3 meses						
4 a 5 meses						
6 a 8 meses						
9 a 11 meses						
12 a 17 meses						
18 a 23 meses						
24 a 29 meses						
3 años						
4 años						
5 años						

PORTFOLIO CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	
2.ª entrega	
3.ª entrega	

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m	
1 año	
2 años	
3 años	
4 años	
5 años	

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años	
4 años	
5 años	

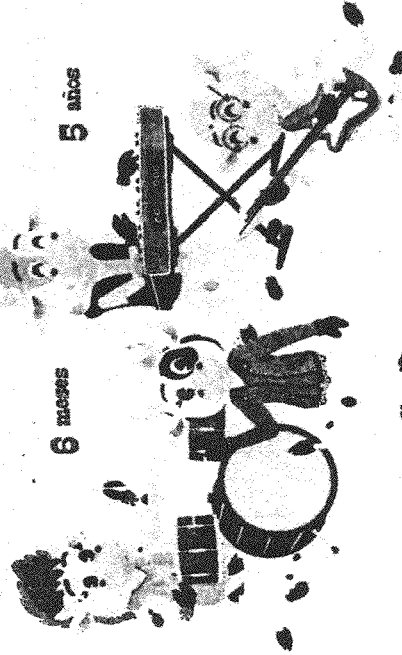
*Menor o igual a 20 normal

Vacunar oportunamente con todas las vacunas a tus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis meningea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tétanos, diarreas por rotavirus, neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

Edad de aplicación de las vacunas
a los niños y niñas menores de 6 años:

0 meses 2 meses 12 meses
4 meses 7 meses 18 meses
6 meses 5 años



Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: **DA ALEJANDRA ALCOS RIVERA**

Fecha de nacimiento: **04-03-2022**

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: **1.126.461.029**

Sexo: **FEMENINO**

Grupo sanguíneo: **CC: 1.140.434.613**

Peso al nacer: Talla:

Dirección: **CL OJO PEÑA**

Teléfono 1: **313 8455024**

Teléfono 2:

Responsable: **YENNY RIVERA**

Municipio de residencia: **SAN MIGUEL**

Departamento: **Putumayo**

Busca ya
las vacunas
¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

[illegible]

Cte. 5 Arts
Curriculum.

Q. Enchiridion
For Am. & Foreign
Ch. No. 123389

CABQ.CH
Nov 2022

[illegible]

三

[Signature]

[Handwritten signature]

13-5-03
CITA
04-10-03
2023
CITIZENSHIP
CITIZENSHIP

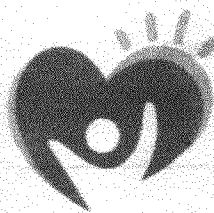
60-7744-1000

4700

Handwritten: 18

1111

13



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

**ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA LA APLICACION 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 20 MES 04 AÑO 2025 HORA: 9:30 am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Nia Alejandra

APELLIDOS Arias Rivera

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☒ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 1.126.461.029

FECHA DE NACIMIENTO DÍA 04 MES 03 AÑO 2022 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE

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

¿COMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar <u>Ninguna.</u> 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 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; 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 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 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: _____ que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Yenny Rivera

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

Nombres Yenny Yadeira Apellidos Rivera Machoa

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.140.434.613

Firma: Yenny Yenny Rivera

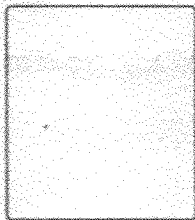
En caso de requerirse firma a ruego:

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: Jennifer Yuliett Cabezas Heneses

Firma _____ Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446069

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS):

HPUD

DEPARTAMENTO/DISTRITO:

Putumayo

MUNICIPIO:

San Miguel

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUP 1.140.434.613



YENNY YADEIRA

Keywords: child sexual abuse; disclosure; social support

COL

Fichas de nacimiento

16 AGO 2001

Legat de România

PUERTO LEGUIZAMO (PUTUMAYO)

... ..

10 SEPT 2019, SAN FRANCISCO

Journal of Management Education 30(6)

Fecha de expiración
12 SEPT 2033

Figure 1

Xenny Rivers

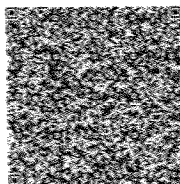


.00

780820250



REGISTRADOR NACIONAL
Alejandro Viteri Borda



ICCOL032078084864013<<<<<<<<<
0108168F3309128COL1140434613<5
RIVERA<MACHOA<<YENNY<YADEIRA<<

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	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud bucal por odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor													
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana													
		Aplicación de sellantes (según criterio)													
	V	Vacunación													

 **E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA**

 **GOBERNACIÓN
PUTUMAYO**

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

**CARNET
RIAS** **PRIMERA INFANCIA**

 **E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA**

Servicios con amor



Nombres y apellidos: **Nia Alejandra Arcoz**

Doc. de identidad: **1126 46 1029** EPS: **118**

Teléfono: **313 8955024** Domicilio: **V/Dios Peto**

21

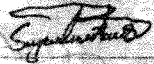
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

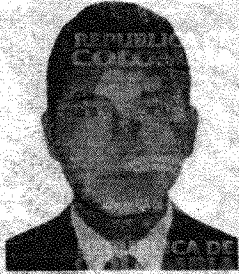
NÚMERO **1.122.336.130**

ARCOS YELA

APELLIDOS
SEGUNDO ALEJANDRO

NOMBRES


FIRMA




ÍNDICE DERECHO

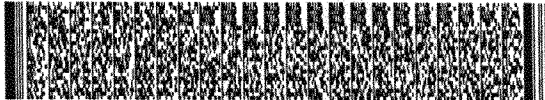
FECHA DE NACIMIENTO **15-DIC-2000**
SAN MIGUEL (LA DORADA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

17-DIC-2018 SAN FRANCISCO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-6401300-01135527-M-1122336130-20200229 0070364073G 1 9911514775



Fundación

Alma de Vida

Fomentando caminos de esperanza



22

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

Yo Yenny Yadeiro Rivera Identificado con C.C N° 1140.434.613 en calidad de: padre o madre (☒), del niño o niña: Nia Alejandra Arco Rivera o Gestante () Lactante (), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Nis hemos amiguitos 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 16 Días del mes de abril del Año 2025.

Yenny Rivera
Madre o Acudiente
C.C 1140.434.613

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F10.MO6.PP	21/05/2019
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PARTICIPACIÓN	Versión 4	Página 1 de 2

Yo, Yenny Yadeira Rivera, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 4140.434.613, obrando en calidad de:

Padre		Madre	☒	Cuidador	
-------	--	-------	-------------------------------------	----------	--

De la niña, niño o adolescente, Nia Alejandra Anas Rivera, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) ☒ TI ☐ CE ☐ número 1126 461 029, 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: Yenny Rivera
 Nombre: Yenny Yadeira Rivera
 Calidad - Titular: Representante legal: ☒
 Teléfono de contacto: 313 845 5024
 Fecha: 16-04-2025
 Municipio: San Miguel

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 "LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012"



PROCESO
COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA

FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN

F2.P2.CE

11/07/2024

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 Nia Alejandra Arias Rivera, identificado (a) con documento de identidad número 1126.961.029, 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, Yenny Yadeiro Rivera Machoa, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1140.434.613, 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 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 Fundación 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 Educación inicial campesina

Suscriben:

Firma: Yenny Rivera
Nombre: Yenny Yadeiro Rivera Machoa
Calidad - Titular: Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3138455024
Fecha: 16-04-2025
Municipio: San Miguel

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.



RÉGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"



NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Suzan Cifuentes Castro

NOMBRE UCA: Nos hemos amigos 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Nia Alejandra Anos Rivera

IDENTIFICACIO: L.126.461.029

FECHA DE NACIMIENTO: 04-03-2022

[illegible]



NOMBRE DE LA MAESTRA (O): _____

NOMBRE UCA:

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE:

IDENTIFICACIO:

FECHA DE NACIMIENTO:

[illegible]

Ciudad La Dorada, San Miguel
 Nombre completo de la niña o niño Nia Alejandra Arco Rivera
 Fecha de nacimiento 04-03-2022 N° Documento de Identidad 1.126.461.029
 Sexo ☐ Masculino ☒ Femenino Fecha de 1er día de atención en el año 16-04-2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Suzan Cifuentes Castro
 Fecha de registro cualitativo 17-07-2025

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 ☒ Perfil de desarrollo
 valoración cualitativa Alerta ☐ Esperado ☒ Avanzado ☐

Observaciones generales

Nia se encuentra en el perfil esperado según el análisis cualitativo sus acciones son acorde a su edad.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Suzan Cifuentes Castro
 Fecha de registro cualitativo 20-10-2025

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 ☒ Perfil de desarrollo
 valoración cualitativa Alerta ☐ Esperado ☒ Avanzado ☐

Observaciones generales

Nia Alejandra a Demostrado más independencia, expresa sus emociones con mayor claridad, comprende algunas normas básicas de convivencia.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Suzan Cifuentes Castro
 Fecha de registro cualitativo 20-10-2025

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 ☐ Perfil de desarrollo
 valoración cualitativa 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 mismo/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																								
1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a						
Valoración Cualitativa ⇌																																						
0 a 6 meses																																						
1	1	1	4	4	4	6	6	6	8	8	8	10	10	10	11	11	11	13	13	13	15	15	15	16	16	16	19	19	19	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses																																						
1	1	1	3	3	3	5	5	5	9	9	9	11	11	11	15	15	15	17	17	17	22	22	22	23	23	23	27	27	27	29	29	29	32	32	32	33	33	33
1 año y 1 día a 2 años																																						
1	1	1	3	3	3	6	6	6	9	9	9	11	11	11	13	13	13	14	14	14	16	16	16	17	17	17	20	20	20	22	22	22	24	24	24	26	26	26
2 años y 1 día a 3 años																																						
1	1	1	4	4	4	6	6	6	9	9	9	10	10	10	12	12	12	14	14	14	16	16	16	17	17	17	19	19	19	22	22	22	24	24	24	27	27	27
3 años y 1 día a 4 años																																						
1	1	1	6	6	6	9	9	9	12	12	12	13	13	13	15	15	15	16	16	16	18	18	18	19	19	19	22	22	22	24	24	24	27	27	27	30	30	30
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días																																						
1	1	1	3	3	3	4	4	4	6	6	6	8	8	8	9	9	9	10	10	10	11	11	11	12	12	12	15	15	15	17	17	17	19	19	19	20	20	20

= Procesos y subprocesos no fundamentales

= Procesos y subprocesos fundamentales