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) ___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,

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

FECHA SOLICITUD CUPO: _____ **FECHA INGRESO:** _____

UDS: Mis tiernos amiguitos 1 **MUNICIPIO:** San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Deymar Andres Portilla Cardenas

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1.122.344.602

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? _____

FECHA NACIMIENTO: 16-04-2025 **EDAD:** 2 meses **MUNICIPIO:** Puerto Asis

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

DE RESIDENCIA: Vereda San Francisco **ESTRATO:** _____ **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: _____ NO: _____

¿CUAL?: _____ **MOTIVO DEL RETIRO:** _____

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: _____

EPS DEL PARTICIPANTE: _____ **SUBSIDIADO:** ___ **CONTRIBUTIVO:**

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X **DIAGNOSTICO:** _____

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: _____

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: _____

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: _____

TIENE SISBEN: SI: X NO: __ PUNTAJE: _____ **DESPLAZADO:** SI: ___ NO:

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: _____ NO: X **RED UNIDOS:** SI: ____ NO: X

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: ___ NO: X CUAL: _____

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Roberth Hillar Portilla Diaz

No. IDENTIFICACION: 1.122 338.312 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/San Francisco

CELULAR: 311 558 2711 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Oficios varios

EMPRESA DONDE LABORA: NA

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria **PROFESIÓN:** NA

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Julieth Andrea Cardenas Montenegro

No. IDENTIFICACION: 1.122 339.724 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/San Francisco

CELULAR: 322 254 7517 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa.

EMPRESA DONDE LABORA: NA

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria **PROFESIÓN:** NA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Julieth Andrea Cardenas.

NUMERO IDENTIFICACION: 1.122 339.724 **CELULAR:** 322 254 7517

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

Julieth Cardenas.
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Lizan Cifuentes.
FIRMA AGENTE EDUCATIVA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.602

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61697991

61697991

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policia [ ] 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
PORTILLA	CARDENAS

Nombre(s)

DEYMAR ANDRES

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes ABR Día 16	MASCULINO	O	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	25048710124039

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

Apellidos y nombres completos

CARDENAS MONTENEGRO JULIETH ANDREA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.339.724	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos

PORTILLA DIAZ ROBERTH MILLAR

Documento de Identificacion (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.338.312	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CARDENAS MONTENEGRO JULIETH ANDREA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.339.724	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificacion (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 2025 Mes MAY Día 14	ROY EDISON CADENA CUYAMA - REGIST Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Roberth Portilla D. Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS: 14.MAY.2025 - LIBRO DE VARIOS 218 - 14/05/2025.

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil

38622520-0

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 30/09/2025

Ficha: 867570354807000000111

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: DEYMAR ANDRES

Apellidos: PORTILLA CARDENAS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344602

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 25/11/2017

Última actualización ciudadano: 14/05/2025

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

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	1122344602
NOMBRES	DEYMAR ANDRES
APELLIDOS	PORTILLA CARDENAS
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	17/04/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/30/2025 17:57:32	**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 31/12/2999 determina que el afiliado

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:

DEYMAR ANDRES

Apellidos:

PORTILLA CARDENAS

Fecha de nacimiento:

16 04 2025

Historia Clínica:

1122344602

Barrio / Vereda:

V/ DIOS PEÑA

Responsable del niño (a):

JUIETH C.

Teléfono:

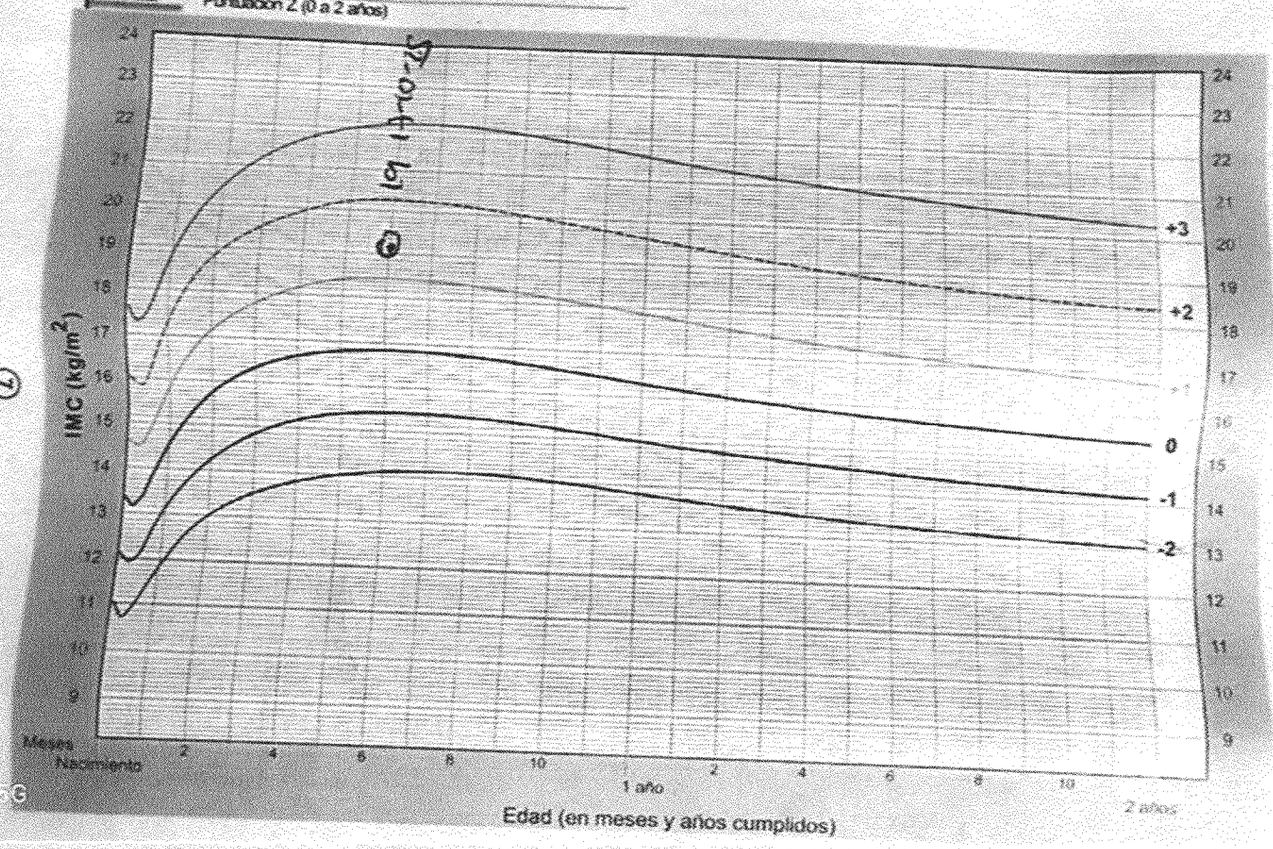
3222547517

EPS:

EMSSANAR

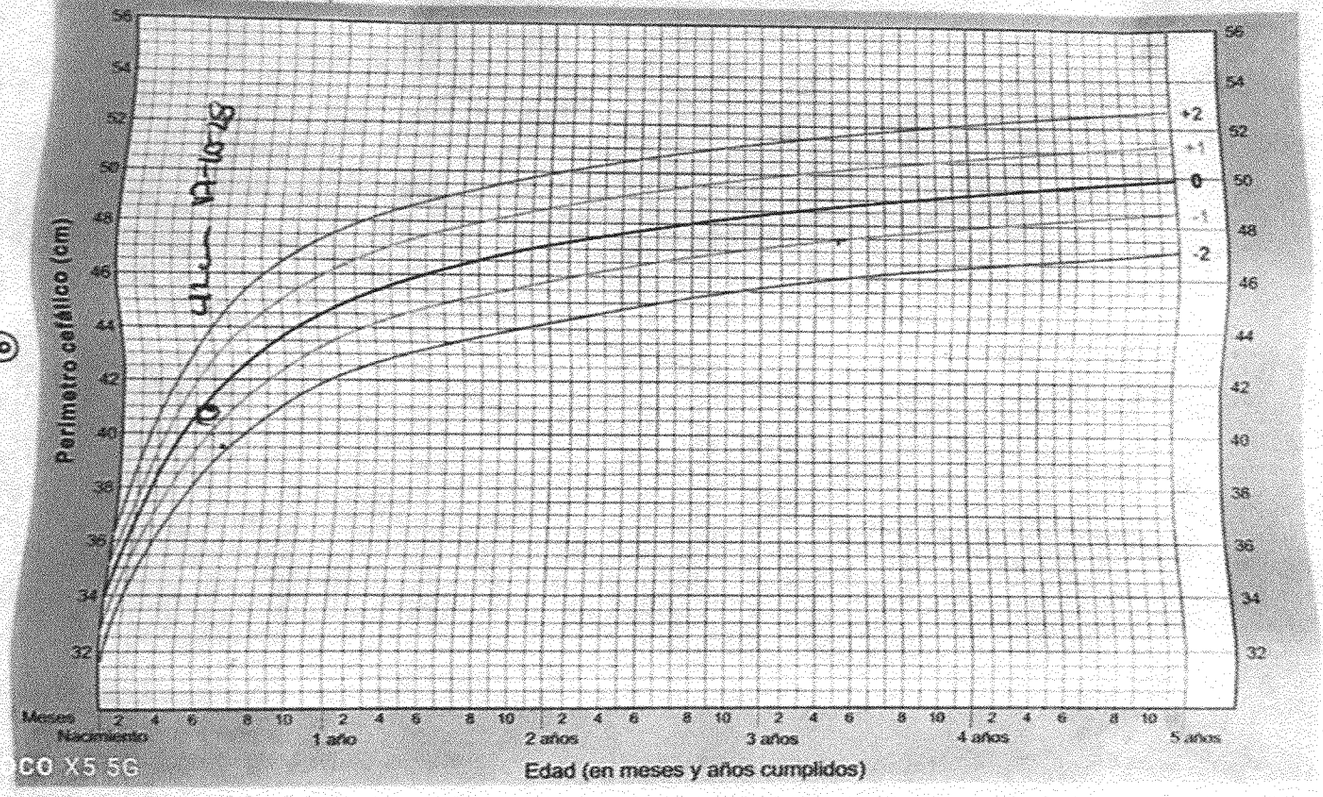
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



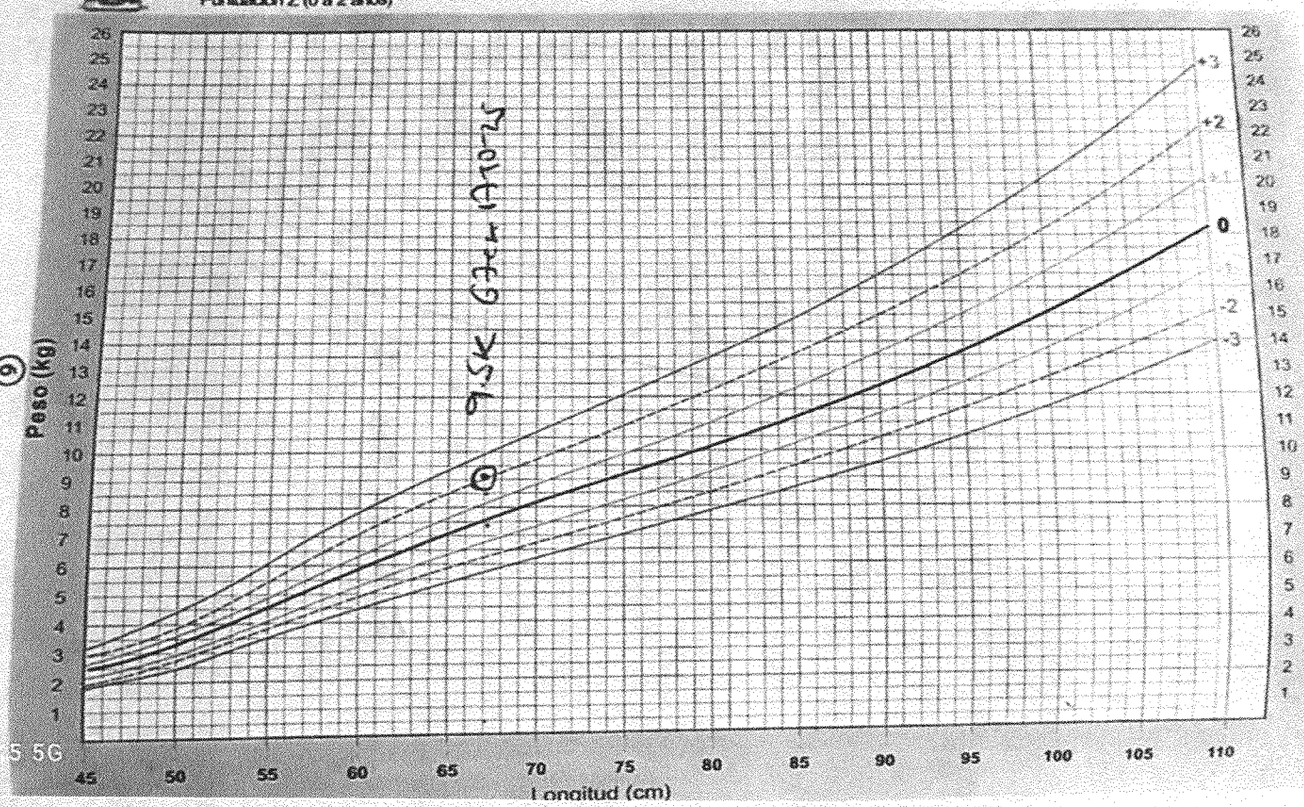
Perímetro cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



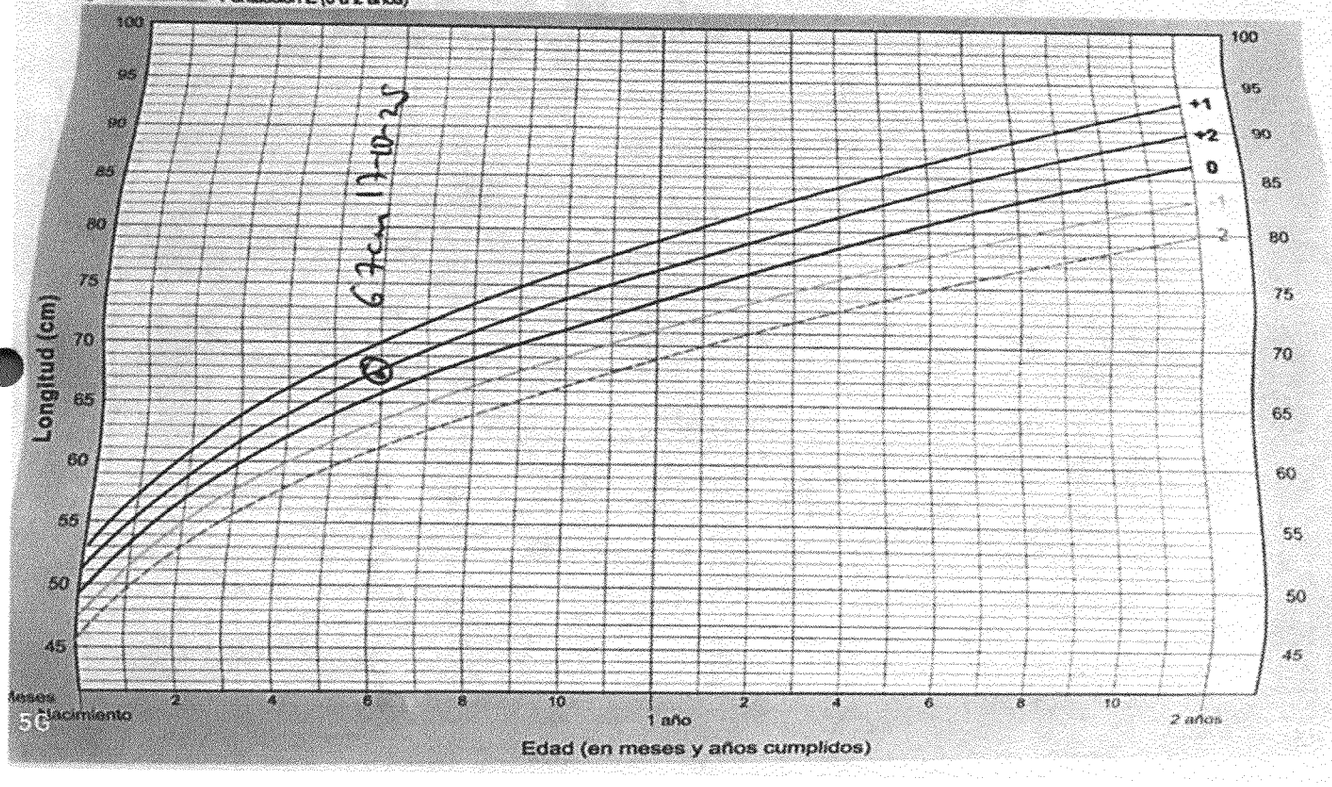
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



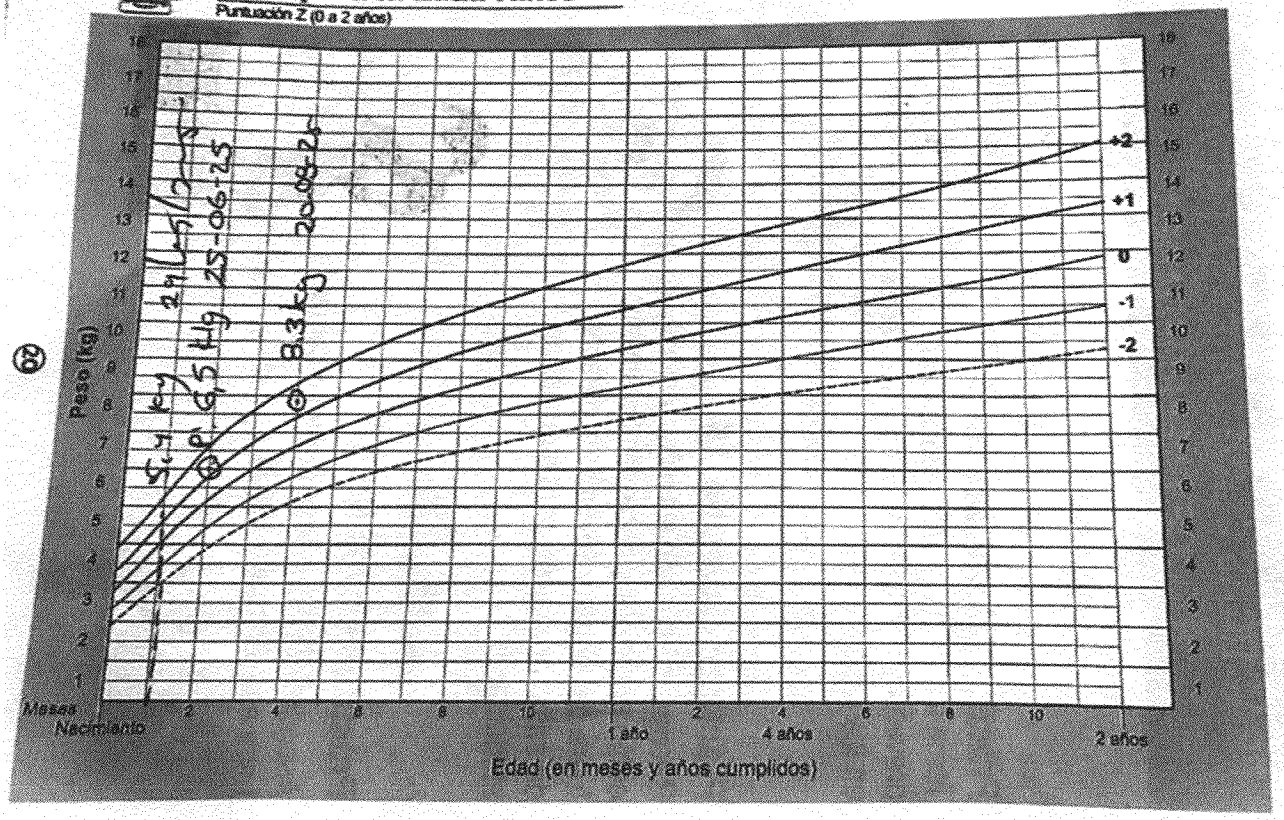
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



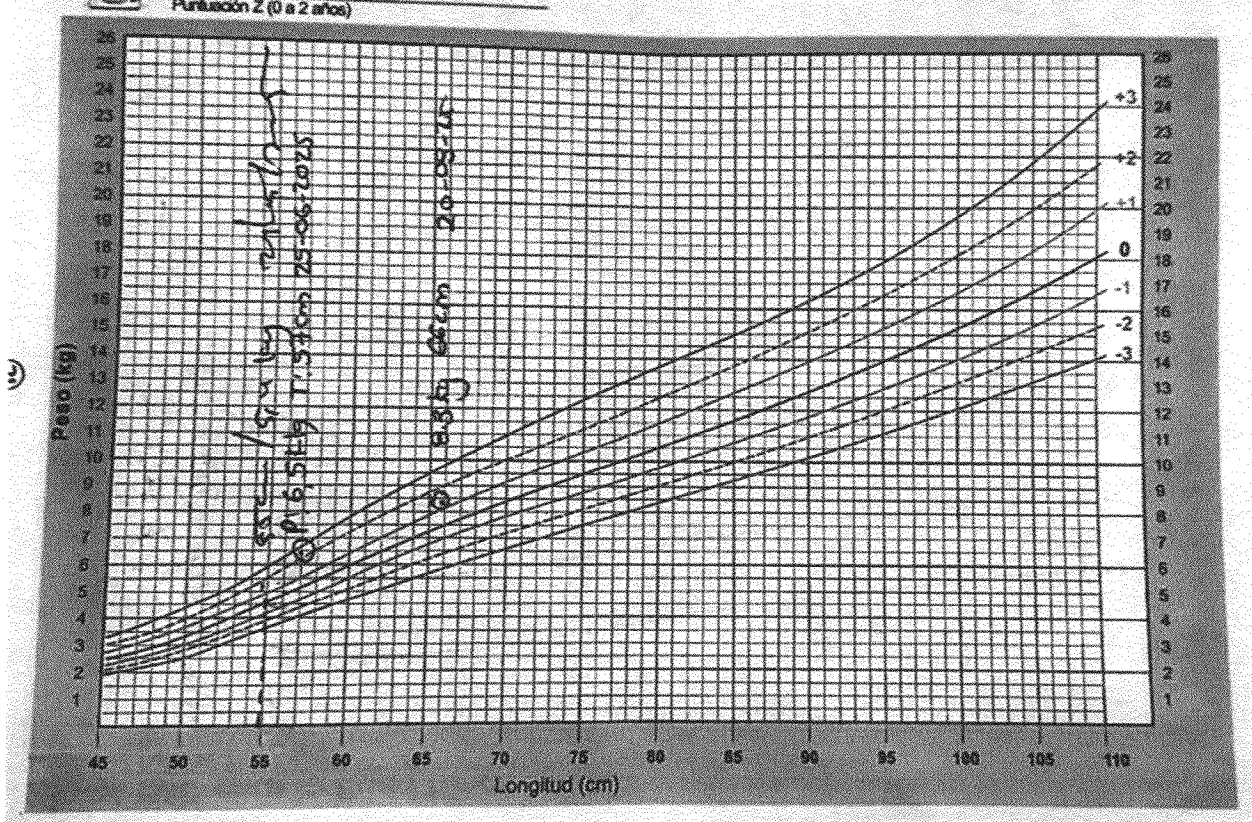
Peso para la Edad Niños

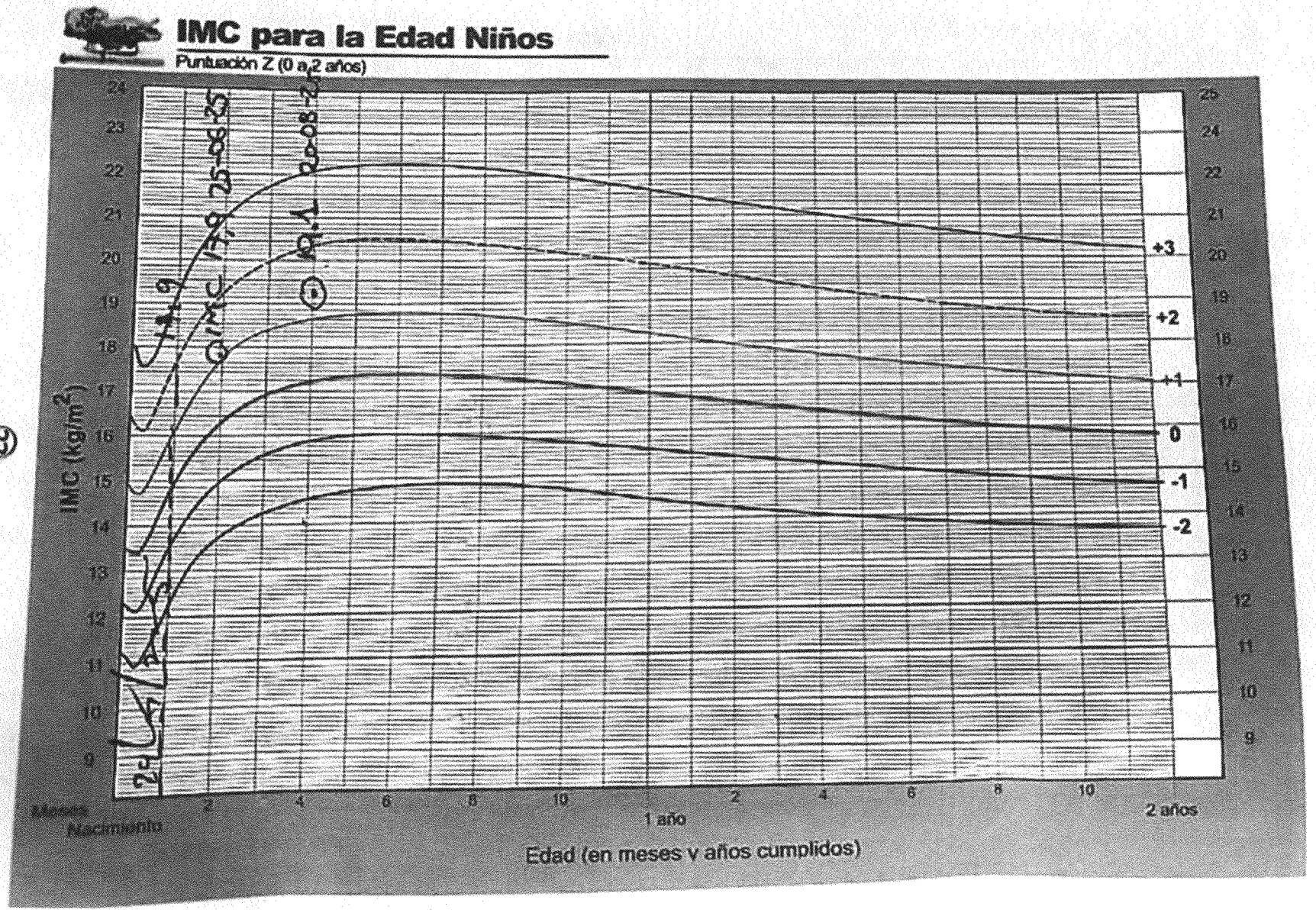
Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso para la Talla Niños

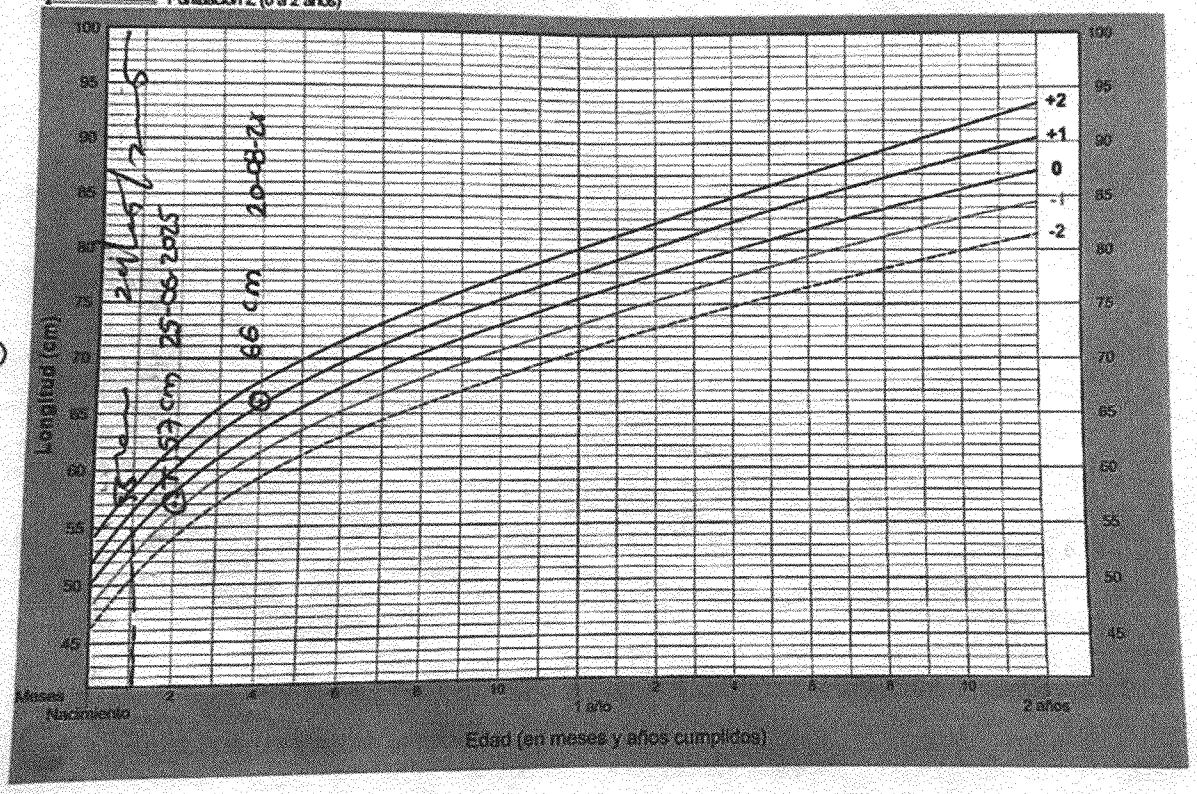
Puntuación Z (0 a 2 años)




IMC para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
IMC (kg/m²)
+3
+2
+1
0
-1
-2
Mes de Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)

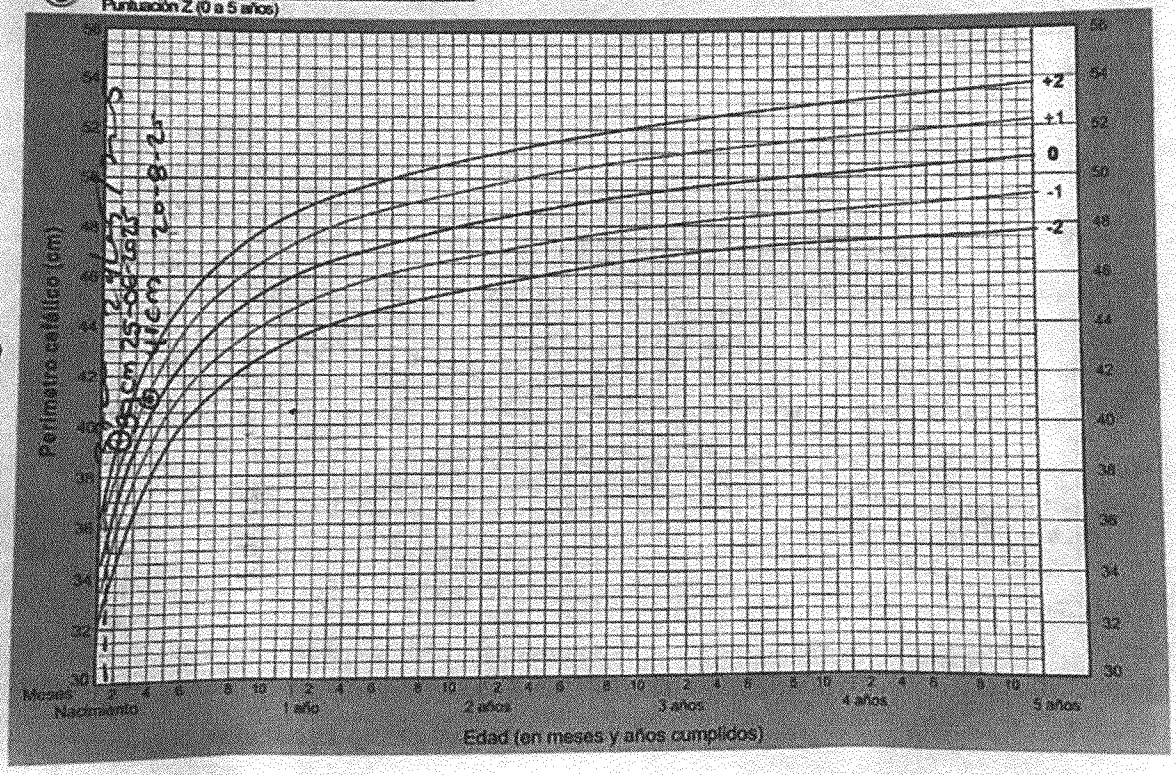
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Perímetro cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
29/5/2025	5.4	55	37	12	17.9	16/06/2025	
25-06-2025	57	6,5	39	17	17.4	26-08-2025	Milena C.
20-08-25	8.3	66	41	17	19.1	2010-2025	T Quiñones
17-10-25	9.5.	67	42.	17	19.1	17-12-2025	Yuly Arias

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
29	05	2025		✓	
16	06	2025			
25	Junio	2025	Enfer	SI ✓ Milena C	
16	Agosto	2025	Medico	cita	
20	8	2025	Medico	✓	Faltas.
20	10	2025	Enfermera.		
17	12.	2025	Medico		

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Deymar Andres Portilla Cardenas

Fecha de nacimiento: 16-04-2025

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1122344602

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: O+

Peso al nacer: 3265 Talla: 50

Dirección: V/Afilador

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Jolierh Andrea Cardenas

Municipio de residencia: Puerto Asis

Departamento: Putomayo

Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Acudientes y representante: Tipo identificación:

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recien nacido	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Tuberculosis meningea (BCG)	Unica	16	04	25	Serum	0337 3MH 1 1 3	HACD HACP				Diana F Diana I
	Hepatitis B	Recien nacido	16	04	25	Serum	0282 3Q0 2 4 2					
2 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1ª	18	06	25	Biological	L 4 0 6 0 0 1					
	Meningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	18	06	25	Serum	L 8 5 3 X 0 L 0 C	ESE HHD				Edward Trial
	Hepatitis B	1ª	18	06	25	Serum	L 8 5 3 X 0 L 0 C					
	Difteria , tosferina y tetano (DPT)	1ª	18	06	25	Serum	L 8 5 7 X 0 2 0 C					
	Diarrea por rotavirus	1ª	18	06	25	GSK	A L 0 1 C D 9 4 B					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1ª	18	06	25	Pfizer	H J 7 9 9 1					
4 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2ª	20	Agos	25	Biologicals	2 9 2 3 0 0 3					
	Meningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	20	Agos	25	Serum	2 8 5 4 X 0 1 3 E	HHD cita 18 Agosto 25				Jenniffer Cabezas
	Hepatitis B	2ª	20	Agos	25	Serum	2 8 5 4 X 0 1 3 E					
	Difteria , tosferina y tetano (DPT)	2ª	20	Agos	25	Serum	2 8 5 4 X 0 1 3 E					
	Diarrea por rotavirus	2ª	20	Agos	25	GSK	A R 0 1 C 0 1 1 A A					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2ª	20	Agos	25	Pfizer	H W 2 9 6 3					
6 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3ª	20	OCT	25	Biological	2 9 2 3 0 0 3					
	Meningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	20	OCT	25	Serum	2 8 5 4 X 0 1 3 E	HHD	cita 20 Octubre 2025			Maria Isabel Arias Eraso Cc.1004695938
	Hepatitis B	3ª	20	OCT	25	Serum	2 8 5 4 X 0 1 3 E					
	Difteria , tosferina y tetano (DPT)	3ª	20	OCT	25	Serum	2 8 5 4 X 0 1 3 E					
	Influenza estacional	1ª	20	OCT	25	Sequirus	P 1 0 0 3 9 2 1 5 4					
7 meses	Influenza estacional	2ª	Cita: 20 - Noviembre - 2025									
12 meses	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	1ª										
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo										
	Varicela	2ª										
	Hepatitis A	Única										
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tetano (DPT)	1.º refuerzo										
	Fiebre amarilla	Única										
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tetano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	2ª										
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª										
		2ª										
		3ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

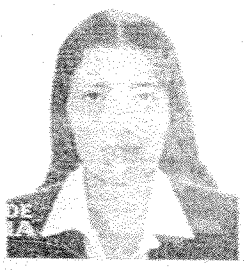
Busca ya las vacunas

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.339.724
CARDENAS MONTENEGRO
APELLIDOS
JUDIETH ANDREA
NOMBRES

FIRMA



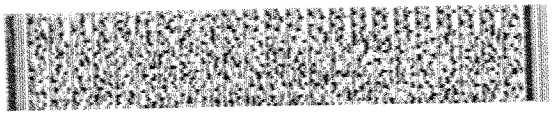
FECHA DE NACIMIENTO 05-SEP-1991
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-SEP-2009 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



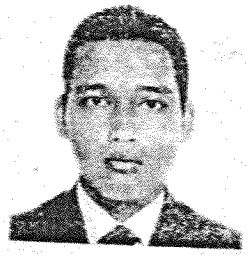
P-640100-00189954-F-1122339724 20091024 0017423984A 1 30231041

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.122.338.312

PORTILLA DIAZ

ROBERTH MILLAR

Roberth Portilla D.



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-DIC-1987
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA | O- G.S. RH | M SEXO

20-ABR-2007 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

P-5401600-43162694-M-1122338312-20070911 02443 0725 M 02 231355121

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

15

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

Yo Julieth Andrea Cardenas Identificado con C.C N°1122.339.724. en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Deymar Andres Portilla. C. o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mis tiernos amiguitos, 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.

Julieth Cadenas.

Madre o Acudiente
C.C 1.127.339.724

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, Julieth. A Cardenas M., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.339724 obrando en calidad de:

Padre		Madre	X	Cuidador	

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

Sí	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: Julieth Cardenas.
Nombre: Julieth A. Cardenas.
Calidad - Titular: _____ Representante legal: X.
Teléfono de contacto: 322 254 7517
Fecha: 16-04-2025
Municipio: San Miguel.

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 Deymar Andres Portilla Cardenas, 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, Julieth Andrea Cardenas, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.339724, 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: Julieth Cardenas.
Nombre: Julieth Andrea Cardenas
Calidad - Titular: _____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 322 254 7517
Fecha: 16-04-25
Municipio: San Miguel

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACIÓN INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Suzan Cifuentes Castro NOMBRE UCA: Nis tiemos amiguitos 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Deymar Andres Portilla IDENTIFICACIO: 1.122.344.602 FECHA DE NACIMIENTO: 16-04-2025

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
17-Oct 2025	X		X		Se llama a la madre para preguntar si ya saco la cita de higiene oral por primera vez para el menor. Ella manifiesta que el 20 de octubre tiene cita de crecimiento y desarrollo ese dia la va a pedir.	Julieth Cardenas	Susan Cifuentes	Se le recalca a la madre la importancia de asistir al cita para que tebacen al menor.		La madre se Compromete a llevar al menor y sacar la cita.
20-Oct 2025	X		X		La madre informa que el higienista le dijo que volviera el proximo mes para mirar si ya sus dientes empiezan a salir. Ella afirma que no le dieron carnet ni ningun comprobante	Julieth Cardenas	Susan Cifuentes.		Se le recomienda a la madre no olvidar preguntar el siguiente mes al higienista e informar que tiene las de lo que le diga.	La madre se compromete a llevar al menor para el mismo dia que tiene las vacunas. Este mismo dia pregunta y avisa que le dieron.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACIÓN INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): _____ NOMBRE UCA: _____

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: _____ IDENTIFICACIÓN: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					