Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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
	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 25/03 /2025



FECHA SOLICITUD CUPO: 21/03/2025 **FECHA INGRESO:** 01/04/2025

UDS: Mis grandes soñadores **MUNICIPIO:** San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Brianna Rachel Hidalgo Machoa

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1126144460

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? NA

FECHA NACIMIENTO: 17/Feb/2023 **EDAD:** 2 años **MUNICIPIO:** N/A

DEPARTAMENTO: N/A **PAIS:** Ecuador **DIRECCION DE RESIDENCIA:** V/Puente Internacional **ESTRATO:** N/A **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: X NO: __ **¿CUAL?:** DIMF **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: A4 **DESPLAZADO:** SI: __ NO: X

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: __ NO: X **RED UNIDOS:** SI: __ NO: X

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: __ NO: X CUAL: N/A

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alexis Antonio Hidalgo Noguera

No. IDENTIFICACION: 1.122.336.040 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/Puente I.

CELULAR: 318 518 3354 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carmen Rubiela Machoa Cerda

No. IDENTIFICACION: 1501112963 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/Puente I

CELULAR: 313 392 9490 **E.P.S:** N/A

OCUPACION U OFICIO: Ama de Casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Carmen Rubiela Machoa Cerda

NUMERO IDENTIFICACION: 1501112963 **CELULAR:** 313 392 9490

DIRECCION: V/Puente Internacional **PARENTESCO:** Madre

Carmen Machoa
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Dayana Ramirez
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

3

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP	1126144460

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **64347120**

- 64347120 -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
			X			Y 4 Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HIDALGO	MACHOA

Nombre(s)
BRIANNA RACHEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes FEB Día 17	FEMENINO	O	+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
ECUADOR , SUCUMBIOS , LAGO AGRIO NUEVA LOJA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	2150764096

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

Apellidos y nombres completos
HIDALGO NOGUERA ALEXIS ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1122336040	COLOMBIANA

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

Apellidos y nombres completos
MACHOA CERDA CARMEN RUBIELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE 1501112963	ECUATORIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
HIDALGO NOGUERA ALEXIS ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1122336040	Alexis Hidalgo

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2023 Mes JUN Día 07	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
ALEXIS ANTONIO HIDALGO NOGUERA Alexis Hidalgo Firma	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Fiel copia del original expedida el 2023/06/07 por MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES, CONSUL en el Consulado de Colombia

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 22/07/2025

Ficha: 86757038578100000019

A4

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: BRIANNA RACHEL

Apellidos: HIDALGO MACHOA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1126144460

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/11/2017

Última actualización ciudadano: 13/06/2023

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 MONTERO

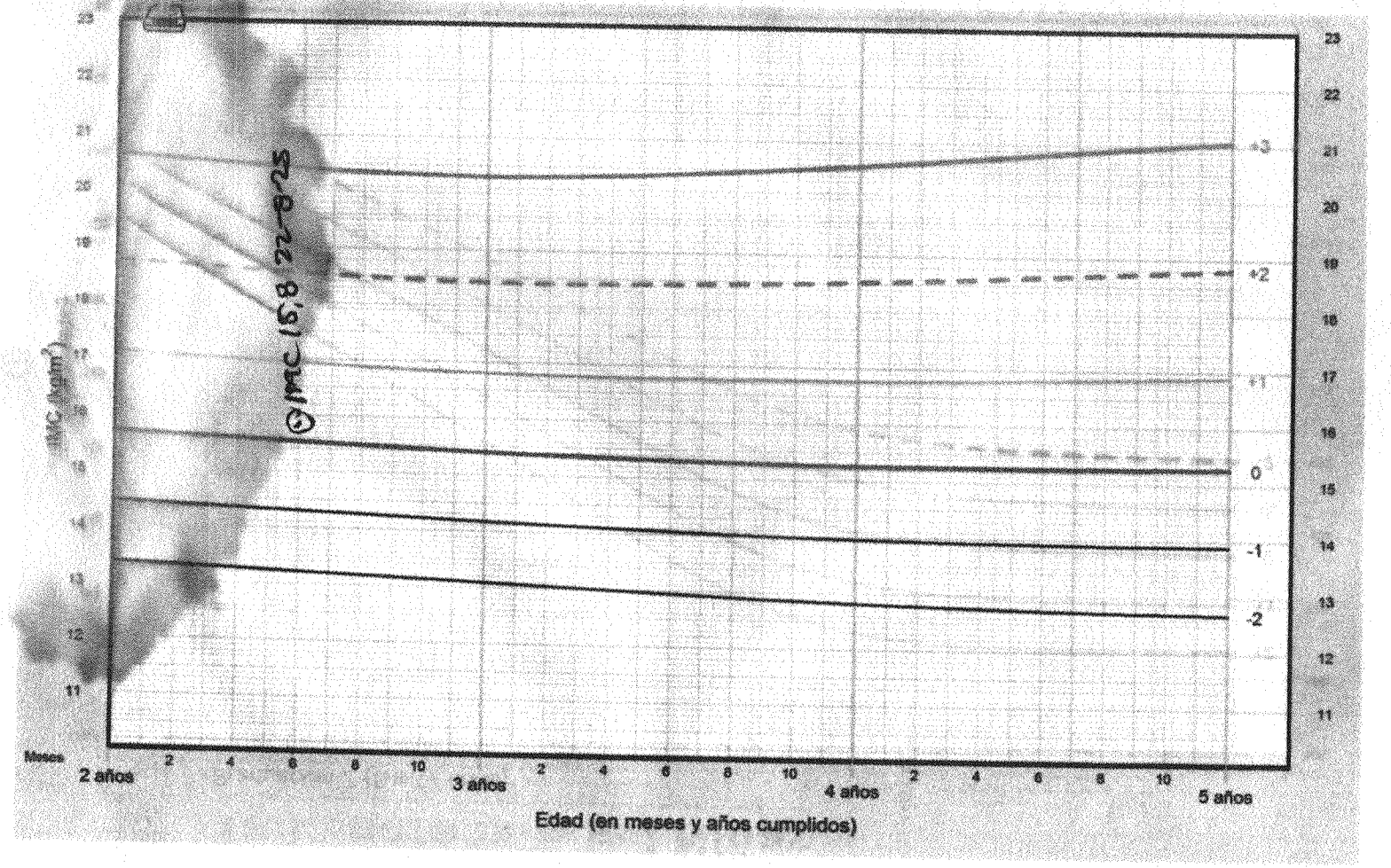
Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

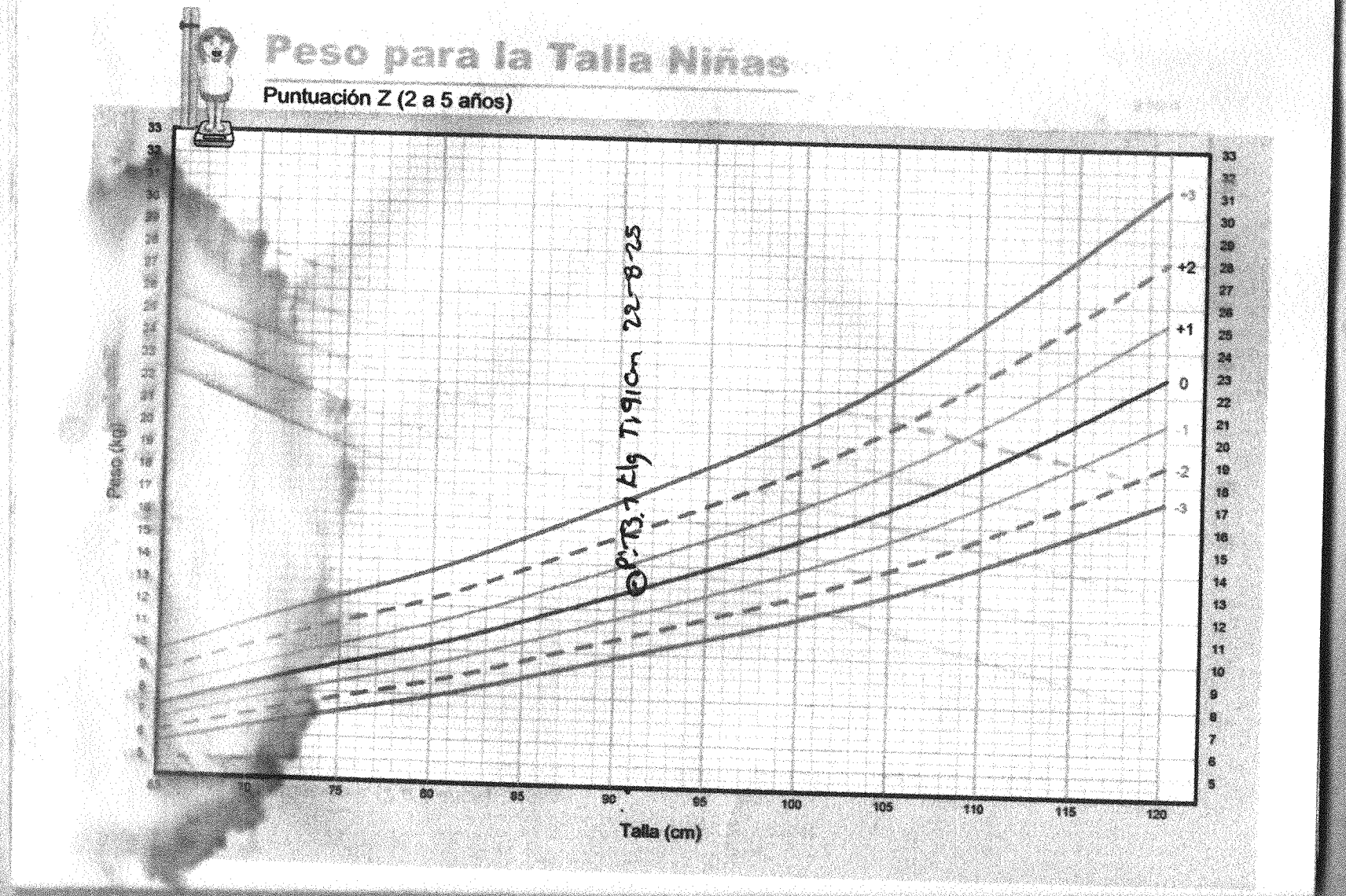
Teléfono: 4210537 - 3213138790

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co

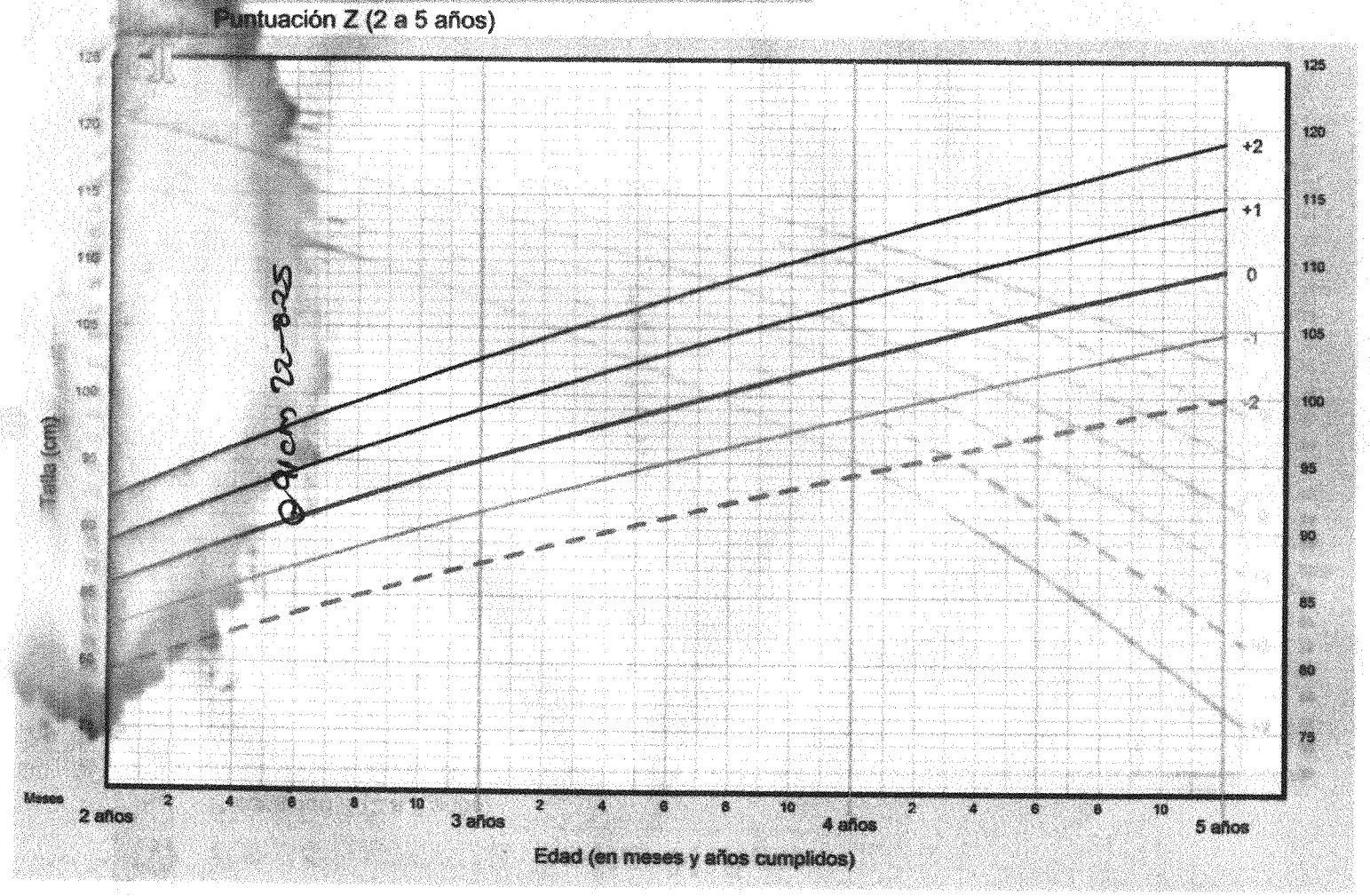
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



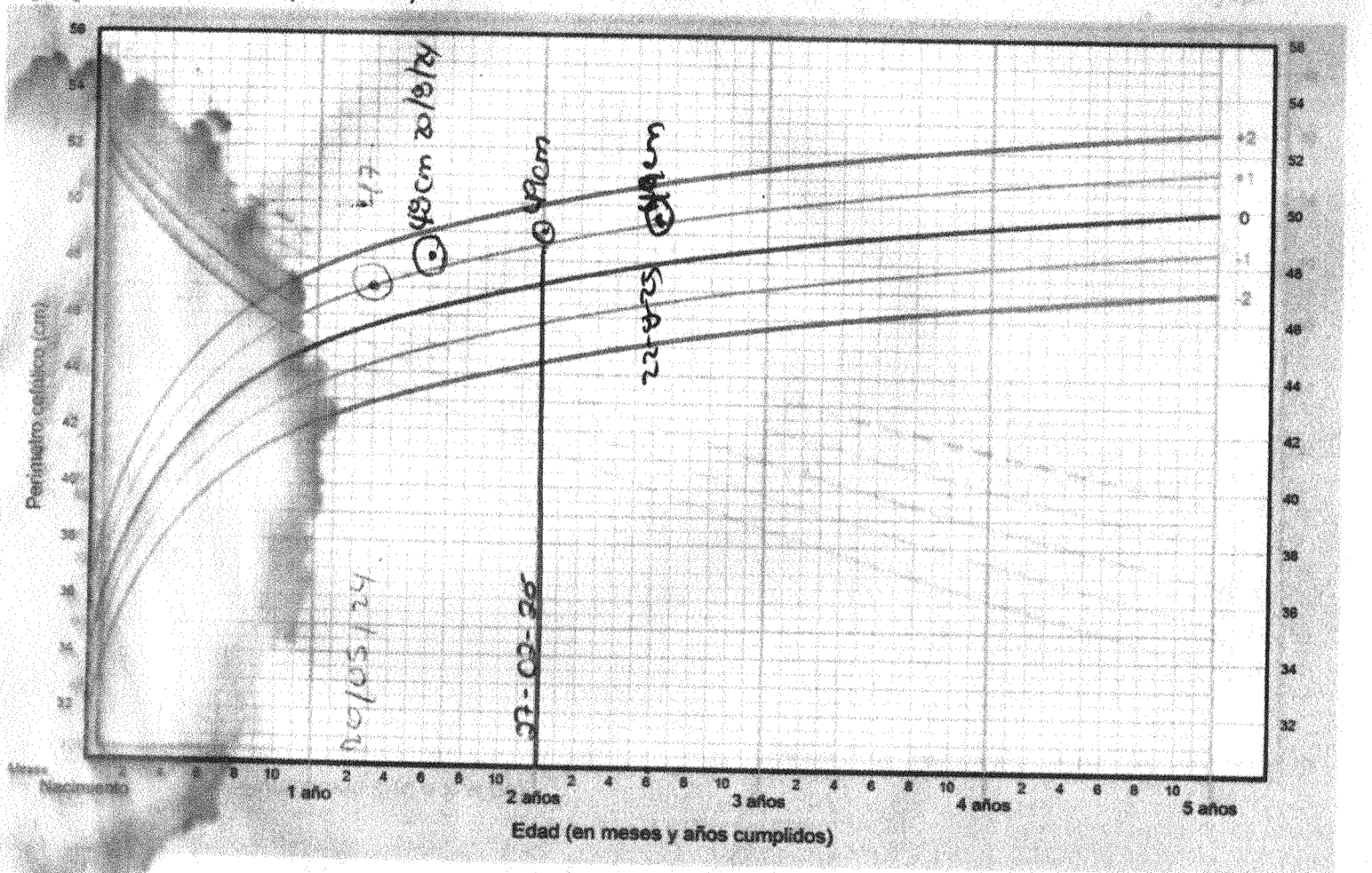

Peso para la Talla Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)
Peso (kg)
Talla (cm)
+3
+2
+1
0
-1
-2
-3
P: T3. 7 Lig Tigion 22-8-25

Talla para la Edad Niñas



Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
20/05/24	9,6	77	47	13	16,2	19/08/24	Sandra C.
20/9/24	10,3	79	48	75	16,5	17/02/2025	Milena C. Enfermera
27/02/25	12	87	49	16	15.9	18/08/2025	[illegible] 1416.
22-8-25	13,1	91	49	15	15,8	17-02-2026	Milena C.

Maiyly Cabrera
Médico General
Vacunadoras Univalle

CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO	
				SI	NO
20	Mayo	2024	Medico	Si ✓	
17	Agost	2024	Enf	Si Milena C	
17	Febrero	2025	Medico	Si ✓	
18	Agosto	2025	Enf		
22	agosto	2025	Enfer	Si Milena C	
17	02	2026	Medico	Cita	

Dra. Yanuel Cabrera
Médico General
R.M. 57667189 Lima Perú

Yolanda Milena Cardenas
Enfermera

Registro de vacunación

Niños y niñas menores de 1 año

Tipo de vacuna	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
*BCG (Meningitis)	Dosis única	Dentro de las 24 horas	17	02	23	SA	0371MA006	(C J)	Hnvo
HB cero (Hepatitis B)	1ª dosis	Dentro de las 24 horas	17	02	23	SA	UFA24005	(C J)	Hnvo
**Rotavirus (Diarrea)	1ª dosis	2 meses	17	04	23	2m	AROLC845BA	Lic. B.M	CSGF
	2ª dosis	4 meses	17	06	23	4m	AROLC845BA	Lic N.S.	C.S.GF
***Pentavalente (Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis, Neumonía)	1ª dosis	2 meses	17	04	23	2m	22010212 2 C	Lic. B.M	CSGF
	2ª dosis	4 meses	17	06	23	4m	22010222 C	Lic N.S.	C.S.GF
	3ª dosis	6 meses	17	08	23	6m	22010212 2 C	Lic. P.A	C.S.G.F
****fIPV (Poliomielitis)	1ª dosis	2 meses	17	04	23	2m	2299002	Lic. BM	CSGF
	2ª dosis	4 meses	17	06	23	4m	2224002	Lic N.S	C.S.GF
bOPV (Poliomielitis)	3ª dosis	6 meses	17	08	23	6m	2224002	Lic. P.A	C.S.G.F
Neumococo conjugada (Neumonía, Meningitis, Otitis)	1ª dosis	2 meses	17	04	23	2m	ASPNB346AA	Lic. BM	CSGF
	2ª dosis	4 meses	17	06	23	4m	ASPNB346AA	Lic N.S	C.S.GF
	3ª dosis	6 meses	17	08	23	6m	ASPNB346AA	Lic P.A	C.S.G.F

*BCG dosis única: se administrará hasta los 11 meses 29 días.

**Rotavirus. La primera dosis es hasta los 3 meses 29 días. La segunda dosis podrá administrarse hasta los 7 meses de edad (7 meses 29 días).

***En caso de reacción anafiláctica o alergia a la vacuna pentavalente, colocar vacuna HB pediátrica en el mismo esquema que pentavalente.

****El intervalo entre fIPV (1) y fIPV (2) debe ser de 8 semanas

Registro de vacunación

Niños y niñas de 12 a 23 meses

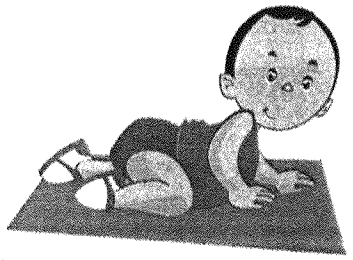
Tipo de vacuna	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
SRP (Sarampión, Rubeola, Parotiditis)	1ª dosis	12 meses	20	05	24		0132N098B	Isabel	HFLD.
	2ª dosis	18 meses	04	10	24	1.6m	0132N034A	Eduard	HFLD
Fiebre amarilla	1ª dosis	12 meses	20	05	24		2314T0003T	Isabel	HFLD
Varicela	1ª dosis	15 meses	20	05	24		X019177	Isabel	HFLD
DPT (Difteria, Tosferina, Tétanos)	4ª dosis (Refuerzo 4ª dosis componente DPT)	18 meses	04	10	24	1.6M	2852y012B	EduardB	HFLD
bOPV (Poliomielitis)	4ª dosis (Refuerzo 4ª dosis)	18 meses	04	10	24	1.6M	2233009	Eduard	HFLD

Cita
SAÑOS.

Esquema de vacunación

Influenza estacional

Edad óptima de vacunación	Vacunas	Dosis	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
6 a 11 meses	Influenza estacional	1ª dosis	27	11	23	9 meses	PK0542394	Lic J.P	C.S.G.F
		2ª dosis (al mes de la primera)	19	03	24	1a 1m	P10059674?	Lic UP	C.S.G.F
12 a 23 meses (1 a 2 años)		Una dosis	20	05	24	1a 3m	2400979-00	Isabel Atlas	E.S.E HFCD
24 a 35 meses (2 a 3 años)		Una dosis							
36 a 47 meses (3 a 4 años)		Una dosis							
48 a 59 meses (4 a 5 años)		Una dosis							



Otras vacunas de 0 a 15 años

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
HA	DU	1a 3m	20	05	24	1a 3m	W077736.	Isabel A	HFUD
Neumococo	Ref	1a 3m	20	05	24	1a 3m	F49925	Isabel A	HFUD

Observaciones: .....

.....

Registro de vacunación para niños o niñas desde los 5 hasta los 15 años

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
bOPV	5.ª dosis	5 años							
*DPT	*5.ª dosis	5 años							
HPV	1.ª dosis	9 años (solo niñas)							
	2.ª dosis**								
dT adulto	3.er refuerzo	15 años							

Recuerde: consultar en el establecimiento de salud las vacunas que debe recibir su niño o niña a partir de los 5 años.

*DPT 5. * dosis o 2.º refuerzo: se aplica y se registra siempre y cuando se verifique en el carnet que se han recibido las 3 dosis de pentavalente y la 4. dosis con DPT; caso contrario proceder con la aplicación de: la 1. dosis al primer contacto; 2. dosis al mes de la primera; 3. dosis a los 6 meses después de la segunda ; 4. dosis al año de la tercera ; 5. dosis al año de la cuarta.

**HPV Colocación de segunda dosis a 6 meses después de la primera.

Ministerio de Salud Pública

Coordinación Zonal 1

Dirección Distrital 21D02 Lago Agrio-Salud

CENTRO DE SALUD "GENERAL FARFÁN"

CERTIFICADO ODONTOLOGICO

Certifico que: Hidalgo Machoa Brianna paciente se presentó esta casa de salud

N[redacted] HCL: 2120230217

Diagnóstico: Z012 (Evaluación odontologica)

Otros: Z298 (Sellante)

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

General Farfán 23 de Julio del 2025

Atentamente

Dirección de Salud 21D02 Lago Agrio
C.S. General Farfán
Dennise Achupallas G.
CI: 1726451121
ODONTOLOGA RURAL
Reg. Senescyt: 1070-2024-2934120

Odont. ACHUPALLAS GAVILANES KIMBERLY DENNISE

ODONTÓLOGA RURAL DEL CENTRO DE SALUD GENERAL FARFÁN

16
K/V

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 — Minsalud

CIUDAD San miguel FECHA: DÍA 1 MES 05 AÑO 2023 HORA: 11:25 am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Brianna Reachel APELLIDOS Hidalgo machoa

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1126144460

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 7 MES: 02 AÑO: 2023 / 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)

NO acepta por medio a la Recreación

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar 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: Carmen Machoa

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

Nombres Carmen Rubiela Apellidos Machoa Cerda

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☒ OTRO ☐ Número 1501112963

Firma: Carmen Machoa.

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: Jeniffer Yulieth Cabezas Meneses

Firma Jeniffer Cabezas Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446069

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLD.

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo

MUNICIPIO: San Miguel

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

74

REPUBLICA DEL ECUADOR
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL,
IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 150111296-3



APELLIDOS Y NOMBRES
MACHOA CERDA
CARMEN RUBIELA

LUGAR DE NACIMIENTO
NAPO
ARCHIDONA
ARCHIDONA

FECHA DE NACIMIENTO 1996-01-18
NACIONALIDAD ECUATORIANA
SEXO MUJER
ESTADO CIVIL SOLTERO

INSTRUCCIÓN
BACHILLERATO

PROFESIÓN / OCUPACIÓN
BACH.TEC.CONTAB.ADMI

V1133V2122

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
MACHOA AJON LEUTERIO GILDARDO

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
CERDA GREFA CELINA DENICE

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN
LAGO AGRIO
2021-03-05

FECHA DE EXPIRACIÓN
2031-03-05

0007573411

DIRECTOR GENERAL

FUNCIONARIO AUTORIZADO

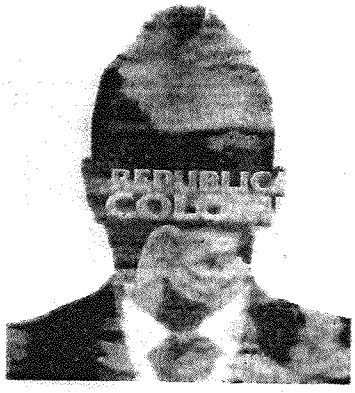
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.122.336.040**

HIDALGO NOGUERA
APELLIDOS

ALEXIS ANTONIO
NOMBRES

Alexis Hidalgo
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **23-DIC-1996**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

02-AGO-2016 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

INDICE DERECHO

P-6401800-00849577-M-1122336040-20160917 0051274881A 1 46160729

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Carmen Robiela Machoa Identificado con C.C N° 1501111296-3 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Brianna Rachel Hidalgo o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: mis grandes soñadores. 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 01 Días del mes de Abril del Año 2015.

Robiela Machoa

Madre o Acudiente
C.C 1501111296 63.

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 Brianna Hidalgo, identificado (a) con documento de identidad número 1126444460, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios		Videos		Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, _____, quien suscribe el presente documento, 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	

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 E1C

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: Carmen Rubiela Machoa Cerda
Calidad - Titular: _____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 02-Abril-2025
Municipio: San Miguel

CLASIFICADA

2/
R/L

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Marquem Mora NOMBRE UCA: Mis grandes soñadores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Brianna Rachel Hidalgo IDENTIFICACIO: 1126124414160 FECHA DE NACIMIENTO: 17/Feb/2023

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					
06/05 2025	X		9:00	12:00	La usuaria Brianna Hidalgo ingresa al programa con documentacion incompleta.	Carmen Machoa		Por parte de la madre se compromete a traer la documentacion completa de control y desarrollo acercandose a la agente educativo para pedir un plano que quedaria para el dia 13 de marzo del 2025.		llevar control y desarrollo el dia 13-05 2025.
13-05 2025	X					Carmen Machoa			te hace falta a la usuaria lo de control y desarrollo.	La madre compromete llevar al proximo encuentro 11-06-2025

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Maiquely mora NOMBRE UCA: Mis grandes soñadores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Roxana Rachel Hidalgo IDENTIFICACIO: 1126144460 FECHA DE NACIMIENTO: 17/FEB/2023

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					
11-06 2025	X				La Madre de la Participante le informa a la agente que pedio la cita de higiene oral y le pide a la agente que le puede hacer el favor de sacar cita nuevamente.	Carmen Machoa		- La agente le informa a la madre de la participante que debe compli con el compromiso de llevar a la citas.		- se compromete llevar a la niña a las citas programadas.
12-06 2025	X					Carmen Machoa		- La agente se acerca al hospital para sacar la cita y le informan que para el dia 18-junio 2025 nuevamente estaran dando citas para higiene oral		

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACIÓN INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Maquely Mora NOMBRE UCA: Mis grandes soñadores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Brianna Rachel Hidalgo IDENTIFICACIO: 1126144460 FECHA DE NACIMIENTO: 17/ FEB/ 2023

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					
27-02 2015						Carmen Machoa		• se aleva novedad la madre acistio a la cita.		
20-08 2015	X				La madre no acistio a la cita programada de control y desarrollo.	Carmen Machoa		-La madre informa a la agente que no acistio a la cita de control y desarrolla - La agente saco nuevamente la cita para el dia 22 agosto hora 10:30 am.	• la agente estara en contacto con la madre. para recordarle su asistencia a la cita programada.	• La madre compromete acistir a la cita.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACIÓN INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Maiguly Mora NOMBRE UCA: Mi grado transición

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Brianna Hidalgo IDENTIFICACIO: 1126144460 FECHA DE NACIMIENTO: 27/FEB/2023

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					
22/08/2025								Se cierra novedad al compilar la madre con la cita.		

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San miguel la drada

Nombre completo de la niña o niño Brianna Rachel Hidalgo Machoa

Fecha de nacimiento 17 02 2023 **N° Documento de Identidad** 1126 1444460

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** 02 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Maiquem Fernanda Mora

Fecha de registro cualitativo 03 07 2025

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ● 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

Brianna se encuentra en el perfil esperado ya que realiza los ítems acciones y dimensiones fundamentales ya que se encuentra en su rango de edad. La niña es muy sociable con sus compañeros, interactua, y comparte ideas de juego.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Maiquem Maci

Fecha de registro cualitativo 06 10 2025

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ● 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

Brianna se encuentra en el perfil esperado ya que realiza los ítems acciones y dimensiones fundamentales ya que se encuentra en su rango de edad.
Brianna es muy atenta, alegre, le gusta mucho jugar.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

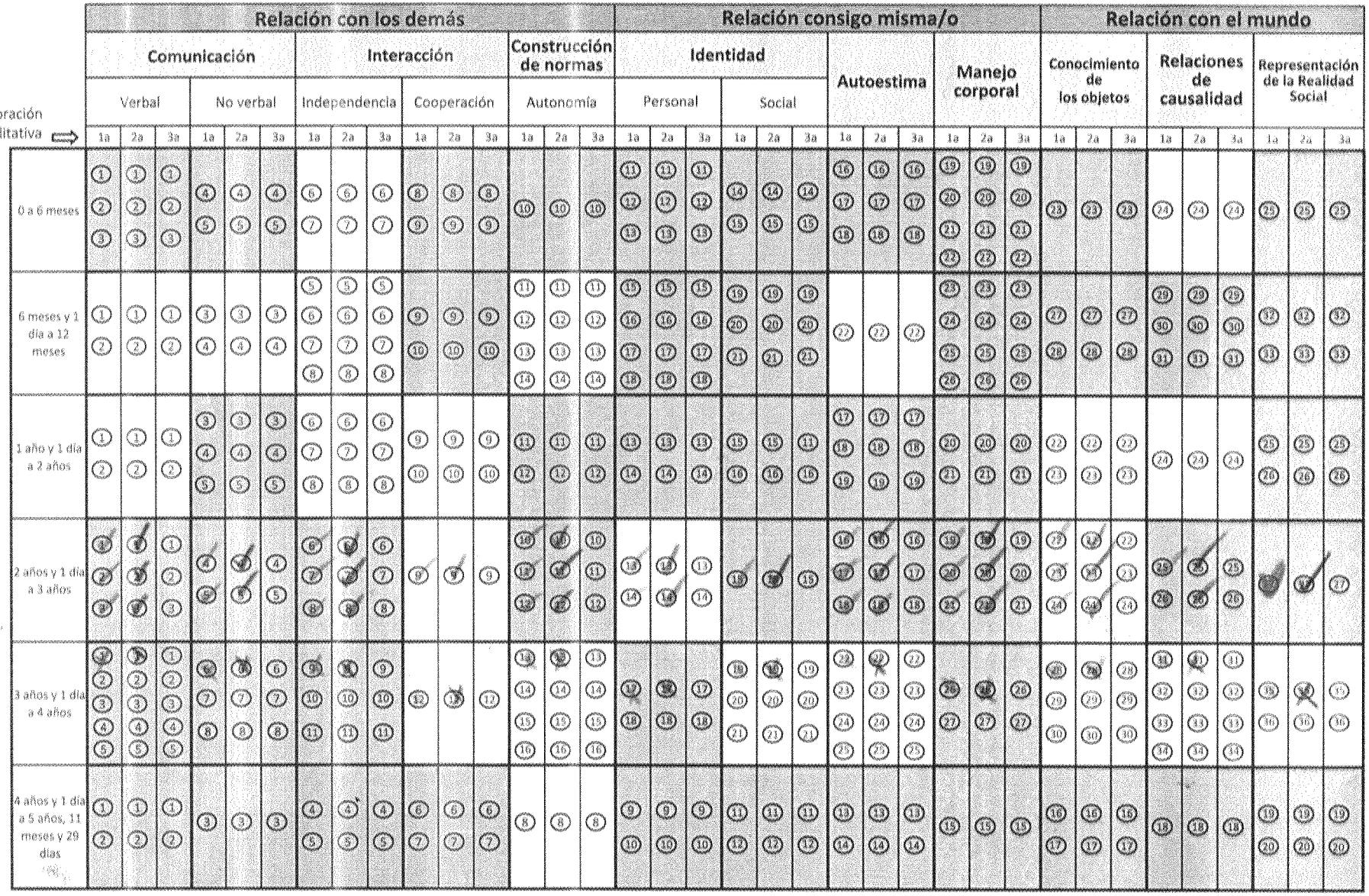
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

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



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL