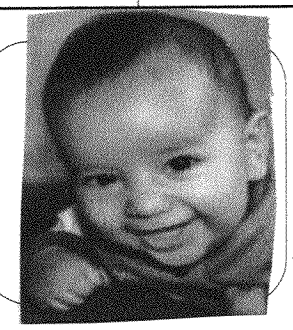
Fundación
Alma de Vida
Fortaleciendo caminos de esperanza

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con otografía del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras).
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar _X_ en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización) ___SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7) ___Pertenecientes a Res UNIDOS ___Pertenecientes a Familias en Acción ___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición ___Remitidos por SNBF ___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado) ___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.) ___Niños y niñas con discapacidad. ___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión. ___Población migrante en condición de vulnerabilidad. ___Activos en ruta de reincorporación.
5	Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente: (ADRESS)
6	Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo).
6	Copia del carnet de vacunación.
7	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
8	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
9	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
10	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
11	Fotocopia de un recibo de servicios públicos domiciliarios cuando sea necesario (aplica para zona urbana y en zona rural solo si se cuenta con servicios públicos)
12	Certificado de asistencia a consulta de salud bucal (Niños y niñas mayores de 6 meses)
13	Certificado del examen de agudeza visual (Niños y niñas mayores de 4 años)
14	Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años)
15	Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal.
16	Formato de veracidad de la información ficha de caracterización.
17	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
18	Formato de autorización uso de imágenes.
19	Planilla seguimiento nutricional
20	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
21	Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa,

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



FECHA SOLICITUD CUPO: 11-07-2025 **FECHA INGRESO:** 21-07-2025

UDS: Querubines 1 **MUNICIPIO:** San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Emmanuel Sebastian Becerra Gaviria.

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1122344636

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 4-07-2025 **EDAD:** 1 M **MUNICIPIO:** Puerto Asis.

DEPARTAMENTO: Putomayo **PAIS:** Colombia **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: VI Hesas del sabalito. **ESTRATO:** _____ **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: _____ NO: X

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

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: __ CUAL: _____

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

SISBEN: SI: __ NO: X PUNTAJE: _____ **DESPLAZADO:** SI: _ NO: ✓ **VICTIMA DEL CONFLICTO**

ARMADO: SI: _____ NO: X **RED UNIDOS:** SI: ____ NO: X

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: ____ NO: ____ CUAL: _____

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Esneider Manuel Becerra Trujillo. **No.**

IDENTIFICACION: 1006789417 **DIRECCION RESIDENCIA:** Sabalito. **CELULAR:** 3133052348 **E.P.S:** Nallamas

OCUPACION U OFICIO: Agricultor **EMPRESA**

DONDE LABORA: Campo **NIVEL DE**

ESCOLARIDAD: Bachiller **PROFESIÓN:** Agricultor.

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jeidi Veronica Gaviria. **No.**

IDENTIFICACION: 1122336796 **DIRECCION RESIDENCIA:** Sabalito **CELULAR:** 3133052348 **E.P.S:** Nallamas.

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa. **EMPRESA**

DONDE LABORA: N/A **NIVEL DE**

ESCOLARIDAD: Bachiller **PROFESIÓN:** _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: _____

NUMERO IDENTIFICACION: _____ **CELULAR:** _____

DIRECCION: _____ **PARENTESCO:** _____

Nardi García.

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE **FIRMA AGENTE EDUCATIVA**

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.636

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61698033

61698033

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 0 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
BECERRA	GUANGA

Nombre(s)

EMMANUEL SEBASTIAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes JUL Día 04	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	25078410218599

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

GUANGA TIPAZ JEIDI VERONICA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.336.796	COLOMBIA

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 segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

BECERRA TRUJILLO ESNEIDER MANUEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.008.789.417	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GUANGA TIPAZ JEIDI VERONICA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.336.796	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (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 JUL Día 09	ROY EDISON CALDERON RIVERA - REGIST
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

09.JUL.2025 - LIBRO DE VARIOS - 003 - 09/JULIO/2025

ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Copia Registro Civil
38622873-3

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYOMUNICIPIO DE SAN MIGUEL
CABILDO INDIGENA SAN FIDEL KIMSAYAKO
RESOLUCION 0093 DEL 21 DE JUNIO DEL 2017

EL SUSCRITO GOBERNADOR DEL CABILDO INDIGENA SAN FIDEL KIMSAYAKO DEL PUEBLO INGA EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES CONSTITUCIOANALES Y EN ESPECIAL AS CONFERIDAS EN LA LEY 89 DE 1890 LEY 21 DE 1991

CONSTANCIA

Hace constar que, **EMMANUEL SE BASTIAN BECERRA GUANGA** Número de identificación 1122344636 de San Miguel – La Dorada, indígena y se encuentra inscrito(a) dentro del censo 2025 del cabildo San Fidel Kimsayako etnia (INGA)

Se expide a solicitud del (a) interesado(a) para trámites ante primera infancia – Fundación Alma de vida Movilidad Propia e Intercultural.

Para constancia de lo anterior, se firma en el Cabildo indígena San Fidel Kimsayako a los veintidós (22) días del mes de agosto del 2025.

Miguel Angel Perenguez
MIGUEL ANGEL PERENGUEZ
C.C. N° 87513595 de Cumbal
Cel 316 9144035

5

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN	CÓDIGO: AS-FR-008 VERSIÓN: 02 Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	BECERRA GUANGA EMMANUEL SEBASTIAN
Identificación:	RC: 1122344636
Municipio:	SAN MIGUEL
Nivel Sisben:	
IPS Asignada:	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - PRINCIPAL
Estado:	Activo
Fecha de Afiliación:	2025-07-05
Regimen:	Subsidiado
Condición Discapacidad:	N
Tipo Discapacidad:	NA
Tipo Afiliación:	SAT Res. 768 de 2018
Nivel :	

Observación :

Dada el jueves, 31 de julio de 2025

Cordialmente

GLORIA ADRIANA CERDA GREFA

Certficación Válida 7 Días únicamente para Servicios de Salud
E.P.S INDIGENA MALLAMAS
Carrrera 1N 4-56 Av Panamericana Ipiales - Colombia
PBX: 7731757 - 7738725 - 7738726
aseguramiento@mallamaseps.com

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	1122344636
NOMBRES	EMMANUEL SEBASTIAN
APELLIDOS	BECERRA GUANGA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	05/07/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/12/2025 08:45:58	**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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

MIS DATOS:

Nombres:
Emmanuel Sebastian

Apellidos:
Becerra Guanga.

Fecha de nacimiento:
04 07 2025

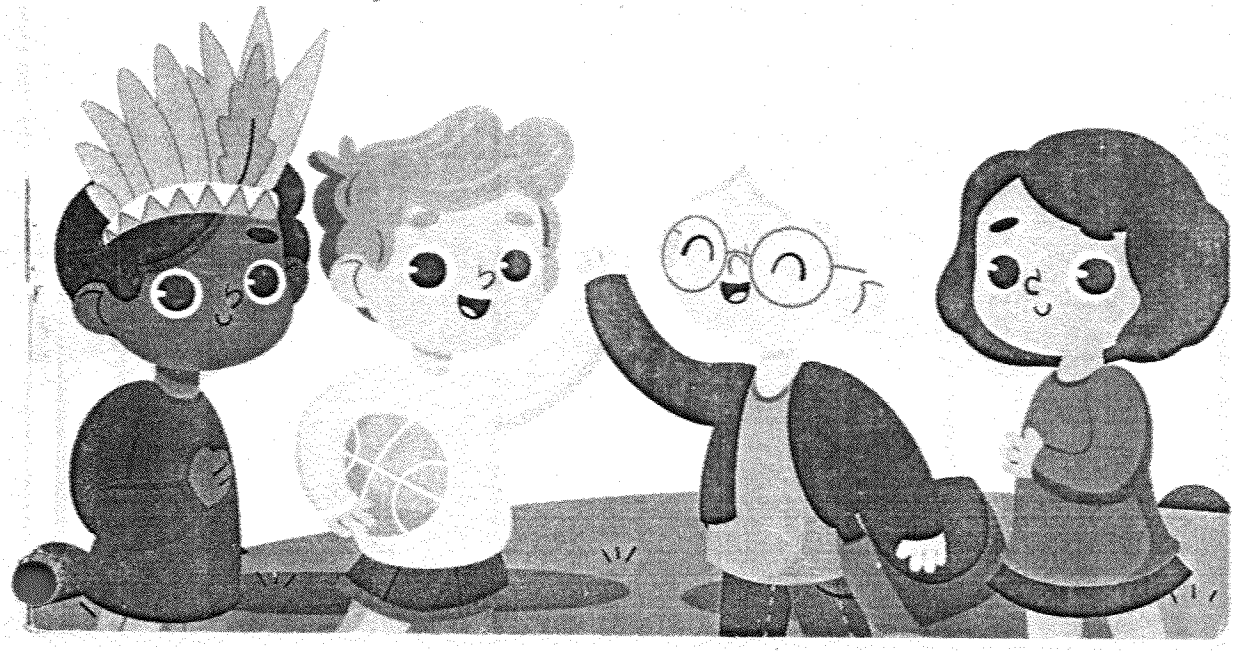
Historia Clínica:
1122344636

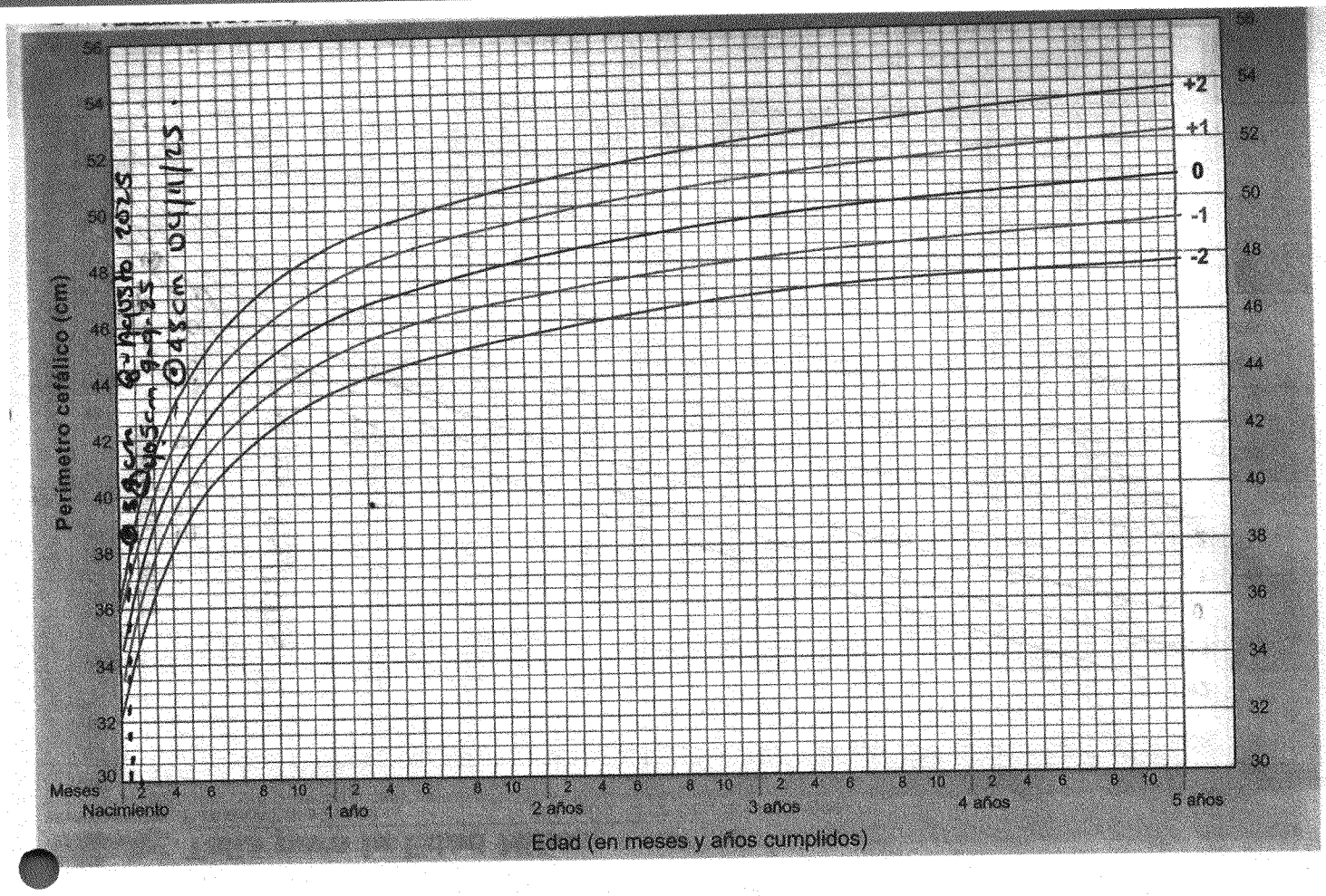
Barrio / Vereda:
Mesas del Sabalito

Responsable del niño (a):
Jeidi Guanga.

Teléfono:
3106994341

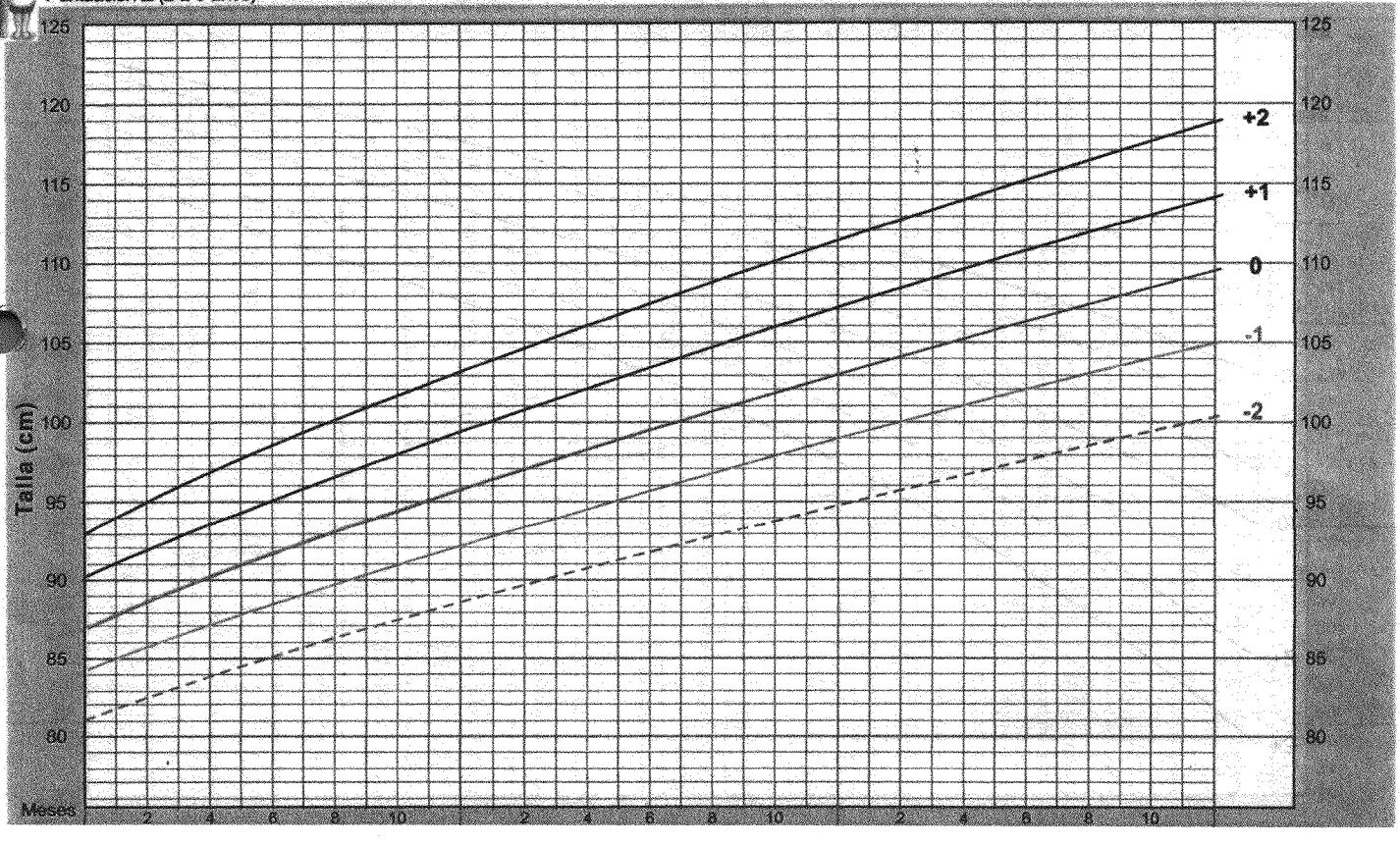
EPS:
Mallamas

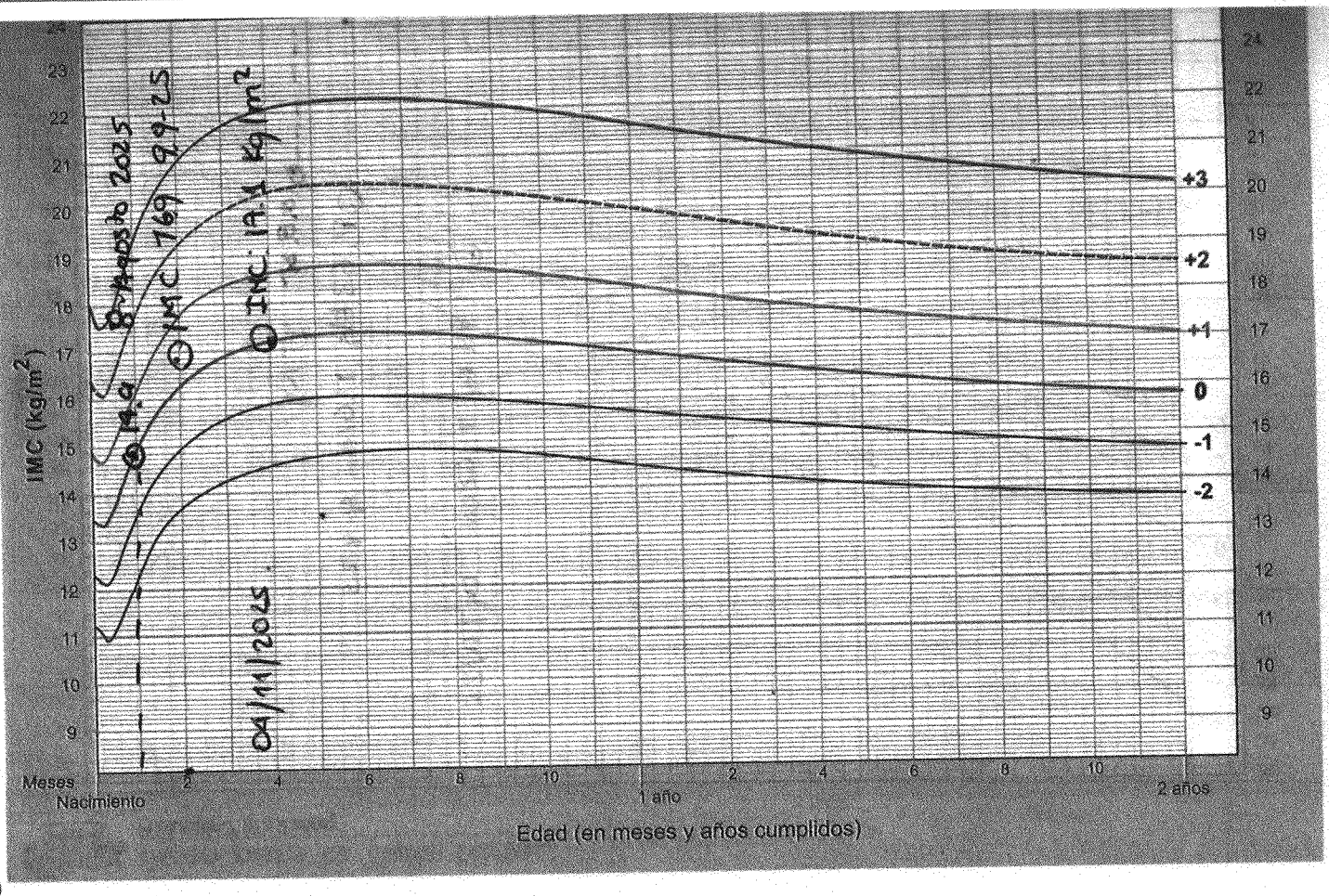


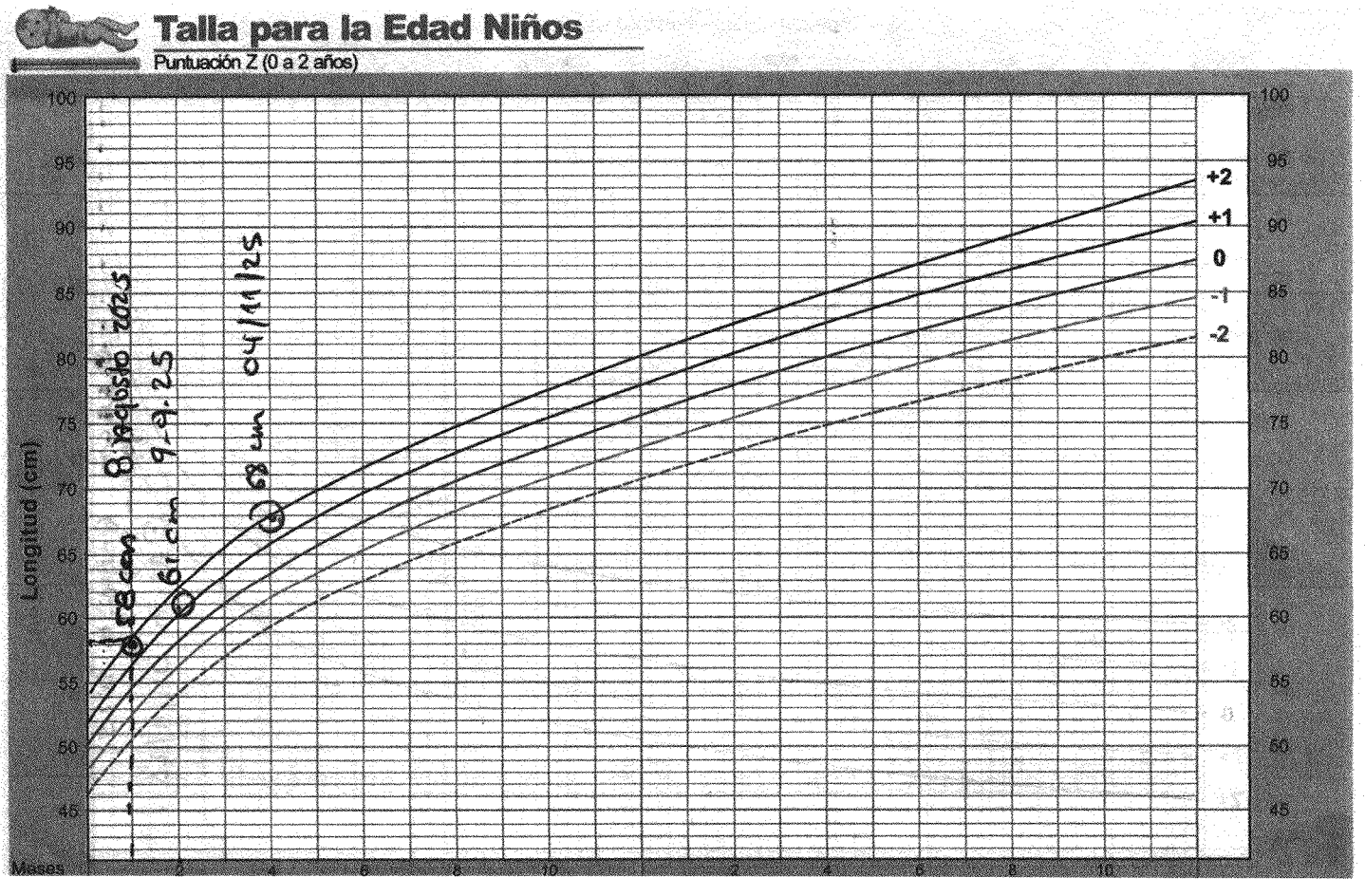


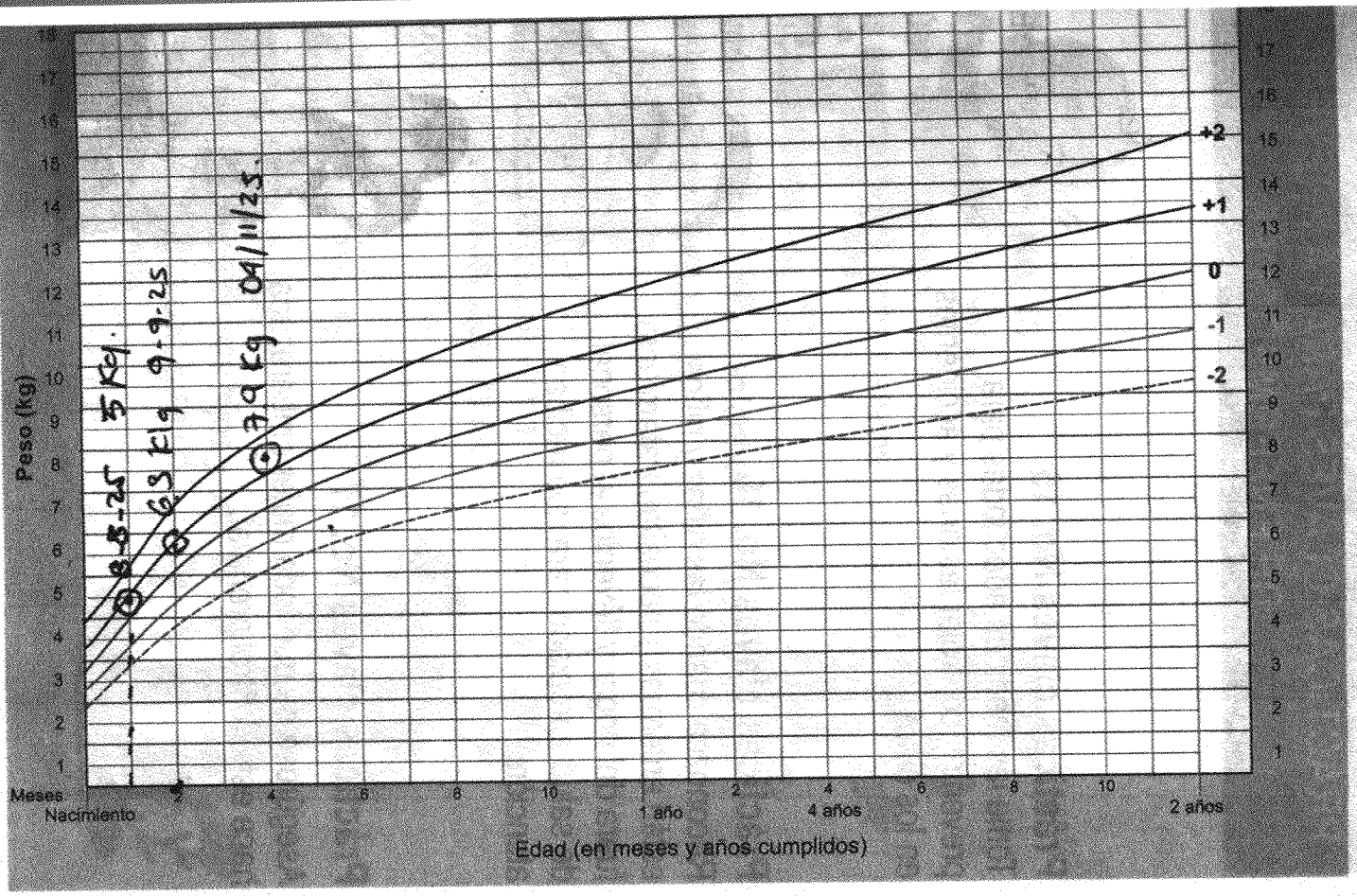
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)




IMC (kg/m²)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+3
+2
+1
0
-1
-2
Nacido 2025
IMC 16,9 kg/m²
IMC 16,9 kg/m²
04/11/2025
9-9-25

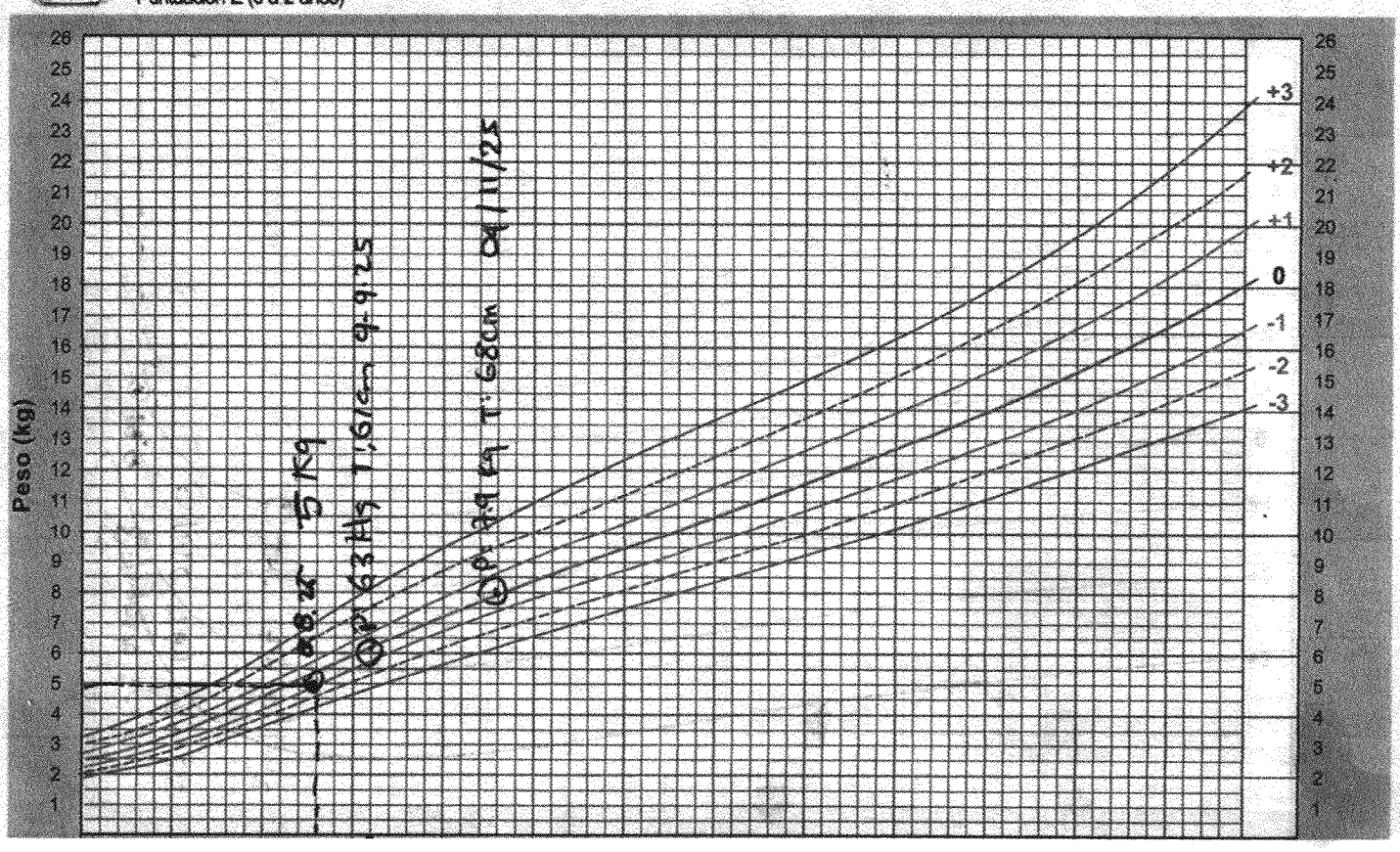

Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
Longitud (cm)
Meses
+2
+1
0
-1
-2
Nacido 2025
68 cm
04/11/25
9-9-25





Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
8.	Agosto	2025	Medico	✓	
9	Septiembre	2025	Jefe.	Si ✓ Milena	
04	Noviem	2025	Medico	Si ✓ Juan E.	
04	Mayo	2026	Jefe.		

Vacunar **oportunamente** a los niños y niñas con todas las dosis, **disminuye el riesgo** de padecer enfermedades.

Protégelos contra:

Tuberculosis meníngea (BCG), Hepatitis B, Poliomielitis (VIP), Meningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus Influenzae tipo b, Difteria, Tosferina, Tétanos (Pentavalente), diarrea por Rotavirus; neumonía, otitis, meningitis bacteriemia causada por Neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, Sarampión, Rubéola, Parotiditis (Triple Viral), Varicela, Hepatitis A, Fiebre Amarilla, Cáncer causado por Virus de Papiloma Humano (VPH) y Covid-19.



Las vacunas son seguras y salvan vidas

¡Ponte al Día!

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)

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

ATENCIONES DEFINIDAS MEDIANTE RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018 PARA LA PRIMERA INFANCIA

Seguimiento al Recién Nacido				D	M	A
TSH neonatal	Normal		Alterado			
Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado			
Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado			
Visual	Normal		Alterado			
Atención en salud para la promoción y apoyo a la lactancia materna						
Seguimiento a la atención en salud para la promoción y apoyo a la lactancia materna						

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

Edad	Fecha (D M A)	Valoración Nutricional: Peso	Talla	PC	Punt. Z	Valoración del Desarrollo: Motor Grueso A	R	SP	Motor Fino A	R	SP	Audición y Lenguaje A	R	SP	Personal Social A	R	SP	Profesional que atendió perfil
3 a 5 días																		
Al mes																		
2 a 3 m.																		
4 a 5 m.																		
6 a 8 m.																		
9 a 11 m.																		
12 a 17 m.																		
18 a 23 m.																		
24 a 29 m.																		
30 a 35 m.																		
3 años																		
4 años																		
5 años																		

A: Desarrollo adecuado para la edad | R: Riesgo de problema en el desarrollo | SP: Sospecha de problema en el desarrollo

Atención en Salud Bucal								
A partir de los 6 meses					Un año			
Dos años					Tres años			
Cuatro años					Cinco años			

Valoración de la Salud Visual - Agudeza Visual								
Tres años					Menor o igual a 20 normal			
Cuatro años					Menor o igual a 20 normal			
Cinco años					Menor o igual a 20 normal			

Suplementación con hierro (Menores de 6 meses con riesgo)			
1 mes			
2 a 3 meses			
4 a 6 meses			

Fortificación casera con micronutrientes en polvo 6 a 23 meses			
6 a 8 meses			
12 a 17 meses			
18 a 23 meses			

Suplementación con micronutrientes (Hierro y Vitamina A)								
2 años								
3 años								
4 años								
5 años								

Desparasitación			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

Tamizaje para Anemia - Hemoglobina (Según criterios de riesgo)					
			Resultado		

Educación para la Salud en la Primera Infancia			
Edad	Fecha	Tema	Observaciones

12

3154650342 R/C
Isabel

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

LAS VACUNAS SON SEGURAS Y SALVAN VIDAS ¡PONTE AL DÍA!

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Emmanuel Sebastian Becerra Guanga

RC | TI | OTRO — Tipo de Documento: 1122344636 — No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 04 DIA | 07 MES | 2025 AÑO

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: O Rh: +

Peso al nacer: 3110 Talla: 47

Dirección: la abrada

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Jeidi Veron

Municipio de residencia: San r

Departamento: Putumayo

1.122.386

Nombres y Apellidos: _____ Tipo de Indentificación _____ No. ID: _____

Edad	Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Observación	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién Nacido						Lactancia materna exclusiva SI☐ NO☐						
	BCG	Única	05	04	25	Serum	0373MA117	HACD				Diana T.
	Hepatitis B	Recién nacido	05	07	23	Serum	0323Q0242	HACD				Diana T.
2 meses						Lactancia materna exclusiva SI☐ NO☐						
	Poliomielitis	1°	09	09	25	Biologicals	2324003	HFID				Eduardo
	*Pentavalente	1°	09	09	25	Serum	2853X013E	HFID				Eduardo
	Rotavirus	1°	09	09	25	GSK	0-OLEO73AA	HFID				Eduardo
	Neumococo PCV 10☐ PCV 13☑	1°	09	09	25	pfizer	HW2963	HFID				Eduardo
4 meses						Lactancia materna exclusiva SI☐ NO☐						
	Poliomielitis	2°	09	NOV	25	Biologicals	2929006					
	Pentavalente	2°	09	NOV	25	Serum	2854X017D					
	Neumococo PCV 10☐ PCV 13☐	2°	09	NOV	25	pfizer	LE3175					
	Rotavirus	2°	09	NOV	25	GSK	AROLEO79AE					
6 meses						Lactancia materna exclusiva SI☐ NO☐						
	Poliomielitis	3°										
	Pentavalente	3°										
	Influenza estacional	1°										
7 meses	Influenza estacional	2°										
12 meses	Sarampión, Rubéola , Paperas	1°										
	Neumococo PCV 10☐ PCV 13☐	Refuerzo										
	Varicela	1°										
	Hepatitis A	Única										
	**Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis	1er Refuerzo										
	Pentavalente	1er Refuerzo										
	Sarampión, Rubéola , Paperas	Refuerzo										
	***Fiebre Amarilla	Única										
5 años	Poliomielitis	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
A partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH) Tetra☐ Nona☐											
Sin rango de edad	Covid-19											
Vacunas complementarias y otras ayuda												

*Difteria-Tétanos-Tosferina-Hepatitis B-Haemophilus influenzae tipo b **De acuerdo al antecedente de primovacunación ***A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.122.336.796

Apellidos
GUANGA TIPAZ

Nombres
JEIDI VERONICA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.59	F

Fecha de nacimiento
31 DIC 2004

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición
20 DIC 2023, SAN MIGUEL(LA DORADA)

Firma

Fecha de expiración
22 DIC 2033

.CO

039603922

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL039603922464018<<<<<<<<<<<
0412317F3312223COL1122336796<7
GUANGA<TIPAZ<<JEIDI<VERONICA<<

14

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.006.789.417**

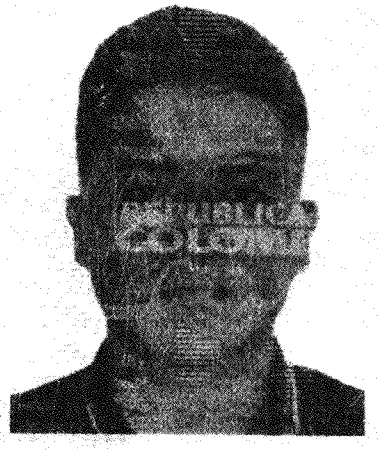
BECERRA TRUJILLO

APELLIDOS

ESNEIDER MANUEL

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-NOV-2002**

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

09-DIC-2020 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401800-01191066-M-1006789417-20201218 **00728**80137A 1 56510975

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Jeidi Veronica Cuanga Identificado con C.C N° 1122336796 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: San Miguel la Dorada o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Querubines 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 27 Días del mes de Julio del Año 2025.

Madre o Acudiente
C.C 1122336796

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, Jeidi Veronica Guanga Tipaz quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122336796 obrando en calidad de:

Padre		Madre	x	Cuidador	

De la niña, niño o adolescente, Emmanuel Sebastian Becerra, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) x, TI____, CE____, número 1122344636, 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:
Nombre: Jeidi Veronica Guanga Tipaz.
Calidad - Titular: x Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3133052348
Fecha: 21-07-2028.
Municipio: San Miguel

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

77

RV

Ciudad Dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Emmanuel sebastian Becerra Guanga.

Fecha de nacimiento 4 07 2025 **N° Documento de Identidad** 1122344636

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 17 8 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Nardi García.

Fecha de registro cualitativo 13 11 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

Se observa que el niño realiza sus actividades Sueño, alimentación en los horarios de rutina para las actividades de cada etapa de crecimiento y desarrollo y responde con balbuceos a los estímulos de los padres.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro 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)***

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)***

Valoración Cualitativa ⇨	Relación con los demás													Relación consigo misma/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	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 3 5	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10	11 13	11 12	11 13	14 16	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21 22	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2 3	1 2 2	1 2 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	15 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24	22 23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16	17 18	17 18	17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2	1 2	1 2	3	3	3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8	8	8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17	16 17	16 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

18
RIV

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACIÓN INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Nordi Goreia. NOMBRE UCA: Querubines 7

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Emmanuel sebastian Becerra IDENTIFICACIO: 1122344686 FECHA DE NACIMIENTO: 4-07-2025

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					
20-7-25	x			x	La madre tiene permiso ya que se encuentra en puerperio. La maestra realiza la concertacion de	Jeidi G	Nordi G.	se llama a la madre para verificar con el estado de salud y animo de la madre y el niño.	se llama a la madre el dia 22 de Julio para saber como estan ella y el niño la madre manifiesta que se encuentran bien	La madre se compromete a que hora llegar las copias de papeleria ameddida que las pueda obtener.
22-08-25					la visita para mirar como estan y que la madre Firme registro de novedades y demos documentos de la carpeta del niño. La madre ya asiste al encuentro con normalidad.	Jeidi G.	Nordi Goreia.	La madre asiste con normalidad despues del puerperio.	La madre regresa a los encuentros con normalidad ya que sello de Puerperio	La madre se compromete a seguir asistiendo con puntualidad a los encuentros educativos.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Nardi Garcia. NOMBRE UCA: Quevhues 2

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Emmanuel Sebastian Becerra IDENTIFICACIO: 1122344636 FECHA DE NACIMIENTO: 04-07-2025

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					
8-8-25	X			X	Se llama a la madre para indagar si ya tiene la constancia indigena para la carpeta ya que no pudo asistir al encuentro por que esta en puerperio.		Nardi Garcia.	Se orienta a la madre para que nos haga llegar la copia para la carpeta y ella manifiesta que ya la pidio al gobernador		Se compromete a entregar para el 17 de agosto que ya llega el gobernador para que la firme y
12-8-25	X			X	Se dialoga con la made para recordarle de la constancia indigena.		Nardi Garcia.			ella la entrega. Se compromete traer la para el 21 de agosto

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Nardi Goreja castillo NOMBRE UCA: Querubines 7

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Emmanuel sebastian Becerra IDENTIFICACIO: 1122344636 FECHA DE NACIMIENTO: 4-07-2025

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					
8-09-25	x		x		se dialoga con la madre para recordarle que el niño tiene cita para control y vacunas para el dia 9 de septiembre. la carpeta esta'	Jeidi G.	Nardi Goreja	La agente educativa se dirigen al hospital para verificar la fecha y hora de la cita.	Se llama a la madre. para informar que tiene que estar media hora antes para factorar.	La madre manifiesta, que estara a las 8:Am
					al dia novedad semada.			La carpeta esta al dia novedad semada.		
9-9-25	x			x	La madre llama a la agente para pedirle permiso ya que el niño esta vacunado en horas de la mañana.		Nardi Goreja	la maestra manifiesta que ya que esta apenas vi y na hay quien lo cuide se dibe quedar ella.		La madre manifiesta que para el prostimo encuentro estara puntual-

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: _____ **IDENTIFICACIO:** _____ **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					