Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

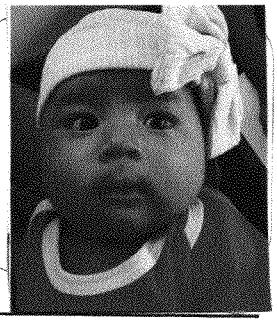
LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

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: Mayo 2025 FECHA INGRESO: 7 Junio-25

UDS: Quevedines 1 MUNICIPIO: San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Evelin Maite Zapata Arteaga

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ NUIP No. 1122344620

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 14 Mayo-2025 EDAD: 7 mes MUNICIPIO: Puerto Asis

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: V/Mesas del Sabalito ESTRATO: 1 ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: ____ NO: X

¿CUAL?: N/A MOTIVO DEL RETIRO: ____ PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: ___ NO: X CUAL: ____ EPS DEL PARTICIPANTE: ____

SUBSIDIADO: _ CONTRIBUTIVO: _ PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: __ DIAGNOSTICO: ____

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: ___ NO: ___ CUAL: ____

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: ___ NO: X CUAL: ____ TIENE SISBEN: SI: X NO: __ PUNTAJE: A5 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: Jhonatan Ferney Zapata Mejia No. IDENTIFICACION: 1122342629 DIRECCION RESIDENCIA: Sabalito CELULAR: 3187487548 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Agricultor EMPRESA DONDE LABORA: N/A NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: Agricultor

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Neidy Yadira Arteaga Narvaez No. IDENTIFICACION: 1007728119 DIRECCION RESIDENCIA: Sabalito CELULAR: 3182487548 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa EMPRESA DONDE LABORA: N/A NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: Ama de casa

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: ____

NUMERO IDENTIFICACION: ____ CELULAR: ____

DIRECCION: ____ PARENTESCO. ____

x Neidy Arteaga
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Nardi Correa.
FIRMA AGENTE EDUCATIVA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

3

NUIP 1.122.344.620

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61698013

61698013

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] 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
ZAPATA	ARTEAGA

Nombre(s)

EVELIN MAITE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes MAY Día 14	FEMENINO	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	250592101574 72

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

ARTEAGA NARVAEZ NEIDY YADIRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.007.728.119	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

ZAPATA MEJIA JHONATAN FERNEY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.342.629	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ARTEAGA NARVAEZ NEIDY YADIRA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.007.728.119	Neidy Arteaga

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 MAY Día 28	ROY EDISON CALDERON OSORIO - REGISTR
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Jhonatan Ferney Zapata Mejia	
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

28.MAY.2025 - LIBRO DE VARIOS 235 - 28/05/2025

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil

38622575-5

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	1122344620
NOMBRES APELLIDOS	EVELIN MAITE ZAPATA ARTEAGA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	05/08/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/19/2025 14:34:51	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.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 17/06/2025

Ficha: 86757674952700003130

A5

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: EVELIN MAITE

Apellidos: ZAPATA ARTEAGA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344620

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 07/12/2022

Última actualización ciudadano: 03/06/2025

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**

A1→A5	B1→B7	C1→C18	D1→D21
Pobreza extrema	Pobreza moderada	Vulnerabilidad	No pobre ni vulnerable

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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:

Yuelin Maik

Apellidos:

Zapata Arteaga

Fecha de nacimiento:

14 01 2025

Historia Clínica:

1122344620

Barrio / Vereda:

El Sabalito

Responsable del niño (a):

Wilde Arteaga

Teléfono:

3217021121

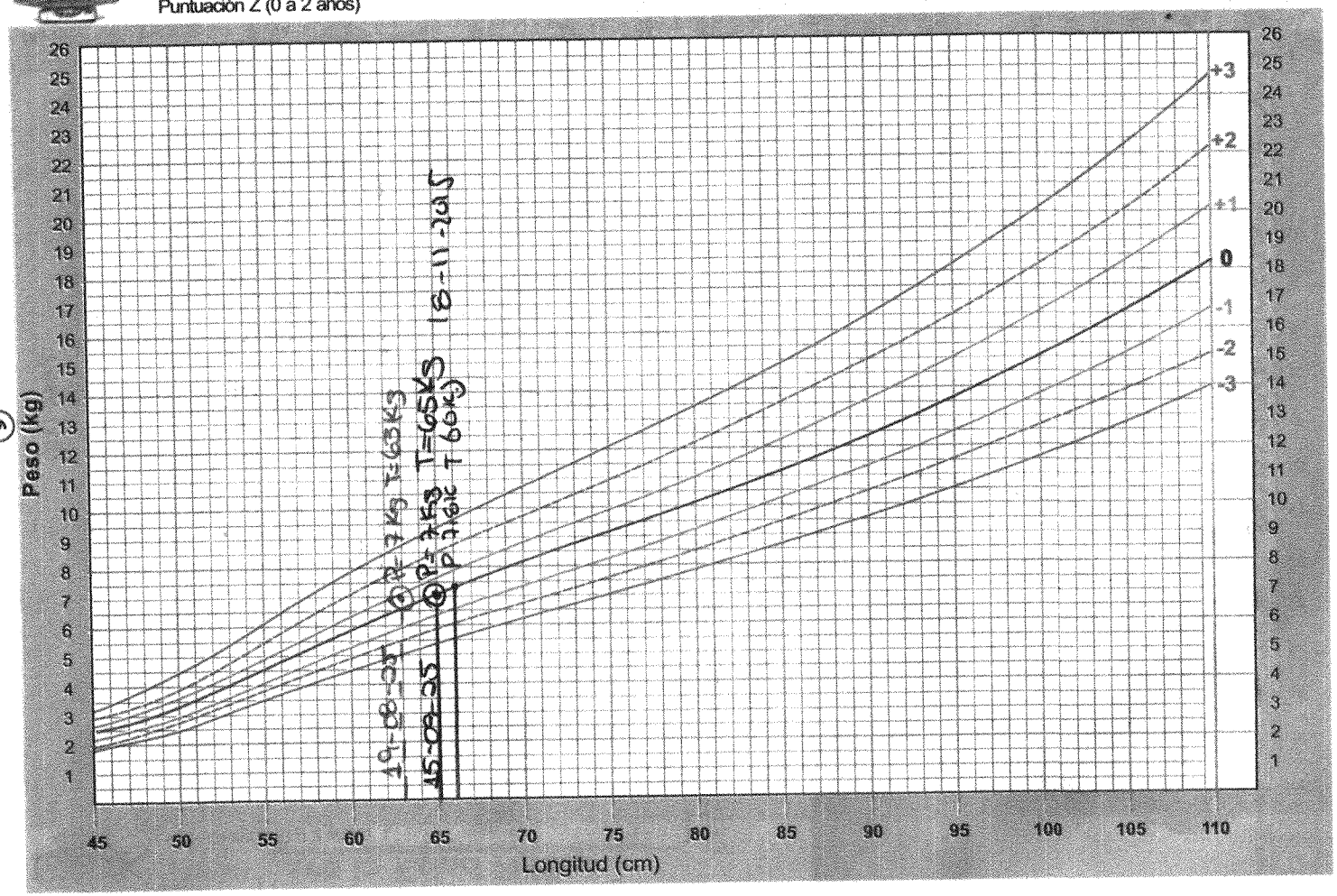
EPS:

Mallamas



Peso para la Talla Niñas

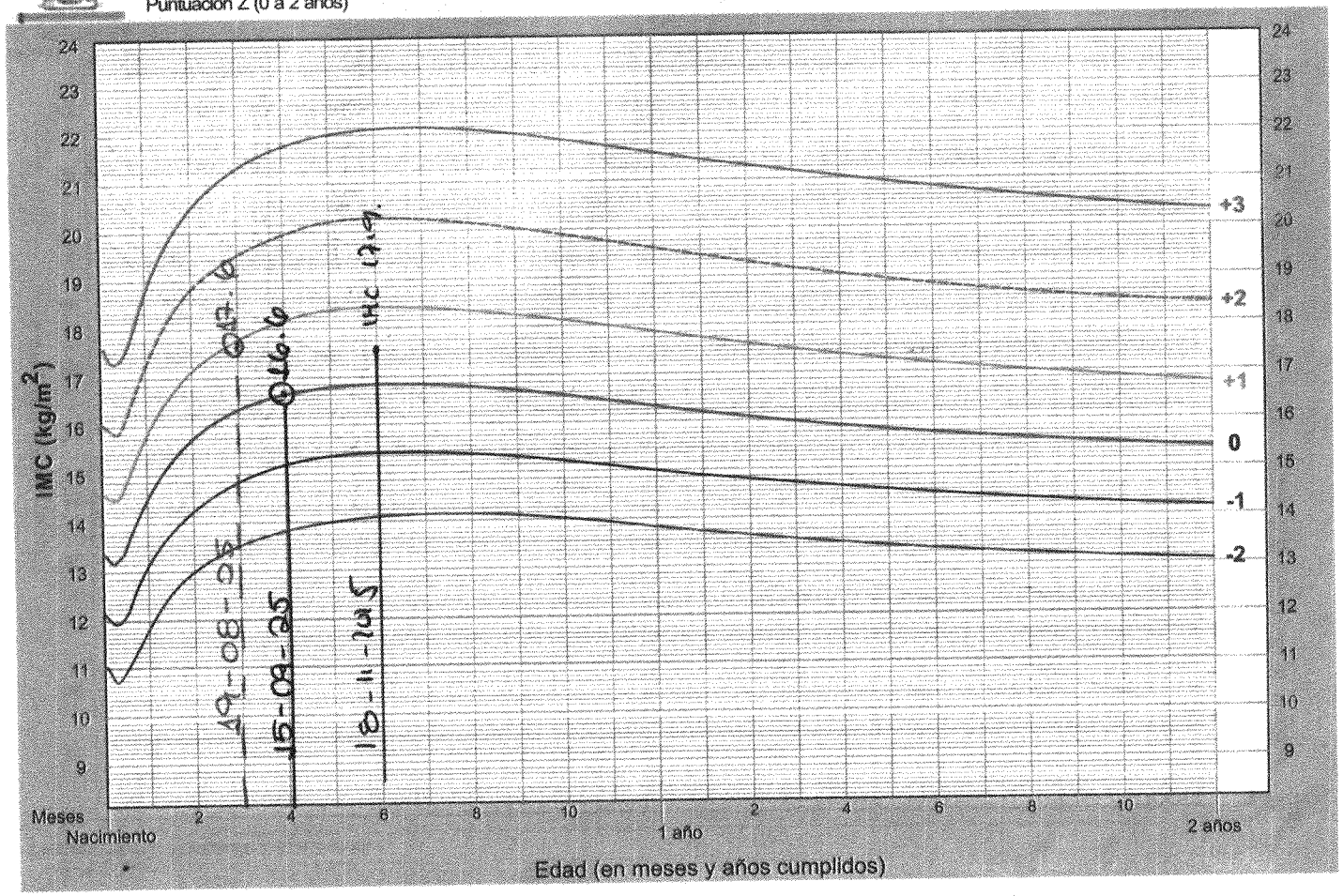
Puntuación Z (0 a 2 años)



⑨

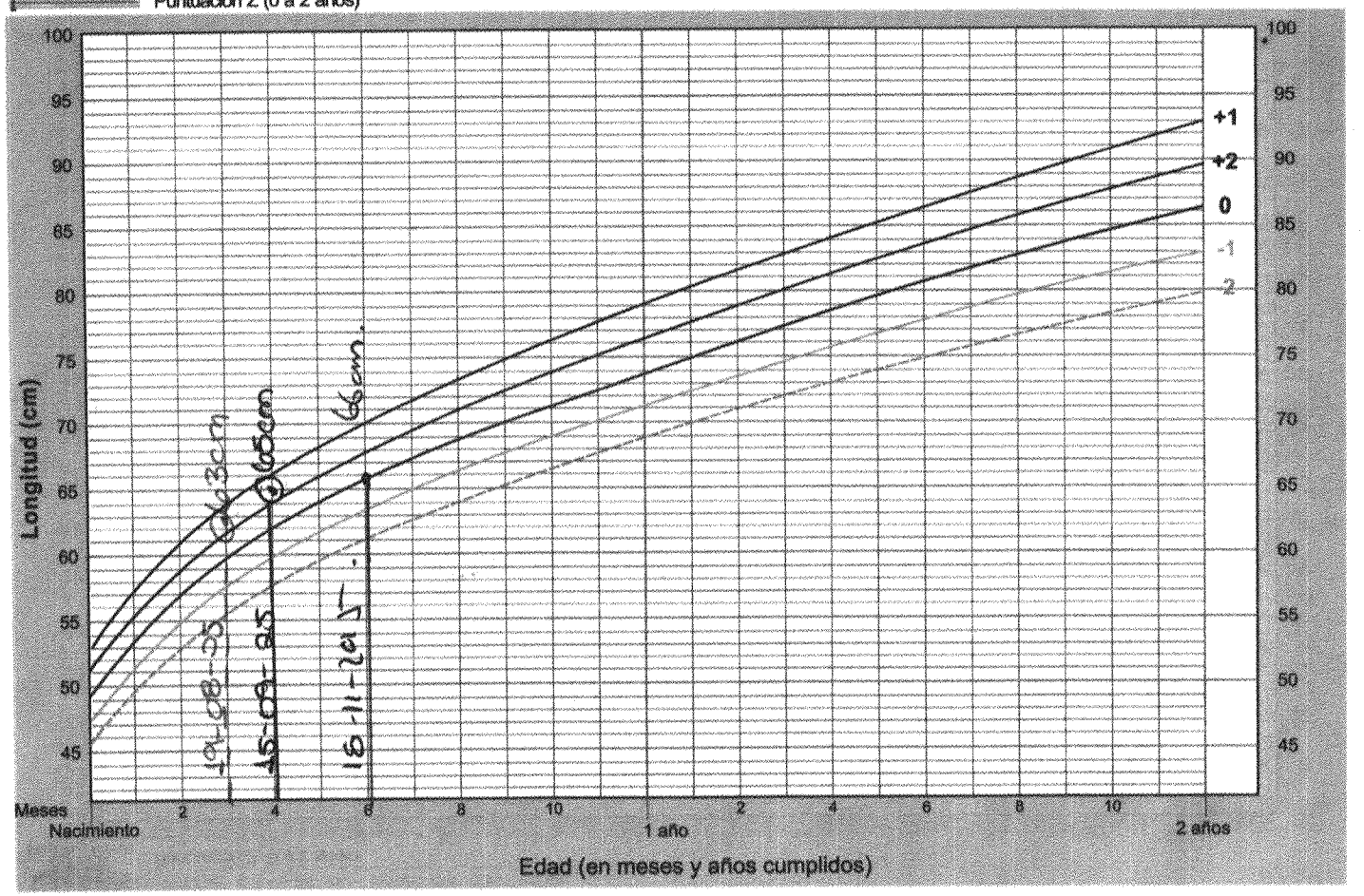
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Talla para la Edad Niñas

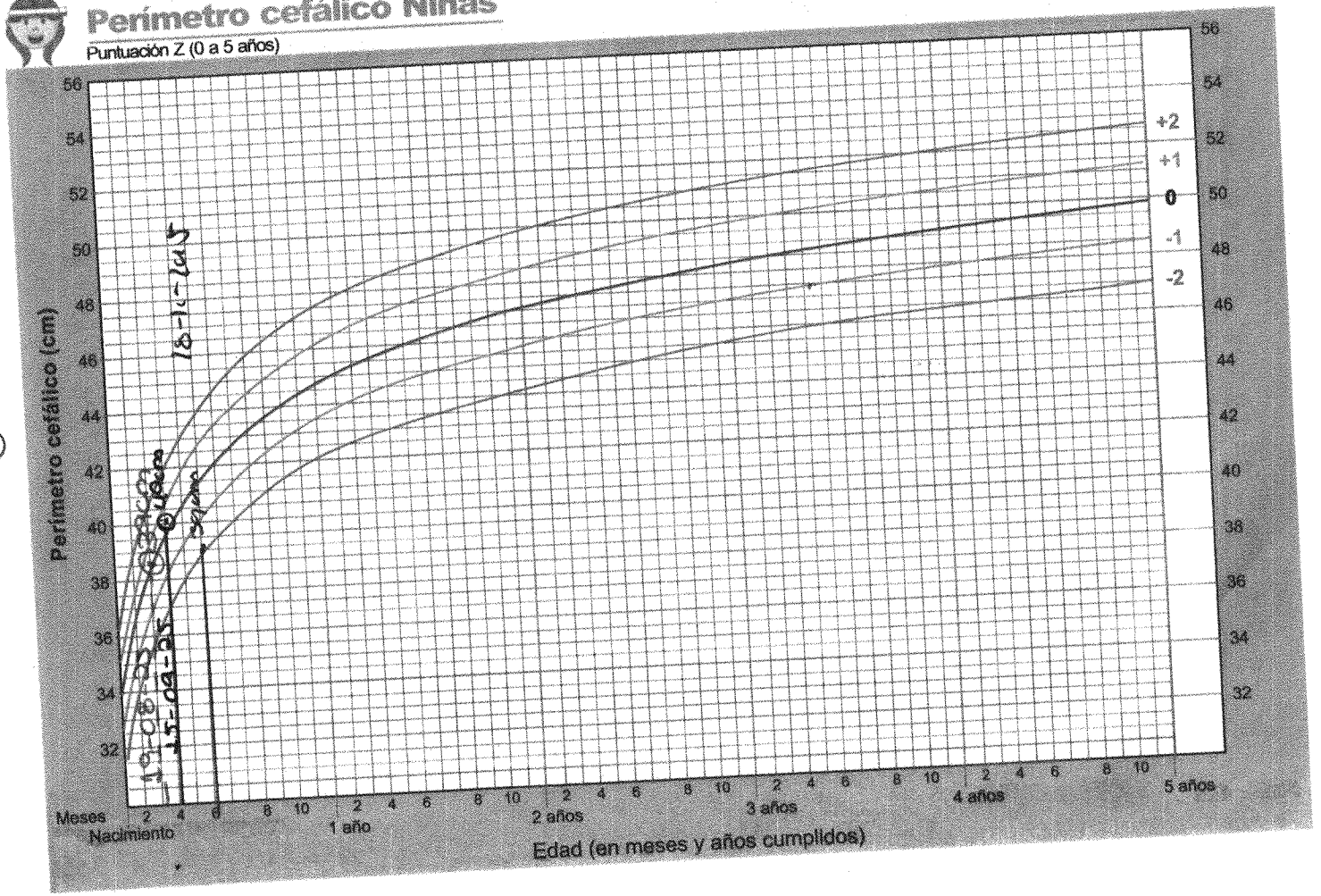
Puntuación Z (0 a 2 años)



(8)

Perímetro cefálico Niñas

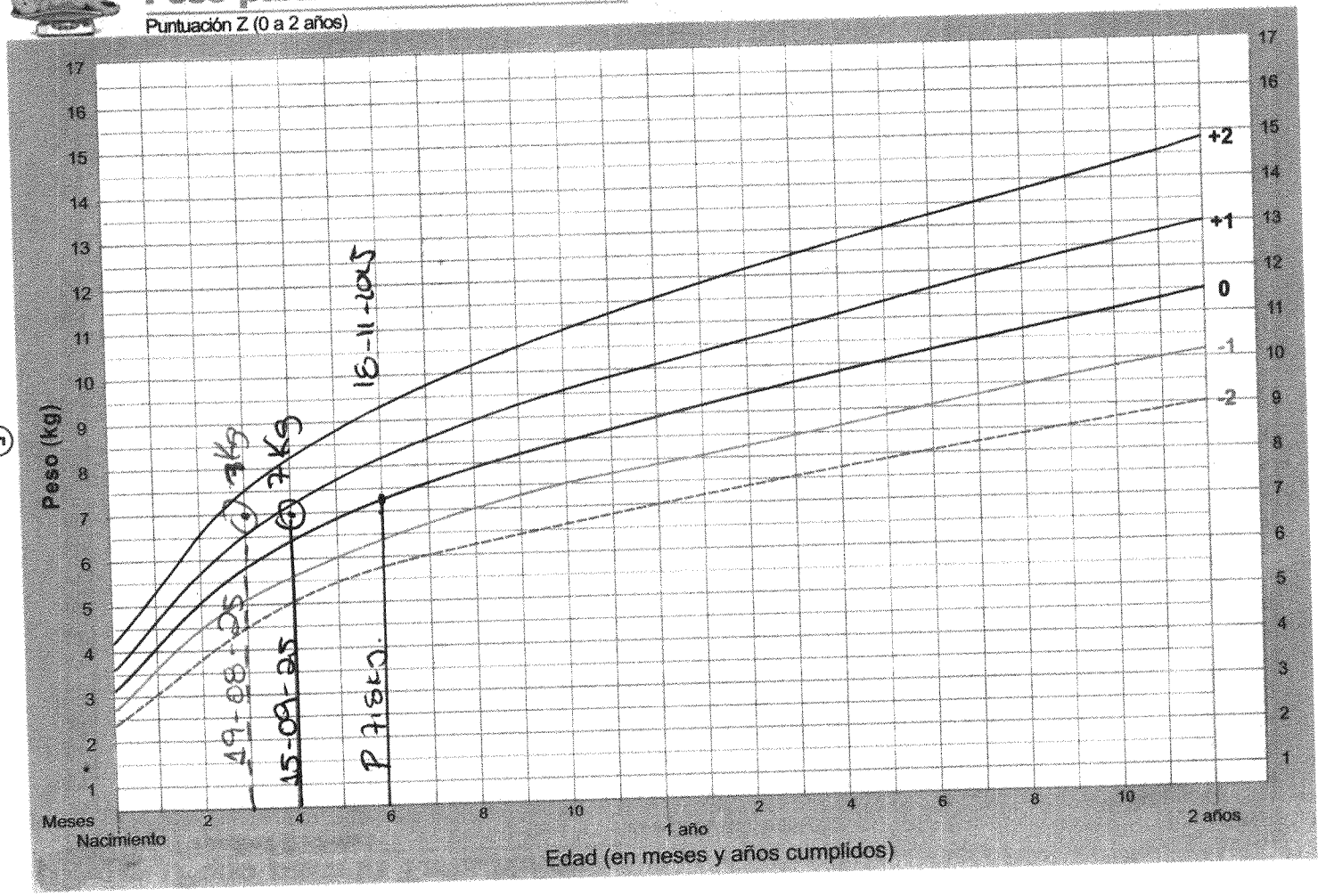
Puntuación Z (0 a 5 años)



⑥

Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



⑤

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
15	Septiembre	2025	Medico	Si ✓	Si
18	Noviembre	2025	Gnl	Si ✓ Diputados	
16	Febrero	2026	Jek.		

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
19-08-25	7	63	39	14	17.6	15-09-25	
15-09-25	7	65	40	16	16.6	17-11-25	
18-11-25	7.8.	66	39	12	17.9.	16-02-26	Dayanasmita

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO									
Resultado Tamizaje Neonatal	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									

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

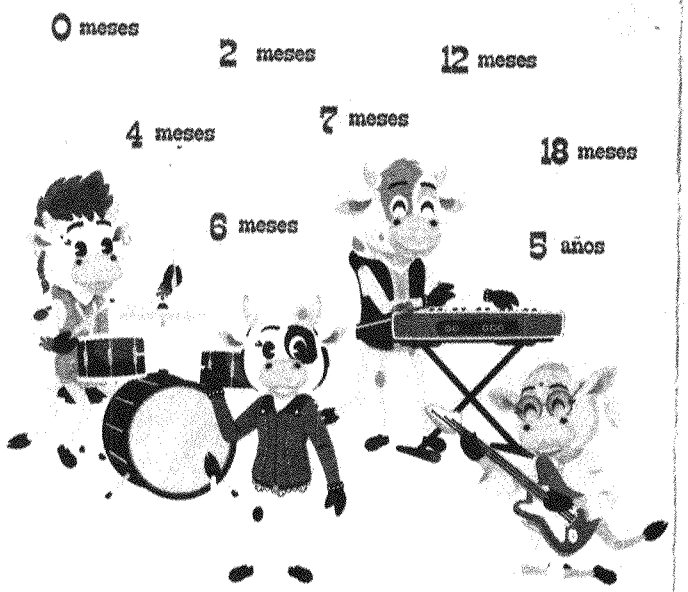
3 años						
4 años						
5 años						

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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



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)

14
R/L

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos:

Fecha de nacimiento: 14-05-2025

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil:

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3260 Talla: 50

Dirección: Puerto colon

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Leidy Arteaga Cordoba

Municipio de residencia: Valle del Guamuez

Departamento: Putumayo

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: **Tipo Identificación:** **No. ID:**

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
Recién nacido			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	14	05	25	Serum	03 73 MA 117	HACP				Diono T
	Hepatitis B	Recién nacido	14	05	25	Serum	03 23 Q0 240	HACP				Diono T
2 meses			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	22	Ca	25	Biological	24 23 00 7.					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	22	Ca	25	Serum	28 54 x0 13 E					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	22	Ca	25	Serum	28 54 x0 13 E					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	22	Ca	25	Serum	28 54 x0 13 E	HFID				Isabel Arias
	Diarrea por rotavirus	1.ª	22	Ca	25	GSK	ARC IE 07 5 A.					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	22	Ca	25	PFIZER	HW 29 63					
4 meses			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	08	OCT	25	Biological	24 23 00 3		Cita!			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	08	OCT	25	Serum	28 54 x0 13 E		22 - SEPTIEMBRE			
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	08	OCT	25	Serum	28 54 x0 13 E		2025.			
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	08	OCT	25	Serum	28 54 x0 13 E	HFID				Isabel Arias.
	Diarrea por rotavirus	2.ª	08	OCT	25	GSK	ARC IE 07 5 A.					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	08	OCT	25	Pfizer	LE 87 75					
6 meses			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	3.ª							Cita:			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª							08 - DICIEM			
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª							2025			
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª										
	Influenza estacional	1.ª										
7 meses	Influenza estacional	2.ª										
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª										
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo										
	Varicela	2.ª										
	Hepatitis A	Única										
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo										
	Fiebre amarilla	Única										
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª										
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

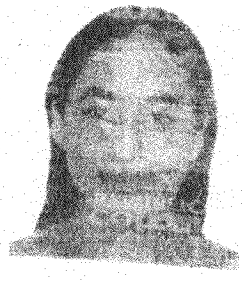
Busca ya las vacunas

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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.007.728.119**
ARTEAGA NARVAEZ
APELLIDOS
NEIDY YADIRA
NOMBRES

Neidy Yadira Arteaga
FIRMA





INDICE DERECHO

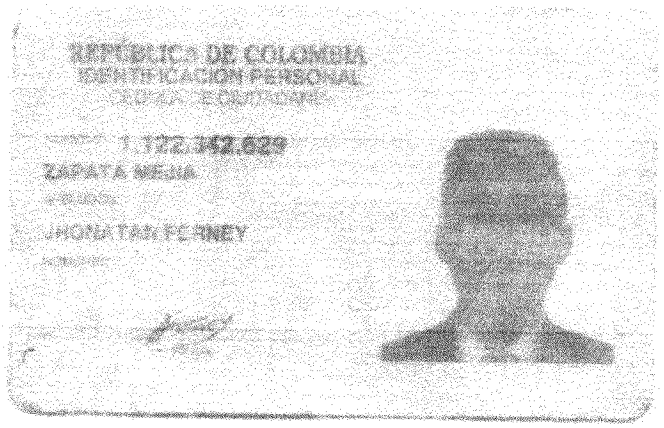
FECHA DE NACIMIENTO **26-FEB-2001**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

20-MAR-2019 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6401800-01076560-F-1007728119-20190524 **0065**529203A 1 51871355


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
1.122.342.629
ZAPATA MEJIA
JHONATAN FERNEY


22-NOV-1996
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
1.70
O+
M
23-DIC-2015 SAN MIGUEL(LA DORADA)

Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Neidy Yaira Artcaga N° identificado con C.C N° 1007728119 en calidad de: padre o madre (madre). del niño o niña: Evelin Maite Zapata Artcaga 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 1 Días del mes de 6 del Año 2023.

x Neidy Artcaga
Madre o Acudiente
C.C 1007728119

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

Yo, Neidy Yadira Arteaga N, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1077281119, obrando en calidad de:

Padre		Madre	X	Cuidador	

De la niña, niño o adolescente, Evelin Maite Zapata Arteaga, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI____, CE____, número 1122344620, manifiesto que:

Sí	✓	No	

AUTORIZO a la niña, niño o adolescente a participar en la oferta de la Dirección de Niñez y Adolescencia
Con la suscripción de este permiso manifiesto que me informaron que, durante la participación, en la oferta de la Dirección de Niñez y Adolescencia se:

1. Captarán, tomarán, almacenarán y editarán imágenes personales o fotografías de los participantes
2. Realizarán videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
3. Divulgarán y publicarán las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Suscriben:

Firma: x Neidy Arteaga
Nombre: Neidy Yadira Arteaga Narvaez
Calidad - Titular: x Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3138575506
Fecha: 1-6-2025
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 Evelin Maite Zapata Arteaga, identificado (a) con documento de identidad número 1122344620 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, Neidy Yadira Arteaga Narvaez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1067720119, 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 Fundacion Alma de vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa EIC

Suscriben:

Firma: Neidy Arteaga
Nombre: Neidy Yadira Arteaga Narvaez
Calidad - Titular: x Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3138575506
Fecha: 1-6-2025
Municipio: San Miguel

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

20

R/V

Ciudad Dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Evelin Maite zapata Arteaga

Fecha de nacimiento 14-05-2025 **N° Documento de Identidad** 1122344620

Sexo Masculino ○ Femenino ⊗ **Fecha de 1er día de atención en el año** 10-06-2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Nardi García

Fecha de registro cualitativo 27-09-2025

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

La niña realiza las actividades de rutina diaria como dormir y alimentarse con el seno de la madre de manera tranquila, respondiendo a los estímulos de la madre con sonrisas.

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

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

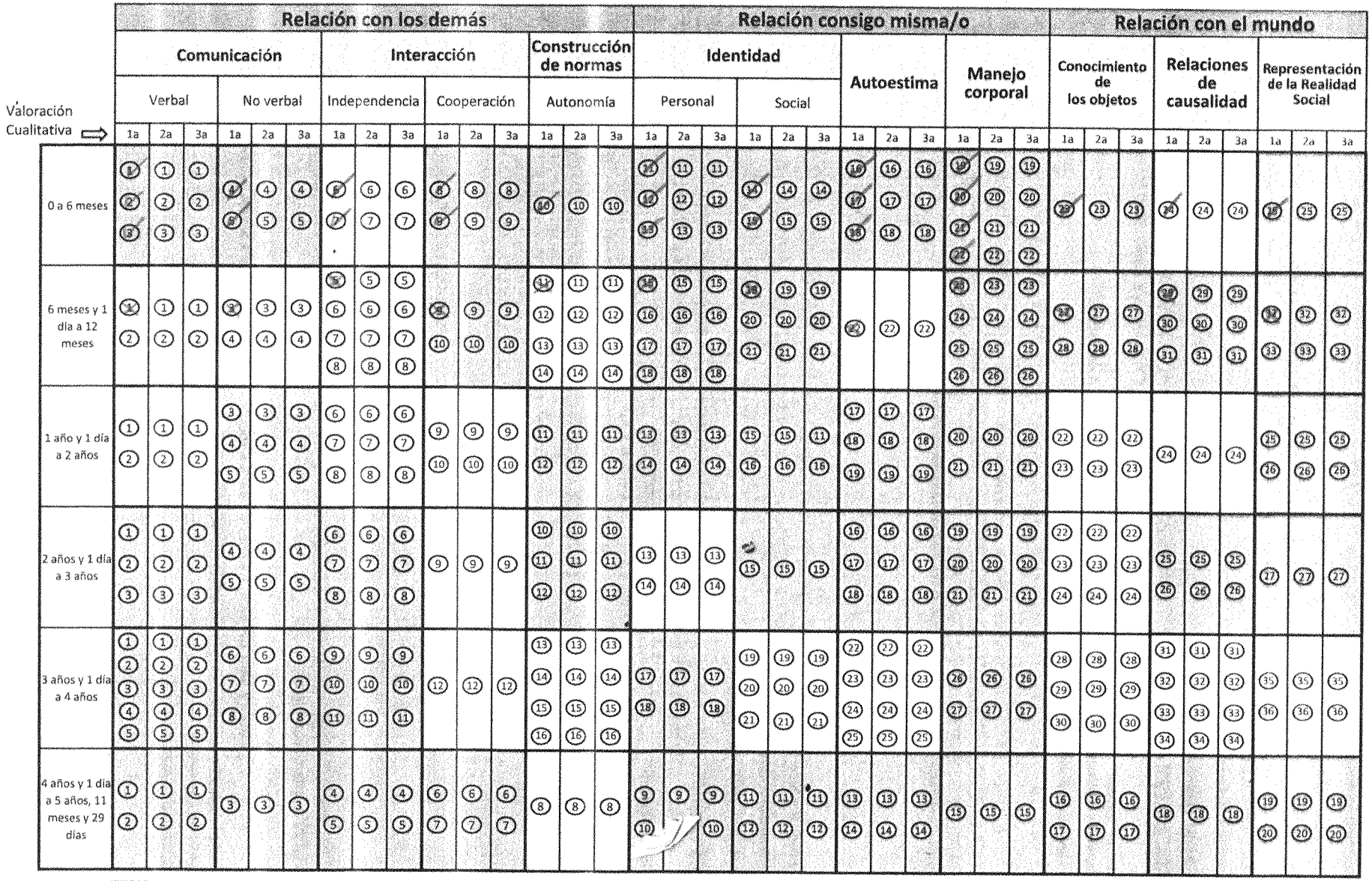
Fecha de resgistro cualitativo

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

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

27
f1v

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Naidi Garcia NOMBRE UCA: Querubines 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Evelin Maite Zapata A IDENTIFICACIO: 1122344620 FECHA DE NACIMIENTO: 14-5-2025

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					
16-6-2025	x			x	Se visita a la madre para informar de la gestion de papeleria de la niña. solo falta cornet de salud y y control	xNeidy Arteaga	Naidi Garcia	Se orienta a la madre sobre la importancia de tener la documentacion de la niña al dia por parte del agente educativo	el Agente educativo de igual manera se dirige a la oficina de sisben para tramitar el cornet de salud, con copia de registro y	cuando llegue el cornet de salud le realizaran los controles.
					La niña ya tenc toda la papeleria completa en la carpeta.			se gestiona la ficha sisben el 24 de mayo para gestionar la ficha sisben y el 19 de Junio con la ficha sisben	copia de cedula de la madre, y se a dirigido la agente educativa a la oficina emssona para averiguar si ya la niña tiene la afiliacion	

La novedad esta semana

La papeleria ya esta completa la novedad esto semana

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Nardi Garcia Castillo NOMBRE UCA: Ocurbines 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Neidy Yadira Arteaga Nerwa IDENTIFICACIO: 1007728119 FECHA DE NACIMIENTO: 26-02-2007

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					
					En repetidas ocasiones se pregunta en emssena y no hay respuesta y el dia 3 de Julio por parte de la agente se realiza nuevamente la solicitud en linea.	Neidy Arteaga	Nardi Garcia	se remite en el correo para verificar si ya hay respuesta.	se llama a la madre para orientar e informar como esta el tramite.	se dialogo con la madre y se pregunta si ella fue a la EPS. y ella manifiesta que si pero aun no hay respuesta.
5-7-2025	X			X	La agente educativa envista que aun no hay respuesta, realiza nuevamente la solicitud de vinculacion a salud de la niña con copia de RC.C.C. de la madre. Gestion en linea a la EPS.	Neidy Arteaga	Nardi Garcia	La agente educativa nuevamente se dirigio a la especifica de la EPS para revisar si ya la niña esta activa y aun no. ya tiene todos la papeleria y la	el dia 21 nuevamente se asiste a la EPS para verificar si la niña ya tiene el carnet y aun no hay respuesta.	Novedad senada. la madre se compromete a estar pendiente y preguntar.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

22 R/V

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Xoardi Gonzalez NOMBRE UCA: Querubines 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Evelin Maite Copeta. IDENTIFICACIO: 1122344620 FECHA DE NACIMIENTO: 14-5-2025

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					
23-7-25	x			x	el dia 14-7-25. nuevamente se realiza la solicitud a la EPS. y la administrativo manifiesta. que para 29 aproximada mente estara activa.	Neidy Arteaga	Xoardi Gonzalez	Se llama a la madre para comunicarle la que informaron.	revision de el adres para mirar saya esta activa.	La madre tambien se compromete a estar preguntando para que le llegue el carnet el la misc. ya tiene todo el dia La novedad esta servada. La novedad esta servada.
					se le informara a la madre y tambien se le recomienda estar pendiente. La papeleria esta completa y la novedad esta somada. La novedad esta					

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					
1-8-25	x			x	Se le comunica a la madre que el carnet de la niña al revisar en adres la niña no esta opiliada y ya se le hare realizado dos gestiones en emssanar y otra en emssanar mismo pero en linea. Se llama a la madre en horas de la tarde para comunicarle que la maestra Fue a secretaria de salud y le dijeron que la niña no aparese por que la madre.	Nerdy Astenga.	Nordi García.	se realiza la revisión nuevamente y a un no aparese.	se llama a la madre para que se dirija nuevamente a la eps ella manifiesta que fue y aun no aparece.	Se compromete a ir a realizar la gestion nuevamente.
4-8-25									la niña ya tiene toda la documentacion requerida y aldia en la carpeta.	

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

23
R/V

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Evelin Maite Zapata A IDENTIFICACIO: 1122344620 FECHA DE NACIMIENTO: 14-05-2025

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					
					Solicito cambio de epese y que al estar la madre en otra eps. emssanar ya no puede afiliar a la niña solo ya que es menor de edad.	Neidy Arteaga	Nordi Goreia	La gente recolecta informacion y se dirge a mallomos para gestionar la nueva solicitud de afiliacion	el dia 5 de agosto se pide a la madre llevar la costancia indigena y la gestion queda realizada	La madre se compro-mete a estar pendiente de la gestion
8-8-25	X			X	Se revisa en posiga y aun no aparese afiliada para poder sacar cita a crecimiento y desarollo.	Neidy Arteaga	Nordi Goreia	a mallomos donde esta la madre. Se llama a la madre para informarle y que este pendiente del adres.	pendiente de la afiliacion para el dia 16 de agosto. se llama y se recomienda estar preguntando si ya le activan el carnet.	La madre se compro-mete a estar pendi-ente para poder reali-zar las gestiones y controles faltantes.

La novedad esta semada

La novedad esta semada.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Nardi Garcia NOMBRE UCA: Querubines 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Evelin Maite Zapata Arteaga IDENTIFICACIO: 1.122344620 FECHA DE NACIMIENTO: 14-05-2025

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					
12-08-2025	X			X	Realizamos acercamiento a la oficina de Maltamos para verificar si el canet ta esta activo y nos dio a Conocer que todavia no esta Activo pero el tramite ya se Realizo.	Neidy Arteaga	Nardi G. Stella Cuyuy Q	Orientamos a la Madre de Familia Sobre la importancia de tener la Documentacion al dia ya que es muy importante para garantizar los derechos de los niños.		Madre se compromete a llevar el Dolumento que se le hizo el Tramite de EPS: para la Fecha 19.08-2025 Nos dara a conocer el Dolumento si ya esta Activo.
21-08-2	X		X		Se llama a la madre en horas de la mañana para pedirle copias del control de la niña y ella manifiesta que ya esta el dia. La novedad esta	Neidy Arteaga	Nardi G.	Se visita a la madre en horas de la tarde para recivir las copias. Y ya estan en la carpeta, la nauedad esta		La madre se compromete a entregar con puntualidad la papeleria actualizada para carpeta para los protinos con frolos porque ya esta el dia.