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,

PUBLICA

	FUNDACION SEPRAES	Código: FO-GG-012
	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 265 0/2024

FECHA SOLICITUD CUPO: 28-03-2025 FECHA INGRESO: 1-04-2025

UDS: Soñadores MUNICIPIO: San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Liam Gael España López

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1126461594

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 21-May-2023 EDAD: 1Año/10Meses MUNICIPIO: V. del Guamuez

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION DE RESIDENCIA: V/ los olivos ESTRATO: uno ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: X NO: ___

¿CUAL?: CDIMF. MOTIVO DEL RETIRO: Terminación del programa

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: A1 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: Jeiner Andres España Chalacan

No. IDENTIFICACION: 1123320632 DIRECCION RESIDENCIA: V/los olivos

CELULAR: 3132500971 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A.

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: Agricultor

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Juliana Vanessa López Maya

No. IDENTIFICACION: 1006789764 DIRECCION RESIDENCIA: V/los olivos

CELULAR: 3132500971 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A.

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: N/A.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Juliana Vanessa López Maya

NUMERO IDENTIFICACION: 1006789764 CELULAR: 3132500971

DIRECCION: V/ los olivos PARENTESCO: Madre.

+ Juliana lopez
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 34596503-8

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

- 63698648*

NUIP 1.126.461.594

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63698648

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Y 7 A

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE VALLE DEL GUAMUEZ - COLOMBIA - PUTUMAYO - VALLE DEL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ESPAÑA	LOPEZ

Nombre(s): LIAM GAEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes MAY Día 21	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
PRESENTACION PERSONAL Y FIRMA DEL FOLIO	

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: LOPEZ MAYA JULIANA VANESSA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.006.789.764	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: ESPAÑA CHALACAN JEINER ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.123.320.632	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: LOPEZ MAYA JULIANA VANESSA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.006.789.764	Juliana Lopez

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 2023 Mes AGO Día 30	CARMEN PATRICIA CASANOVA YANDI - Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

30.AGO.2023 - SERIAL REEMPLAZA A - 0063695585 - 26.MAY.2023. LIBRO DE VARIOS 018 FOLIO NO.149.

ENTREGADO 30 AGO 2023

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

4

Registro válido

A1

Fecha de consulta: 24/11/2025

Ficha: 86865020479900000472

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LIAM GAEL

Apellidos: ESPAÑA LOPEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1126461594

Municipio: Valle del Guamuéz

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 06/08/2023

Última actualización ciudadano: 18/03/2024

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: BELSY MILDRED GOMEZ ERA

Dirección: Calle 7 No 5 -

Teléfono: 4282059 - 31343079

Correo Electrónico: sisben@valledelguamuez-putumayo.gov

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	1126461594
NOMBRES	LIAM GAEL
APELLIDOS	ESPAÑA LOPEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	VALLE DEL GUAMUEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	23/05/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/24/2025 02:29:04	**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

CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
13	Octubre	2023	08:30am	MED	
22	Noviembre	2023	9:40 am	x enf	
22	Febrero	2024	11:00am	x enf	
22	Mayo	2024	11:00am		
21	Nov.	2024	10:00am	x enf	
22	Mayo	2025	3:00pm	x med	
24	Nov	2025	9:00am	x enf	

E.S.E
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús



CARNET DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Nombres: Liam Gael
Apellidos: López Maya
Fecha de nacimiento: 21 Mayo 2023
Lugar de nacimiento: Valle del Guamuez - Pto
Identificación: RC 1.126.461.314
Barrio/vereda: Vl los Olivos
Responsable del niño: Julrana López (Madre)
N° de Teléfono: 3132500971
E.P.S.: Emssanar
Grupo Sanguíneo: O+

¡Mamita Segura! Lo mejor de nosotros para ti

IAMI INSTITUCION AMIGA DE LA MUJER Y LA INFANCIA

AIEPI Porque mi vida hay que protegerla hoy

DATOS DEL RECIÉN NACIDO

PESO AL NACER: 3675 grs PC 34 cms.
TALLA AL NACER: 52 cm
REANIMACIÓN: SI NO x
PRUEBA TSH: Cordón Umbilical
1 ra Muestra : Fecha: 31 los 123 resultado: 1.2 mUIC
2 da Muestra: Fecha: resultado:
APGAR 8/9/10

DATOS FAMILIARES

DATOS DE LA MADRE

APELLIDOS: Lopez Maya
NOMBRES: Juliana Vanessa
FECHA DE NACIMIENTO: Día: 05 Mes: 12 Año: 1999
GRUPO SANGUÍNEO: O RH O+
ENFERMEDADES HEREDITARIAS: NO

CONTROL PRENATAL # 4

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO:
Pobres CPN

PARTO

CONTROL DE ATENCIÓN: H.S.C.J. ESE
SEMANAS DE GESTACIÓN: 40.1 RN a termino: x
RN a pretermino:
RN a postermino:

CESÁREA: SI NO x
Gesta #3

DATOS DEL PADRE

APELLIDOS: España Chalacan
NOMBRES: Jeiner Andres
FECHA DE NACIMIENTO: Día: 06 Mes: 08 Año: 2003
GRUPO SANGUÍNEO: O RH O+

ANTECEDENTES FAMILIARES DE INTERÉS QUE PUEDAN INFLUIR EN LA SALUD DEL NIÑO

Niegan los padres

ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS

Alérgicas:
Tóxicas:
Quirúrgicas:
Antecedentes perinatales: Ninguno
Antecedentes patológicos:
Hospitalizaciones:

Algunos exámenes de Importancia

Potenciales evocados visuales: N.R.
Potenciales evocados auditivos: N.e.
Radiografia de caderas comparativas: 14/11/2023 Dudosa
27-V-2024 Normal

Hemoglobina / Hematocrito

Primera infancia:
Infancia niñas 10 - 13 años:
Adolescencia niñas 14 - 17 años:

CUESTIONARIO DE AUTISMO EN LA INFANCIA - Modificado (M-CHAT)

Por favor, rellene lo que su hijo hace habitualmente. Trate de responder a todas las preguntas. Si la conducta es poco frecuente (ej. la ha observado una o dos veces), responda "No".

1. ¿Disfruta su hijo cuando se le balancea, se le hace saltar sobre sus rodillas...?		
2. ¿Muestra su hijo interés por otros niños?		
3. ¿Le gusta a su hijo subirse a las cosas, como p.ej. las escaleras?		
4. ¿Disfruta su hijo jugando a cucu-tras o al escondite?		
5. ¿Su hijo simula alguna vez, por ejemplo, hablar por teléfono o cuidar a las muñecas o imagina otra cosa		
6. ¿Utiliza su hijo alguna vez su dedo índice para señalar pidiendo algo?		
7. ¿Utiliza su hijo alguna vez su dedo índice para señalar mostrando su interés en algo?		
8. ¿Puede su hijo jugar apropiadamente con juguetes pequeños (ej. coches o bloques) sin metérselos en la boca, toquetearlos o tirarlos únicamente		
9. ¿Le acerca su hijo alguna vez objetos para enseñárselos?		
10. ¿Le mira su hijo a los ojos durante más de uno o dos segundos?		
11. ¿Su hijo parece hipersensible a los ruidos? (ej. tapándose los oídos)		
12. ¿Responde su hijo con una sonrisa a su cara o a su sonrisa?		
13. ¿Le imita su hijo? (ej. poner una cara que su hijo imita)		
14. ¿Su hijo responde cuando se le llama por su nombre?		
15. Si usted señala un juguete al otro lado de la habitación, ¿su hijo lo mira?		
16. ¿Anda su hijo?		
17. ¿Mira su hijo a las cosas que está usted mirando?		
18. ¿Hace su hijo movimientos raros con los dedos cerca de su propia cara?		
19. ¿Trata de atraer su hijo la atención sobre su propia actividad?		
20. ¿Alguna vez ha sospechado que su hijo era sordo?		
21. ¿Entiende su hijo lo que dice la gente?		
22. ¿A veces su hijo se queda mirando fijamente al vacío o deambula sin ningún propósito?		
23. ¿Mira su hijo a su casa para observar su reacción cuando se enfrenta con algo desconocido?		

FECHA DE VALORACIÓN	RESULTADO	INTERPRETACIÓN	CONDUCTA	FIRMA PROFESIONAL

LISTA DE CHEQUEO DE FACTORES DE RIESGO DE LAS ENFERMEDADES DEL OIDO ALTERACIONES AUDITIVAS, VESTIBULARES Y DE LA COMUNICACIÓN

Recién nacidos de 0 a 7 días de vida (6 meses a 2 años con factores de riesgo)	
FACTORES DE RIESGOS DE PÉRDIDA AUDITIVA EN NEONATOS Y LACTANTES	
Antecedentes familiares de sordera	NO
Bajo peso al nacer	NO
Espectro Óculo-Aurículo-Vertebral o Síndrome de Goldenhar	NO
Hipoxia neonatal	NO
Infecciones del oído	NO
Labio y/o paladar hendido	NO
Malformación anatómica auricular y/o CAE	NO
Incompatibilidad de RH	NO
Procesos bacterianos tratados con antibióticos ototóxicos	NO
Procesos virales prenatales	NO
Recién nacido prematuro	NO
Reflejos auditivos alterados	NO
Retraso del desarrollo motor	NO
Secuelas de meningitis	NO
Síndrome de Down	NO
Trastorno respiratorio	NO
Traumas perinatales	NO
Traumas prenatales	NO
Apgar bajo	NO
Permanencia en unidad de cuidado intensivo	NO
Malformaciones congénitas de cabeza y cuello	NO
Síndromes relacionados con desordenes auditivo-vestibulares	NO
Tamizaje metabólico anormal	NO

Primera infancia (8 días de vida a los 5 años)	
FACTORES DE RIESGOS DE PÉRDIDA AUDITIVA EN PREESCOLARES	
Infecciones del oído	
Malformación anatómica auricular	
Exposición a ruido de alta intensidad	
Trastorno auditivo por cambios presión atmosférica	
Traumas en zona temporal de la cabeza	
Respuestas auditivas disminuidas	
Sensación de presión o dolo en el oído	
Antecedente de supuración de los oídos	
Estenosis de conducto auditivo externo	
Audición fluctuante	
Problemas de socialización	
Trastornos del comportamiento	
Trauma craneoencefálico	
Ingesta de sustancias tóxicas	
Fallas de comprensión auditiva	
Antecedente familiar de sordera	
Bajo peso al nacer	
Espectro Óculo-Aurículo-Vertebral o Síndrome de Goldenhar	
Labio y/o paladar hendido	
Malformación anatómica auricular y/o CAE	
Incompatibilidad sanguínea (RH)	
Procesos bacterianos tratados con antibióticos aminoglucosidos (ototóxicos)	
Procesos virales prenatales	
Bajo rendimientos académico	
Retraso del desarrollo motor del lenguaje	
Secuelas de meningitis	
Síndrome de Down	
Síndromes relacionados con desordenes auditivo-vestibulares	
Trastorno respiratorio	
Traumas perinatales	
Traumas prenatales	

FECHA DE VALORACIÓN	RESULTADO	INTERPRETACIÓN	CONDUCTA	FIRMA PROFESIONAL
18/10/23	Sm FR	Sm FR	Educación	Dayan

E.S.E. Hospital Sagrado Corazón de Jesús

Nombre del menor: Liam López Maya

Identificación del menor: RC 1126461594

FECHA	PESO	TALLA	DX	FIRMA PROFESIONAL
30/08/23	6.8 Kg	63cm	Adecuado	Lma A
18/10/23	7.6 Kg	65cm	Adecuado	Dayco
22/11/23	8.2 kg	68cm	Adecuado	[illegible]
22-02-2024	8.9 kg	72cm	Adecuado	[illegible]
22/05/24	9.4 kg	75cm	Adecuado	[illegible]
21.11.24	10.200kg	80cm	Adecuado	[illegible]
21/01/25	11.7kg	83cm	12.2 a 10 hoy edad	Dayco

APGAR FAMILIAR

El APGAR FAMILIAR evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto y Recursos.

FUNCIÓN	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					✓
Me satisfacela participación que mi familia brinda y permite					✓
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					✓
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza y amor					✓
Me satisface como compartimos en familia: El tiempo para estar juntos Los espacios en la casa El dinero					✓

Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:
0: Nunca
1: Casi nunca
2: Algunas veces 3: Casi siempre
4. Siempre

Interpretación del puntaje:
-Normal: 17-20 puntos
-Disfunción leve: 16-13 puntos
-Disfunción moderada: 12-10 puntos
-Disfunción severa: Menor o igual a 9

FECHA DE VALORACIÓN	RESULTADO	INTERPRETACIÓN	CONDUCTA	FIRMA PROFESIONAL
18/10/23	18 puntos	Flia Fx	Educación	Dayco

Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
Longitud (cm)
Meses
Nacimiento
Edad (en meses y años cumplidos)
1 año
2 años
18/10/23
22/11/23
22-02-24
22-05-24
21-XI-24
22/01/25
65 cm
68 cm
72 cm
75 cm
80 cm
80 cm

Peso para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Meses
Nacimiento
Edad (en meses y años cumplidos)
1 año
2 años
18/10/23
22/11/23
22-02-24
22-05-24
21-XI-24
22/01/25
7.6 kg
8.2 kg
8.900 kg
9.400 kg
10.200 kg
11.2 kg

Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)

Perímetro cefálico (cm)

Meses Nacimiento

Edad (en meses y años cumplidos)

18/10/23 44 cm
21/11/23 45 cm
22-02-24 46 cm
22-05-24 47 cm
21-XI-24 49 cm
22 ENE 25 49 cm

Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

Peso (kg)

Longitud (cm)

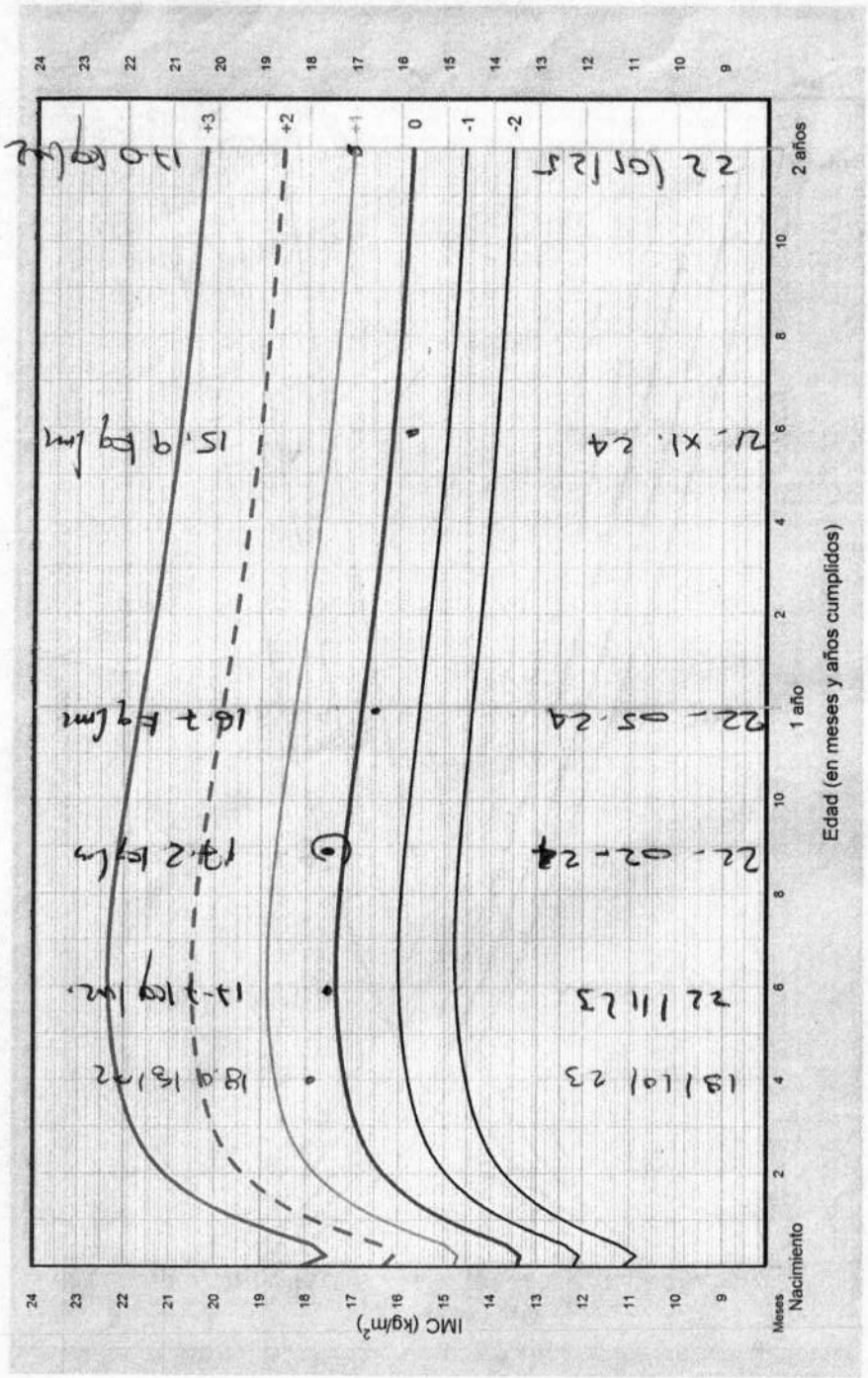
18/10/23 2.6 kg, 55 cm
22/11/23 3.2 kg 68 cm
22-02-24 8.900 kg
22-05-24 9.400 kg
21-XI-24 10.200 kg
22 ENE 25 11.700 kg 83 cm

7

2

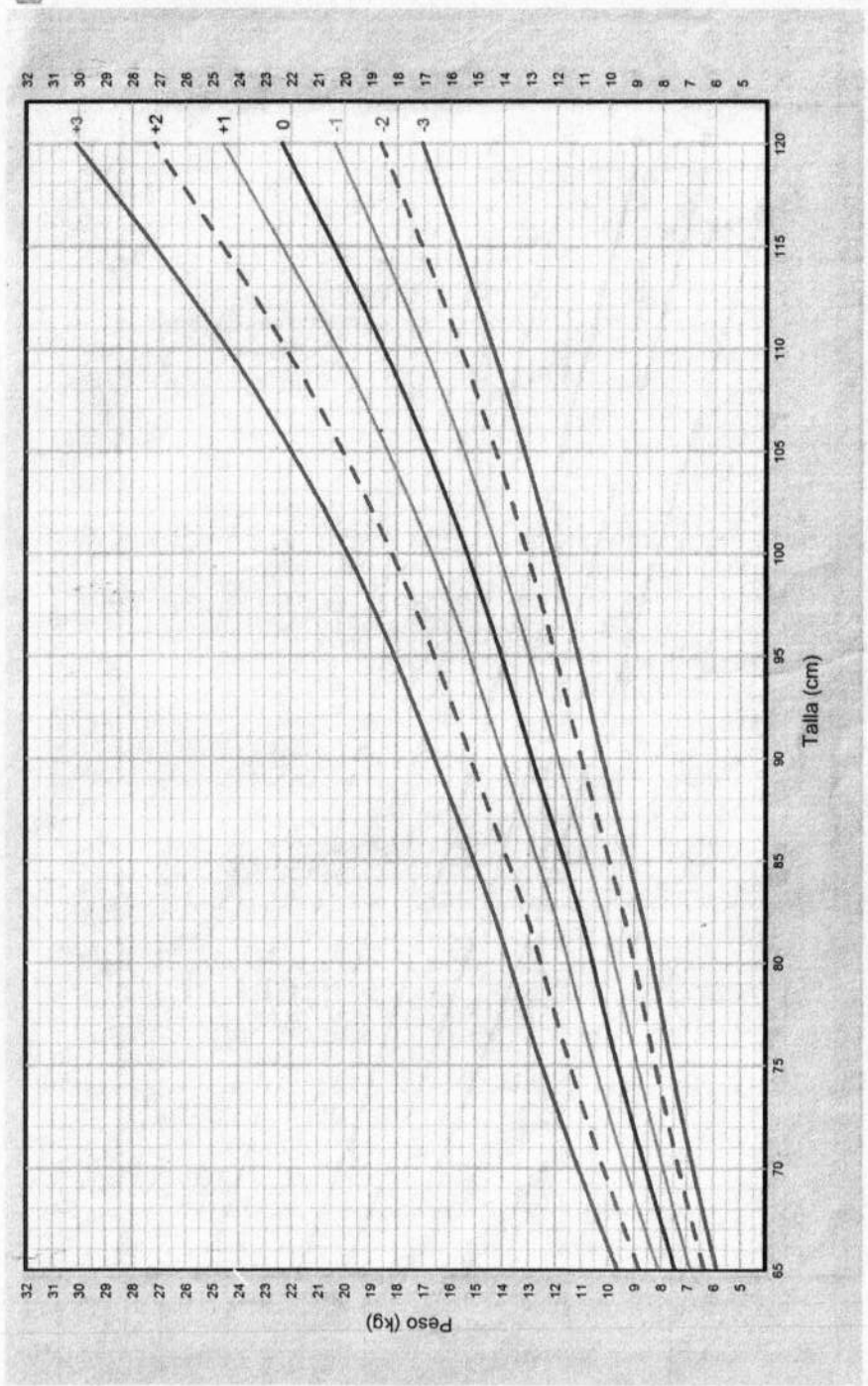
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
13	Octubre	2023	08:30am MEO	✓	
22	Noviembre	2023	9:40 am x enf		
22	Febrero	2024	11:00 am x enf		
22	Mayo	2024	11:00 am		
21	Nov.	2024	10:00 am x enf		
22	Mayo	2025	3 cpm x Med		
24	Nov	2025	9:00 am x enf		

10

RIV

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Liam Gael. Es para. lopez

Tipo de Documento: RC / TI / otro — No. de Documento: 1126461594.

Fecha de Nacimiento: 21 / 05 / 23

Sexo: Masculino.

Grupo sanguíneo: O positivo · 4/56

Peso al nacer: 3670 Talla: 52

Dirección: Vereda los olivos.

Teléfono 1: 3132500971.

Teléfono 2:

Responsable: Juliana lopez

Municipio de residencia: VI Guamo?

Departamento: Tolima

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

Edad	Fecha: Día	Fecha: Mes	Fecha: Año	Valoración Nutricional: Peso	Valoración Nutricional: Talla	Puntuación Z	Atención en salud por
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

	D	M	A
1.ª entrega	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

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

Resultado Tamizaje Neonatal				SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO		D	M	A
TSH neonatal	Normal		Alterado			D	M	A
Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado			D	M	A
Cardiopata Congénita Compleja	Normal		Alterado			D	M	A
Visual	Normal		Alterado			D	M	A

ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA — D / M / A

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

	D	M	A		D	M	A
1.ª entrega	D	M	A	5.ª entrega	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A				
3.ª entrega	D	M	A				
4.ª entrega	D	M	A				

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

	D	M	A	SI*	NO*
3 años	D	M	A	SI*	NO*
4 años	D	M	A	SI*	NO*
5 años	D	M	A	SI*	NO*

*Menor o igual a 20 normal

Busca ya las vacunas ...s gratis, hazlo de una!

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)

ww.minsalud.gov.co @MinSaludCol

...ón Oportunamente con todas las ...sis a tus hijos, **Garantiza la Protección** ...nte a enfermedades como:

...berculosis meníngea, **Hepatitis B, Poliomielitis, ...eningitis y otras enfermedades causadas por ...emophilus Influenzae tipo B, Difteria, Tosferina, ...tanos, Diarrea por rotavirus; Neumonía, Otitis, ...eningitis bacteriemia causada por Neumococo, ...fermedad respiratoria causada por el virus de ...Influenza, Sarampión, Rubéola, Parotiditis, ...ricela, Hepatitis A, Fiebre Amarilla y Virus del ...piloma Humano.**

Escaneado con CamScanner

bres y Apellidos: Liam gael. lopez maya. Tipo de Indentificación R. Civil. No. ID: 1126.461.594.

	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
						Lactancia materna exclusiva		Si ☐ No ☐					
én do	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	21	Mayo	2023	serum	0	3 7 7 M A 3 1	ESE HS CJ				
	Hepatitis B	Recién nacido	21	Mayo	2023	serum	0	3 2 1 2 6 1 3 B	ESE HSCJ				
						Lactancia materna exclusiva		Si ☐ No ☐					
Pentavalente	Poliomielitis (VIP)	1ª	21	julio	2023	Biological	2	2 0 8 0 1 6	ESE HS-CJ	21	julio		Owen Botina
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	21	julio	2023	Serum	2	8 5 1 X 0 4 0 C	ESE HSCJ		2023		Owen Botina
	Hepatitis B	1ª	21	julio	2023	Serum	2	8 5 1 X 0 4 0 C	ESE HS-CJ				Owen Botina
	Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	21	julio	2023	Serum	2	8 5 1 X 0 4 0 C	ESE HS-CJ				Aux. en enfermería
	Diarrea por rotavirus	1ª	21	julio	2023	gsk	A	R 0 L D 0 9 3 A A	ESE HS-CJ				C.C 1.120.096.029
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	21	julio	2023	Pfizer	F	R 4 8 9 8	ESE HSCJ				Owen Botina
						Lactancia materna exclusiva		Si ☐ No ☐					
	Poliomielitis (VIP)	2ª	21	Sep	2023	Biological	2	2 0 8 0 1 6	ESE HSCJ	21	Sep	2023	Owen Botina
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	1	Sep	2023	Serum	2	8 5 1 4 0 3 3 C	ESE HSCJ				Owen Botina
	Hepatitis B	2ª	1	Sep	2023	Serum	2	8 5 1 4 0 3 3 C	ESE HSCJ				Owen Bolina
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	1	Sep	2023	Serum	2	8 5 1 4 0 3 3 C	ESE HSCJ				Aux. en enfermería
	Diarrea por rotavirus	2ª	1	Sep	2023	gsk	A	R 0 L D 0 9 4 A A	ESE HSCJ				C.C 1.120.096.029
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☑	2ª	1	Sep	2023	Pfizer	F	4 9 9 2 5	ESE HSCJ				Owen Botina
						Lactancia materna exclusiva		Si ☐ No ☐					
	Poliomielitis (VIP)	3ª	22	Nov	2023	Biológicals	2	2 3 4 0 0 1		21	Nov	2023	
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	22	Nov	2023	Serum	2	8 5 1 4 3 3 D					Eugenia Ucheno CC 27.167.321 Aux. Enfermería
	Hepatitis B	3ª	22	Nov	2023	Serum	2	8 5 1 4 3 3 D					
	Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	22	Nov	2023	Serum	2	8 5 1 4 3 3 D					
	Influenza estacional	1ª	17	Mayo	2024	Butanta	2	9 0 0 9 7 9 1 0 0	ESE HSCJ				Liz Toro
	Influenza estacional	2ª	17	Junio	2024	Butantan	2	9 0 0 9 7 9 1 0 0	ESE HSCJ	21	05	24	Adriana C
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	22	Mayo	2024	Serum	0	2 N 0 7 4 A	ESE HSCJ				Adriana Cuero
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	22	Mayo	2024	Pfizer	6	X 1 9 1 2	ESE HSCJ				Adriana Cuero
	Varicela	1ª	22	Mayo	2024	Merck Sharp	X	0 1 9 1 7 7	ESE HSCJ				Adriana Cuero
	Hepatitis A	Única	22	Mayo	2024	Sinovac	20	2 2 0 6 0 3 0	ESE HSCJ				Adriana Cuero
	*Influenza estacional	Anual											
	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	22	Nov	2024	Bilthoven	2	3 2 7 0 0 3	ESE HSCJ	17	Junio	2024	Diego Bueno
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo	22	Nov	2024		2	3 5 3 7 0 1 0	ESE HSCJ				Diego Bueno
	**Fiebre Amarilla	Única	22	Mayo	2024	Sanofi	X	A 0 7	ESE HSCJ				Adriana Cuero
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	22	Nov	2024		0	1 5 3 N 0 0 3 A	ESE HSCJ				Aux. Enfermería ESE HSCJ
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo											
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo											
	Varicela	Refuerzo											
	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª											
		2ª											
		3ª											
	Covid-19	1ª											
		2ª											
		1er Refuerzo											
		2do Refuerzo											

21 MAYO 2028 (5 AÑOS)

uerdo al antecedente de primovacunación **A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

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

Escaneado con CamScanner

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
Servimos con amor

NIT. 846.002.309-9

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

11
11
R/V

CIUDAD La Dorada San Miguel FECHA: DÍA 29 MES 05 AÑO 2025 HORA: 9:00AM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Samuel APELLIDOS España Lopez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.126.461.394

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 22 MES: 05 AÑO: 2023 EDAD: 6M años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar

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. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación. Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas) Miedo a la reacción

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Primera dosis [ ] Segunda dosis [ ] dosis única [ ] Ninguna dosis
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.

INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES

La vacuna tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 días postparto, siempre que los posibles beneficios superen los posibles riesgos con base en la evaluación clínica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante, lo cual deberá presentar al momento de la vacunación certificación que acredite tal evaluación.

La vacuna que se le está administrando es eficaz para evitar complicaciones severas y muerte en la gestante y el feto por SARS CoV-2 COVID-19

A la fecha no hay pruebas que la vacuna cause efectos adversos importantes para la mujer embarazada, el feto o la placenta, además de los ya observados para la población general

A nivel poblacional son muchos mayores los beneficios de administrar el biológico, sobre los riesgos de llegar a padecer COVID-19 durante la gestación, por el impacto que sobre la salud materna y perinatal produce la infección por SARS-Co-2 y ante el alto riesgo de complicaciones severas, ingreso a UCI, y morbilidad y mortabilidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.

R/V

17

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.

Soy mujer con más de 12 semanas de gestación o durante los 40 días postparto: SI☐ NO☐ y en caso afirmativo aporto certificación del médico tratante que acredita evaluación clínica para que obre adjunto a este consentimiento, requisito indispensable para recibir la vacuna.

En consecuencia, decido **ACEPTAR:**☐ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:**☐ que se me aplique la vacuna

Firma de la persona: Juliana lopez

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

Nombres Juliana Vanessa Apellidos Lopez Marin

Tipo de Identificación: CC☒ CE☐ OTRO☐ Número 1006789784

Firma: Juliana lopez

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

_____ identificado(a) con C.C ☐ C.E.☐ OTRO☐ número _____

de_____

Huella dactilar o
plantar del Rogante
C.C. N°

_____
Firma del Rogado
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador:
Firma Tipo de Identificación: CC ☐ CE☐ OTRO☐ Número

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): _____

DEPARTAMENTO/DISTRITO: MUNICIPIO:

Nota 1: Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar junto con uno de sus padres ó su representante legal
Nota 2: Para los menores de 12 años deben firmar sus padres o su representante legal

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.789.764**

LOPEZ MAYA
APELLIDOS

JULIANA VANESSA
NOMBRES

Juliana Lopez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-DIC-1999**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

02-ENE-2018 VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-6402800-00977131-F-1006789764-20180208 **0059457270A 1** **49220225**

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.123.320.632



Apellidos
ESPAÑA CHALACAN

Nombres
JEINER ANDRES

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.67	M

Fecha de nacimiento
06 AGO 2003

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
ORITO (PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición
24 FEB 2023, VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)

Firma

Fecha de expiración
25 FEB 2033

.CO

016310760

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL016310760064028<<<<<<<<<<<
0308061M3302255COL1123320632<7
ESPANA<CHALACAN<<JEINER<ANDRES

CONTROL DE CITAS

Este carné es un documento de identificación como usuario de los servicios del Hospital; tratelo con cuidado y no lo pierda pues su duplicado tiene un valor de $2.000

Debe ser puntual en el cumplimiento de su cita de Higiene Oral. Si no se presenta en la hora fijada perderá su turno y tendrá que sacar una nueva cita.

De la asistencia a su cita depende del éxito del tratamiento.

Si por atender a un usuario de cuidado urgente, usted sufre alguna demora en ser atendido, rogamos nos excuse.

Calidad y oportunidad en los servicios

E.S.E.
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús

HIGIENE ORAL



NOMBRES Y APELLIDOS
Liam Liam Gael Esparza Lopez.

IDENTIFICACIÓN: 1126461594 | Nº. HISTORIA CLÍNICA: 118

DOMICILIO
Vi los Olivos 01

¡ Una buena higiene oral para una salud total !

CP	F	S	D	PRÓXIMA CITA	PRÓXIMA CITA
b	b			24 - Mayo - 2024	25 - Noviembre - 2024
				26 - 11 - 2024	26 - Mayo - 2025
b	b			08 - JULIO - 2025	ENERO - 12 - 2026

Ana Lucia Mo...
HIGIENISTA O...
Res. 334 del 2019

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Juliana Vanessa Haya Identificado con C.C N° 1006789764. en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Liam Jael España López o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: 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 2025.

Juliana López
Madre o Acudiente
C.C 1006789764.

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 Liam Gael España López, identificado (a) con documento de identidad número 1126461594, 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	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Juliana Vanessa López Maya, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006789764, 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	X	Videos	X	Otros datos personales	X

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 E. I. C.

Suscriben:

Firma: Juliana López
Nombre: Juliana Vanessa Lopez
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3132500971
Fecha: 01-04-2025
Municipio: San Miguel

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Angel Madroñero NOMBRE UCA: Soñadores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Liam Gael España López IDENTIFICACIO: 1126461544 FECHA DE NACIMIENTO: 21-May-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					
22-07-25	x			12:30 PM.	A la fecha el usuario no cuenta con el Control crecimiento y desarrollo completo, le faltan algunas hojas	Juliana López		Se habla con la madre para recordarle la importancia de entregar la información completa de este documento	La madre hace la entrega del control y crecimiento completo y actualizado el dia 27-sep-2025 Por tanto se cierra la novedad.	La madre se compromete a entregar este documento completo para el 19-08-2025; o sea para el encuentro pedagógico