Fundación
Alma de Vida
Fomentando 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,

321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

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

FECHA SOLICITUD CUPO: 9-07-2025 FECHA INGRESO: 12-07-2025

UDS: Mundo de Colores MUNICIPIO: San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Ailany Victoria Muñoz Rodriguez

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1122344646

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A.

FECHA NACIMIENTO: 12-07-2025 EDAD: 10 Días MUNICIPIO: Pto Asis

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION DE RESIDENCIA: V/ El Horizal ESTRATO: 1 ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: ____ NO: X. ¿CUAL?: N/A. MOTIVO DEL RETIRO: N/A. PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: ____ EPS DEL PARTICIPANTE: Emssanar SUBSIDIADO: _ CONTRIBUTIVO: _ PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X DIAGNOSTICO: N/A Portabilidad. ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A. 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: A3. 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

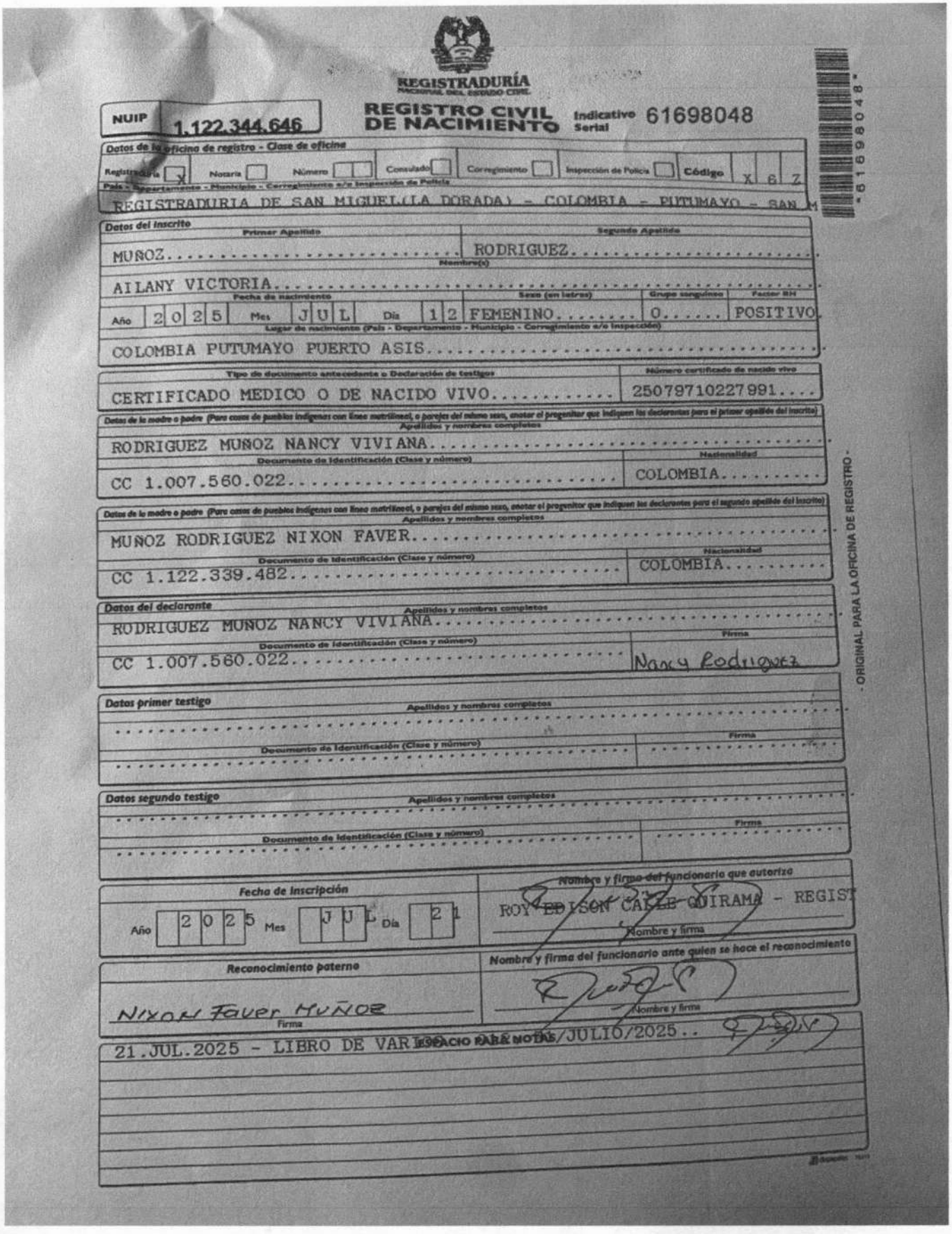
NOMBRES Y APELLIDOS: Nixon Faver Muñoz Rodriguez No. IDENTIFICACION: 1122339482 DIRECCION RESIDENCIA: V/El Horizal CELULAR: 3115697756 E.P.S: Emssanar OCUPACION U OFICIO: Agricultor EMPRESA DONDE LABORA: N/A. NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: N/A.

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nancy Viviana Rodriguez Muñoz No. IDENTIFICACION: 1.007.560.022 DIRECCION RESIDENCIA: V/El Horizal CELULAR: 3115697756 E.P.S: Asmet Salud OCUPACION U OFICIO: Ama de Casa EMPRESA DONDE LABORA: N/A. NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: N/A.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Nancy Viviana Rodriguez
NUMERO IDENTIFICACION: 1007560.022 CELULAR: 3115697756
DIRECCION: V/ El Horizal PARENTESCO: Madre.

Nancy Viviana Rodriguez
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE FIRMA AGENTE EDUCATIVA



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.122.344.646

Indicativo Serial 61698048

"61698048"

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 6 Z

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
MUÑOZ	RODRIGUEZ

Nombre(s): AILANY VICTORIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes JUL Día 12	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	250797102279 91

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: RODRIGUEZ MUÑOZ NANCY VIVIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.007.560.022	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: MUÑOZ RODRIGUEZ NIXON FAVER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.339.482	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ MUÑOZ NANCY VIVIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.007.560.022	Nancy Rodriguez

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 autorizo
Año 2025 Mes JUL Día 21	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

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

21.JUL.2025 - LIBRO DE VAR ESPACIO PARA NOTAS /JULIO/2025..

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 30/07/2025

Ficha: 867576741052800013173

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: AILANY VICTORIA

Apellidos: MUÑOZ RODRIGUEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344646

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/07/2025

Última actualización ciudadano: 25/07/2025

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**

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

5

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	1122344646
NOMBRES	AILANY VICTORIA
APELLIDOS	MUÑOZ RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	PUERTO GUZMAN

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	14/07/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/08/2025 15:09:54	**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

emssanar EPS

NIT. 901.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio
Nº 15233 Libro IX. Octubre 24 de 2016

Cuidamos de ti en cada paso

PASTO AGOSTO 08, 2025

ID Portabilidad: 1146334

Señor(a)
AILANY VICTORIA MUÑOZ RODRIGUEZ
SAN MIGUEL (PUTUMAYO)
MAIZAL
Teléfono: 3209696372

Ref. Solicitud de prestación de servicios de salud

Cordial Saludo

En cumplimiento a las disposiciones normativas definidas en la resolución 1683 del 2013, por la cual se reglamenta el articulo 22 de la ley 1438 del 2011, sobre la portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, me permito notificarle que en aras de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud, a que tiene derecho la población afiliada al régimen subsidiado, en relación a la atención médica y odontológica de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud de baja complejidad y definidos en la resolución 5521 del 27 de diciembre del 2013, se le brindarán en:

NOMBRE DE LA ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD	DIRECCION - TELEFONO	TIEMPO DE DURACION DE LA ATENCION
ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - SAN MIGUEL (PUTUMAYO)	KR 7 # 1 - 36 - 3174276879	08/08/2025 - 11/12/2025

Cualquier inquietud por favor comunicarse a nuestra línea nacional 01 8000 187050, donde nuestro personal le atenderá las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Muy cordialmente.

JEFE COMERCIAL

EMSSANAR EPS SAS

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres: AIANY VICTORIA

Apellidos: MUÑOZ RODRIGUEZ

Fecha de nacimiento: 12 07 2025

Historia Clínica: 1122341646

Barrio / Vereda: V/ MAIZAL

Responsable del niño (a): NANCY R

Teléfono: 3209696372

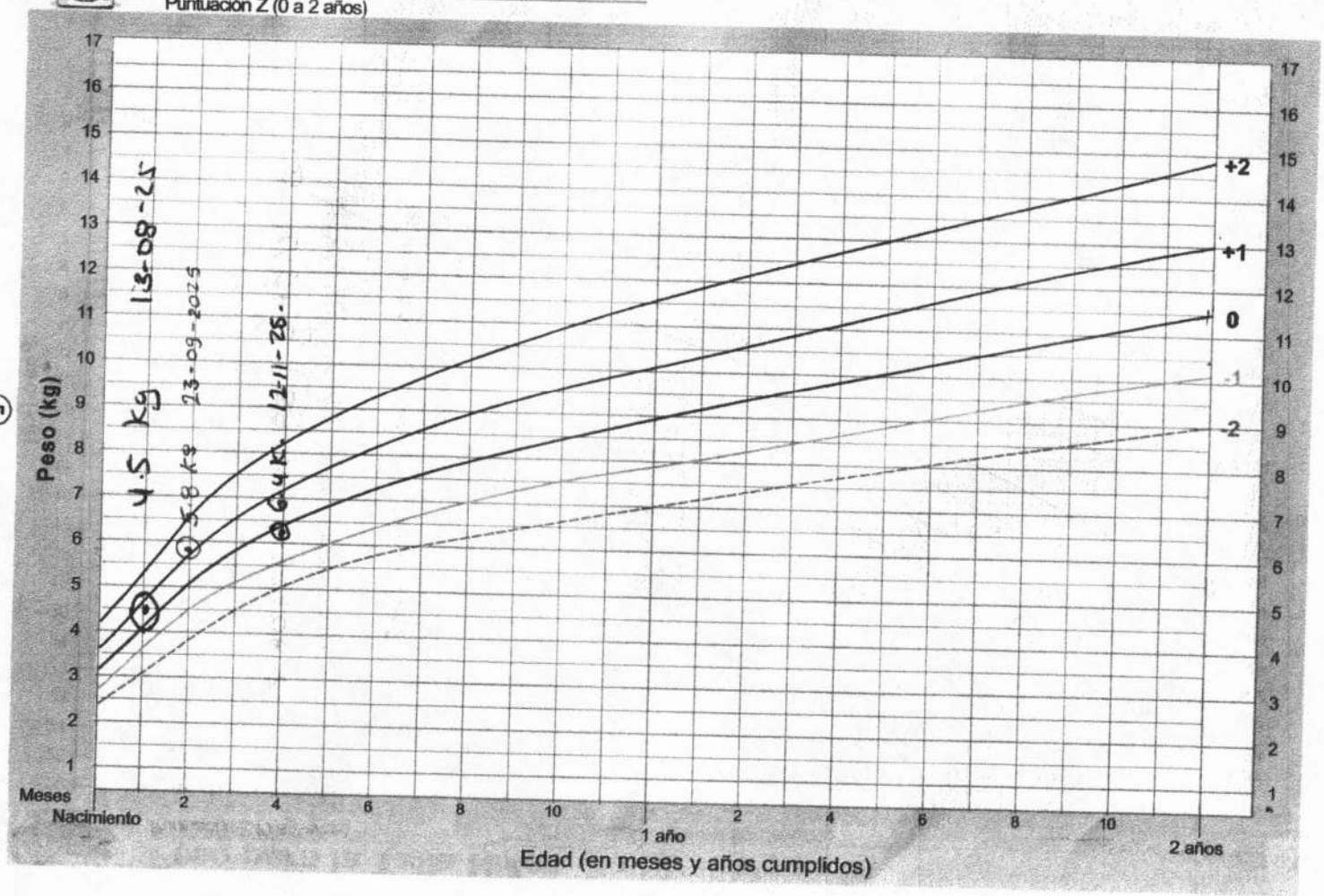
EPS: COMSSANAR



Powered by CamScanner

Peso para la Edad Niñas

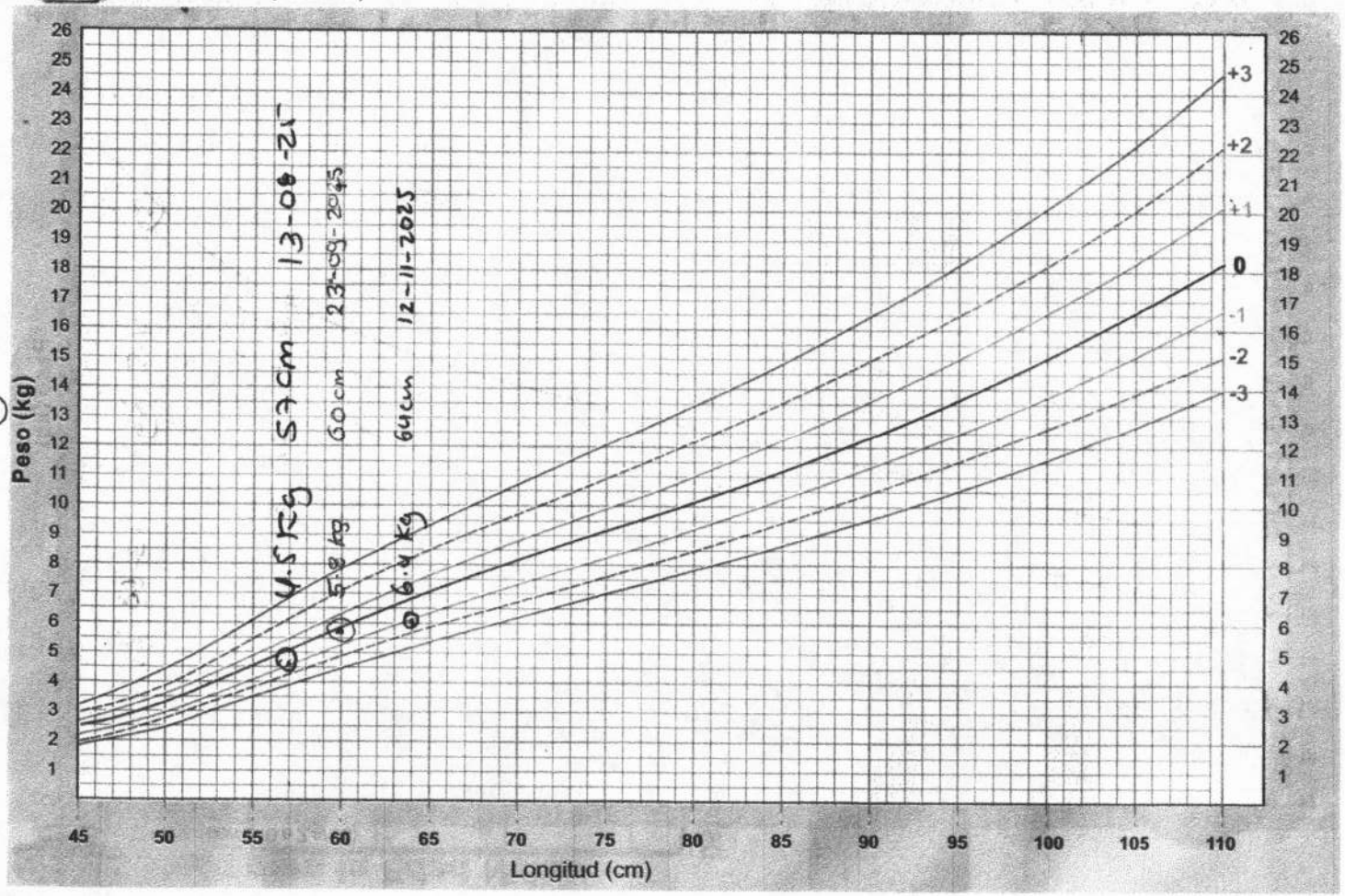
Puntuación Z (0 a 2 años)



⑤

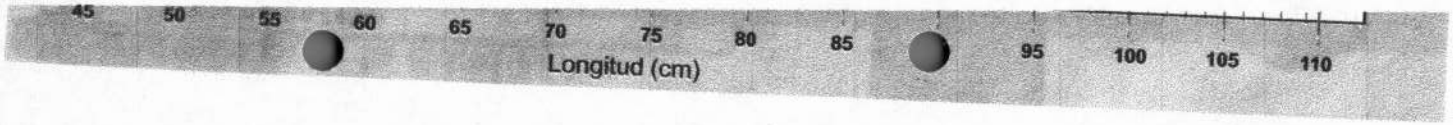
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

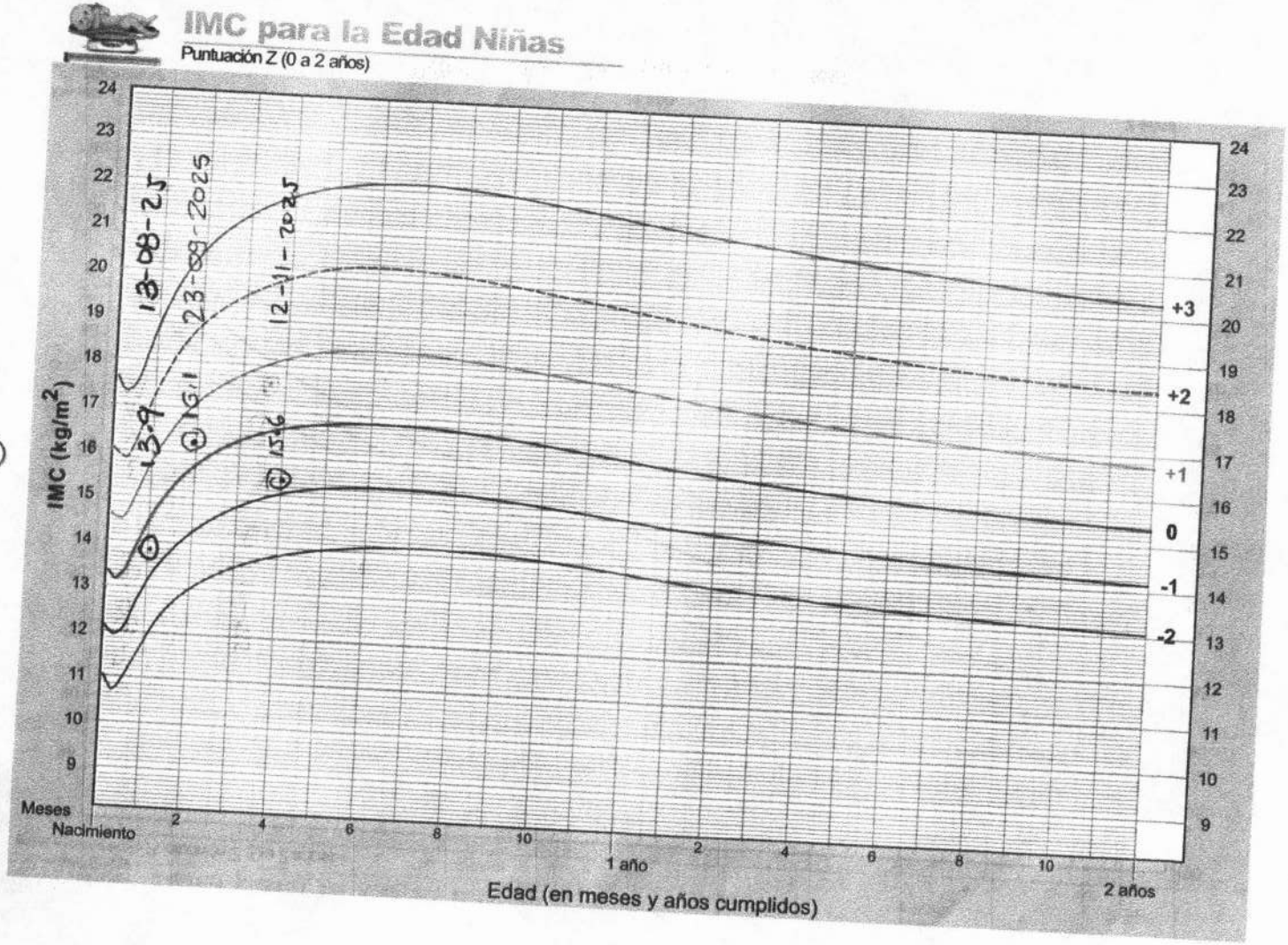


IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

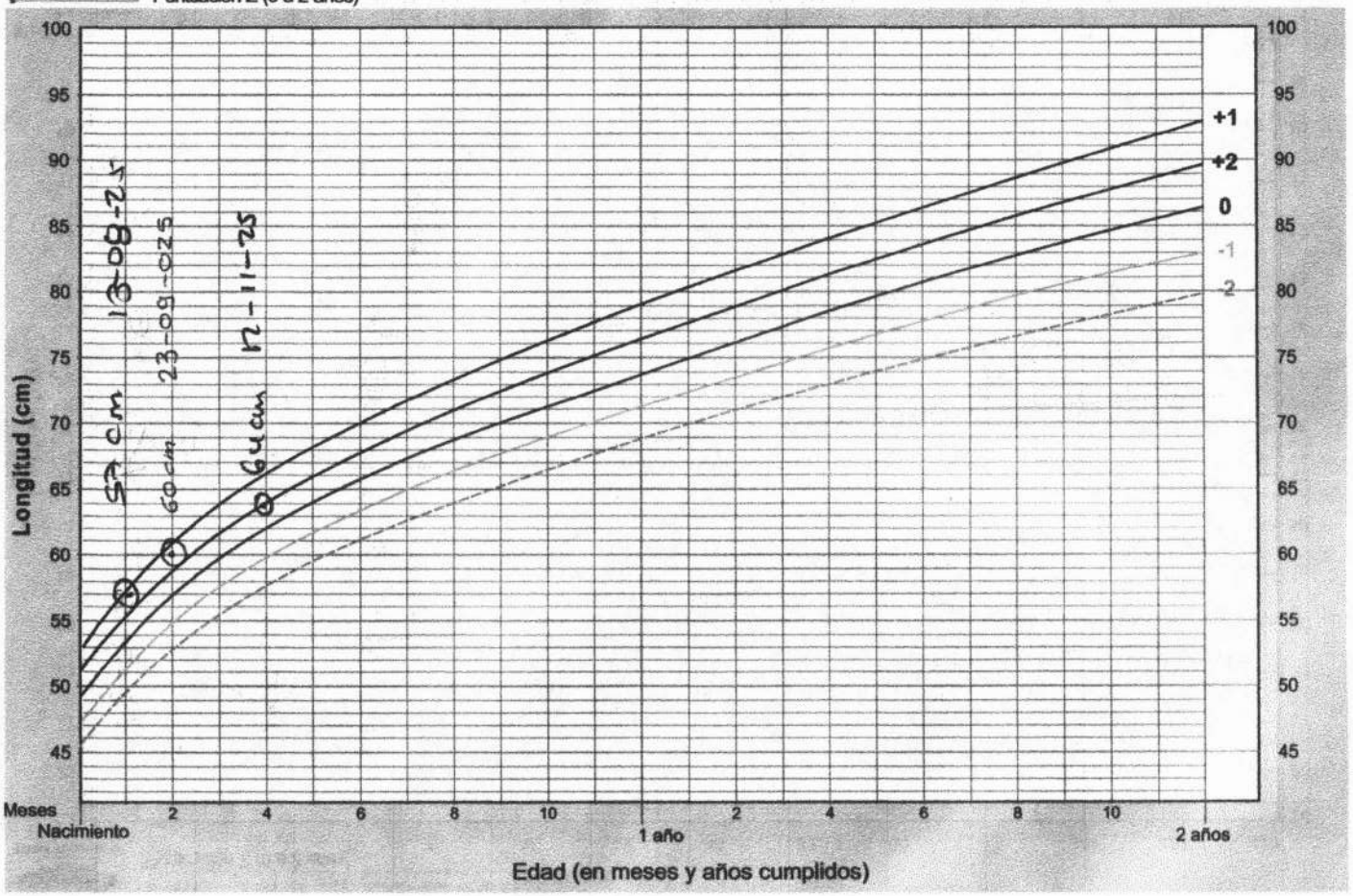

45
50
55
60
65
70
75
80
85
95
100
105
110
Longitud (cm)

10


IMC para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
IMC (kg/m²)
13-08-25
23-09-2025
12-11-2025
13.9
16.1
15.6
+3
+2
+1
0
-1
-2
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)

Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



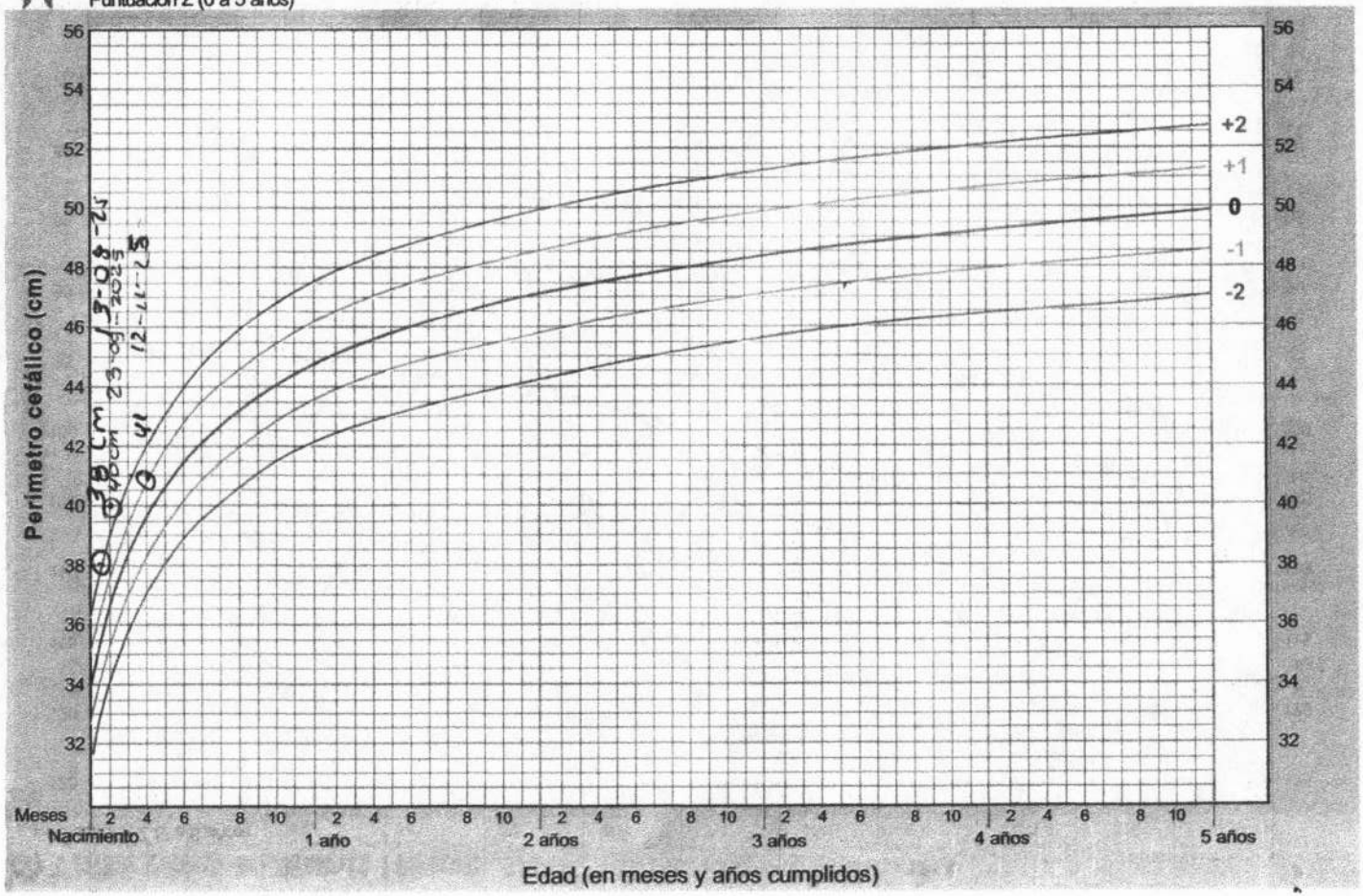
(8)

Perímetro cefálico Niñas

⑥

Perímetro cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
13-08-25	4.5	57	38	13	13.9	12-09-25	
12-11-25	6.4	64	41	15	15.6	12-01-26	

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
13	08	2025		✓	
23	09	2025	Enfer	SI ✓	Milena (
12	11	2025	Medico	Cita	Olvidó
12	01	2026	Enfermero.		

OLUCIÓN 3280
ANCIA

	D	M	A
Alterado			
Alterado			
Alterado			
Alterado			
rna			
ncia materna			

. DESARROLLO

sarrollo				
ón y aje	Personal Social			Profesional que atendió perfil
SP	A	R	SP	

echa de problema en el desarrollo

d Visual - Agudeza Visual				
Menor o igual a 20 normal				
Menor o igual a 20 normal				
Menor o igual a 20 normal				

ra con micronutrientes 6 a 23 meses			

Desparasitación			
ño			
ios			
ios			
ios			
ios			

erios de riesgo)

ncia

servaciones

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

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

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: ALLANY VICTORIA MUÑOZ RODRIGUEZ

RC | TI | OTRO — 1.122-344-646

Tipo de Documento — No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 12 DIA | 7 MES | 2025 AÑO

Sexo: femenino

Grupo sanguíneo: O Rh: +

Peso al nacer: 3550 Talla: 47

Dirección: San miguel

Teléfono 1: 3209696372.

Teléfono 2:

Responsable: Lancy Viviana Rodriguez Muñoz

Municipio de residencia: San miguel

Departamento: Putumayo

CC: 1007.560.022

#118

Nombres y Apellidos: _____ Tipo de I

Edad	Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación Dia	Mes	Año	Laboratorio	Número d
						Lactancia materna exclusiva	Si ☐
Recién Nacido	BCG	Única	13	07	25	Serum	0373M
	Hepatitis B	Recién nacido	13	07	25	Serum	0323X
						Lactancia materna exclusiva	Si ☐
2 meses	Poliomielitis	1ª	12	SEP	2025	BIOLOGICAL	242300
	*Pentavalente	1ª	12	SEP	2025	SERUM	ZES4XC
	Rotavirus	1ª	12	SEP	2025	BOK	ARGEO:
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☒	1ª	12	SEP	2025	PFIZER	HW29
						Lactancia materna exclusiva	Si ☐
4 meses	Poliomielitis	2ª	14	NOV	2025	Biological	24290
	Pentavalente	2ª	14	NOV	2025	Serum	2354
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☒	2ª	14	NOV	2025	Pfizer	LE57
	Rotavirus	2ª	14	NOV	2025	GSK	ARGE:
						Lactancia materna exclusiva	Si ☐
6 meses	Poliomielitis	3ª					
	Pentavalente	3ª					
	Influenza estacional	1ª					
7 meses	Influenza estacional	2ª					
12 meses	Sarampión, Rubéola , Paperas	1ª					
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo					
	Varicela	1ª					
	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 dosis							

*Difteria-Tétanos-Tosferina-Hepatitis B-Haemophilus influenzae tipo b **De acuerdo al antecedente de primovacunación ***A los 12 mes

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 h

Tipo de Indentificación _____ No. ID: _____

	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
erna exclusiva	Si ☐ No ☐					
	0373MH117	HACP				Dora P.
	0323X019E	HACP				Dora P.
erna exclusiva	Si ☐ No ☐					
	2423003					
	2ES4X013E					
	ARDE075AA					
	HW2963	HFD				Edgar IPAL
terna exclusiva	Si ☐ No ☐		CITA!			
	2429006	HFD	12 -	Noviembre		
	2354X013E	HFD		2025		
	LE5795	HFD				Kerly Jiménez P
	ARDE75AA	HFD				
terna exclusiva	Si ☐ No ☐		CITA: 14 - Enero - 26			

ovacunación ***A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente
es 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 1.007.560.022



Apellidos
RODRIGUEZ MUÑOZ

Nombres
NANCY VIVIANA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.57	F

Fecha de nacimiento
10 NOV 1999

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
VILLETA (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
23 JUL 2018, FLORENCIA

Firma
Nancy Viviana Rodriguez

Fecha de expiración
06 MAYO 2034

.CO
0460744401

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0460744012440O1<<<<<<<<<<
9911101F3405064COL1007560022<4
RODRIGUEZ<MUNOZ<<NANCY<VIVIANA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.122.339.482
MUÑOZ RODRIGUEZ
APELLIDOS
NIXON FAVER
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-1990
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

04-MAR-2009 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-6401800-00883192-M-1122339482-20170215 0053628362A 1 47066775

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

Yo Nancy Viviana Rodriguez M Identificado con C.C N° 1007560.022 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Ailony Victoria Muñoz Rodriguez o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mundo de colores, 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 18 Días del mes de 07 del Año 2024.

Nancy Rodriguez

Madre o Acudiente
C.C 1007.560.022

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 Ailany Victoria Muñoz Rodriguez, identificado (a) con documento de identidad número 1122344646 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, Nancy Viviana Rodriguez Muñoz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1007560022, 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 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 E.I.C

Suscriben:

Firma: Nancy Rodriguez
Nombre: Nancy Viviana Rodriguez Muñoz
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3115697756
Fecha: 18-07-2025
Municipio: San Miguel

22
RIV

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Angel Gabardo Hadronico Jongjinay. NOMBRE UCA: Mundo de Colores

NOMBRE DEL ÑO, NI A O MUJER GESTANTE: Dilany Victoria Muñoz Rodriguez IDENTIFICACIO: 1122346646 FECHA DE NACIMIENTO: 12-07-2025

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					
12-07-2025	x				Durante este periodo de Puerperio la madre estuvo en su casa con la niña hasta que cumplio el periodo establecido para que pueda asistir a los encuentros pedagogicos.	Nancy Rodriguez		Llevarion proceso de observacion mediante este transurso de tiempo.		Seguir participando activamente cuando finalice este periodo de puerperio.
10-08-2025	x				A la fecha la niña no cuenta con el control de crecimiento y desarrollo. - La madre manifiesta que tiene cita para el dia 13 de agosto en horas de la mañana.	Nancy Rodriguez		Darle a conocer la importancia de tener al dia en control a la niña para evitar cualquier inconveniente en su desarrollo.	Se cierra la Novedad. el 13-08-2025. La madre presenta adelantado el control.	La madre hace el compromiso de hacernos llegar el documento para el dia 13-8-2025

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACIÓN INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Angel Madroñero NOMBRE UCA: Mundo de Colores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Ailany Victoria Muñoz R IDENTIFICACIO: 1122344646 FECHA DE NACIMIENTO: 12-07-2025

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					
16-09-2025	x			4:30 PM.	A la fecha la niña no cuenta actualizado su control de crecimiento. Por medio de mensaje la madre manifiesta q no a podido obtener una cita para la atención con jefe, ya que en actual mente no hay disponibilidad.			se dialogo con la madre sobre la importancia de tener al día a la niña en los controles.	Se cierra la novedad ya que la madre entrega el documento actualizado el día 29-09-2025 — o —	La madre se compromete a llevar el documento actualizado con todo lo que hace falta. Hasta el 28-09-2025.