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)<br>___SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7)<br>___Pertenecientes a Res UNIDOS<br>___Pertenecientes a Familias en Acción<br>___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición<br>___Remitidos por SNBF<br>___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado)<br>___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.)<br>___Niños y niñas con discapacidad.<br>___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión.<br>___Población migrante en condición de vulnerabilidad.<br>___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: 10-05-2025 FECHA INGRESO: 15-05-25



UDS: Soñadores MUNICIPIO: San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Naomi Victoria Charfuelan Viño

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ NUIP No. 1122344601

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A.

FECHA NACIMIENTO: 7-05-2025 EDAD: 1 Mes MUNICIPIO: Pto Asís

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: V/. Los olivos 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: N/A.

[redacted] DEL PARTICIPANTE: Nueva EPS 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: __NO: X PUNTAJE: _____ 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: Ever Armando Charfuelan Cuaran

No. IDENTIFICACION: 1086299655 DIRECCION RESIDENCIA: V/Los olivos

CELULAR: 3175549025 E.P.S: Nueva EPS

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A.

[redacted]EL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: N/A.

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Magdalena Niño Ángulo

No. IDENTIFICACION: 1122337194 DIRECCION RESIDENCIA: V/Los olivos

CELULAR: 317.5549025 E.P.S: Nueva EPS.

OCUPACION U OFICIO: Ama de Casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A.

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: Ama de Casa

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Martha Magdalena Niño Angulo

NUMERO IDENTIFICACION: 1122337194 CELULAR: 3175549025

DIRECCION: V/ Los olivos PARENTESCO: Madre.

Martha Niño A.
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE FIRMA AGENTE EDUCATIVO

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

**A5**

**Fecha de consulta:** 24/11/2025

**Ficha:** 86757024477900000465

**Pobreza extrema**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** NAOMI VICTORIA

**Apellidos:** CHARFUELAN NIÑO

**Tipo de documento:** Registro civil

**Número de documento:** 1122344601

**Municipio:** San Miguel

**Departamento:** Putumayo

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 21/03/2019

**Última actualización ciudadano:** 20/10/2025

**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 MONTE

**Dirección:** Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libert

**Teléfono:** 4210537 - 32131387

**Correo Electrónico:** sisben@sanmiguel-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 | 1122344601 |
| NOMBRES | NAOMI VICTORIA |
| APELLIDOS | CHARFUELAN NIÑO |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | PUTUMAYO |
| MUNICIPIO | SAN MIGUEL |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | NUEVA EPS S.A. | SUBSIDIADO | 07/05/2025 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| Fecha de Impresión: | 11/24/2025 00:03:56 | 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

# CARNET DE CONTROL

## NIÑO Y NIÑA

## ...SANOS

**MIS DATOS:**

Nombres:
NAOMI VICTORIA

Apellidos:
CHAFUEIAN NIÑO

Fecha de nacimiento:
07 05 2025

Historia Clínica:
1122344601

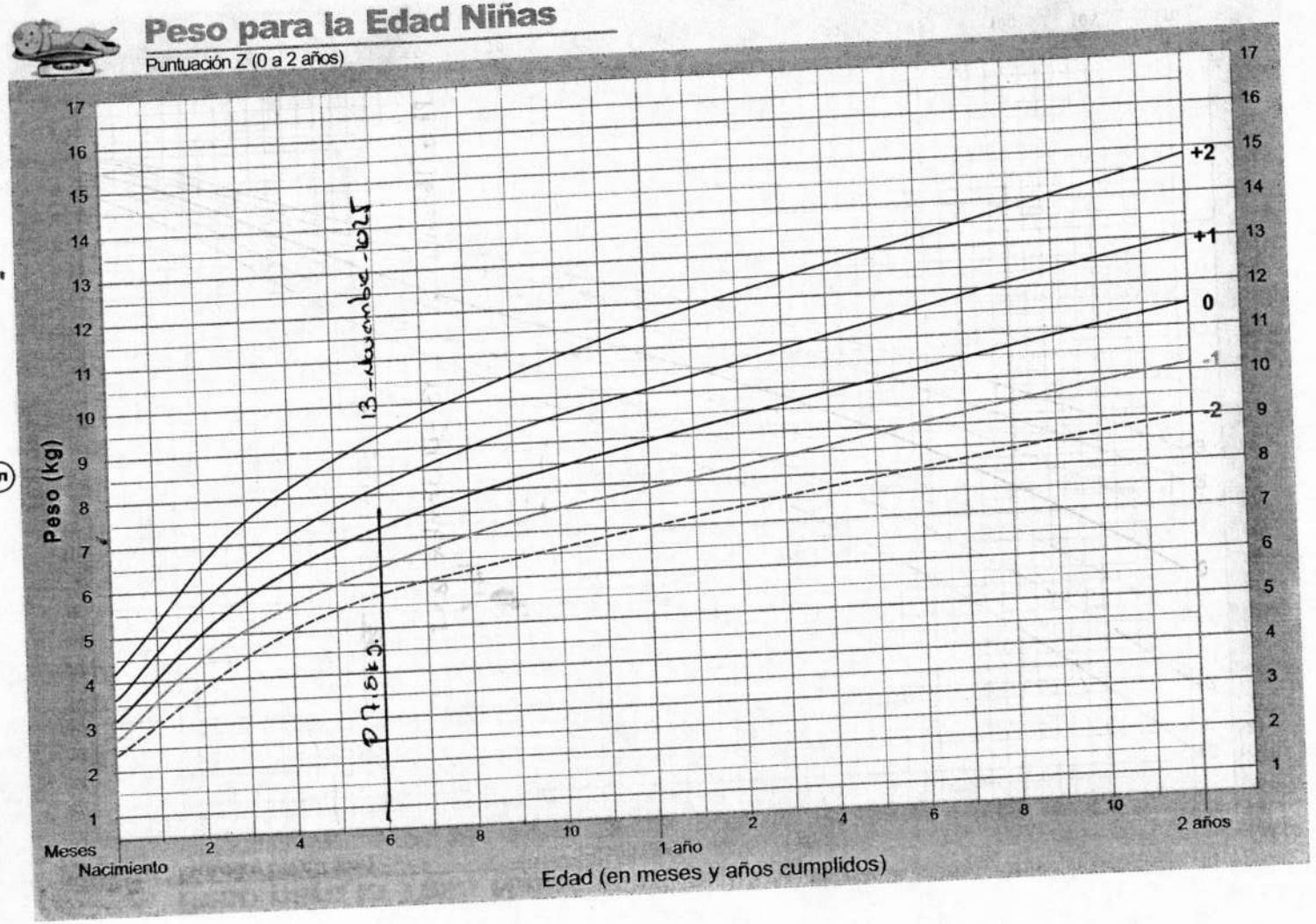
Barrio / Vereda:
PUERTO CUICUN

Responsable del niño (a):
MARTHA N.

Teléfono:

EPS:
NUEVA EPS

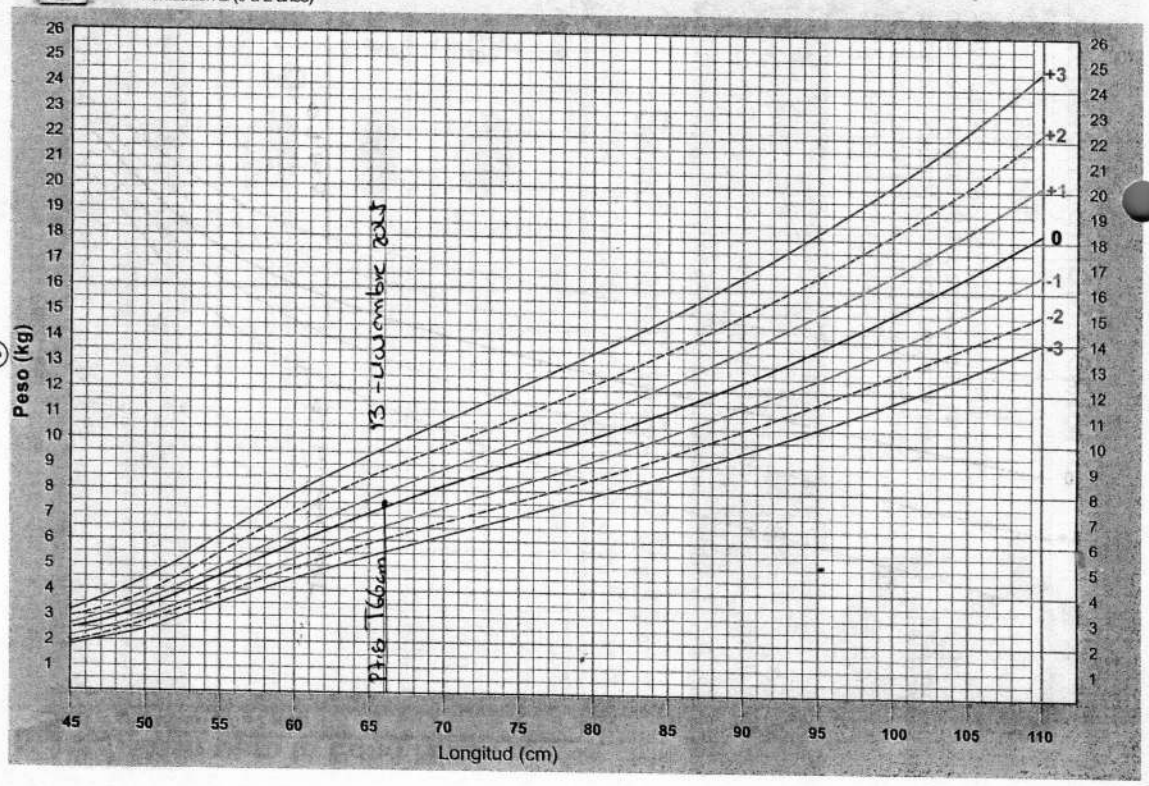



Peso para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-1
-2
13-diciembre-2025
P7.6kg.

(5)

## Peso para la Talla Niñas

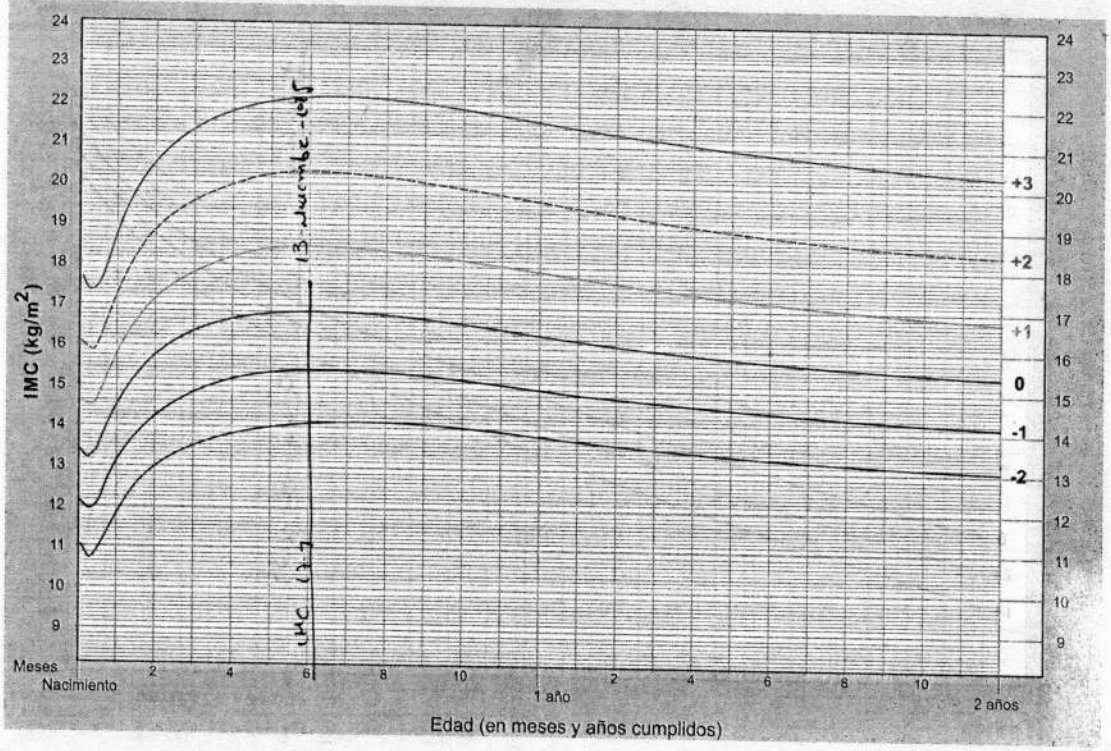
Puntuación Z (0 a 2 años)




⑨

## IMC para la Edad Niñas

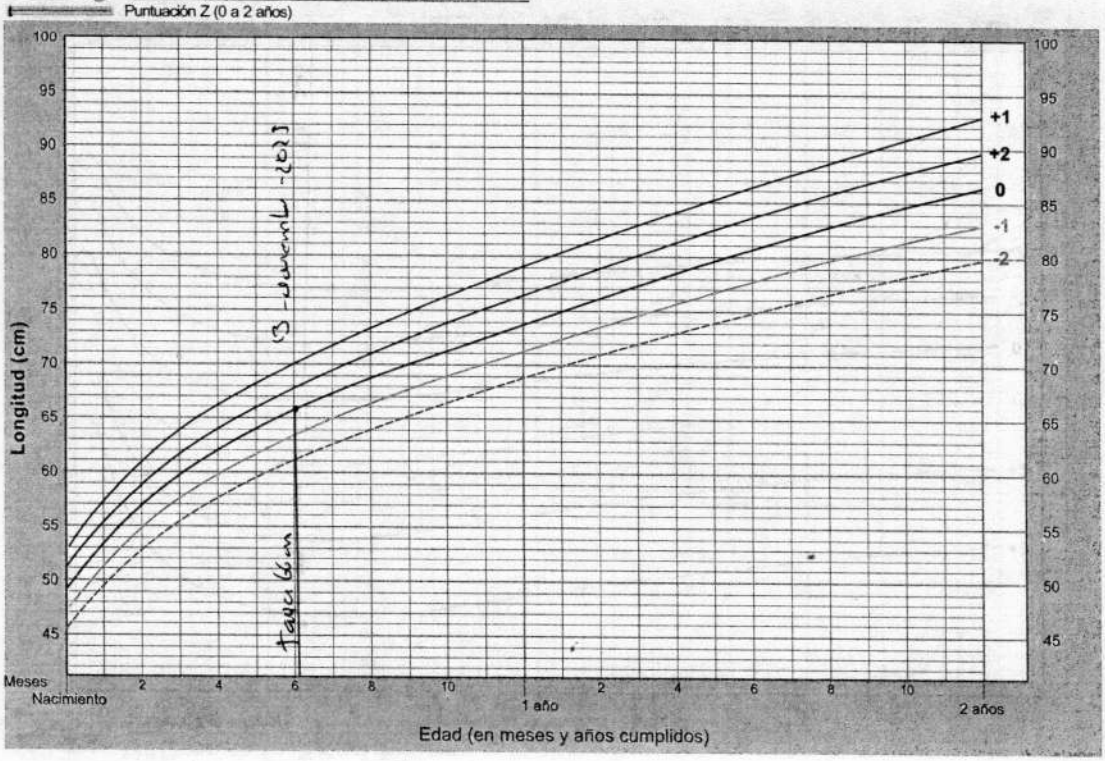
Puntuación Z (0 a 2 años)




⑦

## Talla para la Edad Niñas

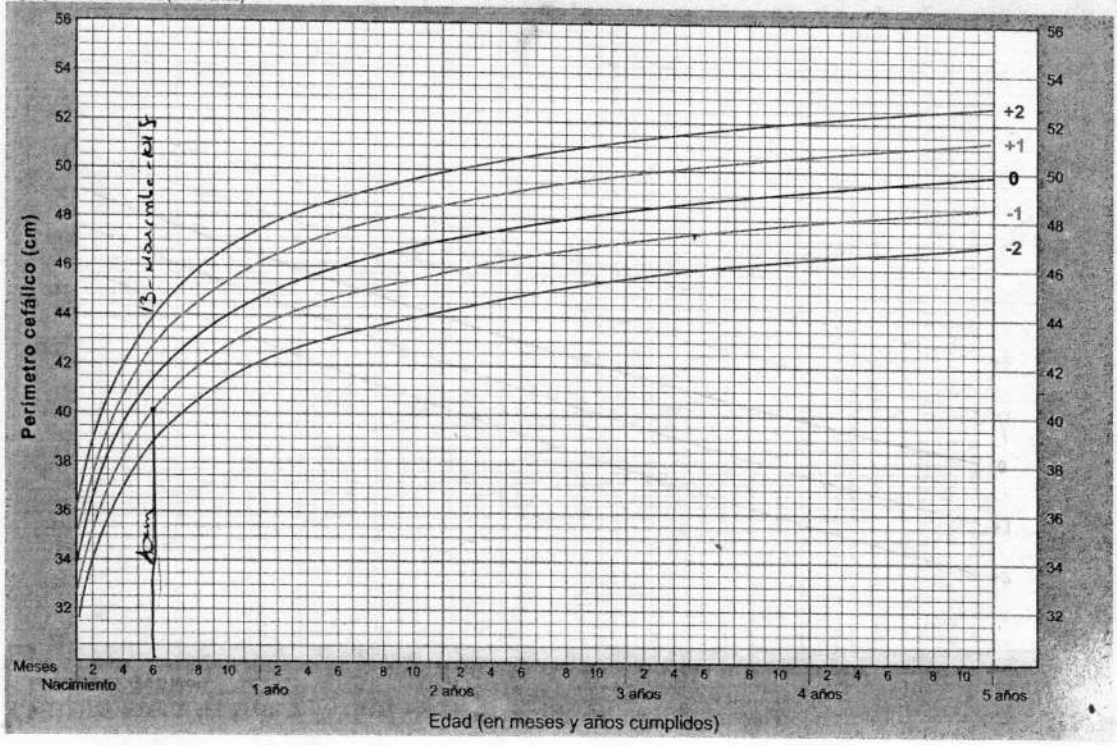
Puntuación Z (0 a 2 años)




⑧

## Perímetro cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)




⑥

# CITAS PROGRAMADAS

| DÍA | MES | AÑO | HORA | ASISTIÓ | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | SI | NO |
| 13 | Noviembre | 2025. | 9 am | ✓ | [illegible] |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Proximo control
7 Febrero 2026
enfermeria.

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

| SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO | | | | | | D | M | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Resultado Tamizaje Neonatal | TSH neonatal | Normal | | Alterado | | D | M | A |
| | Auditivo OEA/PEAA | Normal | | Alterado | | D | M | A |
| | Cardipopatía 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 |

## 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 | D | M | A |
| 2.ª entrega | D | M | A |
| 3.ª entrega | D | M | A |

### SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

### ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3 años | D | M | A | AV* | AVC* |
| 4 años | D | M | A | AV* | AVC* |
| 5 años | D | M | A | AV* | AVC* |

*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)

La salud es de todos | Minsalud

# Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Charfuelan Niño Nahomi Victoria

Fecha de nacimiento: 07-05-2025

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1122344601

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: A+

Peso al nacer: 3710 Talla: 50

Dirección: vl los olivos

Teléfono 1: 3175549025

Teléfono 2:

Responsable: Martha Nivo Angulo

Municipio de residencia: Valle Guamuez

Departamento: Putumayo

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Charfuelan Niño

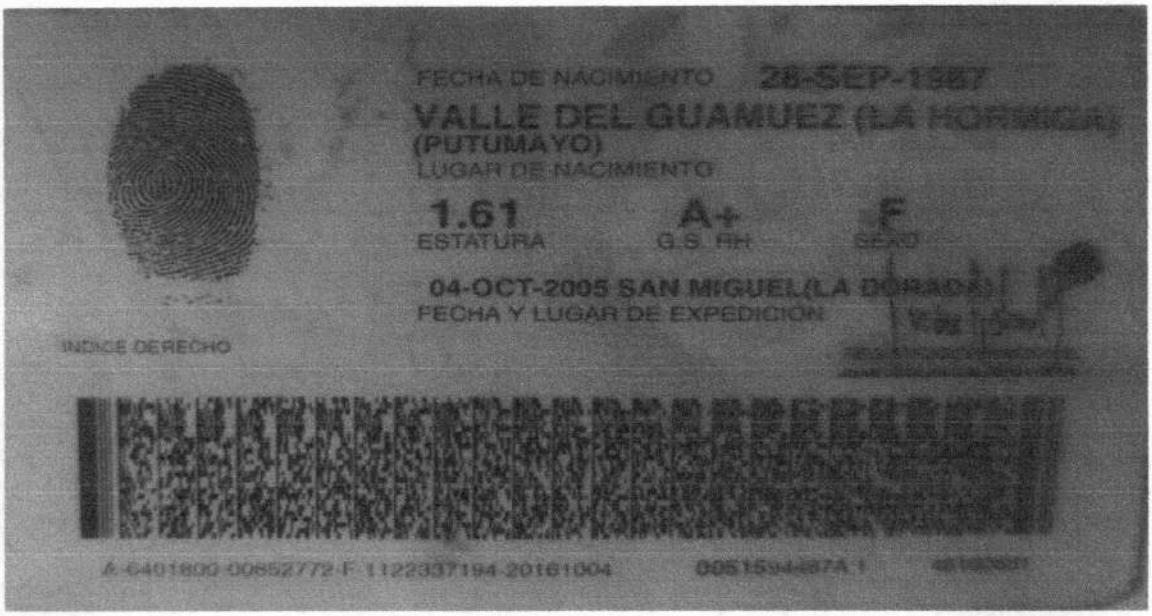
**Nombres y Apellidos:** Nahomi Victoria **Tipo identificación:** RC **No. ID:** 1122344601

| 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 meníngea (BCG) | Única | 7 | 5 | 25 | Serom | 0373MA1117 | HACP | | | | Diana T. |
| | Hepatitis B | Recién nacido | 7 | 5 | 25 | Serom | 0323QO24d | HACP | | | | Diana T. |
| 2 meses | Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ | | | | | | | | | | | |
| | Poliomielitis (VIP) | 1.ª | 3 | Sep | 2025 | Biological | 243230006 | ESE HSJ | | | | Eugenia U |
| | PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 1.ª | 3 | Sep | 2025 | Serum | 2885 4x0133F | ESE HSJ | | | | Eugenia U |
| | PENTAVALENTE Hepatitis B | 1.ª | 3 | Sep | 2025 | Serum | 2885 4x0133F | ESE HSJ | | | | Eugenia |
| | PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT) | 1.ª | 3 | Sep | 2025 | Serum | 2885 4x0133F | ESE HSJ | | | | Eugenia |
| | Diarrea por rotavirus | 1.ª | | Pierde | por | edad. | | | | | | |
| | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo | 1.ª | 3 | Sep | 2025 | Pfizer | HW2963 | ESE HSJ | | | | Eugenia |
| 4 meses | Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ | | | | | | | | 3 NOV 2025 | | | |
| | Poliomielitis (VIP) | 2.ª | 13 | NOV | 25 | Biological | 2423006 | | | | | |
| | PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 2.ª | 13 | NOV | 25 | Serum | 2885 4x0177D | E.S.E HFLD | | | | Isabel Arias. |
| | PENTAVALENTE Hepatitis B | 2.ª | 13 | NOV | 25 | Serum | 2885 4x0177D | | | | | |
| | PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT) | 2.ª | 13 | NOV | 25 | Serum | 2885 4x0177D | | | | | |
| | Diarrea por rotavirus | 2.ª | | Pierde | por | la | edad | | | | | |
| | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo | 2.ª | 13 | NOV | 25 | Pfizer | LES775 | | | | | |
| 6 meses | Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ | | | | | | | | CITA: 13 - ENERO 2026 | | | |
| | Poliomielitis (VIP) | 3.ª | | | | | | | | | | |
| | PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 3.ª | | | | | | | | | | |
| | PENTAVALENTE Hepatitis B | 3.ª | | | | | | | | | | |
| | 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 ¡es gratis, hazlo de ya!

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
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.122.337.194
NIÑO ANGULO
APELLIDOS
MARTHA MAGDALENA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 28-SEP-1987
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61
ESTATURA
A+
G.S RH
F
SEXO
04-OCT-2005 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.086.299.655

CHARFUELAN CUARAN
APELLIDOS

EVER ARMANDO
NOMBRES

EVER ARMANDO CHARFUEL
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-ABR-1988
CORDOBA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

07-MAR-2007 CORDOBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-[illegible]-M-1086299655-20160425 0049467815A 1 46161659

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Martha Magdalena Niño Identificado con C.C N° 1122337194 en calidad de: padre o madre ( + ), del niño o niña: Neom. Victoria Charfuelan 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 09 del Año 2025.

Martha Niño.

**Madre o Acudiente**
C.C 1122337194

| 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 Naomi Victoria Charfuelan Mm, identificado (a) con documento de identidad número 1122344601, 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, Martha Magdalena Niño Angulo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122337194, 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 La 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: Martha Niño A.
Nombre: Martha Magdalena Niño
Calidad - Titular: x Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3175549025
Fecha: 01-04-2025
Municipio: San Miguel



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 Hadroñero NOMBRE UCA: Soñadores.

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Naomi Victoria Charfordan IDENTIFICACIO: 1122344601 FECHA DE NACIMIENTO: 7-05-2025.

| 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 | | | | | |
| 16-9-2025. | x | | | 10:30 AM. | Hasta la fecha la niña no cuenta con ficha de sisbon. La mamá nos comenta que no ha sido posible porque ha salido y no la han atendido por falta de sistema. | Martha Niño | | Se dialoga con la mamá para que haga lo mas pronto posible esta diligencia | | La madre hace el compromiso de salir para el proximo 13-10-205 a realizar la diligencia y durante este transcurso del mes hacemos la entrega de un soporte o de la ficha. |
| | | | | | | | | | | |