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

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: 29-06-2025 FECHA INGRESO: 01-07-2025

UDS: Dueños del Sol 1. MUNICIPIO: San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:

Nicolas Mathias Chavez Correa

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1122344641

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 29-06-2025 EDAD: 2 dias MUNICIPIO: Puerto Asis

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION DE RESIDENCIA: Puerto Colon 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

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: ____

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: ____

TIENE SISBEN: SI: __ NO: __ PUNTAJE: ____ DESPLAZADO: SI: __ NO: X

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: ____ NO: X RED UNIDOS: SI: ____ NO: X

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: N/A

No. IDENTIFICACION: N/A DIRECCION RESIDENCIA: ____

CELULAR: N/A E.P.S: N/A

OCUPACION U OFICIO: N/A

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: N/A PROFESIÓN: N/A.

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Emily Janeth Chavez Correa

No. IDENTIFICACION: 1.126.139.042 DIRECCION RESIDENCIA: Puerto Colon

CELULAR: 322 9564798 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: N/A

EMPRESA DONDE LABORA: Oficios varios

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: N/A.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Emily Janeth Chavez Correa

NUMERO IDENTIFICACION: 1.126.139.042 CELULAR: ____

DIRECCION: Puerto Colon PARENTESCO: Madre

Emily Chavez. Anita Ruiz

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61698039

61698039

NUIP 1.122.344.641

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 6 2

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CHAVEZ	CORREA

Nombre(s)

NICOLAS MATHIAS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes JUN Día 29	MASCULINO	A	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	25069410211754

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

CHAVEZ CORREA EMILY JANETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.126.139.042	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

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CHAVEZ CORREA EMILY JANETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.126.139.042	Emily Chavez

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2025 Mes JUL Día 16	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

16.JUL.2025 - ACTA COMPLEMENTARIA DE 16/JULIO/2025..

dispapeles 76313

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Adhesivo Copia Registro Civil
38622705-9

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

4

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	1122344641
NOMBRES	NICOLAS MATHIAS
APELLIDOS	CHAVEZ CORREA
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	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	29/06/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/10/2025 07:16:20	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

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B1

Fecha de consulta: 19/11/2025

Ficha: 86757675477800000509

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: NICOLAS MATHIAS

Apellidos: CHAVEZ CORREA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344641

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/10/2025

Última actualización ciudadano: 17/10/2025

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 Liber

Teléfono: 4210537 - 32131387

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres: Nicolas Mathias

Apellidos: Chavez Correa

Fecha de nacimiento: 29 06 2025

Historia Clínica: 1122344641

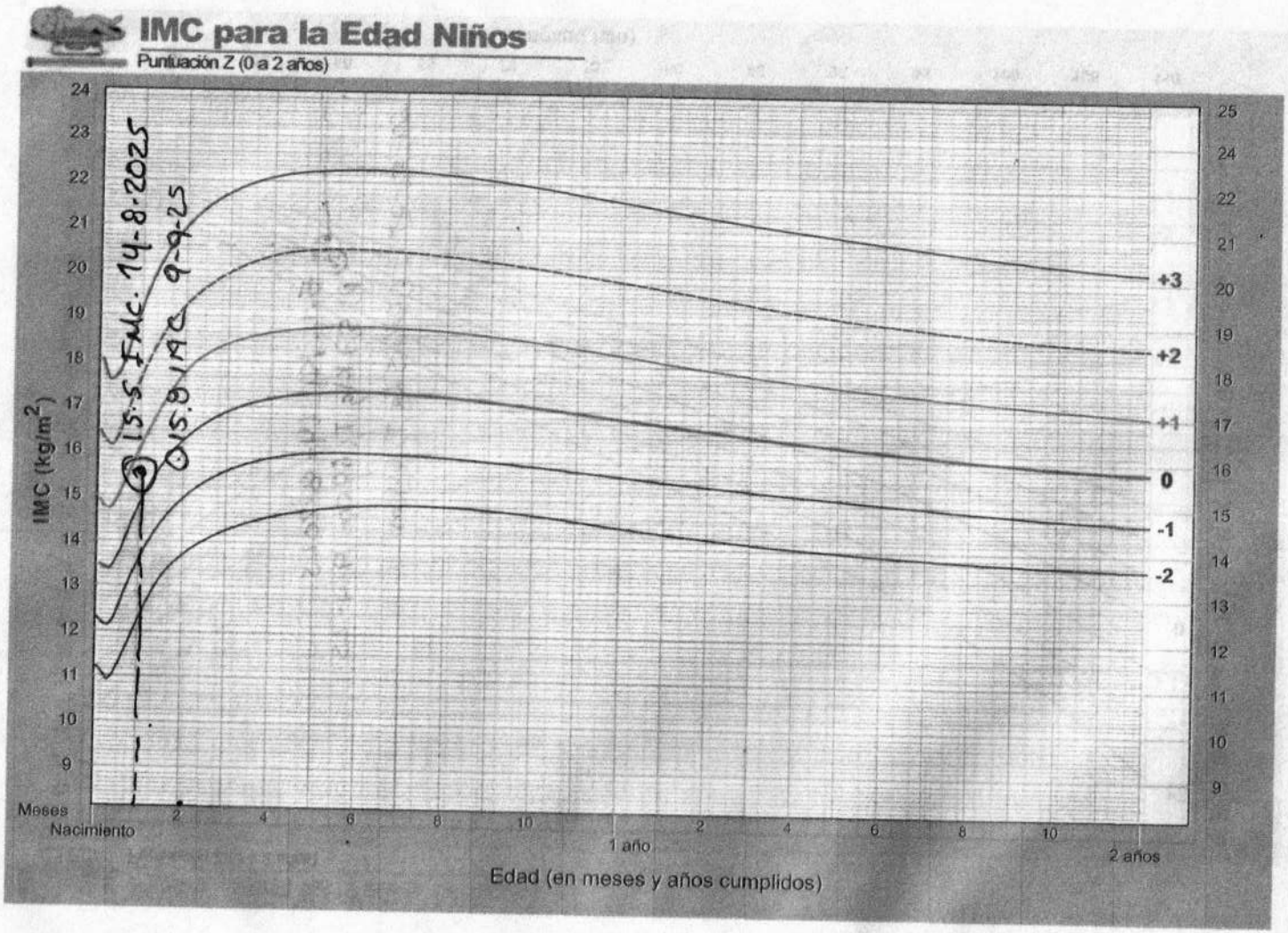
Barrio / Vereda: Bl Almendros

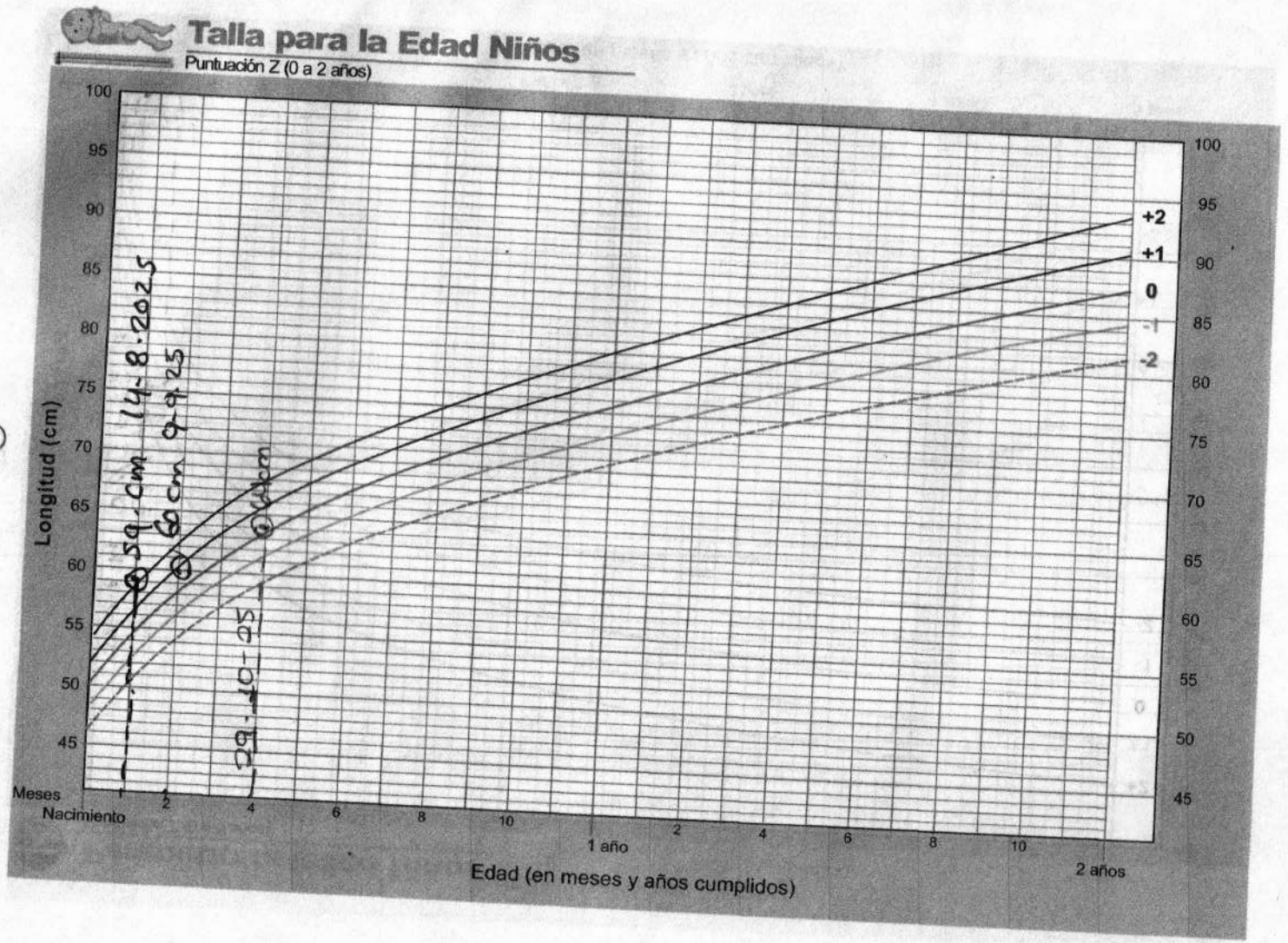
Responsable del niño (a): Emily Chavez

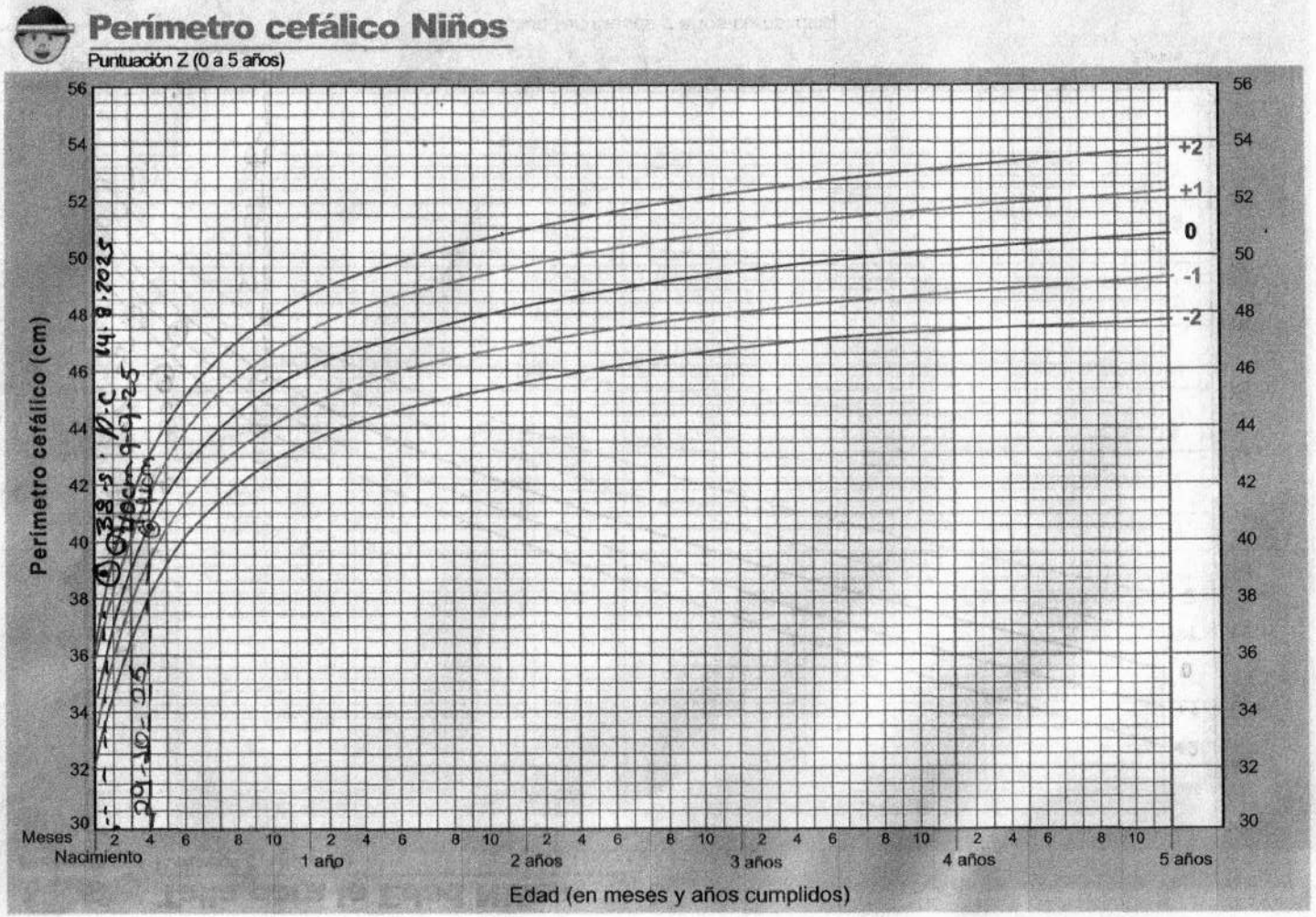
Teléfono: 3232527350

EPS: Emssanar

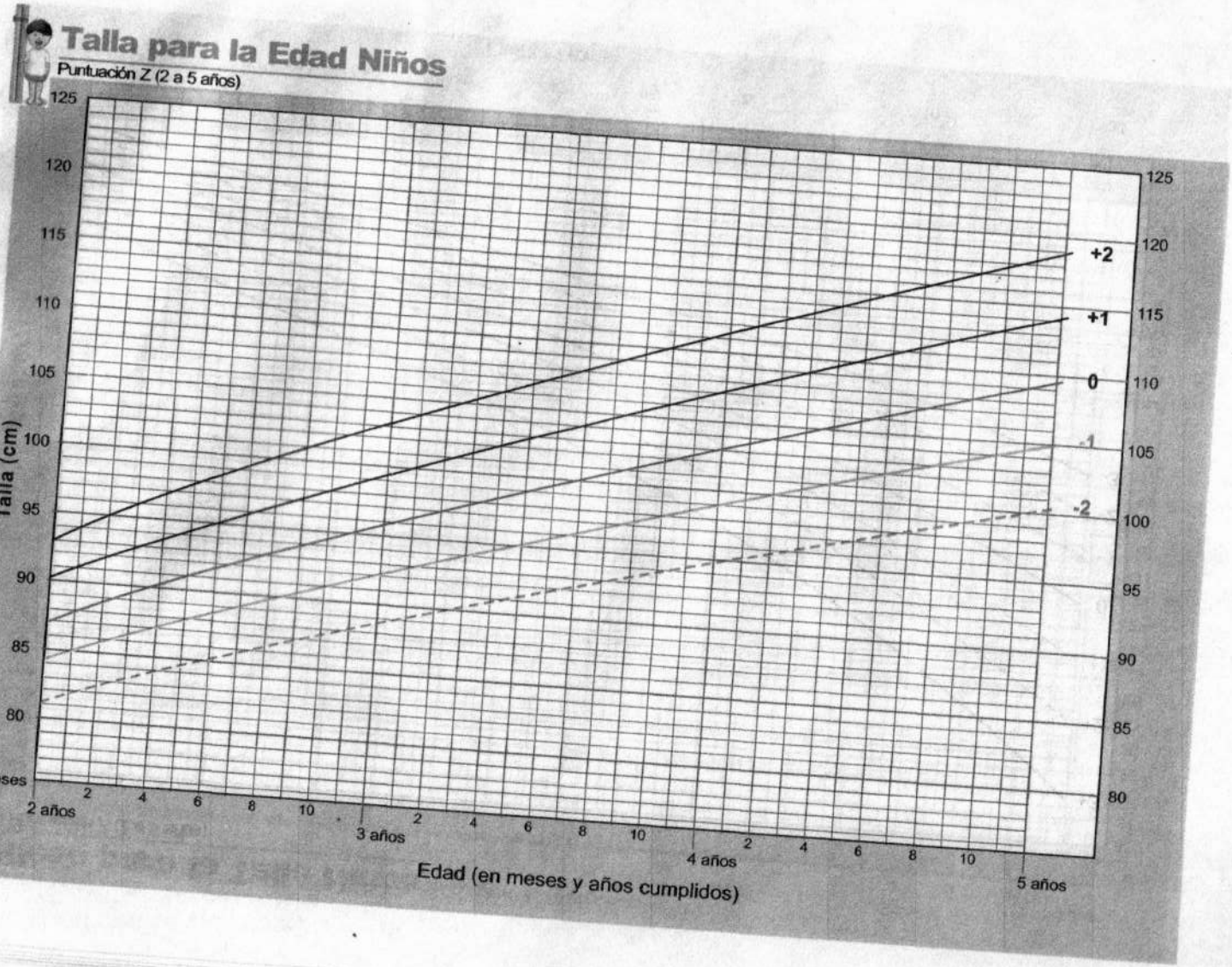



IMC para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
IMC (kg/m²)
24
23
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
25
24
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
+3
+2
+1
0
-1
-2
15-5-FNC. 14-8-2025
15.8.1AC 9-9-25
Meses
Nacimiento
2
4
6
8
10
1 año
2
4
6
8
10
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)


Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
Longitud (cm)
100
95
90
85
80
75
70
65
60
55
50
45
+2
+1
0
-1
-2
59 cm 14-8-2025
60 cm 9-9-25
60,4cm
59,10-25
Meses
Nacimiento
1
2
4
6
8
10
1 año
2
4
6
8
10
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)


Perímetro cefálico Niños
Puntuación Z (0 a 5 años)
Perímetro cefálico (cm)
56
54
52
50
48
46
44
42
40
38
36
34
32
30
+2
+1
0
-1
-2
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

24


Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Talla (cm)
125
120
115
110
105
100
95
90
85
80
+2
+1
0
-1
-2
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

CITAS PROGRAMADAS

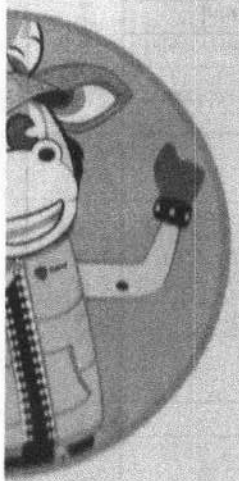
DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
14.	08	2025	Medico	✓	
09	09	2025	Jefe	SI ✓	Milena C
29	10	2025	Medico	Si ✓	
29	12	2025	Enf.		

Emily Chaver

72
R/N

...os y niñas con todas las dosis,
...nfermedades.

...lepatitis B, **P**oliomielitis (VIP),
...s causadas por **H**aemophilus
...erina, **T**étanos (Pentavalente),
... otitis, meningitis bacteriemia
...dad respiratoria causada por el
...ubéola, Parotiditis (Triple Viral),
...lla, Cáncer causado por **V**irus de
...19.



...S son seguras
...n vidas
...al Día!

...Protección Social
...ón y Prevención
...lades Transmisibles

ATENCIONES DEFINIDAS MEDIANTE RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018 PARA LA PRIMERA INFANCIA

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

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

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

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

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

Valoración de la Salud Visual - Agudeza Visual							
Tres años	D	M	A	Menor o igual a 20 normal	SI		NO
Cuatro años	D	M	A	Menor o igual a 20 normal	SI		NO
Cinco años	D	M	A	Menor o igual a 20 normal	SI		NO

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

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

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

Desparasitación									
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

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

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Sal



Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Nicolas Mathias Chaves Correa

RC (X) | TI | OTRO — Tipo de Documento: 1.122.344.641. — No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 29 DIA | 06 MES | 2025 AÑO

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: Rh:

Peso al nacer: 2900 Talla: 46

Dirección: la Dorada

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Emily Janeth Chaves C

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

Edad	Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora
Recién Nacido						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐		
	BCG	Única	29	06	25	Serum	0373MA117	HACD
	Hepatitis B	Recién nacido	29	06	25	Serum	0323 X 0196	HACP
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐		
	Poliomielitis	1ª	29	Agos	25	Biologicals	2423003	
	*Pentavalente	1ª	29	Agos	25	Serum	2854X013E	
	Rotavirus	1ª	29	Agos	25	GSK	AROLE075AA	HFUD
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	29	Agos	25	Pfizer	HW2963	
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐		
	Poliomielitis	2ª	29	10	25	Biologicals	2429006	
	Pentavalente	2ª	29	10	25	Serum	2854X014B	
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☑	2ª	29	10	25	Pfizer	LE5775	
	Rotavirus	2ª	29	10	25	GSK	arole0075AA	HUD
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐		
	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 ☐							



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.126.139.042

Apellidos
CHAVEZ CORREA

Nombres
EMILY JANETH

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
F

Fecha de nacimiento
07 NOV 2002

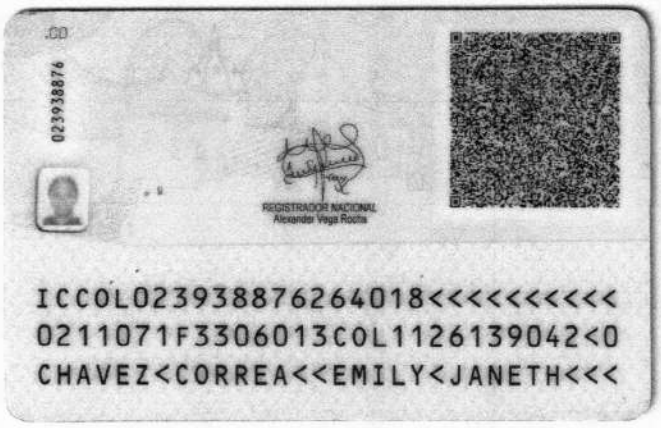
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SUCUMBIOS-LAGO AGRIO-NUEVA LOJA(ECUADOR)

Fecha y lugar de expedición
04 FEB 2021, SAN MIGUEL(LA DORADA)

Firma Emily Chavez

Fecha de expiración
01 JUN 2033



.CO

023938876

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL023938876264018<<<<<<<<<<
0211071F3306013COL1126139042<0
CHAVEZ<CORREA<<EMILY<JANETH<<<

Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Emily Jhaneth Chavez Identificado con C.C N° 1126139 042 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Nicolas Mathias Chavez o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Dueños del Sol 1, me comprometo a cumplir con los siguientes lineamientos:

1. Llevar personalmente o enviar con un adulto responsable debidamente autorizado, al niño o niña al encuentro en el horario establecido.
2. En caso de inasistencia, se debe diligenciar una excusa por una justa causa, dirigida a la maestra responsable de la unidad con anticipación.
3. En caso de que el usuario tenga cita o control médico, informar con anticipación a la maestra responsable para su registro.
4. Cuando el usuario vaya a llegar tarde al encuentro por una justa causa informar oportunamente a la maestra.
5. Participar y colaborar en todas las actividades programadas por la unidad comunitaria de atención, y el servicio ofrecido por el ICBF y la Fundación Alma de vida, pues estas son con el objetivo de mejorar la atención del niño o niña y sus familias.
6. Cuando tenga alguna queja, reclamo o sugerencia, seguir el CONDUCTO REGULAR: Maestra, Psicosocial o Auxiliar de enfermería, coordinador, Fundación e ICBF, teniendo en cuenta:
   - ✓ Hacerlo en el momento en el que ocurra el motivo o causa de la queja, reclamo o sugerencia.
   - ✓ Hacerlo con respeto, buenos modales y fines constructivos, que contribuyan al mejoramiento del servicio que ofrece a unidad de atención.
   - ✓ Tratarlo sólo en unidad, con la persona que corresponda de acuerdo al Conducto Regular y nunca hacer comentarios dañinos en la calle.
   - ✓ También se puede hacer a través del Buzón de Sugerencias.
7. Revisar los complementos nutricionales en el momento de entrega por parte de la maestra y reportar inmediatamente si se presenta novedades.

Se firma en San Miguel, a los 23 Dias del mes de 07 del Año 2025.

Emily Chavez
Madre o Acudiente
C.C 1126139 042

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 Nicolas Mathias Chavez Correa, identificado (a) con documento de identidad número 1192344641, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Emily Thaneth Chavez Correa, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1126139042, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

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

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

Los productos autorizados son originados por ETR Fundacion Alma de Dios en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa ETC

Suscriben:

Firma: Emily Chavez Correa
Nombre: Emily Chavez correa
Calidad - Titular: X Representante legal: ___
Teléfono de contacto: ___
Fecha: 23 - 08 - 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): Angie Revelo NOMBRE UCA: Puertos del Sol I

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Nicolas Mathias Chavez IDENTIFICACIO: 1122344641 FECHA DE NACIMIENTO: 29-06-2025

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					
01-07-2025	✓			✓	El dia Martes 1-07-2025 la agente educativo se comunica con la madre Para indagar Por el estado de salud de ella y el bebé se encuentran bien y ya se encuentra en la casa el mismo dia realiza enviò del carnet de vacunas y el nacido vivo. Se le recomienda a la madre de familia realizar los respectivos tramites para hacer registrar al bebè y Poder hacer el tramite para garantizarle la salud.	Emilu Chavez		-El dia lunes 07-07 la agente se comunica con la madre por via whatsap. para indagar por el estado de salud y Por el registro civil. la madre refiere que ella y el bebè se encuentran bien. Pero que aun no lo ha ido hacer registrar. refiere q" aun tiene los puntos y le causan un Poco de dolor. -El dia jueves	La madre se compromete a Informar sobre el estado de salud del bebe Nicolas
						Emilu Chavez		17-07-2025. la agente educativo se comunica con. con la madre. para indagar. Por el estadode salud de la madre y el bebè la madre refiere q" se encuentran bien. y que hizo registrar al bebè el mismo dia la madre realiza el envio del registro Civil. El dia Miercoles 23 de julio la madre asiste al encuentro Pedagogico		

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Angie Revelo NOMBRE UCA: Dueños del sol 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Nicolas Chavez Correa IDENTIFICACIO: 1122344641 FECHA DE NACIMIENTO: 29-06-2015

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					
						Emily Chavez.		con el bebé diplientemente. en buenas condiciones de salud. se cierra Novedad.		-