LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripción y Matricula con ffotografía 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).
7	Copia del carnet de vacunación.
8	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
9	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
10	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
11	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
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	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
17	Formato de autorización uso de imágenes.
18	Planilla seguimiento nutricional
19	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
20	OTROS: Formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa (Cuando aplique

COPIA

GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 25/03 /2025



FECHA SOLICITUD CUPO: 30/9/2025 **FECHA INGRESO:** 07/10/2025

UDS: Mis Pequeños Soñadores **MUNICIPIO:** San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Dasha Aynara Herraez Saez

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO ___ **NUIP No.** 1122344675

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 03/09/2025 **EDAD:** 1 mes **MUNICIPIO:** San Miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** Colombia **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: V/ San Juan Bosco **ESTRATO:** uno **¿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: X **CONTRIBUTIVO:** ___ **PRESENTA DISCAPACIDAD:** SI: ___ NO: X **DIAGNOSTICO:** ___ **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: ___ PUNTAJE: ___

DESPLAZADO: SI: ___ NO: X **VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:** SI: N/A NO: X

N/A **RED UNIDOS:** SI: X NO: X

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: ___ NO: X CUAL: N/A

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: ___

No. IDENTIFICACION: ___ **DIRECCION RESIDENCIA:** ___

CELULAR: ___ **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Construccion

EMPRESA DONDE LABORA: ___

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria **PROFESIÓN:** ___

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Neidy Camila Saez Moreira

No. IDENTIFICACION: 2101190474 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/ San Juan Bosco

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

OCUPACION U OFICIO: Oficios Varios

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: ___ **PROFESIÓN:** N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Neidy Camila Saez Moreira

NUMERO IDENTIFICACION: 2101190474 **CELULAR:** ___

DIRECCION: V/ San Juan Bosco **PARENTESCO:** Madre

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE **FIRMA AGENTE EDUCATIVA**

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.675

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61698094

61698094

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
HERRAEZ	SAEZ

Nombre(s)

DASHA AYNARA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes SEP Día 03	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	25093210293545

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

SAEZ MOREIRA NEYDI CAMILA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CE 2101190474	ECUADOR

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

HERRAEZ REVELO DIEGO FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.006.946.465	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HERRAEZ REVELO DIEGO FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.006.946.465	Diego Herraez

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 SEP Día 22	ROY EDISON CASTRO QUINTANA - REGIST
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Adhesivo Copia Registro Civil
39557695-7

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	1122344675
NOMBRES	HIJO DE
APELLIDOS	SAEZ MOREIRA
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	03/09/2025	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/08/2025 20:58:20	**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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:
DASITA AYNARA

Apellidos:
HERRAEZ SAEZ

Fecha de nacimiento:
03 09 2025

Historia Clínica:
1122344675

Barrio / Vereda:
V/ SAN JUAN BOSCO

Responsable del niño (a):
NEYDI ZAEZ

Teléfono:
3232523559

EPS:
EMSSANAR

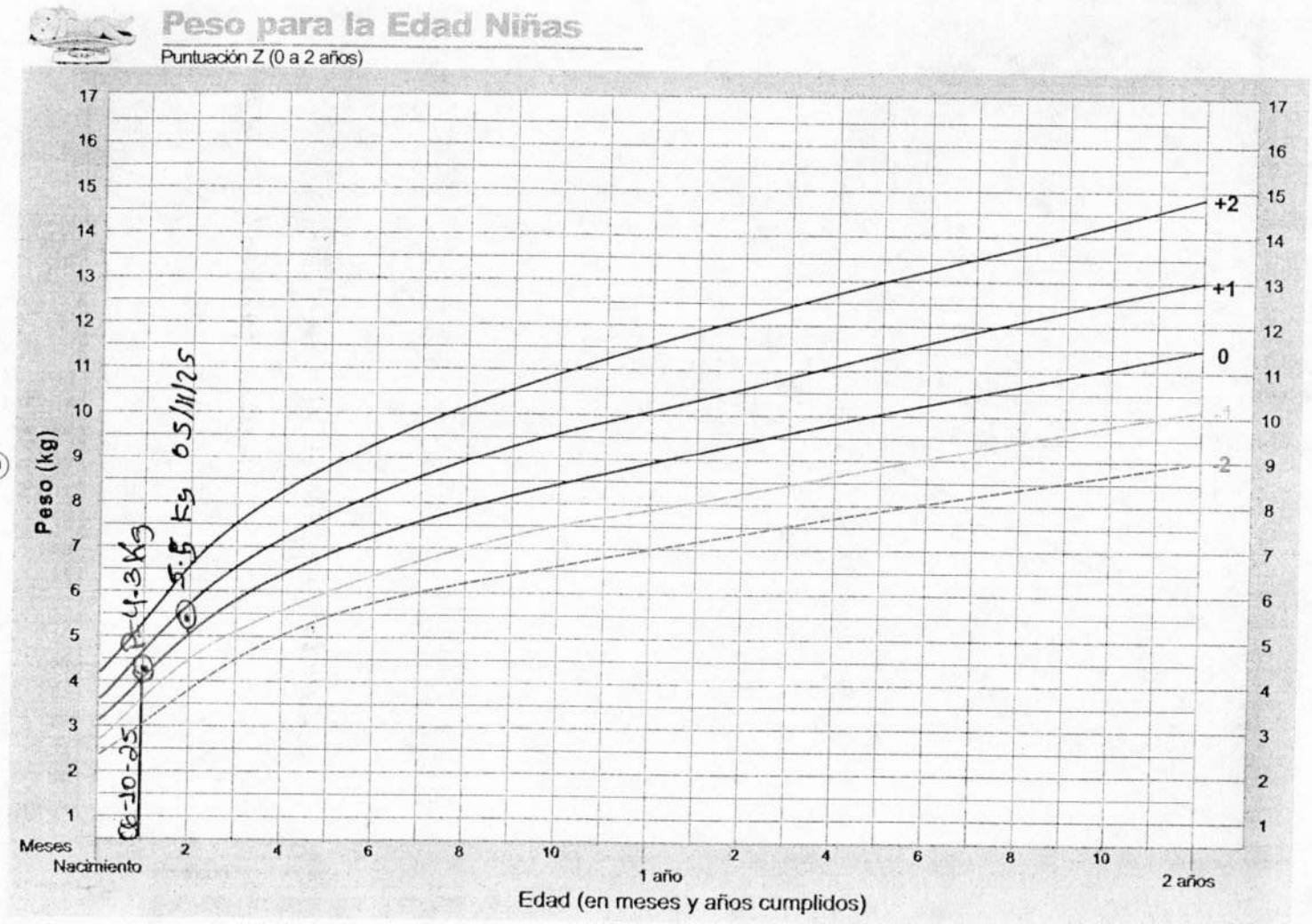


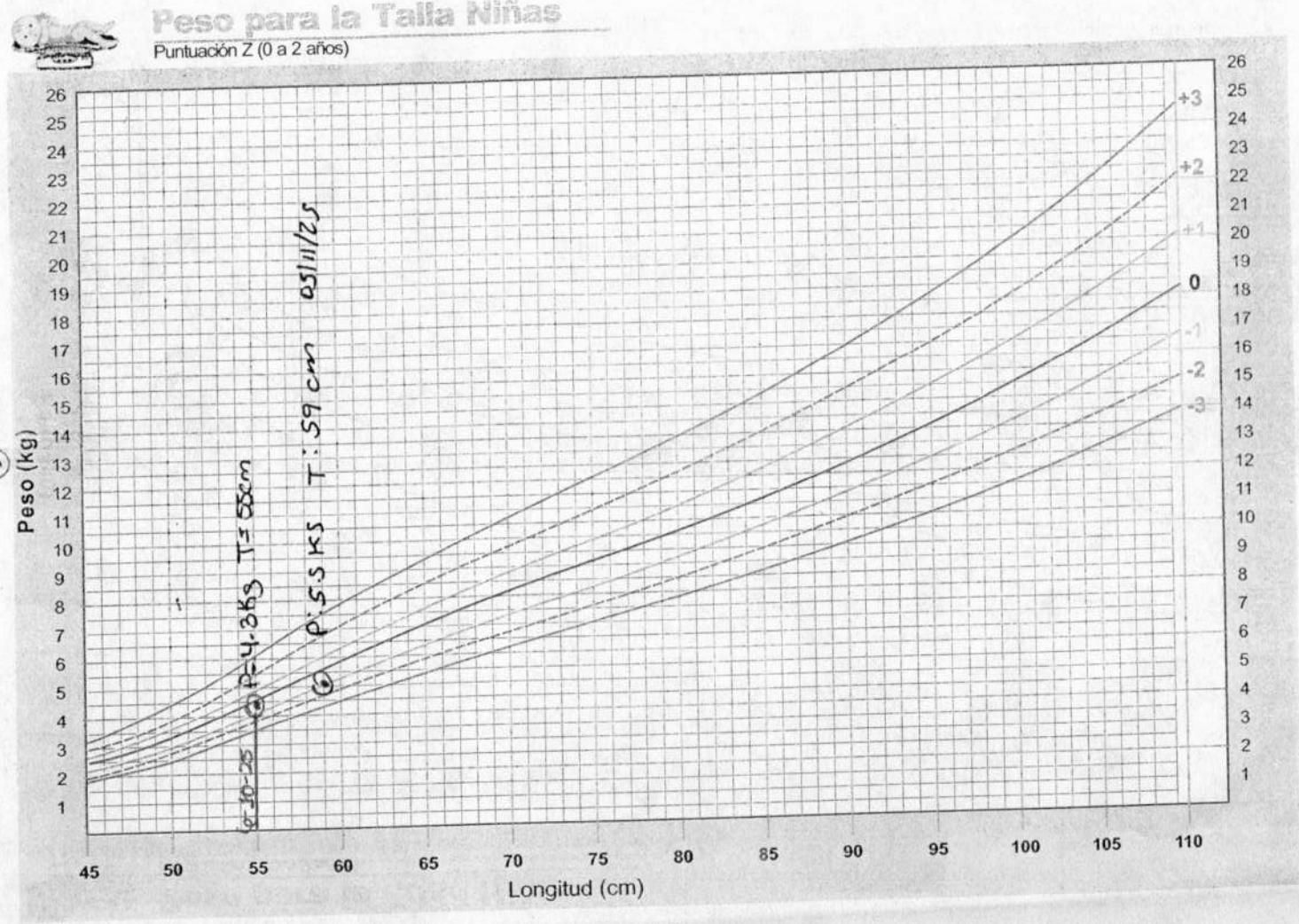
6
R/N

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
03	Noviembre	0025	Medico		
08	Enero	2025	Medico		

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
06-10-2025	4.3	55	37	13	14.2	03-11-2025	
03-11-25	5.5	59	39	13	15.9	08-01 2025	Edoard O.

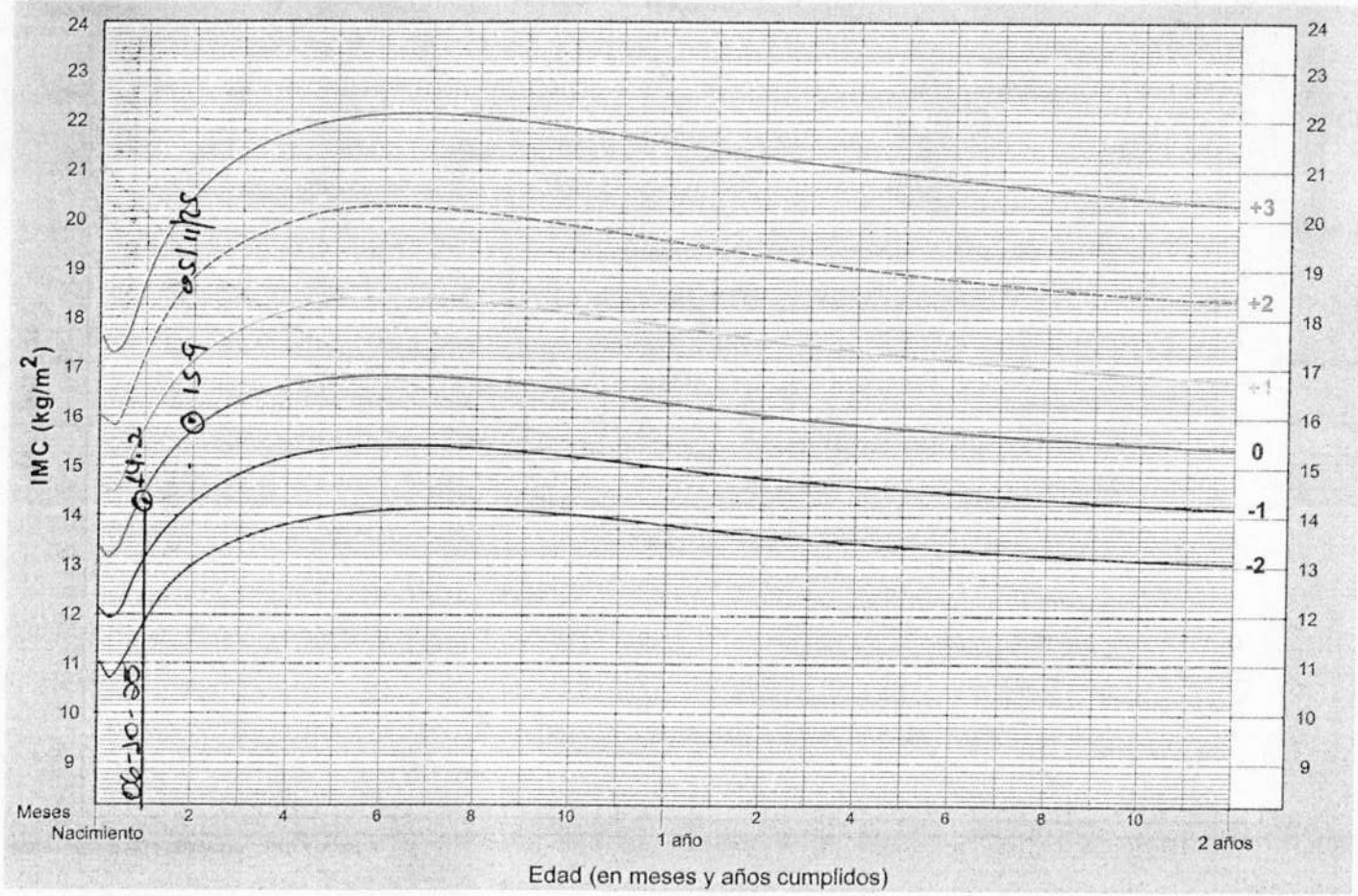

Peso para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
+2
+1
0
-1
-2
08-10-25
4.3 Kg
05/11/25
5.5 Kg
Meses
Nacimiento
2
4
6
8
10
1 año
2
4
6
8
10
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)


Peso para la Talla Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Longitud (cm)
+3
+2
+1
0
-1
-2
-3
P=4.3kg T=55cm
P:5.5 KS T:59 cm 05/11/25
9

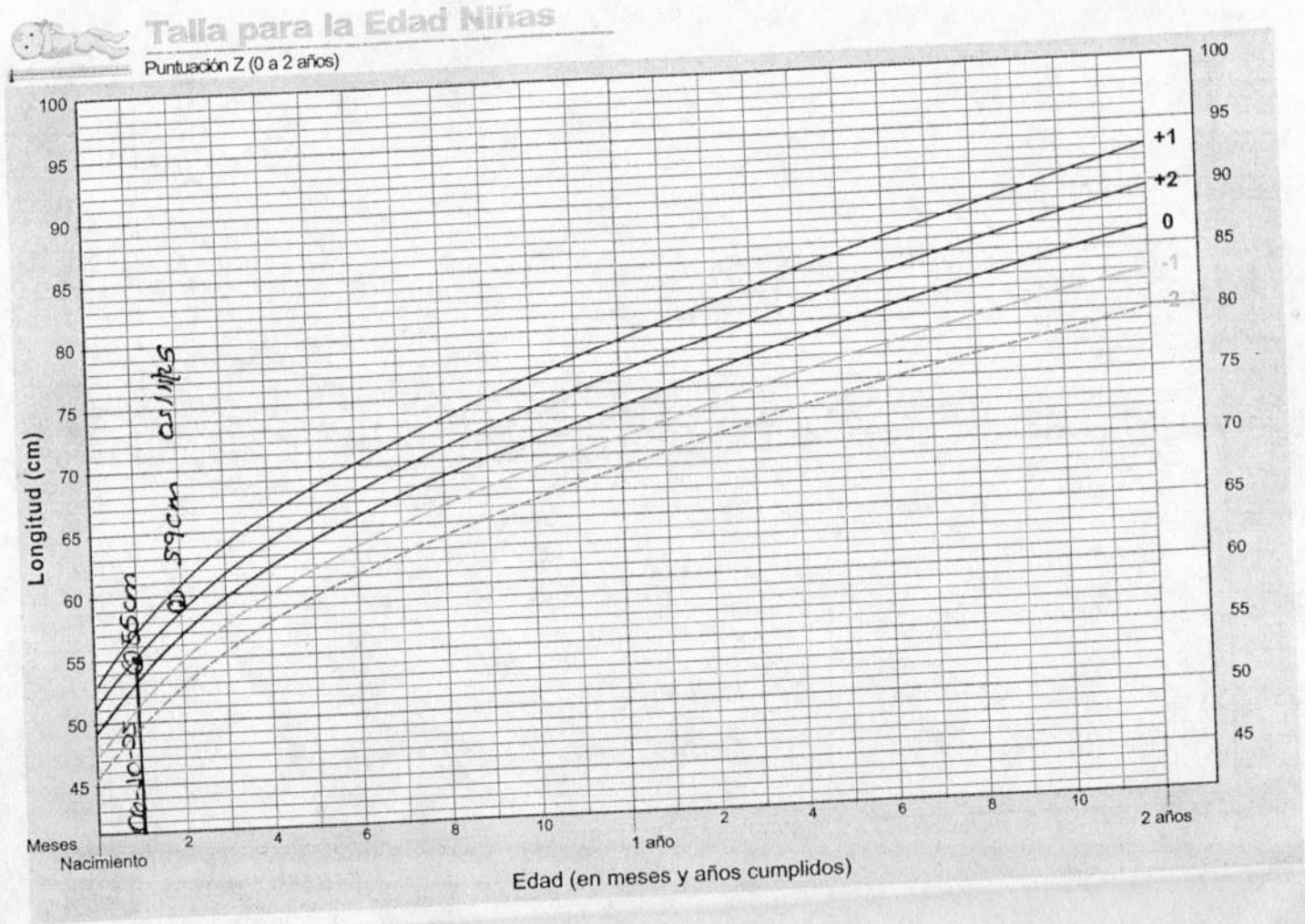
9
RN

IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



(7)


Talla para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
Longitud (cm)
100
95
90
85
80
75
70
65
60
55
50
45
+1
+2
0
-1
-2
Meses
Nacimiento
2
4
6
8
10
1 año
2
4
6
8
10
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
08-10-22 @ 55cm
@ 59cm en 1 año

9
R/V

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
	Cardiopatia 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. entrega	D	M	A
2. entrega	D	M	A
3. entrega	D	M	A

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6 cm	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		
4 años	D	M	A		
5 años	D	M	A		

*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 inflenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia 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:

0 meses

2 meses

4 meses

6 meses

7 meses

12 meses

18 meses

5 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: Saez Herrez

Fecha de nacimiento: 3 Sep 2025

N° de certificado de nacido vivo:

Registro civil:

Sexo: F.

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3500 g 35° 39.

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Neidi Saez

Municipio de residencia:

Departamento:

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: Tipo identificación: No. ID:

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de Lote	IPS vacunadora	fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	3	sep	25	Serum	03734A1177	HL. Policlínica				Henri Timaná
	Hepatitis B	Recien nacido	3	sep	25	Serum	03234@0249	HL policlínica				
2 meses			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	1.°	05	NOV	2025	BIOLOGICAL	242900 6					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	1.°	05	NOV	2025	SERUM	2E53X013E					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.°	05	NOV	2025	SERUM	2E53X013E					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°	05	NOV	2025	SERUM	2E53X013E					
	Diarrea por rotavirus	1.°	05	NOV	2025	GSK	ARULE0749AE					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	05	NOV	2025	PFIZER	HE75SA					
4 meses			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	2.°							CITA:			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°							05 - ENERO			
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.°							2026.			
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°										
	Diarrea por rotavirus	2.°										
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°										
6 meses			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	3.°										
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	3.°										
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.°										
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°										
	Influenza estacional	1.°										
7 meses	Influenza estacional	2.°										
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°										
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo										
	Varicela	2.°										
	Hepatitis A	Única										
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	1.° Refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.° Refuerzo										
	Fiebre amarilla	Única										
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	2. °Refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2. °Refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°										
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
Vacunas complementarias y otras dosis												

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.

Busca en las vacunas es gratis, hasta de una!

REPÚBLICA DEL ECUADOR
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL,
IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN



CÉDULA DE CIUDADANÍA MED No. 210119047-4
APELLIDOS Y NOMBRES
SAEZ MOREIRA
NEYDI CAMILA
LUGAR DE NACIMIENTO
SUCUMBIOS
LAGO AGRIO
NUEVA LOJA
FECHA DE NACIMIENTO **2007-07-20**
NACIONALIDAD **ECUATORIANA**
SEXO **F**
ESTADO CIVIL **SOLTERO**

INSTRUCCIÓN **BASICA**
PROFESIÓN / OCUPACIÓN **ESTUDIANTE**
V4343V2242
APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
SAEZ ALVARADO ALVARO GONZALO
APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
MOREIRA LOMBEIDA ANGELICA MARIA
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN
LAGO AGRIO
2015-08-05
FECHA DE EXPIRACIÓN
2025-08-05



D0012437

DIRECTOR GENERAL

NO FIRMA
FIRMA DEL CEDULADO

Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Neidy Camila Saez Identificado con C.C N° 210719047-4 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Dasha Aynara Herraez Saez o Gestante ( ) Lactante (✓), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mis Pequeños 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 09 Días del mes de octubre del Año 2025.

Madre o Acudiente
C.C 210719047-4

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 4	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 Dasha Aynara Herraez saez, identificado (a) con documento de identidad número 1122344675, 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, Weldy Camila Saez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 210179047, 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, adolescentes y jóvenes 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, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

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

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

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

Suscriben:

Firma: Camila
Nombre: Weldy Camila Saez
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 09/10/2025
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.

CLASIFICADA

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPESINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Merly Ramirez NOMBRE UCA: Mis Pequeños Soñadores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Dasha Aynara Herrazz Saez IDENTIFICACIÓN: 1122344675 FECHA DE NACIMIENTO: 03/9/2025

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					
07/10/25	X		X		Participante que ingresa a La UCA el 7/10/25 sin Realizarce el ingreso al control de crecimiento y desarrollo ya que aun no cumple el mes de nacida se recomienda a madre que el tres asista al Hospital Para este ingreso se realizara seguimiento telefonico 4/10/25			el 4/10/25 se realizo llamada telefonica a madre Para indagar si asistio al Hospital ella manifiesta que si que el 9/10/2025 llevara las copias el dia del encuentro entrega las copias y se da Por serrada dicha novedad		Realizar La entrega de las copias sin Falta el 9/10/25