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 dė 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



FECHA SOLICITUD CUPO: 13-5-2025 FECHA INGRESO: 13-5-2025
UDS: Mis Pequeños Soñadores MUNICIPIO: San Miguel
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Emily Adhara Valencia Guarnica
TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ NUIP No. 1122344600
¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A
FECHA NACIMIENTO: 28/04/2025 EDAD: 0 MUNICIPIO: San Migue
DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION
DE RESIDENCIA: V/ Limonal ESTRATO: ____ ¿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: __CUAL: N/A
EPS DEL PARTICIPANTE: ____ SUBSIDIADO: __ 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: __PUNTAJE: ____ DESPLAZADO: SI: ___NO:
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: ____NO: X RED UNIDOS: SI: ____NO: ___
PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: ___NO: ___CUAL: ____

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yelson Valencia Salamanca
No. IDENTIFICACION: 1167071535 DIRECCION RESIDENCIA: V/ Limonal
CELULAR: ____ E.P.S: ____
OCUPACION U OFICIO: Agricultor
EMPRESA DONDE LABORA: N/A
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Rosa Edilma Guarnica Canticuz
No. IDENTIFICACION: 1124858969 DIRECCION RESIDENCIA: V/ Limonal
CELULAR: 3223708715 E.P.S: emssanar
OCUPACION U OFICIO: Ama de casa
EMPRESA DONDE LABORA: N/A
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Rosa Edilma Guarnica
NUMERO IDENTIFICACION: 1124858969 CELULAR: 3223708715
DIRECCION: V/ Limonal PARENTESCO: madre

Rosa Edilma Guarnica
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

3

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP	1.122.344.600

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61697986

61697986

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
X						X6Z

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
VALENCIA	GUARNICA

Nombre(s)

EMILY ADHARA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes ABR Día 28	FEMENINO	O	NEGATIVO

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	250433101380021

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

GUARNICA CANTINCUZ ROSA EDILMA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.124.858.969	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

VALENCIA SALAMANCA YEISON

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.116.207.535	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GUARNICA CANTINCUZ ROSA EDILMA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.124.858.969	Rosa Edilma Guarnica

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 MAY Día 12	ROY EDISON CALLEJO QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

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	1122344600
NOMBRES	EMILY ADHARA
APELLIDOS	VALENCIA GUARNICA
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	30/04/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/15/2025 13:25:02	**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

5

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	15/10/2025
Ficha:	867576741052800009457

A1

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **EMILY ADHARA**

Apellidos: **VALENCIA GUARNICA**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1122344600**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	12/08/2024
Última actualización ciudadano:	21/05/2025
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**

A1→A5	B1→B7	C1→C18	D1→D21
Pobreza extrema	Pobreza moderada	Vulnerabilidad	Ni pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:	MARIA ZORAYDA LINARES MONTEI
Dirección:	Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libert
Teléfono:	4210537 - 32131387
Correo Electrónico:	sisben@sanmiguel-putumayo.gov.

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres: Emily Adhara

Apellidos: Valencia Guarnica.

Fecha de nacimiento: 28 04 2025

Historia Clínica: 1122344600

Barrio / Vereda: El limonal.

Responsable del niño (a): Rosa Edilma Guarnica.

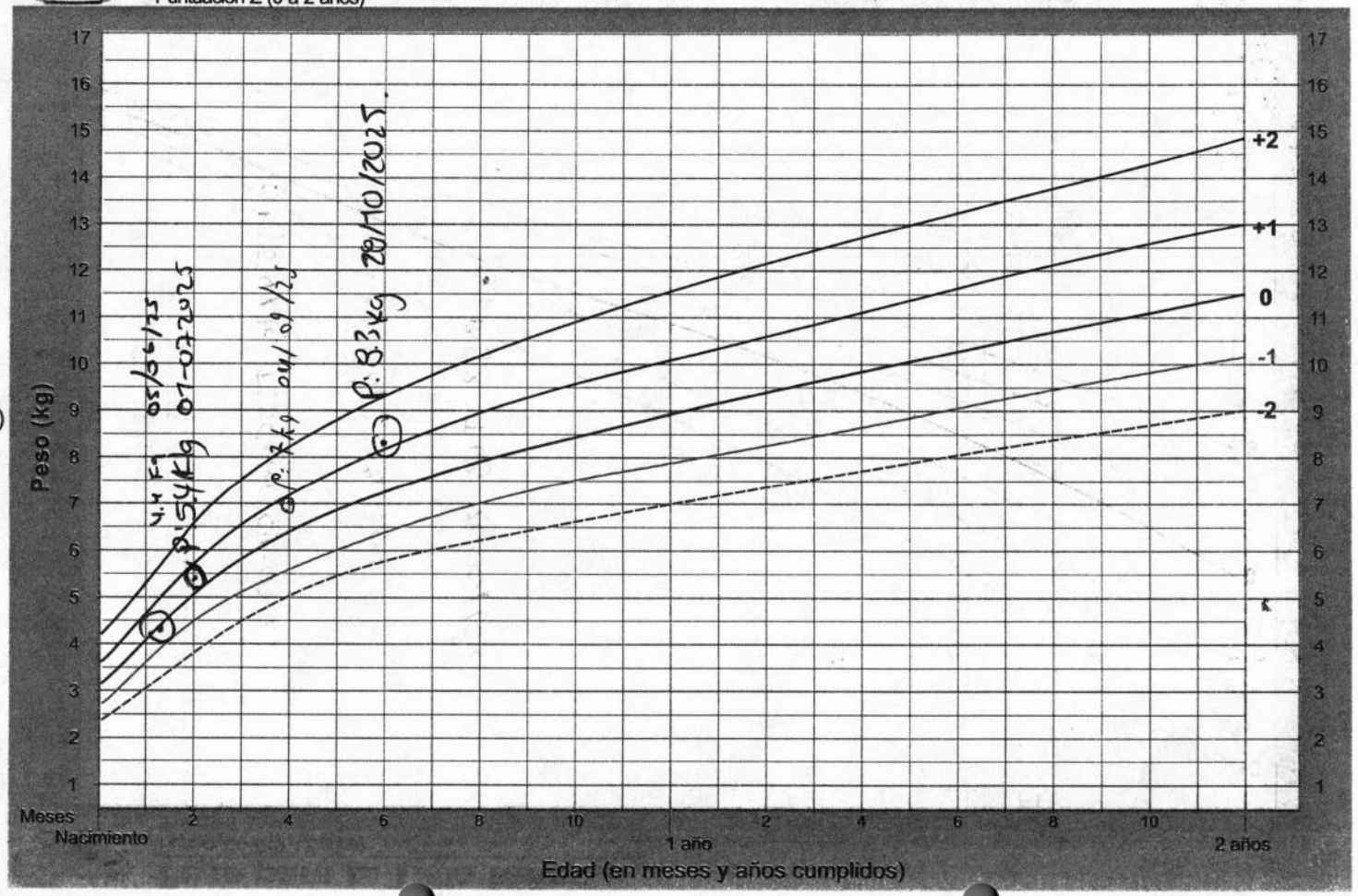
Teléfono: 3223708715

EPS: Emssanar.



Peso para la Edad Niñas

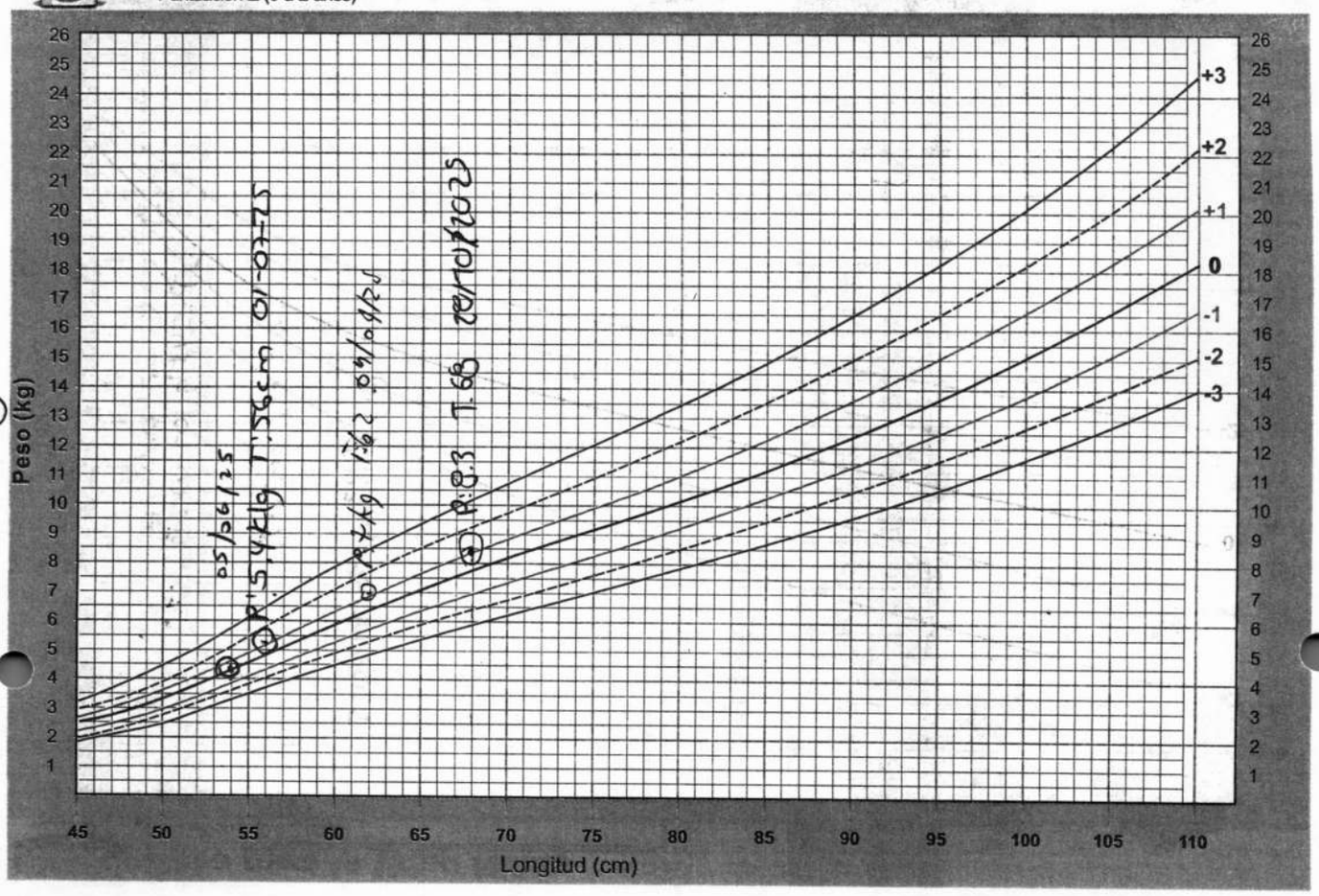
Puntuación Z (0 a 2 años)



⑤

Peso para la Talla Niñas

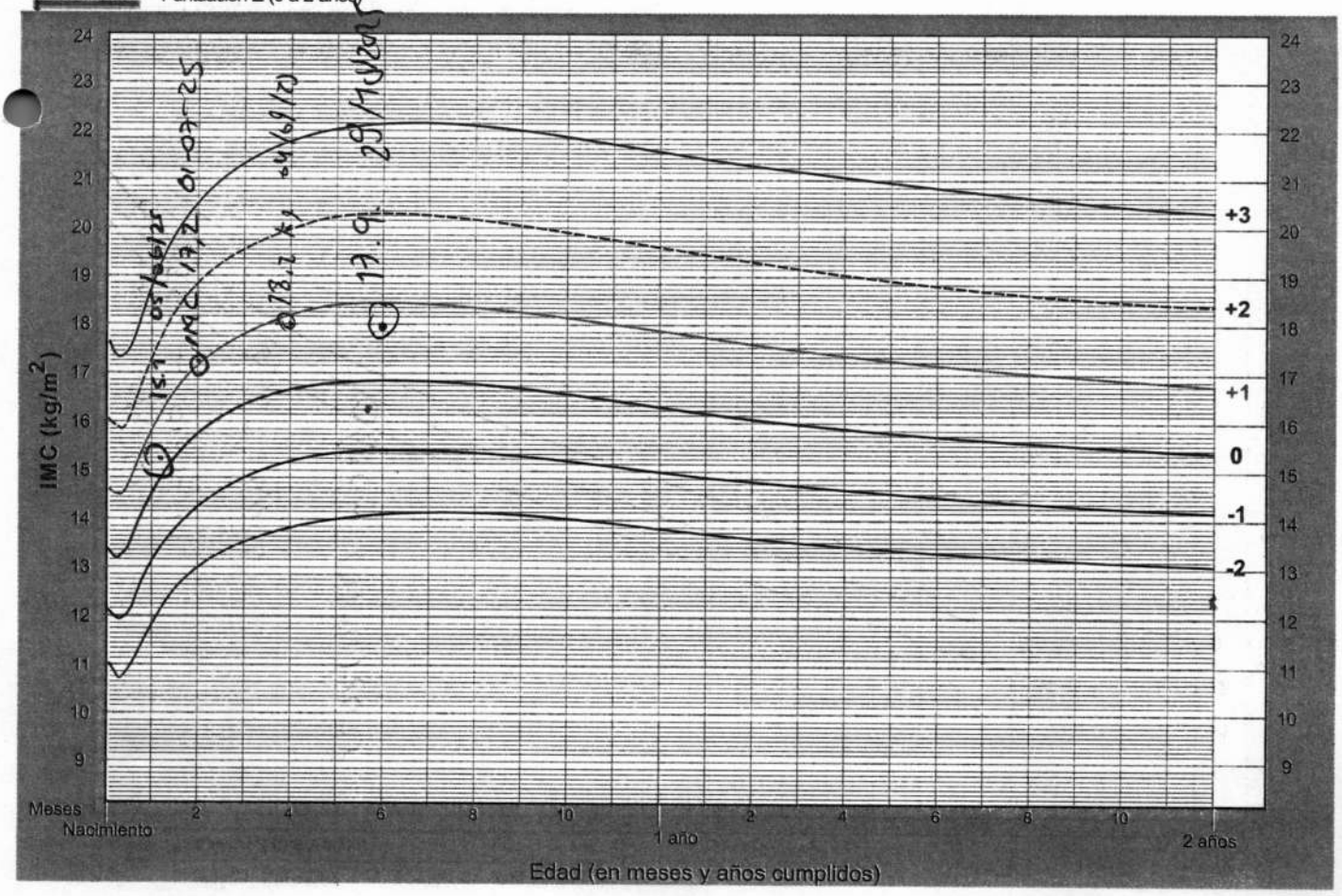
Puntuación Z (0 a 2 años)



⑨

IMC para la Edad Niñas

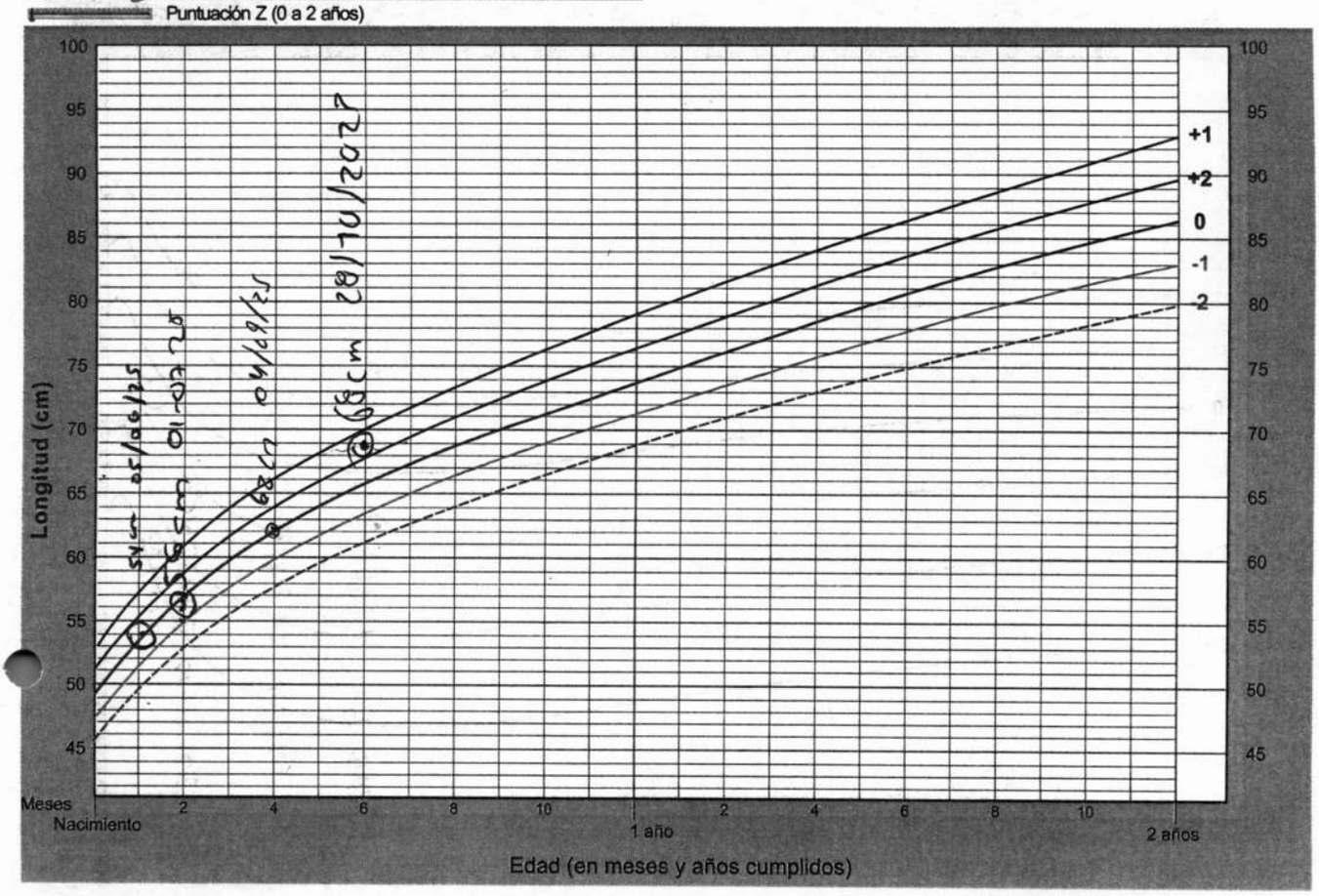
Puntuación Z (0 a 2 años)



⑦

Talla para la Edad Niñas

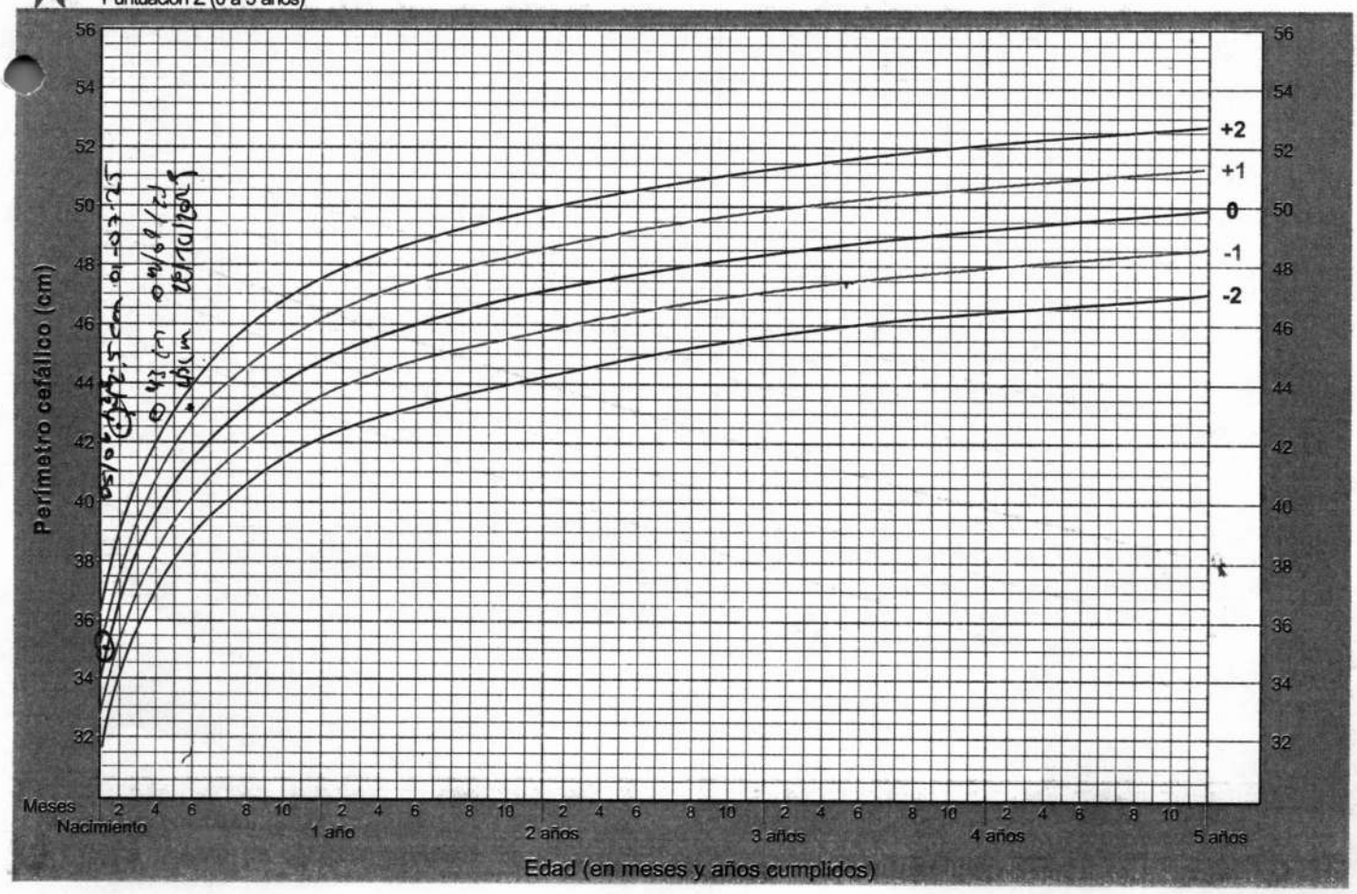
Puntuación Z (0 a 2 años)



⑧

Perímetro cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



⑥

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
05/06/25	4.4	54	35	13	15.1	05/07/25	
01-07-25	5.4	56	42.5	12.5	17.7	28-08-2025	Milena C.
04-09-25	7 kg	62	43	16	18.2	28-10-2025	David Navarro

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
05	06	25	3 Pm	✓	
07	Julio	2025	Enfer.	Si	Milena C.
28	Agosto	2025	Medico	cita	Si
28	Sept. 10	2025	Enfermera	Si ✓	Judy Q.
28.	Noviembre	2025	Medico.		

12
R/V

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

	SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
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								

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			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega						
2.ª entrega						
3.ª entrega						
4.ª entrega						
5.ª entrega						

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años					
4 años					
5 años					

*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: Emily Adhara Valencia Guarnica
Fecha de nacimiento: 28-04-2025
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1.122.344.600
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3490 Talla: 50 55.40
Dirección: la dorada
Teléfono 1:
Teléfono 2:
Responsable: Rosa Guarnica C.
Municipio de residencia: San miguel
Departamento: Putumayo

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	28	04	25	Seum	03731MA117	HACD				Diana P
	Hepatitis B	Recién nacido	28	04	25	Serum	03231X0195	HACP				Diana P
2 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	01	07	25	Biological E	2110600 7					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	01	07	25	Serum	2 8 5 3 X 0 2 0 C					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	01	07	25	Serum	2 8 5 3 X 0 2 0 C	HIB				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	01	07	25							
	Diarrea por rotavirus	1.ª	01	07	25	GSK	A R 0 L E 0 3 9 A A					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	01	07	25	PFIZER	H J S 2 7 7					
4 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	04	09	25	Biological	2 9 2 3 0 0 3					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	04	09	25	Serum	2 8 5 4 X 0 1 3 E					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	04	09	25	Serum	2 8 5 4 X 0 1 3 E	HIB				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	04	09	25	Serum	2 8 5 4 X 0 1 3 E					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	04	09	25	GSK	A R 0 L E 0 7 8 A E					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	04	09	25	Pfizer	H W 2 9 6 3					
6 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	04	11	25	Biological	2 9 2 9 0 0 6					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	04	11	25	Serum	2 8 5 9 X 0 1 3 E					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	04	11	25	Serum	2 8 5 9 X 0 1 3 E	HIB				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	04	11	25	Serum	2 8 5 4 X 0 1 3 E					
	Influenza estacional	1.ª	04	11	25	Sequirus	P L 0 0 7 9 2 7 9 9					
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												

CITA: 01-SEPTIEM 2025.

CITA: 04-NOV-25

CITA: 04-DIC-25

Busca ya las vacunas

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las ...as 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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.124.858.969**
GUARNICA CANTINCUZ

APELLIDOS
ROSA EDILMA

NOMBRES

Rosa Eldilma Guarnica

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **21-ABR-1993**
PUERTO GUZMAN
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

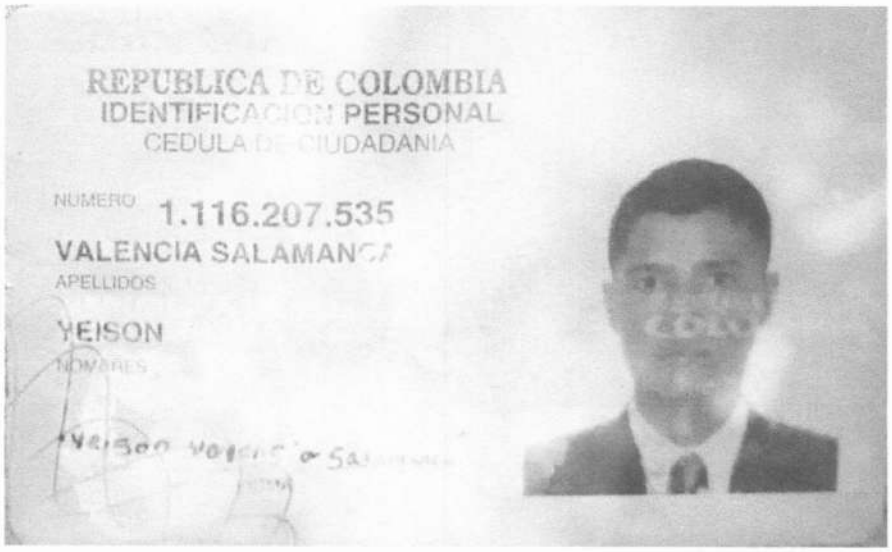
1.67 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

27-ABR-2011 MOCOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-6400100-00300749-F-1124858969-20110513 0028959342A 1 36356552



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.116.207.535
VALENCIA SALAMANCA
APELLIDOS

YEISON
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 03-NOV-1991
CURILLO
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

07-FEB-2012 CURILLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Rosa Edilma Guarnico identificado con C.C N° 1124858969 en calidad de: padre o madre ( ), del niño ( ) o niña: Emily Adhara Valencia Guarnico 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 05 Días del mes de Junio del Año 2025.

Rosa Edilma Guarnico
Madre o Acudiente
C.C 1124858969

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 Emily Adhara Valencia Guarnica, identificado (a) con documento de identidad número 1122344608, 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, Rosa Edilma Guarnica Conticuz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1124858969, 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 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: Rosa Edilma Guarnica
Nombre: Rosa Edilma Guarnica
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3223708715
Fecha: 5 Junio 2025
Municipio: San miguel

CLASIFICADA

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad _____, identificado (a) con documento de identidad número _____, 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, _____, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número _____, 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_____, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa _____

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: _____
Calidad - Titular: _____Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: _____
Municipio: _____

¡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

17
R/V

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Emily Adhara Valencia IDENTIFICACIO: 1122344600 FECHA DE NACIMIENTO: 28/04/2025

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					
21/8/25	X			X	se recuerda a made de la Participante Emily que la niña tiene cita Para crecimiento el dia 28/8/25 de igual Forma tiene cita Para vacunarce el dia 7/09/25 se Pide el favor de dar cumplimiento se realizara seguimiento telefonico	Rosa Guerrero		el dia 22/8/25 se realiza llamada telefonica para conocer si asistio a la cita y manifiesta que no porque no esta en el municipio se le Recuerda el compromiso adquirido el dia 21/8/2025 el dia 7/9/25 se buelve a realizar llamada telefonica para Recordarle la cita de vacunas y madre Responde que el dia 4/9/25 Realizara vacunacion junto con el control que le dieron cita Para ese dia el dia 4/9/25 Finalmente da cumplimiento a sus citas de crecimiento y Vacunas dando asi Por cerrado la novedad		Asistir Puntual a dar cumplimiento de las cita crecimiento y desarrollo mas la de vacunas y Realizar entrega de las copias Para la carpeta

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Emily Adhara Valencia IDENTIFICACIO: 1122344600 FECHA DE NACIMIENTO: 28/04/2025

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					
23/10/25	X				se Recuerda a madre que su hija tiene control de desarrollo el 28/10/25 y Vacunas el 4/11/25 se fortalece los conocimientos de la importancia de estos por tal Rason hay que cumplir con dichas citas se realizara seguimiento telefónico Para control 30/10/25 Vacunas 4/11/25	Rosa Edulma Guarnica		30/10/25 se realizo llamada Para verificar el camplimiento de la cita madre Refiere que no lo a echo Porque no esta en el municipio el 2/11/25 se llama nuevamente y manifiesta que cita Para el 4/11/25 finalmente se vacuna y se hace control el 4 entrega copias se cierra novedad		llevar a la niña a sus dos citas y Posteriormente Realizar la entrega de las copias Para la carpeta

78
R/N

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Emily Adhara Valencia IDENTIFICACIO: 1122344606 FECHA DE NACIMIENTO: 28/4/2025

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					
19/6/2025	/				en la UCA Mis Pequeños Soñadores se le recuerda a mamá de Emily Valencia que la niña tiene cita para el 28/6/25 para vacuna de PV se 2 dosis de igual forma tiene control de crecimiento y desarrollo el 7/07/2025 se le recomienda asistir a las citas de la niña ya que son muy importantes para la salud	Rosa Edilma Guarnica		el 7/07/2025 se realiza llamada telefonica para saber si cumplio el compromiso del 19/6/25 ella manifiesto que ya iso el control y la vacuna no pudo vacunarle el dia 28 porque era sabado y no habia servicio de vacunacion por esa razon lo iso hoy todo		madre se Compromete llevar a la niña a sus dos citas y entregar las copias a maestra
									se da cierre de ala novedad ya que la niña Fue Vacunada y Realizado su control de crecimiento y entregadas las copias para su carpeta	

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACIÓN INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Emyli Adhara Valencia IDENTIFICACIO: 1122344600 FECHA DE NACIMIENTO: 28/04/2025

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					
14/8/25					Abuela de Participante Emyli Solicita Permiso mediante llamada telefonica Manifestando que tiene un compromiso familia el cual no Puede Posponerlo ya que es muy importante agradese Por la comprencion	Edilma Cuanica		El dia 20/8 2025 se realiza llamada Telefonica Para Recordarle el compromiso anterior- el dia 21/8/25 Participante asiste puntual a la UCA cumpliendo con el compromiso y se cierra novedad		asistir Puntualmente al encuentro del dia 21/8/2025 a la 7:00 PM a la uca
21/8/25	X		8	3:00	se le recuerda amama de Emily valencia que el dia 28/8/25 la niño tiene control de crecimiento y el 7/9/25 tiene cita Para su segunda dosis de vacuna se sensibiliza de la importancia de dar cumplimiento a dichas citas ya que estaria previniendo algunas enfermedades de la niña se realiza seguimiento telefonico el dia 7/09/25	Edilma Cuanica				Cumplir llevando la niño a sus citas y Realizar entrega de copias de documentos para la carpeta

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Rosa Edilma Guarnica IDENTIFICACIO: 1124858969 FECHA DE NACIMIENTO: 21-04-1993

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					
08/5/25					Usuaria Rosa Guarnica no asistio al encuentro a la uca ya que se encuentra de Posparto Por eso tiene Permiso Justificado madre que su Parto fue el dia 28-4-25 Por cesaria y se Realizo oPeracion Paya no tener mas Hijos	Rosa Edilma Guarnica		Se Realiza seguimiento telefonico orientando de la importancia de RC a la nina lo mas Pronto Posible manifiesta que Por La condicion de salud no a sido Posible Realizar dicho tramite el dia 12-5-25 usuaria envia con su Hijo el Rc de la nina dando cumplimiento al compromiso anterior		Realizar la diligencia de Registro a La nino lo mas Pronto Posible y entregar el documento a la maestra
19										

REGISTRO DE NOVEDADES

BIENESTAR FAMILIAR

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL _ SERVICIO EIC

NOMBRE DE LA MAESTRO (A): Merly Ramirez UBICACIÓN SALÓN: Escuela san Juan Bosco

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Emily Adhara Valenco IDENTIFICACIÓN: 1122344600 FECHA DE NACIMIENTO: 28/4/2025

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	COMPROMISO
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN					
15/5/25					Participante Emily no asistio al encuentro Pedagogico Porque continua de Permiso su madre que esta de Pos Parto mediante llamada telefonica la señora Rosa Guarnica autorizo a su Hermano Doris Guarnica Para que Reciva el Paquete alimentario en este encuentro la cual firma con su nombre y Nº CC 69006729 se entrego todo en buenas condiciones	Doris Lockly Guarnica				Informar cualquier novedad que se Presente con la Participante de inmediato



REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL _ SERVICIO EIC

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRO (A):

UBICACIÓN SALÓN:

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE:

IDENTIFICACIÓN:

FECHA DE NACIMIENTO: / /

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	COMPROMISO
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN					
9. Mayo 2025	X			2:00	Se realiza encuentro en el hogar por medio de llamada telefonica. brindando un cordial saludo a la madre en puerperio, realizando un seguimiento de su estado de parto por medio de una charla educativa. Madre manifiesta que se encuentra bien en compañia de su recien nacida, dando a conocer que la bebe tolera su lactancia materna. y se encuentra en buenas condiciones.		DIANA SIMBAÑA	Se orienta a la madre la importancia de la documentacion del RN y asi pone su servicio de salud. pertinente. Tambien se resalta las recomendaciones medicas adquiridas para el participante y madre.		Madre se compromete a brindarnos informacion en caso de alguna novedad o signo de alarma. como tambien la documentacion. Pdte.