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,

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

FECHA SOLICITUD CUPO: 17-10-2025 FECHA INGRESO: 17-10-2025

UDS: Mis Tesoritos MUNICIPIO: San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Maibell Alejandra Guerrero Betancourt.

TIENE REGISTRO CIVIL: SI__ NO X NUIP No. 1006850153

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? _____

FECHA NACIMIENTO: 08-11-2003 EDAD: 22 MUNICIPIO: Orito

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION DE RESIDENCIA: V1 Risaralda ESTRATO: C5 ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: _____ NO: X ¿CUAL?: _____ MOTIVO DEL RETIRO: _____ 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: _____ PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: _____ PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: _____ TIENE SISBEN: SI: X NO: __ PUNTAJE: C5 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: _____

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: — O — O No. IDENTIFICACION: — O — DIRECCION RESIDENCIA: — O CELULAR: _____ E.P.S: — O — OCUPACION U OFICIO: — O — EMPRESA DONDE LABORA: — O — O — NIVEL DE ESCOLARIDAD: — O — PROFESIÓN: — O —

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Maibell Alejandra Guerrero Betancourt No. IDENTIFICACION: 1006850153 DIRECCION RESIDENCIA: V1 Risaralda CELULAR: 3138906783 E.P.S: N/A. OCUPACION U OFICIO: Ama de casa EMPRESA DONDE LABORA: N/A NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: N/A.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Dayro Andres Arcinieges Diaz
NUMERO IDENTIFICACION: 1122341414 CELULAR: 3138906783
DIRECCION: V1 Risaralda PARENTESCO: Papa

M. Alejandra Guerrero. Natalia Diaz
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE FIRMA AGENTE EDUCATIVA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.006.850.153
GUERRERO BETANCOURTH

APELLIDOS
MARBELL ALEJANDRA

NOMBRES
M Alejandra Guerrero
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-2002
ORITO
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

13-NOV-2020 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL



06726

Sisbén

Fecha de consulta: 17/10/2025

Ficha: 86757674952700000936

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: MARBELL ALEJANDRA

Apellidos: GUERRERO BETANCOURTH

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1006850153

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 24/08/2021

Última actualización ciudadano: 24/08/2021

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1006850153
NOMBRES	MARBELL ALEJANDRA
APELLIDOS	GUERRERO BETANCOURTH
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	06/10/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/17/2025 15:03:54	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

6

- 3146606 0 T > motivos.

- 3134769618 → Urgencias

EL COLOR SIGNIFICA ALERTA

NOMBRES Y APELLIDOS: Maibeth Alejandra Guerrero

EDUCACIÓN: Ninguna

OCUPACIÓN

TELÉFONO: 3178906782

FECHA DE NACIMIENTO: 05/11/2002

ESPECIAL

ETNIA

ESTUDIOS

ESTADO CIVIL

CONTROLES PRENATALES EN: H. E. L. D.

PARTO Y ABORTO EN:

NÚMERO HISTORIA CLÍNICA: 1006850153

TIPO DE DOCUMENTO

NÚMERO: 1006850153

APELLIDOS: Guerrero Ramirez

NOMBRES:

ANTECEDENTES

FAMILIARES

PERSONALES

OBSTÉTRICOS

EMBARAZO PLANEADO/DESEADO

FRACASO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO

TALLA	GESTACIÓN NÚMERO	PESO ANTERIOR	FUR	ES CONTAGIOSA ENF.	FUMA	EXPUESTA HUMO 2DA	ALCOHOL	DROGAS	INMUNIZACIÓN ANTITETÁNICA	ANTIRUBEOLA	ETS MATERNAL	GLICEMIA
154	01	65	12/07/25									60.2

HEMOCLASIFICACIÓN	CITOLOGÍA	CONSEJERÍA Y SOLICITUD VIH	RESULTADO	PRUEBA RÁPIDA SÍFILIS	Hb<20 sem	Hb<20 sem	Ag SHB	TEST O'SULLIVAN	TOTAL CONSULTAS PRENATALES
O+		1 2 3		1 2 3	14,0 g	g		mg/dl	

	FUR	mmm	año	edad gest.	peso	presión arterial	altura uterina	presentación	FCF	movim. fetales	Fe	Proteínas	Calcio	Tetanos	Signos de alarma, observaciones, tratamientos	NOMBRE Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL
1	28	08	25	6.5	60	110/70	15	—	—	—	✓	✓	✓	✓	Todo lo pertinente al Primer CP	
2	30	09	25	11.5	62	110/70	19	—	—	—	✓	✓	✓	✓	P/ Examen 2 mmcf	
3	04	11	26	18.3	65	110/70	21	—	—	—	✓	✓	✓	—	P/ Eco de Lte Anatomico P/ Glicemia en ayunas	
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																

CARNET SI NO

FECHA DE INGRESO

HOSPITALIZACIONES DURANTE EL EMBARAZO SI NO

ABORTO

CORTICOIDES ANTENATALES

PICIO T de P

RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO

HORAS ENTRE RUPTURA Y PARTO

EDAD GEST AL PARTO

PRESENTACIÓN

ACOMPAÑANTE EN T de P

NACIMIENTO

GEMELAR

HORA DEL PARTO

FECHA DEL PARTO

TERMINACIÓN

INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATIVO

POSICIÓN PARTO

EPISIOTOMÍA

ENEMA/LAVADO

DESGARROS

OXITÓCICOS EN ALUMBRAMIENTO

PLACENTA

LIGADURA CORDÓN

SE HIZO PARTOGRAMA SI NO

MEDICACIÓN RECIBIDA

Transfusión

ATENDIÓ PARTO Médico Enf Aux Estud Empir Otro

NOMBRE Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL

SEXO DEL RN

PESO AL NACER

TALLA AL NACER

PERÍMETRO CEFÁLICO AL NACER

EDAD GESTACIONAL CONFIABLE

PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL

APGAR

HEMOCLASIFICACIÓN GRUPO

REANIMACIÓN

FALLECE EN SALA DE PARTO

REFERIDO

DEFECTOS CONGÉNITOS

TAMIZACIÓN NEONATAL

ATENCIÓN NEONATO

NOMBRE Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL

Vitamina K

Profilaxis oftálmica

EDAD DÍAS AL EGRESO

LACTANCIA

VACUNAS

PESO AL EGRESO (g)

ANTIRUBEOLA POST PARTO

ANTICONCEPCIÓN

NÚM. certific. nacido vivo

NOMBRE Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL

NOMBRE Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL

CITAS
CONTROLES PROGRAMADOS

DÍA	MES	OBSERVACIONES / MOTIVO
28	08	25 Ingreso
28	09	2025 Control
30	10	2025
04	12	2025

PARIDAD

0 = 1
1 a 4 = 0
5 o + = 2

ABORTO HABITUAL	= 1
RETENCIÓN PLACENTARIA	= 1
PESO BAJO < 1000g	= 1
PESO ALTO > 3500g	= 1
HTA INDUCIDA POR EMBARAZO	= 1
EMB. GEMELAR / CESÁREA PREVIA	= 1
MORTINATO / MUERTE NEONATAL	= 1
TP PROLONGADO / PARTO DIFICIL	= 1

ENF. MENTAL CRÓNICA	= 1
DIABETES GESTACIONAL	= 2
DIABETES MELLITUS	= 3
ENFERMEDAD CARDIACA ENFERMEDADES S. INFECCIOSAS	= 3
ANEMIAS (Hb < 10g %)	= 1
ENFERM. CAUSAS AUTOINMUNES	= 3
ANEMIA (Hb < 10g %)	= 1

SUB - TOTAL (pts) =

14-27 28-32 33-40

VAGINAL	= 3
PROLONGADO	= 1
HTA	= 2
RPM	= 2
PRETERMINO	= 2
PUPU	= 3
EMB. MULTIPLE	= 3
MALA PRESENTACIÓN	= 3
ISOINM (Rh)	= 3

SUB-TOTAL (B) =

14-27 28-32 33-40

PUNAJE DEPRESIÓN	Insomnio, falta de interés, no disfr... pasatiempos, depresión, variaciones... durante el día
SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS	Tromboembolismo, insomnio, boca seca, accesos de rubor, palpitaciones, cefalea, vértigos

SOPORTE FAMILIAR

/ SEMANA 14-27 Baja = 3 Alta = 2

TOTAL: 9. SEMAN

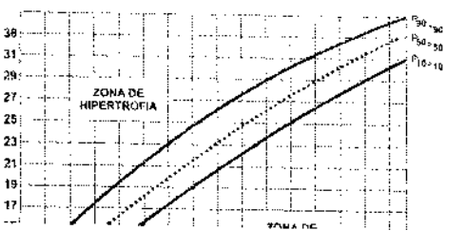
CONTROLES DE LABORATORIOS

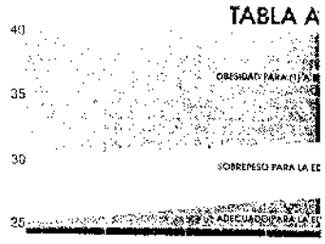
	1ER TRIMESTRE		2DO TRIMESTRE		
EXAMEN	FECHA	RESULTADO	FECHA	RESULTADO	
Hemoglobina / Hematocrito					
Prueba rápida Sífilis					
Prueba rápida VIH					
Prueba rapida Hepatitis B					
Urocultivo					
Test de O'Sullivan / Carga Glucosa					
Gota gruesa					
Toxoplasma IgG					
Toxoplasma IgM					
Chagas					
Rubeola					
Tamizaje Estreptococo Grupo B					
Ecografía Obstetrica					
Otros					

URGENCIAS - HOSPITALIZACIONES

FECHA	SERVICIO	DIAGNÓSTICO	TRI

ALTURA DEL FONDO UTERINO SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL





VACUNACIÓN

	TIPO Y FECHA
TÉTANO	
INFLUENZA 14 sem	07-10-25 VSOC?5002-HEID
TDAP 24 sem	

PRÓXIMAS CITAS

OBSERVACIONES: Inicio a casa maternidad y Petrinia Viernes. 10:00am. A 11:00.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	IPS Vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	IPS Vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	07-10-25	U5052300	KAM 3 TRIO
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Marbell Alejandra

Apellidos: Guerrero Betancourth

Documento de identidad: C.C. X C.E P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1006350132

Fecha de nacimiento: Día 09 Mes 11 Año 2002

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cedula del vacunador
COVID-19	1	30 MAR 2021	Moderna	400879	ESE MSCJ	Fernanda	
	2	29 JUNIO 2021	Moderna	000219A	H.S.C.J	Fernanda Barbosa	

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

Vacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Nabell Alejandra.

Apellidos: Guerrero Betancourt.

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cual?

No 1006850453

Fecha de nacimiento: Día 08 Mes 11 Año 2002.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.122.341.714
ARCINIEGAS DIAZ
APELLIDOS
DAYRO ANDRES
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-OCT-1996
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
21-OCT-2014 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

A-1200150-00596122-M-1122341714-20140203 00596122M1608 1 4020210

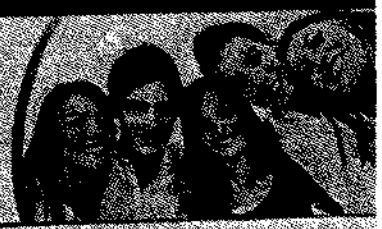
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO
2012 2015

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS

JUVENTUD



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor

Nombres y apellidos: MARCEL ALEJANDRA CASTAÑO

Doc. de identidad: C/ 1006850168 EPS: ENSANAR

Teléfono: 3138906785 Domicilio: YARUMOS

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN AÑOS										
			18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	CONSULTA	Atención por médico general											
		Atención en salud bucal por odontología (1 vez cada 2 años)											
ATENCIÓN PREVENTIVA	ALTERACIONES CÉRVICO UTERINAS	Tamizaje de cáncer de cuello uterino (Citología) de acuerdo al riesgo (según riesgo y esquema)											
		Colposcopia cervicouterina (si aplica)											
		Biopsia cervicouterina (si aplica)											
	RCV	Tamizaje de riesgo cardiovascular											
PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	ASESORÍA PREVIA	Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría anticoncepción - (según riesgo)											
		Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría anticoncepción - control (según riesgo)											
	SALUD ORAL	Profilaxis y remoción de placa bacteriana											
		Detartraje supragingival											
	*	Vacunación (según esquema vigente)											

Tania Villamil
ODONTÓLOGA
Reg. 61 - 001

21-04-2015

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Maribell Alejandra Guevara Identificado con C.C N° 1006850153 en calidad de: padre o madre ( ), del niño o niña: _____ o Gestante (X) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mis Lenguitas, 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 22 Días del mes de 10 del Año 2025.

M. Alejandra Guevara
Madre o Acudiente
C.C 1006850153

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 _____, 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, Maibell Alejandra Guerrero, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006850253, 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	

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: M. Alejandra Guerrero
Nombre: Maibell Alejandra Guerrero
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3136906783.
Fecha: 22-10-2025
Municipio: San Miguel