# LISTA DE CHEQUEO
# DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

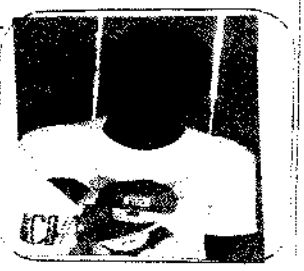
| No. | DOCUMENTOS |
|---|---|
| 1 | Ficha de Inscripción y Matricula con ffotografía del usuario. |
| 2 | Lista de chequeo documentos participantes |
| 3 | Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras). |
| 4 | Fotocopia 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)<br>___SISBEN (Categoria entre A 01 hasta C7)<br>___Pertenecientes a Res UNIDOS<br>___Pertenecientes a Familias en Acción<br>___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición<br>___Remitidos por SNBF<br>___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado)<br>___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.)<br>___Niños y niñas con discapacidad.<br>___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión.<br>___Población migrante en condición de vulnerabilidad.<br>___Activos en ruta de reincorporación. |
| 5 | Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente: (ADRESS) |
| 6 | Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo). |
| 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 |

321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

| FUNDACION ALMA DE VIDA | Código: FO-GG-M2 |
|---|---|
| GESTION DOCUMENTAL | Versión: 001 |
| INSCRIPCION Y MATRICULA | Fecha: 25/03 /2025 |

FECHA SOLICITUD CUPO: 24/07/2025 FECHA INGRESO: 01/08/2025

UDS: Grandes Exploradores MUNICIPIO: _____



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Roxa Fernanda Zorrilla Estacio

TIENE REGISTRO CIVIL: SI___ NO X NUIP No. CC 1087125196

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 10/07/1998 EDAD: 27 AÑOS MUNICIPIO: Tumaco

DEPARTAMENTO: Nariño PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: V/ Albania ESTRATO: 1 ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: _____ NO: X

¿CUAL?: _____ MOTIVO DEL RETIRO: N/A

[redacted]RTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: ___ NO: X CUAL: N/A

[redacted]PS 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: _____

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: ___ NO: X CUAL: _____

TIENE SISBEN: SI: X NO: ___ PUNTAJE: _____ DESPLAZADO: SI: ___ NO:

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

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jefferson Cortes García

No. IDENTIFICACION: 1004639374 DIRECCION RESIDENCIA: V/ Albania

CELULAR: 3128920868 E.P.S: EmSSanar

[redacted]CUPACION U OFICIO: oficios varios

[redacted]PRESA DONDE LABORA: N/A

[redacted]IVEL DE ESCOLARIDAD: primaria PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS:

No. IDENTIFICACION: 1087125196 DIRECCION RESIDENCIA: V/ Albania

CELULAR: 3128920868 E.P.S: EmSSanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria PROFESIÓN: N/A

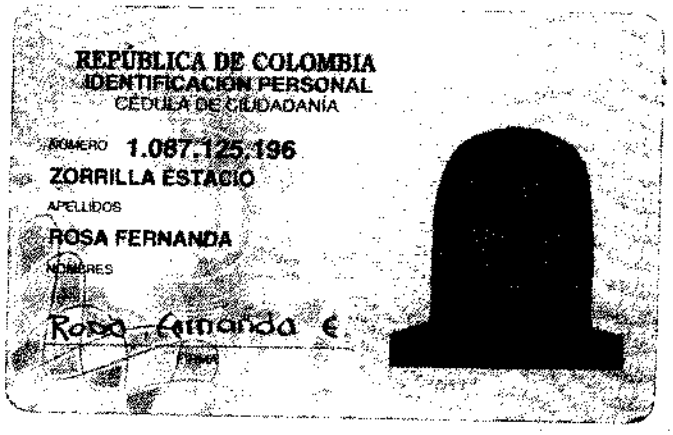
NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Jefferson Cortés García

NUMERO IDENTIFICACION: 1004639374 CELULAR: 3128920868

DIRECCION: V/ Albania PARENTESCO: Pareja - Compañero

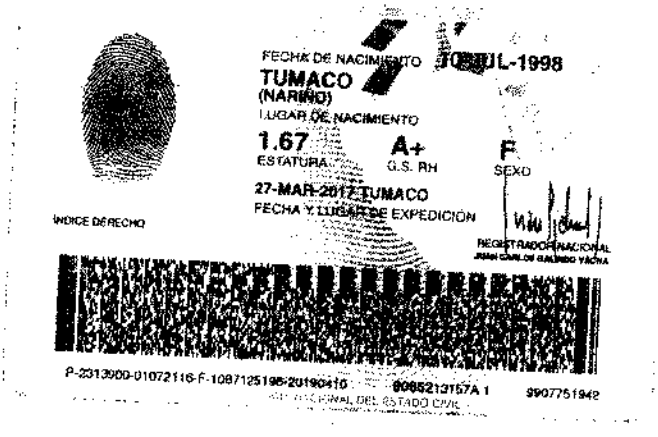
Reynanda Zorrilla
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.087.125.196
ZORRILLA ESTACIO
APELLIDOS
ROSA FERNANDA
NOMBRES
Rosa Fernanda E.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-JUL-1998
TUMACO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
27-MAR-2017 TUMACO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
ÍNDICE DERECHO

P-2313900-01072116-F-1087125196-20190410 0065213157A 1 3907751942
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro valido

**Fecha de consulta:** 22/10/2025

**Ficha:** 52835022524400001606

A5

## Pobreza extrema

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** ROSA FERNANDA

**Apellidos:** ZORRILLA ESTACIO

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 1087125196

**Municipio:** Tumaco

**Departamento:** Nariño

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 28/11/2019

**Última actualización ciudadano:** 06/12/2019

**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:** SOLVIS GRACIELA CABEZAS CASTILLO

**Dirección:** Avenida las Palmas Carrera 7 Calle 6

**Teléfono:** 7274833 - 3178039987

**Correo Electrónico:** sisben@tumaco-narino.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 | 1087125196 |
| NOMBRES | ROSA FERNANDA |
| APELLIDOS | ZORRILLA ESTACIO |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | NARIÑO |
| MUNICIPIO | TUMACO |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | EMSSANAR S.A.S. | SUBSIDIADO | 01/08/2008 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 10/19/2025 17:37:12 | **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

emssanar

NIT. 901.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio
N° 15233 Libro IX. Octubre 24 de 2016

de ti en cada paso

PASTO JUNIO 20, 2025

ID Portabilidad: 1141864

Señor(a)

ROSA FERNANDA ZORRILLA ESTACIO

SAN MIGUEL (PUTUMAYO)

CALLE 5TA

Teléfono: 6084255712 - 3126434948

Ref. Solicitud de prestación de servicios de salud

Cordial Saludo

En cumplimiento a las disposiciones normativas definidas en la resolución 1683 del 2013, por la cual se reglamenta el articulo 22 de la ley 1438 del 2011, sobre la portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, me permito notificarle que en aras de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud, a que tiene derecho la población afiliada al régimen subsidiado, en relación a la atención médica y odontológica de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud de baja complejidad y definidos en la resolución 5521 del 27 de diciembre del 2013, se le brindarán en:

| NOMBRE DE LA ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD | DIRECCION - TELEFONO | TIEMPO DE DURACION DE LA ATENCION |
|---|---|---|
| ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - SAN MIGUEL ( PUTUMAYO ) | KR 7 # 1 - 36 - 3174276879 | 20/06/2025 - 25/10/2025 |

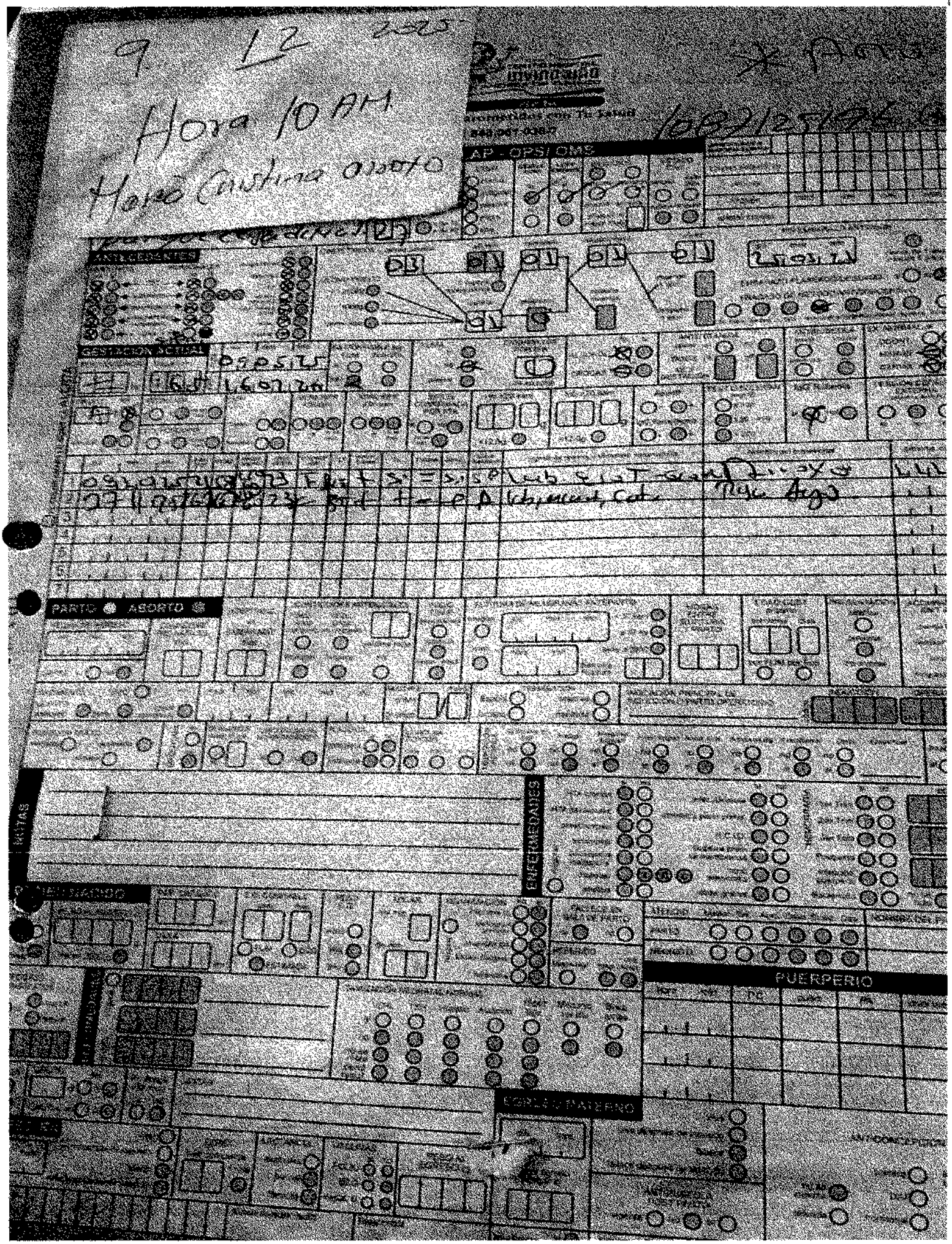
Cualquier inquietud por favor comunicarse a nuestra línea nacional 01 8000 187050, donde nuestro personal le atenderá las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Muy cordialmente.

JEFE COMERCIAL

EMSSANAR EPS SAS


AP - OPS/ OMS
ANTECEDENTES
PARTO
ABORTO
PUERPERIO




CONTROLES PROGRAMADOS

| DIA | MES | OBSERVACIONES |
|---|---|---|

CONTROLES DE LABORATORIOS

| EXAMEN | 1ER TRIMESTRE FECHA | RESULTADO | 2DO TRIMESTRE FECHA | RESULTADO |
|---|---|---|---|---|

URGENCIAS - HOSPITALIZACIONES

| FECHA | SERVICIO | DIAGNOSTICO |
|---|---|---|

VACUNACIÓN

| | DOSIS FECHA |
|---|---|
| TÉTANO | |
| INFLUENZA | |
| TDAP | |

10
R/V

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
# LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

## ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-COV-2 / COVID-19

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos

CIUDAD San Miguel la Dorada FECHA: DIA 08 MES 08 AÑO 2025 HORA: 11:00 Hrs

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:**

NOMBRES Rosa Fernanda APELLIDOS Zamilla Estacio

TIPO DE IDENTIFICACION: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ NUMERO: 1087125196

FECHA DE NACIMIENTO DIA: 10 MES: 07 AÑO: 1998 EDAD: 27 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE EmSSanar

**INFORMACIÓN PREVIA.** La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tetanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de utero y el sarampion. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicacion de las vacunas las personas se protegen a si mismas y a quienes las rodean.

La vacunacion contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducira la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se indicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobacion de uso de emergencia y surtio los pasos para la validacion cientifica y sanitaria que permite su aplicacion segura en humanos.

**DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA** (por favor leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

| | |
|---|---|
| **¿COMO SE APLICA?** | Administracion via intramuscular en el brazo (tercio medio del musculo deltoides) |
| **VACUNA Y DOSIS** | Nombre de la vacuna a aplicar<br>Esquema que tiene esta vacuna. Dos dosis ☐ o dosis unica ☐ |
| **BENEFICIOS** | Prevencion de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reduccion de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial proteccion del entorno familiar y los allegados. |
| **RIESGOS** | Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicacion como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea), articulaciones (artralgia), muscular (mialgia) fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyeccion; inflamacion de los ganglios (linfadenopatia); malestar general; sensacion de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas. |
| **ALTERNATIVAS** | A la fecha no se ha identificado otra medida farmacologica mas eficaz que la vacunacion para la prevención de la COVID-19. |

**EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD**

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en terminos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresion autonoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicacion de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

En consecuencia, decido: **ACEPTAR:** _____ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** X que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Rosa fernanda Zorrilla

En caso de requerirse, identificación y firma del representante legal:

Nombres _____ Apellidos _____

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1087125196

Firma: Rosa fernanda Zorrilla

**En caso de requerirse firma a ruego:**

En virtud de que la persona a vacunar _____, identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma el(la) señor(a)

_____ identificado(a) con C.C ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ número _____

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N°

C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Kelly Jiménez Zárate

Firma Kelly J Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1075682137

**DATOS DE LA INSTITUCIÓN**

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): TIF 10

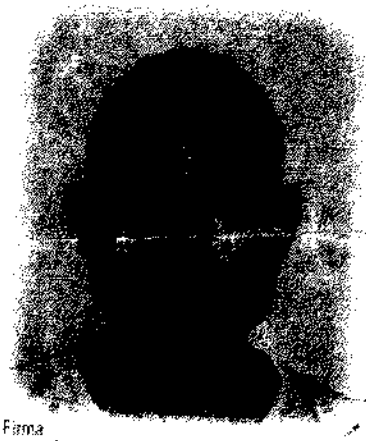
DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo

MUNICIPIO: San Miguel

Nota: Cuanto se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con unos de sus padres o su representante legal.

CÉDULA DE CIUDADANÍA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
CORTES GARCIA

NUIP 1.004.639.374

Nombres
JEFFERSON

Nacionalidad
COL

Estatura
1.68

Sexo
M

Fecha de nacimiento
14 JUL. 1989

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
TUMACO (NARIÑO)

Fecha y lugar de expedición
22 AGO 2007, PALMIRA

Firma

Fecha de expiración
20 OCT 2033

CO

03380491 8

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL033804918631079<<<<<<<<<<<
8907149M3310207COL10046393749<9
CORTES<GARCIA<<JEFFERSON<<<<<<

Fundación Alma de Vida
Fortaleciendo caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Fernanda Zorrilla Estacio Identificado con C.C N° 1087125196 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: Grandes Exploradores 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 21 Días del mes de Agosto del Año 2025.

Rosa fernanda Zorrilla
**Madre o Acudiente**
**C.C** 1087125196

| | PROCESO<br>COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA | F2.P2.CE | 11/07/2024 |
|---|---|---|---|
| BIENESTAR FAMILIAR | 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 Fernanda Zorrilla Estevez, identificado (a) con documento de identidad número 1093725196 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, Fernanda Estevez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1093725196, 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 la 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 P.I.C.

**Suscriben:**

Firma: Rosa fernanda Zorrilla E.
Nombre: Rosa fernanda Zorrilla E.
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3128920868
Fecha: 21/08/2025
Municipio: San Miguel

Fundación Alma de Vivir

## MODALIDAD PROPIA INTERCULTURAL, EIC_SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

UCA: Grandes Exploradores

Tipo Documento: RC__ CC X TI__ Otro__ Numero de documento: 1087125196

Nombres y apellidos: Rosa Fernanda Zorilla Estacio

| FECHA DE TOMA | EDAD | PESO | TALLA | PB | DIAGNOSTICO |
|---|---|---|---|---|---|
| 21-08-2025 | 27 | 56.5 | 167 | | Bajo peso para la edad Gestacional 15 semanas Gest. |
| 18-09-2025 | 27 | 57.2 | 167 | | Bajo peso para la edad Gestacional 19 semanas de Gestacion |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

15
RIV

# REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Willian Marín NOMBRE UCA: Grandes exploradores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Rosa Fernanda Torrillo Ti IDENTIFICACIO: 1087125196 FECHA DE NACIMIENTO: 10/09/1998

| 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 | | | | | |
| 20/09/25 | X | | | 3:30 | La Gestante Rosa Fernanda tiene la cita programada de control prenatal para 1:00 pm, el dia 21/09/2025 Donde ella solicita | Via whatsapp | | Se le da el permiso justificado para que asista a la cita programada | | la madre se compromete asistir a los controles prenatales y citas medicas. |
| | | | | | Permiso para retirarse a las 11:am del encuentro Comunitario La mujer gestante se comunica con el agente educativo y se refiere que si asistio al control prenatal. | Via whatsapp | | y firma en el registro de novedades | | -La mujer gestante si cumplio con los compromisos pactados asistiendo al control prenatal en la fecha 21-09-2025 |

# REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Willian Alberto Marin NOMBRE UCA: Grandes Exploradores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Rosa Fernanda Zorrilla IDENTIFICACIO: 1089125196 FECHA DE NACIMIENTO: 10/08/1998

| 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 | | | | | |
| 18/04/25 | | | 10:00 am | | Se realiza toma de Peso a madre gestante con 19 semanas de gestación quien se encuentra con Diagnostico de Bajo Peso para la edad gestacional. | | Viviana Marin | Se informa a la madre gestante sobre su estado nutricional que se encuentra en Riesgo de Bajo Peso Para la edad gestacional se dan recomendaciones de alimentación y buenos habitos | | La madre gestante se compromete a estar pendiente de su alimentacion, consumir alimentos ricos en nutrientes, acudir a los controles prenatales programados por el medico, informar cualquier novedad al equipo de apoyo |
| | | | | | | | | | | |

# REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): William Flavia O. NOMBRE UCA: Grandes exploradores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Rosa Fernanda Torrilla E. IDENTIFICACIO: 1087125196 FECHA DE NACIMIENTO: 10/07/1998

| 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 | | | | | |
| 25/10/25 | X | | 11:0 | | La mujer gestante Fernanda torrilla refiere que esta en el proceso del censo para el sisben en el municipio y es por ese motivo ella esta esperando el tramite para la afiliación a la EpsEnssanar. | Vía telefonica | | Se orienta ala Señora que cuando tenga los documentos en mano presentarlos al agente Educativo para anexarlos en la carpeta. | | La mujer gestante se compromete a hacer la gestión del proceso de la afiliación a la eps, Enssanar. |