Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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

PUBLICA

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

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



FECHA SOLICITUD CUPO: 28-10-2025 **FECHA INGRESO:** 01-11-2025

UDS: Dulces Angelitos 1 **MUNICIPIO:** San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
CRISTEL ANTHONELA SIGINDIOY CALVACHE

TIENE REGISTRO CIVIL: SI ____ NO X **NUIP No.** 25104310367683

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? ta niña es Recien Nacida.

FECHA NACIMIENTO: 28-10-2025 **EDAD:** 0 **MUNICIPIO:** San Miguel.

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

DE RESIDENCIA: Vereda la Campiña **ESTRATO:** C3 **¿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:** Espera

SUBSIDIADO: _ **CONTRIBUTIVO:** _ **PRESENTA DISCAPACIDAD:** SI: ___ NO: X **DIAGNOSTICO:** X **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: X PUNTAJE: N/A .

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

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

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: N/A

No. IDENTIFICACION: N/A **DIRECCION RESIDENCIA:** N/A

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

OCUPACION U OFICIO: N/A

EMPRESA DONDE LABORA: N/A .

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nelly Zuleimi Calvache Rengifo

No. IDENTIFICACION: 1122342648 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/ Campiña

CELULAR: 318 547 0343 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de Casa.

EMPRESA DONDE LABORA: Casa de habitación

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller. **PROFESIÓN:** Estudiante.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Aidee Milena Rengifo Silva

NUMERO IDENTIFICACION: 48 605 873 **CELULAR:** 318 547 0343

DIRECCION: Vereda la Campiña **PARENTESCO:** Abuela.

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

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.694

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61698116

61698116

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SIGINDIOY	CALVACHE

Nombre(s)

CRISTEL ANTHONELA

Fecha de nacimiento										Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año	2	0	2	5	Mes	0	C	T	Día	2 8	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	25104310367683

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

CALVACHE RENGIFO NELLY ZULEIMI

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.342.648	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

SIGINDIOY MAVISOY HERNAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 97.472.716	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CALVACHE RENGIFO NELLY ZULEIMI

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.342.648	

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 [ ] Mes [ ] Día [ ]	ROY EDISON CALLE MURAMA REGIST Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Copia Registro Civil
39557804-0

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

Salud

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

25104310367683

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DEL NACIMIENTO

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	PUTUMAYO	PUERTO ASÍS

ÁREA DEL NACIMIENTO

Área	Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

FECHA DEL NACIMIENTO Año - Mes - Día	HORA DEL NACIMIENTO Hora - Minutos
2025-10-28	22:04:00

SEXO DEL NACIDO VIVO	HEMOCLASIFICACIÓN DEL NACIDO VIVO Grupo sanguíneo	Factor RH
Femenino	O	Positivo

IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1122342648

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CALVACHE	RENGIFO	NELLY	ZULEIMI

DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL NACIDO VIVO ES RECONOCIDO POR SUS PADRES COMO

Pertenencia étnica	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA EL NACIDO VIVO

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1114060880

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MERA	CELIS	CRISTHIAN	RENE

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1114060880

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
PUTUMAYO	PUERTO ASÍS

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO
2025-10-28	Cristhian M Celis

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-10-28 23:12

Código verificación: 2018-6D30-3CC6-D5CD

Powered by CamScanner

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 **12 meses**

2 meses

4 meses **7 meses** **18 meses**

6 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: Brigindiay calvache

Fecha de nacimiento: 28 octubre - 2025

N° de certificado de nacido vivo: 2520437036768 3

Registro civil:

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3560

Dirección: B/ prado

Teléfono 1: 3187438335

Teléfono 2:

Responsable: Nelli Zulemi calvache

Municipio de residencia: Dorada

Departamento: putumoyo

CC 1122342648

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

cita 2 meses

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	29	oct	2025	Serum	037733MA1174	Hospital local	29	Dic	2025	firmone
	Hepatitis B	Recien nacido	29	oct	2025	Serum	037233MA1204	Hospital local	29	Dic	2025	firmone
2 meses						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	1.°										
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	1.°										
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.°										
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°										
	Diarrea por rotavirus	1.°										
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°										
4 meses						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	2.°										
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	2.°										
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.°										
	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												

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

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.

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.122.342.648**

CALVACHE RENGIFO

APELLIDOS

NELLY ZULEIMI

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-DIC-1998**

BALBOA
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

13-ENE-2017 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6401800-00880773-F-1122342648-20170203 0053464240A 1 47070810

NAL DEL ESTADO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 48.605.873
RENGIFO SILVA
APELLIDOS
AYDEE MILENA
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-OCT-1980
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.46 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

26-FEB-1999 BALBOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-6401800-00132702-F-0048605873-20081201 0007331514A 1 25624590

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

Yo Nelly Zuleimi Calvache R. Identificado con C.C N° 1122742648 en calidad de: padre o madre (madre), del niño o niña: Cristel Anthonela Gigindioy o Gestante ( ) Lactante (✓), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Dulces Angelitos I 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 01 Días del mes de 11 del Año 2025.

Madre o Acudiente
C.C 1122342648

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 Cristel Anthonela Sigindioy Calvache, identificado (a) con documento de identidad número 1051431036 7683 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, Nelly Zuleimi Calvache, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1123342648, 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 E.I.C

Suscriben:

Firma: [signature]
Nombre: Nelly Zuleimi Calvache Rengifo
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3108743835
Fecha: 1-09-2025
Municipio: San Miguel

CLASIFICADA

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPESINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Maria Nelly Aaran B NOMBRE UCA: Dulces Angelitos 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Cristel IDENTIFICACIÓN: 2510431036768 3 FECHA DE NACIMIENTO: 28-10-2025

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					
04-11-2025	X		9		La madre tiene Permiso por Puerperio			Se ha estado llamando a la madre durante el proceso de labor de parto y el padre de la bebe	→ Visite a la madre al hospital local de salud de la Dorada. → La Remitieron para la ciudad de Puerto Asis - A traves de llamada	tanto la madre como el padre se Comprometen a ir entregando papeleria gestionada para la Carpeta de
04-11-2025	X		X		Continua con el permiso del Prerperio.			manifiestan que se encuentran bien de salud.	telefónica el Padre de la niña me escribe que ya nacio. y me envia el nacido vivo.	la niña y la madre firmara la novedad en el encentro en el hogar.