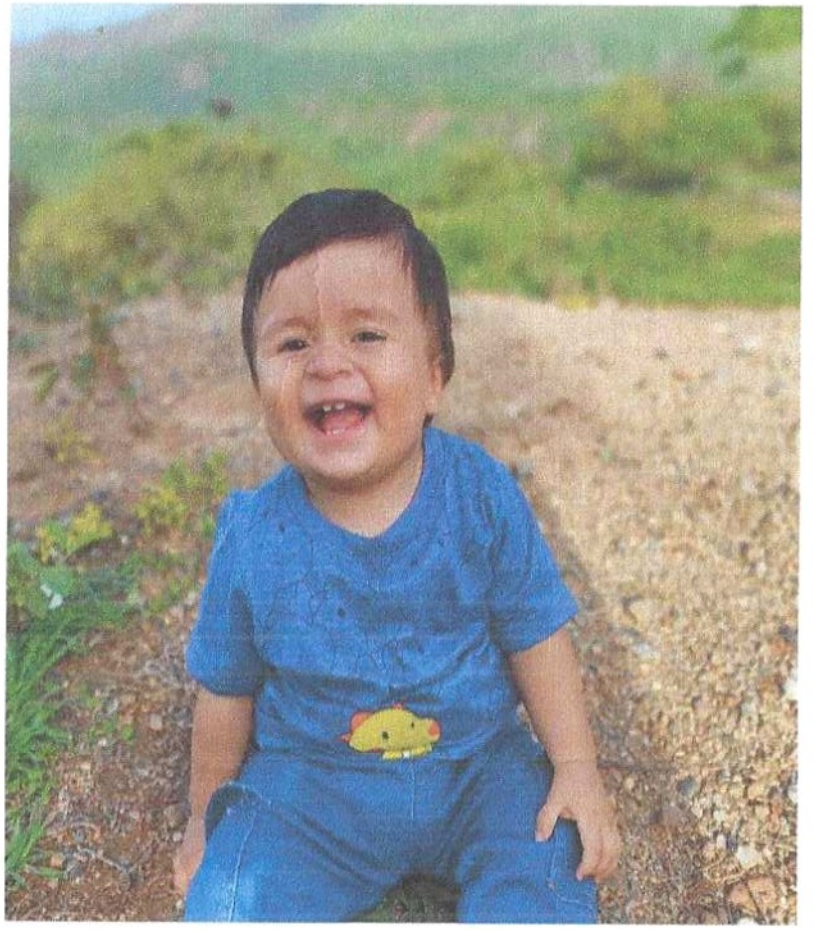
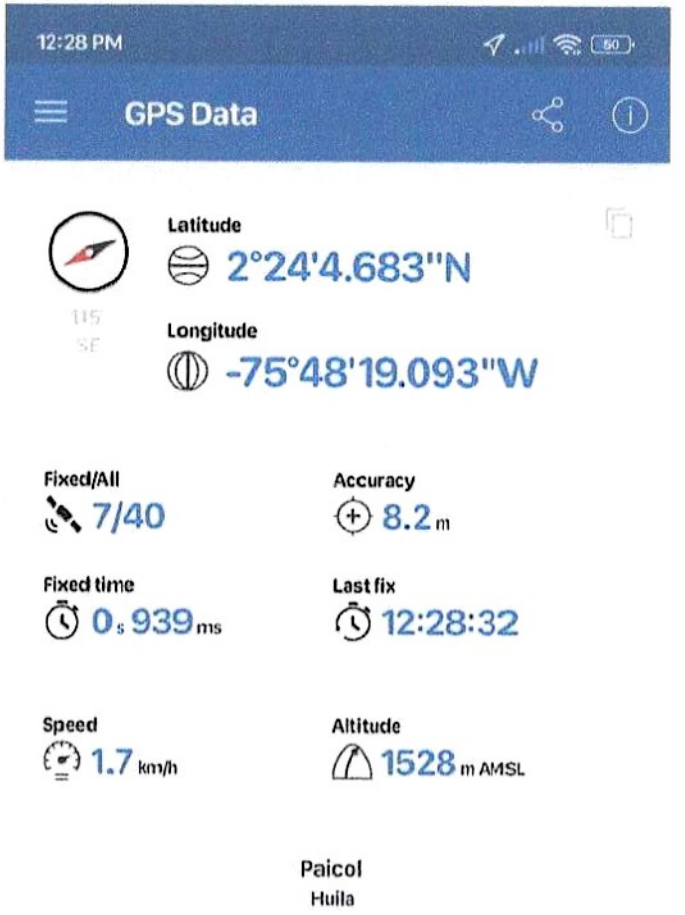
		según esquema establecido			
Copia del carnet de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el participante asista según el PAI			
Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)	Seguimiento	Una sola vez, solo para las situaciones que aplique.			
Certificado de asistencia a consulta en salud bucal. (Copia del Carnet)	Formalización del cupo y seguimiento	Cada año			
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez			
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año			
Formato autorización uso de imágenes	Formalización del cupo	Una sola vez			
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya novedades			
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez			
Fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia			



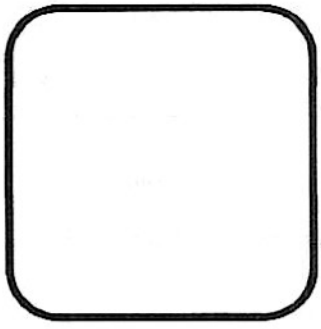


DYLAN EMMANUEL VARGAS CABRERA

Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025	Versión: 1

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS NIÑO/A PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR

UDS FLORECER OPITA ALTO SAN MIGUEL
PARTICIPANTE: DYLAN EMMANUEL VARGAS CABRERA
RC X No. 1079510423



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotografía física, va sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Fotocopia del documento de identidad (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Fotocopia del criterio de focalización según la guía del ICBF. – ó Acta de visita para criterios de focalización	Formalización del cupo	Actualización cada 3 meses	✓		
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo y Seguimiento	Cada 3 meses	✓		
Fotocopia de la valoración integral en salud/ control de crecimiento y desarrollo	Seguimiento	Cada vez que el participante asista a la valoración	✓		

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.079.510.423

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51432888

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ]

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

REGISTRADURIA DE PAICOL. - COLOMBIA - HUILA - PAICOL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VARGAS	CABRERA

Nombre(s)

DYLAN EMMANUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes DIC Día 29	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	23124410804374

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CABRERA QUIVANO ANDREHINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.508.165	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

VARGAS MANRIQUE VICTOR MANUEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.077.841.310	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VARGAS MANRIQUE VICTOR MANUEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.077.841.310	

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 2024 Mes ENE Día 03	MAURICIO MENDEZ MONTEALEGRE - REG Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
03 ENE. 2024	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURIA DEL ESTADO CIVIL
PAICOL HUILA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Copia Civil

3

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 19/08/2025

Ficha: 41518006504200000192

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DYLAN EMMANUEL

Apellidos: VARGAS CABRERA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079510423

Municipio: Paicol

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/12/2018

Última actualización ciudadano: 27/02/2024

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 LIZETH MENDEZ CERQUERA

Dirección: Calle 4 No 6 - 74

Teléfono: 3154610988 - 3206315508

Correo Electrónico: sisben@paicol-huila.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	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1079510423
NOMBRES	DYLAN EMMANUEL
APELLIDOS	VARGAS CABRERA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	PAICOL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. - CM	CONTRIBUTIVO	30/12/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/21/2025 12:56:37	Estación de origen:	192.168.70.220

· Datos del niño o de la niña ·



Nombres: Dylan Emmanuel.
Apellidos: Vargas Cabrera
Certificado Nacido Vivo:
Documento de identidad: 1079510423
Fecha de nacimiento: Día: 29 Mes: 12 Año: 2023
Género: F: M: X I: Grupo sanguíneo: O Rh: (+)
Lugar de nacimiento: Departamento: Huila
Municipio: Pital.
EPS: Nueva Eps.
Datos de contacto:
Dirección: Vereda al Alto.
Teléfonos: 3208905433

En caso de urgencia favor avisar a:

Nombres y apellidos:
Teléfonos:
Dirección:
Departamento:
Municipio:

Valoración integral de la salud y el desarrollo

En esta sección debes solicitar el registro de los resultados de las valoraciones del crecimiento y desarrollo de tu hijo, y estar atento al cumplimiento de las citas según la edad.

Rango de Edad	Fecha atención DD MM AA	Edad Años	Meses	Días	Valoración crecimiento Peso (kg)	Talla (cm)	Perímetro cefálico (cm)	Perímetro braquial (cm)	Clasificación nutricional	Valoración desarrollo Motricidad gruesa	Motricidad fina/adaptativa	Audición y lenguaje	Personal social	Test Goodenough Estandarizador	Apgar familiar	Próximo control DD MM AA	Observaciones
0 a 3 Meses (Mediación)	30 01 24		1	7	4500	53cm	38	—	Bien	++	++	++	++	Adecu	—	30 03 24	AEN
2 a 3 Meses (Entrenamiento)	03 24		2		6.100	54cm	40	-	R.Sobrep.	—	—	—	—			30 04 24	Arg. M.
4 a 5 Meses (Mediación)	2 05 24		4		8.1	63	42	-	Obesa	++	++	++	++	adecu		2 07 24	Control
6 a 8 Meses (Entrenamiento)	21 06 24		6		8.6	67	43		Obesi	—	—	—	—	Adecu		24 08 24	Alejandra
9 a 11 Meses (Entrenamiento)	20 10 24		9		9.8	68	44	14	Sobre	—	—	—	—	ADE		4 12 24	Alejand.
12 a 17 Meses (Mediación)	15 02 25		13		9.5	73	47	16	Norm	✓	✓	✓	✓	ADEC.		15 05 25	SOFIA C.
18 a 23 Meses (Entrenamiento)	09 06 25		18m		12.5	79.5	49	16	Norm	✓	✓	dism	dism	Adec	—	05 07 25	Hassler A.
24 a 29 Meses (Mediación)																	
30 a 35 Meses (Entrenamiento)																	
3 Años (Mediación)																	
4 Años (Entrenamiento)																	
5 Años (Mediación)																	
6 Años (Mediación)																	
7 Años (Entrenamiento)																	
8 Años (Mediación)																	
9 Años (Entrenamiento)																	
10 Años (Mediación)																	
11 Años (Entrenamiento)																	

)portunamente con todas las
s hijos, **Garantiza la Protección**
nfermedades como:

s meníngea, **Hepatitis B, Poliomielitis,**
· otras enfermedades causadas por
s **Influenzae tipo B, Difteria, Tosferina,**
arrea por rotavirus; **Neumonía, Otitis,**
)acteriemia causada por Neumococo,
l respiratoria causada por el virus de
, **Sarampión, Rubéola, Parotiditis,**
patitis A, **Fiebre Amarilla** y **Virus del**
umano.



ca ya
s vacunas
atis, hazlo de una!

·io de Salud y Protección Social
cción de Promoción y Prevención
:ción de Enfermedades Transmisibles
· Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
na Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

alud.gov.co @MinSaludCol

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISU[AL] - AGUDEZA VISUAL

3 años			
4 años			
5 años			

*Menor o igual a 20 normal

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

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			

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							

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCION SOCIAL





Carné de Vacunación





Nombres y Apellidos Dylan Emmanuel
Vargas Cabrera
CNV 23104[illegible]4370

P.C | T.I | OTRO — 1079510423
Tipo de Documento — No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 29 (DIA) 12 (MES) 2023 (AÑO)

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 2870 Talla: 47

Dirección: Vda Alto San Miguel

Teléfono 1: 3206905433

Teléfono 2:

Responsable: Andrehina Cabrera C

Municipio de residencia: Palcol

Departamento: La Plata Huila

CC 1079508168

Nombres y Apellidos: Dylan Emmanuel Vargas Cabrera Tipo de Indentificación RC No. ID: 1007510473

	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
						Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						
Recién Nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	30	12	2023	Serum	0 3 7 2 H A 0 J L	H.D.S.P La Plata	09	02	024	Mildred Cerra Cano C.C. 57.460.719 Auxiliar de Enfermería
	Hepatitis B	Recién nacido	29	12	2023	Serum	0 3 2 3 B 0 0 J F	H.D.S.P La Plata				
						Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	02	03	24	Serum	2 2 3 5 0 0 1					
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) Pentavalente	1ª	02	03	24	Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A	ESE				ELYOPOLA
	Hepatitis B Pentavalente	1ª	02	03	24	Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A	Santa Rosa				
	Difteria, Tétanos, Tosferina Pentavalente	1ª	02	03	24	Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A					
	Diarrea por rotavirus	1ª	02	03	24	GSK	A R 0 L D 7 5 0 AA	Palicol				
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	02	03	24	Pfizer	6 W 7 6 6 5					
						Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐			02-05-2024			
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª	02	05	24	Serum	2 2 3 4 0 0 3					
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) Pentavalente	2ª	02	05	24	Serum	2 8 5 2 X 0 1 4 C	ESE				Morela Puerta C
	Hepatitis B Pentavalente	2ª	02	05	24	Serum	2 8 5 2 X 0 1 4 C					
	Difteria, Tétanos, Tosferina Pentavalente	2ª	02	05	24	Serum	2 8 5 2 X 6 1 4 C	Palicol				
	Diarrea por rotavirus	2ª	02	05	24	GSK	A R 0 L D 7 5 0 AA					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	02	05	24	Pfizer	6 W 7 6 6 5					
						Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐			3-07-2024			
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª	03	07	24	Serum	2 2 3 4 0 0 3 A					
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) Pentavalente	3ª	03	07	24	Serum	2 8 5 2 X 0 1 4 C	ESE				Morela P.
	Hepatitis B Pentavalente	3ª	03	07	24	Serum	2 8 5 2 X 0 L4 C					
	Difteria, Tétanos, Tosferina Pentavalente	3ª	03	07	24	Serum	2 8 5 2 X 0 L4 C	Palcol				
	Influenza estacional	1ª	03	07	24	Butantan	2 4 0 0 9 7 9					
7 meses	Influenza estacional	2ª	25	09	24	Butantan	2 4 10 0 9 7 9	Palcol				MoreR
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	18	01	25	B.Serum	0 1 B 3 W 0 0 5 A					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	18	01	25	Pfizer	6 X 5 1 3 9					
	Varicela	1ª	18	01	25	HSD	Y 0 1 4 8 30					
	Hepatitis A	Única	18	01	25	HSD	Y 0 0 5 2 25 (ABRIL - MAYO)					
	*Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo										
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo							18 Meses	5-07-202		
	**Fiebre Amarilla	Única										
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª										
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª										
		2ª										
		3ª										
Sin rango de edad	Covid-19	1ª										
		2ª										
		1er Refuerzo										
		2do Refuerzo										
Vacunas complementarias y otras dosis												

*De acuerdo al antecedente de primovacunación **A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

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

					Lactancia materna exclusiva			Si ☐			No ☐						
dades ilus	1ª	02	03	24	Serum	2	2	3	5	0	0	1					
	1ª	02	03	24	Serum	2	8	5	2	X	0	6	3	A	ESE		
ina	1ª	02	03	24	Serum	2	8	5	2	X	0	0	3	A	Santa		
	1ª	02	03	24	GSK	A	R	0	C	D	7	5	0	AA	Rosa		
itis y mococo ☐	1ª	02	03	24	Pfizer	6	W	7	6	6	5				Palcol		
					Lactancia materna exclusiva			Si ☐			No ☐						
dades ilus	2ª	02	05	24	Serum	2	2	3	4	0	0	3					
	2ª	02	05	24	Serum	2	8	5	2	X	0	1	4	C	ESE		
ina	2ª	02	05	24	Serum	2	8	5	2	X	0	1	4	C			
	2ª	02	05	24	Serum	2	8	5	2	X	0	1	4	C	Palcol		
itis y mococo ☐	2ª	02	05	24	GSK	A	R	0	C	D	7	5	0	AA			
	2ª	02	05	24	Pfizer	6	W	7	6	6	5						
					Lactancia materna exclusiva			Si ☐			No ☐						
	3ª	03	07	24	Serum	2	2	3	4	0	0	3	A				
dades ilus	3ª	03	07	24	Serum	2	8	5	2	X	0	1	4	C	ESE		
	3ª	03	07	24	Serum	2	8	5	2	X	0	1	4	C			
ina	3ª	03	07	24	Serum	2	8	5	2	X	0	1	4	C	Palcol		
	1ª	03	07	24	Bulentan	2	4	0	0	9	7	9					
	2ª	25	09	24	Bulentan	2	4	0	0	9	7	9			Palcol		
itis (SRP)	1ª	18	01	25	BSerum	0	4	5	3	N	0	0	5	A			
itis y mococo ☐	Refuerzo	18	01	25	Pfizer	6	X	5	1	3	9						
	1ª	18	01	25	MSD	4	0	1	4	8	3	0					
	Única	18	01	25	MSD	4	0	0	5	2	0	3					
l	Anual	9	08	2025	Seqirus	B	1	0	0	7	9	0	8	04			
	1er Refuerzo	9	08	2025	Bithover	2	3	3	3	0	1	0	A				
ano X	1er Refuerzo	9	08	2025	Seru	2	8	5	3	X	0	2	0	E			
	Única	9	08	2025	Bionanqu	2	4	0	0	8	3						
itis (SRP)	2ª																
PV) ☐ ☐	2do Refuerzo																
ina	2do Refuerzo																
	Refuerzo																
	1ª																
(VPH)	2ª																
	3ª																
	1ª																
	2ª																
	1er Refuerzo																
	2do Refuerzo																

Auxiliar de En

ELYOPCA

02-05-2024

Norela Rivera

3-07-2024

Norela

Norela

Norela

Esc Santa Rosa de Lima

acunación **A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

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 alimento

· Datos del niño o de la niña ·



Nombres: Dylan Emmanuel.
Apellidos: Vargas Cabrera
Certificado Nacido Vivo:
Documento de identidad: 1079510423
Fecha de nacimiento: Día: 29 Mes: 12 Año: 2023
Género: F: M: X I: Grupo sanguíneo: O Rh: (+)
Lugar de nacimiento: Departamento: Huila
Municipio: Paicol.
EPS: Nueva Eps.
Datos de contacto:
Dirección: Varada al Alto.
Teléfonos: 3208905433

En caso de urgencia favor avisar a:

Nombres y apellidos:
Teléfonos:
Dirección:
Departamento:
Municipio:

Fecha atención			Edad			Valoración integral en salud bucal por Odontología	Control de placa bacteriana	Aplicación flúor	Aplicación selantes	OBSERVACIONES
DD	MM	AA	Años	Meses	Días					
03	04	2025				X		X		Sano.
26	10	2025				X		X		Sano
06		2026								

Edad inicio higiene oral:

Edad inicio dentición:

Alteraciones cavidad oral

No: Sí:

Tipo de alteración:



...idador, recuerda solicitar al profesional de salud que registre aquí los resultados de la valoración realizada.

Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025	Versión: 1

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

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS Florecer Opita Alto San Miguel, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio CORHUELLAS. Manifiesto que he sido informado sobre las responsabilidades que me asisten en el marco del Código de Infancia y Adolescencia contemplado en la Ley 1098 de 2006, el cual expresa con relación al sentido de corresponsabilidad de la familia lo siguiente:

"Artículo 14. La responsabilidad parental. La responsabilidad parental es un complemento de la patria potestad establecida en la legislación civil. Es además, la obligación inherente a la orientación, cuidado, acompañamiento y crianza de los niños, las niñas y los adolescentes durante su proceso de formación. Esto incluye la responsabilidad compartida y solidaria del padre y la madre de asegurarse que los niños, las niñas y los adolescentes puedan lograr el máximo nivel de satisfacción de sus derechos. En ningún caso el ejercicio de la responsabilidad parental puede conllevar violencia física, psicológica o actos que impidan el ejercicio de sus derechos".

En atención a lo anterior, en el marco de las acciones de responsabilidad parental, es mi interés manifestar el compromiso en el proceso de atención a la primera infancia de mi hijo (a): Dylan EMMANUEL Vargas Cabrera con RC No 1079510423 Para ello me comprometo a:

1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al Unidad de Servicio, teniendo en cuenta que es un servicio que me presta el Estado en el marco de la garantía de los derechos de los niños y las niñas.
2) Participar de las actividades que sean convocadas por UDS, la Entidad Administradora del Servicio o el ICBF, con el fin de promover el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas.
3) Cumplir el horario de atención establecido en la UDS
4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias ingresa y se retira a mi hijo(a) de la UDS.
5) Entregar los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de mi hijo(a) Estos documentos son:

   1. Certificado de afiliación a salud.
   2. Fotocopia del registro civil del niño.
   3. Fotocopia del carné de vacunas actualizado
   4. Fotocopia del carné de crecimiento y desarrollo actualizado
   5. Certificación de SISBÉN.

NOTA: En caso de no contar con alguno de los documentos mencionados, informar en la UDS para activar la Ruta Interinstitucional que contribuya a garantizar una atención integral para mi hijo(a).

6) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) asista al servicio médico y demás actividades de promoción y prevención para lograr el mejor estado posible de salud.
7) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) transite al Sistema de Educación Escolar, una vez haya cumplido los cinco (5) años.
8) Informar y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de mi hijo(a), adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si se cuenta con ellos).
9) Elegir o ser elegido en el comité de control social que se convoquen con el fin de velar por una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por el ICBF para la Modalidad Comunitaria

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el día 6 del mes Marzo del año 2025, en el Municipio de Paicol Huila.

andrehina Cabrera
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

AGENTE EDUCATIVA

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 Dylan Emmanuel Vargas Cabrera, identificado (a) con documento de identidad número 1079510423, 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, Andrehina Cabrera Quivano, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1079508168, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

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

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

Los productos autorizados son originados por Huellas de Amor para tu 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 Modalidad Familiar Comunitaria

Suscriben:

Firma: andrehina Cabrera Quivano
Nombre: andrehina Cabrera
Calidad - Titular: x Representante legal: ___
Teléfono de contacto: 3208905433
Fecha: 6 03 - 2025
Municipio: Paicol Huila

11

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Andrehina Cabrera Quivano, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1079508·168 de Paicol Huila, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Dylan EMMANUEL Vargas Cabrera, identificados con NUIP No. 1079510423, usuario de la unidad de servicio Florecer Opita Alto San Miguel manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en Paicol Huila, a los 6 días del mes Marzo de 2018

Datos del padre o acudiente de la/el/los niño(as)

Nombre: andrehina Cabrera Quivano

Firma: andrehina cabrera

CC. No. 1079508168

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Ana Milena Olave

Firma:

CC. No. 26-529.613



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Apellidos
CABRERA QUIVANO

NUIP 1.079.508.168

Nombres
ANDREHINA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.54

Sexo
F

Fecha de nacimiento
16 ENE 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
PAICOL (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
26 ENE 2023, PAICOL

Firma

Fecha de expiración
26 ENE 2033

CO

0149734 31

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0149734312190 52<<<<<<<<<<
0501161F3301269COL1079508168<8
CABRERA<QUIVANO<<ANDREHINA<<<<

858604279

Para cualquier consulta y pago electrónicos
www.electrohuila.com.co FT -CFE -05 -001

...D DE RENTA, RESOL. No 547/2002
...AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART.4
...55 DEL 14/07/16 DIAN SOMOS GRANDES
...ES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4
...9 SECRETARÍA DE HACIENDA DE NEIVA
DE VENTA No. 82590976

TOTAL A PAGAR
$ 55.560

...nto equivalente según
...culo 17 Decreto 1001/97
...ECHA DE VENCIMIENTO 22/AGO/2024

FECHAS DE LECTURAS: 05/JUN/2024 - 02/AGO/2024
FECHA SUSPENSIÓN: 26/AGO/2024

INFORMACION CLIENTE

Cliente	EDUARDO CABRERA VARGAS	Nit CC	4920014
Dirección	VEREDA ALTO DAN MIGUEL FINCA MIRAFLOREZ	Ruta	6070900260
Municipio	PAICOL	Ciclo	093
Clase Servicio	Residencial	Estrato	2

INFORMACION TECNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6570078
Carga Contratada	0	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACION CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
21117024	HIK	A	S	00	1053	943	1	110

Promedio Cuenta 114 Consumo Año Anterior 105 Consumo Anterior 106

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
JUL	110
MAY	121
MAR	121
ENE	131
NOV	90
SEP	108
JUL	106

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU:18 DIU:184.53465HC:0
EC:0 VC:0 VCD:0
VCF:0 CEC:0
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 19/06/2024
Valor $ 60000

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
55.0	996.2847 =	54796
55.0	989.7909 =	54438

CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)

Valor Total Energía del Periodo	$	109.234
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 53.676
Valor Total Energía Facturado	$	55.558

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES		OTROS CARGOS	
CONSUMO PERIODO	$	109.234	ALUMBRADO P	$ 0
AJUSTE DECENA	$	2	VALOR ELECTROHUILA	$ 55.560
SUBSIDIO	$	- 53.676		

TOTAL A PAGAR
$ 55.560

ELECTRODOMESTICOS

CONVENIO C PEND TOTAL CONV SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION C PEND TOTAL FIN SALDO FIN CUOTA

FOES: Consumo Kwh $Kwh Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 402.0 Tm: 52.0 PRn,m: 93.0 Dn,m: 257.0 Rm: 26.0 Cv,m: 1
56.0 CUv,n,m: 989.7909 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO CAPITAL INT.CORRIENT INT.MORA

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía
Nit:891.180.001-1

Código de Cuenta : 858604279
Factura de Servicios Públicos No: 82590976
Periodo JUL 2024 Fecha de Vencimiento: 22/AGO/2024

14.

CERTIFICADO GRATUIDAD DEL SERVICIO CORHUELLAS

Yo, **Luz Ángela Urbano Onatra** identificada con cédula de ciudadanía N° 1083869402 Representante legal de la **Corporación Huellas de Amor para tu Vida con NIT 900.192.801-0**, certifico que firmé el contrato de aportes **41002412025** para la atención Integral a la Primera Infancia en la Modalidad FAMILIAR Y COMUNITARIA con el servicio de Educación Inicial en el Hogar en el municipio de Paicol, certifico que el servicio el cual se viene brinda es de total gratuidad para el número de participantes atendidos.

Este certificado se expide para dar cumplimiento a lo requerido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF regional Huila.

Dado en la ciudad de Pitalito Huila a los 06 días de marzo del 2025

Atentamente,

~~LUZ ANGELA URBANO ONATRA~~
Representante Legal
Corporación Huellas de Amor para tu Vida

Andrehina Cabrera
cc: 1014508168


PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES
PROTEGEMOS TUS PASOS
Línea de Atención:
#899 desde celular
Bogotá: 327 4712 / 327 4713
Nacional: 01 8000 111 935
seguros mundial
Nº Poliza:
2000513953
Tomador:
CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS
Nombre de Asegurado:
DYLAN EMMANUEL VARGAS CABRERA
ID Asegurado:
1079510423
Vigencia Desde:
2025/02/24
Vigencia Hasta:
2026/02/24
Accidental
$5.000.000,00
$4.000.000,00
COBERTURAS:
Muerte Accidental
Gastos Médicos
seguros mundial
#899
BOGOTÁ
NACIONAL
01 8000 111 935

16