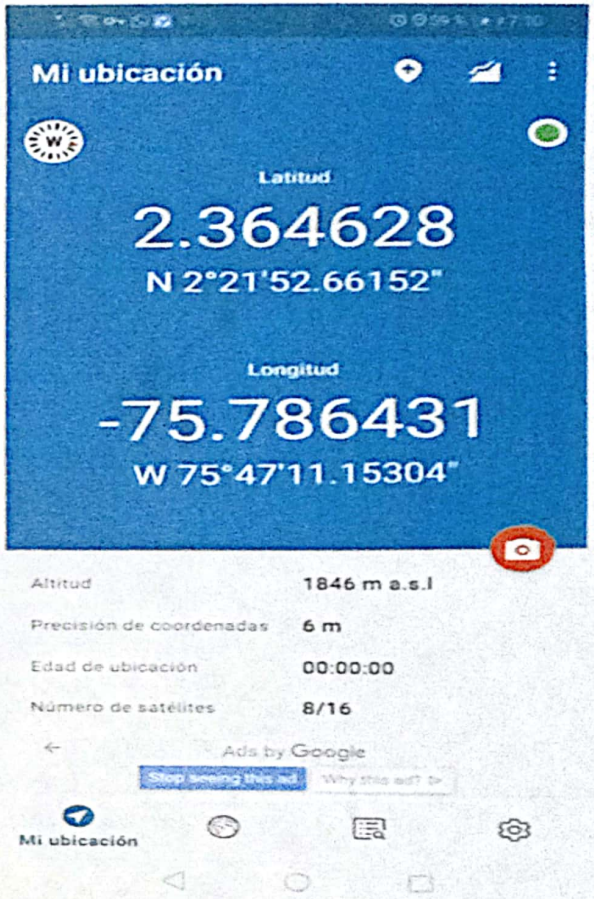




Powered by CamScanner

Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACIÓN 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 GESTANTES PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD EDUCACIÓN INICIAL EN EL HOGAR

UDS Florecer Opita Alto San Miguel
PARTICIPANTE: Marisol Silva Lopez
TI _ CC X **No.** 1007300227

DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotografía física, ésta ira 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. – o 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	✓		

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.007.300.227**

SILVA LOPEZ

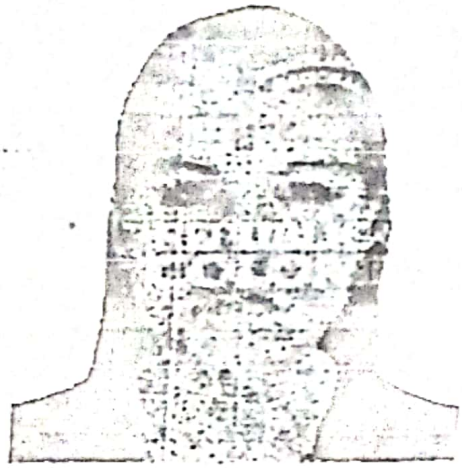
APELLIDOS

MARISOL

NOMBRES

Marisol Silva lopez

FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-SEP-1993**

LA PLATA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61	**A+**	**F**
ESTATURA	*G.S. RH*	*SEXO*

09-NOV-2011 LA PLATA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1904900-01006226-F-1007300227-20180515 0061176963A 1 49398119

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

B1

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARISOL

Apellidos: SILVA LOPEZ

Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

Número de documento:

1007300227

Municipio: Paicol

Departamento: Huila

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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	1007300227
NOMBRES	MARISOL
APELLIDOS	SILVA LOPEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	PAICOL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/09/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/02/2025 07:39:52	**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

Powered by CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
SANTA ROSA DE LIMA DE PAICOL
NIT. 813.011.027-5

SANTA ROSA DE LIMA - PAICOL

HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP - OPS/OMS

NOMBRE: Maridol Silva Lopez
DOMICILIO: Vda La Combre
LOCALIDAD: Paicol - Huila
TELEF: 3166867232

FECHA DE NACIMIENTO: día 07 mes 09 año 93
EDAD (años): 31 (< de 15 / > de 35)
RAZA: Blanca / Indígena / Mestiza / Negra / Otra
ALFA BETA: Si / No
ESTUDIOS: Ninguno / Primaria / Secund. / Univers. / años en el mayor nivel
ESTADO CIVIL: unión casada / unión estable / soltera / otro
CONTROL PERINATAL EN: 1007300227
PARTO EN:
NUMERO IDENTID: N.EPS

ANTECEDENTES

FAMILIARES: TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia eclampsia, otros
PERSONALES: TBC, diabetes (I II G), hipertensión, preeclampsia eclampsia, otros
Cirugía pelviana, Infertilidad, VIH +, Cardiop/ netrop, cond. médica grave

OBSTETRICOS
gestas previas: 2
abortos:
vaginales: 1
nacidos vivos: 1
viven: 1
ULTIMO PREVIO: <2500 g / >4000 g / gemelares
3 espont consecutivos
partos: 1
cesáreas
nacidos muertos
muertos 1er. sem.
después 1er. sem.

FIN EMBARAZO ANTERIOR: día mes año / menos de 1 año / más de 5 años
EMBARAZO PLANEADO si / no
FRACASO METODO ANTICONCEP.: no usaba / barrera / DIU / hormonal / emergencia / natural

GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR: 73 Kg
TALLA (cm): 162
FUM: día 18 mes 11 año 24
FPP: 25 08 25
EG CONFIABLE por FUM si / no; Eco <20 s
FUMA: si / no / pasiva; cigarrillos por día: 1
ALCOHOL: no / si
DROGAS: no / si
ANTITETANICA: vigente si / no; DOSIS 1 / 2; mes gestación
ANTIRUBEOLA: previa / no sabe / embarazo / no
EXNORMAL: si / no; ODONT. / MAMAS / CERVIX
BACTERIURIA: - / + / no se hizo
GRUPO Rh: A +; Sensibil no / si
PAPANICOLAOU: - / + / no se hizo
COLPOSCOPIA: - / + / no se hizo
VIH solicitado: si / no
VDRL/RPR <20 sem: - / + / no se hizo
SIFILIS confirmada por FTA: no / si / no se hizo
VDRL/RPR <20 sem: - / + / no se hizo
Hb <20 sem: , g; <11.0g
Fe/FOLATOS indicados: Fe si / no; Folatos si / no
Hb <20 sem: , g; <11.0g
ESTREPTOCOCO B 35- 37 semanas: - / + / no se hizo
PELVIANA VERSION EXTERNA intento a termino: si / no / n/c

	día	mes	edad gest	peso	PA	altura uterina	presentación	latidos fetales	movim. fetales	signos de alarma, exámenes, tratamientos	Iniciales Técnico	Próxima cita
1	03	25	23,5	75 kg	100/70	24	-	138	+			
2	07	25	24,5	79,5 kg	110/70	29	-	140	+			
3	15	25	32,5	84 kg	120/60	33	cef	138	+			
4	30	25	35,5	85 kg	110/70	35	cef	145	+			
5	12	10	36,5	84	110/58	38	Cef	143	+			
	08	25	38,5	85 kg	110/60	38	Pelv	137	+			

PARTO / ABORTO
FECHA DE INGRESO: día mes año
CARNÉ si / no
CONSULTAS PRE-NATALES total
HOSPITALIZ. en EMBARAZO días
CORTICOIDES ANTENATALES: ciclo único completo / ciclo único incompleto; semana inicio; múltiples / ninguna / n/c
INICIO: espontáneo / inducido / cesar. elect.
RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: no / si; día mes año; hora min; <37 sem / ≥18 hs. / temp ≥ 38°C
EDAD GEST al parto: semanas días; por FUM / por Eco
PRESENTACION: cefálica / pelvica / transversa
TAMAÑO FETAL ACORDE: si / no
ACOMPAÑANTE EN TDP: pareja / familiar / otro / ninguno

NACIMIENTO VIVO / MUERTO: anteparto / parto / ignora momento
hora min; día mes año
MULTIPLE orden fetos; 0=único

espont. / otra; forceps; cesarea; vacuum
INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION
código: INDUC OPER
Notas

ENFERMEDADES
HTA previa; HTA inducida embarazo; HTA inducida embarazo (p e); cardiop/ netrop; diabetes (I II G); infección ovular
infec. urinaria; amenaza parto preter.; R.C.I.U.; rotura prem. de membranas; anemia; otras (no / si / grave)
HEMORRAGIA: 1 trim.; 2 trim.; 3 trim.; postparto; infección puerperal

POSICION PARTO: sentada / acostada / cuclillas
EPISIOTOMIA: no / si
DESGARROS Grado (1 a 4): no
OCITOCICOS: preslumbr. si no; postalumbr si no
PLACENTA: completa si no; retenida
LIGADURA CORDON: <30s 30s-1m >1m
MEDICACION RECIBIDA: ocitócicos en TDP no / si; antibiot. no / si; analgesia no / si; anest.region. no / si; anest.gral. no / si; transfusión no / si
otros si / no; especificar
código medic 1; código medic 2

Powered by CamScanner

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.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Maribol

Apellidos: Silva

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1007300227

Fecha de nacimiento: Día 07 Mes 09 Año 1993

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1	03052025 AC3734GAA Elyon09		
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	03-05-25	6cVSOS25003 Elyon09	
Otras				

Powered by CamScanner

HISTORIA CLINICA
ESE SANTA ROSA DE LIMA PAICOL-HUILA
Nit. 813011027
Dir. CALLE 3 CARRERA 7 ESQUINA - Tel. 3102193547

E.S.E. SANTA ROSA DE LIMA - PAICOL

Código Plantilla:EDU01
Fecha Historia:12/04/2025 11:02
Lugar y Fecha:PAICOL,HUILA 12/04/2025 11:02
Documento y Nombre del Paciente: CC 1007300227 MARISOL SILVA LOPEZ
Administradora: NUEVA EPS Convenio: SUBSIDIADO Tipo de Usuario: SISBEN 1
No Historia: 1007300227 Cons. Historia: 325615
Atención: Ambulatorio

EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR HIGIENE ORAL
..:

EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR HIGIENE ORAL
Datos Generales
Historia: 1007300227
Edad: 31 Años
Barrio F: LA CUMBRE
Direccion: FINCA LA LOMA
Fecha: 12/04/2025
Ocupacion: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Zona: RURAL

Nombre: MARISOL SILVA LOPEZ
Sexo: Femenino
Convenio: SUBSIDIADO
E.A.P.B.: NUEVA EPS
Fecha Nacimiento F: 07/09/1993
Telefono: 3136867232
Régimen: SUBSIDIADO

Datos de la Consulta
Embarazo
Embarazo: No
Fluorosis
Fluorosis: No
Portesis
Portesis: No
Cepillado al Dia:
Cepillado al Dia:: 2:
Como Recibio la Educacion:
Como Recibio la Educacion:: Individual
A:
Evolución: Paciente asiste a odontología en buen estado de salud, por si sola con comportamiento positivo ante el tratamiento odontológico, asintomático. motivo de consulta: "estoy embarazada y voy a iniciar tratamiento". se procedió a realizar consulta gestante primera vez por odontología, donde se le explico los ALIMENTACIÓN SALUDABLE, Mantener una alimentación que incluya en lo posible todos los grupos de alimentos, consumo de frutas y verduras al menos 5 veces al día, Consumir alimentos con bajos contenidos de sal ayudan a reducir durante el embarazo la retención de líquidos y el riesgo de hipertensión, entre otras enfermedades cardiovasculares. Se recomienda el desarrollo de capacidades para la lectura de etiquetado tendiente a seleccionar alimentos saludables; reducción del consumo de alimentos procesados.Durante la gestación debe procurarse una buena alimentación diaria, un bajo consumo de azúcares, carbohidratos, sal, y grasas, así como de té y café, porque reducen la absorción de micronutrientes como el hierro y zinc, importantes durante la gestación y la lactancia.El consumo de calcio, además de hierro y ácido fólico durante el embarazo y hasta el sexto mes de lactancia, ayuda a disminuir los calambres, y consumir productos lácteos en la noche (yogur o leche), antes de acostarse, ayuda a evitarlos. Además, reduce el riesgo de complicaciones hipertensivas, como la pre-eclampsia y eclampsia y permite que el bebé pueda nutrirse de ese calcio durante su desarrollo, favoreciendo la formación de huesos y dientes.Asistir desde el primer trimestre a los controles prenatales, incluyendo la consulta odontológica, contribuye a detectar oportunamente situaciones que afectan el embarazo, el parto y al bebé, a controlar los riesgos, a atender las necesidades para reducir complicaciones y favorecer el mantenimiento de buenas condiciones de salud bucal e higiene (mínimo una consulta, en cada trimestre del embarazo).La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses (sin ofrecerle otro alimento al bebé), favorece el crecimiento y desarrollo de los niños, incluyendo el de boca y de funciones como la deglución, masticación, digestión. La alimentación complementaria se inicia a partir de los 6 meses de vida. Los Primeros seis meses o antes de la erupción de los primeros dientes se debe realizar limpieza y masajes de las encías del niño Con un paño previamente hervido o gasa: humedézcalo y limpie delicadamente de arriba hacia abajo masajeando suavemente las encías pasándola de cinco a diez veces y de derecha a izquierda.Para aliviar las molestias de la salida de los dientes, dé un rasca encías de caucho, un paño previamente hervido y humedecido en agua fría o algún tipo de legumbre limpia y grande (zanahoria) para evitar que se la trague.Desde la aparición del primer diente hasta la salida total de los dientes temporales o de leche (aproximadamente dos a tres años), el cepillado de los niños es responsabilidad de los adultos, por eso: o Lávese las manos muy bien antes de iniciar la limpieza de la boca de los niños. o Acueste al niño en sus piernas para que pueda tener mayor visibilidad de los dientes. o Luego cepille los dientes del bebé con cualquier cepillo pequeño sin mojarlo y con una crema sin flúor y si la tiene aplique una pequeña cantidad de crema, del tamaño de una arveja. Si no tiene crema sin flúor es mejor no utilizar la crema. Recuerde que la técnica es lo más importante no la crema. o Primero se cepillan los dientes por la cara externa, diez veces por cada cara del diente; luego hágalo en la parte interna y termine por la parte de encima de los dientes y muelas. o Limpie la lengua del niño con el mismo cepillo hasta que quede rosada. o Después de la última limpieza en la noche, no de alimentos al bebé, solo agua. o Si al niño le da miedo la cepillada, puede darle un espejo para que vea cómo se realiza la limpieza y así genere un espacio de confianza y amor con su hijo.¿Cuáles son las consecuencias del uso prolongado del biberón y los chupetes en la salud bucal de los niños?" dificultad para enseñar al niño a controlar los movimientos de su lengua" dificultades en el inicio de lactancia materna" maloclusiones dentarias" infecciones del oído" . infecciones de la boca" dificultades en el habla" caries en los dientesDespués de la erupción del primer diente, Procure asistir a la primera consulta Odontológica para que aprenda los métodos preventivos y de higiene oral: FLÚOR: que es el flúor en barniz, beneficios, recomendacionesENFERMEDADES BUCALES: caries, placa bacteriana, gingivitisLA EXPOSICIÓN AL TABACO Y EL CONSUMO DE ALCOHOL: Otro cuidado clave, es evitar la exposición al tabaco y el consumo de alcohol, porque estos hábitos afectan a la madre, al feto y al recién nacido. Se ha comprobado su relación con abortos espontáneos, embarazo ectópico, bajo peso al nacer, muerte súbita del recién nacido, cáncer y otras enfermedades crónicas, incluyendo la enfermedad periodontal y el cáncer en boca.
Diagnóstico
Finalidad del Proc.: PROTECCION ESPECIFICA

Powered by CamScanner

DR. YESICA LORENA SOLARTE CABRERA
CC 1079508885
Especialidad. PROMOCION Y PREVENCION
Registro. 1079508885

HISTORIA CLINICA

ESE SANTA ROSA DE LIMA - PAICOL

Código Plantilla:47
Fecha Historia:12/04/2025 11:03
Lugar y Fecha:PAICOL,HUILA 12/04/2025 11:03
Documento y Nombre del Paciente: CC 1007300227 MARISOL SILVA LOPEZ
Administradora: NUEVA EPS Convenio: SUBSIDIADO Tipo de Usuario: SISBEN 1
No Historia: 1007300227 Cons. Historia: 325617
Atención: Ambulatorio

Plantilla
REGISTRO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD ORAL:

Plantilla
Datos Generales
Fecha: 12/04/2025
Nombre: MARISOL SILVA LOPEZ
Fecha Nacimiento F: 07/09/1993
Sexo: Femenino
Convenio: SUBSIDIADO
ENTIDAD.: NUEVA EPS
Zona: RURAL
Embarazo
Embarazo: SI

Hora: 11:02
Historia: 1007300227
Edad: 31 Años
Barrio F: LA CUMBRE
Direccion: FINCA LA LOMA
Telefono: 3136867232

PROTESIS
SE REALIZA
Control de Placa Bacteriana: 1
Indice de Oleary: 26
TOPICACION CON FLUOR: NO
PROFILAXIS: SI

CONTROL DE PLACA: SI
EDUCACION EN SALUD ORAL: SI
DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL: SI

Diagnostico y Pronostico
Finalidad del Proc.: PROTECCION ESPECIFICA
FECHA PROXIMO CONTROL
Proxima cita p y p odontologia: 1 AÑO
Evolucion
Evolución: Paciente asiste a odontología en buen estado de salud, con comportamiento positivo ante el tratamiento odontológico. Se revisa la cantidad de placa bacteriana presente en la boca, utilizando líquido revelador, el cual se pone una cantidad suficiente (2 a 3 gotas) en la lengua y se le pide al paciente que pase el líquido por todas las superficies de los dientes. Con un espejo facial se muestra al paciente las zonas donde se debe reforzar el cepillado dental y se enseña la forma correcta de eliminarla diariamente de los dientes y tejidos circundantes de cavidad oral como lengua, paladar, surco y vestibular; entre otros, y se indica al paciente la forma adecuada de realizar el cuidado bucal diario.

DR. YESICA LORENA SOLARTE CABRERA
CC 1079508885
Especialidad. PROMOCION Y PREVENCION
Registro. 1079508885

HISTORIA CLINICA

ESE SANTA ROSA DE LIMA - PAICOL

Código Plantilla:47
Fecha Historia:12/04/2025 11:03
Lugar y Fecha:PAICOL,HUILA 12/04/2025 11:03
Documento y Nombre del Paciente: CC 1007300227 MARISOL SILVA LOPEZ
Administradora: NUEVA EPS Convenio: SUBSIDIADO Tipo de Usuario: SISBEN 1
No Historia: 1007300227 Cons. Historia: 325618
Atención: Ambulatorio

Plantilla
REGISTRO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD ORAL:

Plantilla
Datos Generales
Fecha: 12/04/2025
Nombre: MARISOL SILVA LOPEZ

Hora: 11:03
Historia: 1007300227

Powered by CamScanner

Fecha Nacimiento F: 07/09/1993
Sexo: Femenino
Convenio: SUBSIDIADO
E.A.P.B.: NUEVA EPS
Zona: RURAL
Embarazo
Embarazo: SI

Edad: 31 Años
Barrio F: LA CUMBRE
Direccion: FINCA LA LOMA
Telefono: 3136867232

PROTESIS
SE REALIZA
Control de Placa Bacteriana: 1
Indice de Oleary: 26
TOPICACION CON FLUOR: NO
PROFILAXIS: NO

CONTROL DE PLACA: SI
EDUCACION EN SALUD ORAL: SI
DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL: SI

Diagnostico y Pronostico
Finalidad del Proc.: PROTECCION ESPECIFICA
FECHA PROXIMO CONTROL
Proxima cita p y p odontologia: 1 AÑO
Evolucion
Evolución: Paciente asiste a odontología en buen estado de salud, con comportamiento positivo ante el tratamiento odontológico. Se remueve mecánicamente la placa bacteriana y los depósitos calcificados de la porción coronal del diente, para evitar daños en los tejidos de soporte." Se remueve cálculos y manchas ubicadas en la porción coronal de los dientes con instrumental especializado como las curetas universales o las de Grace en los 4 cuadrantes " Posteriormente con una copa de caucho rotatoria y pasta profiláctica se limpian las superficies del diente." Se re-evalúan las superficies del diente para asegurarse que todas las superficies están libres de placa bacteriana." Se realiza el alisado radicular para eliminar la placa subgingival a campo cerrado." Después de realizado el procedimiento se educa al paciente que puede presentar los siguientes síntomas: Molestias o dolor, Sensibilidad en los dientes, movilidad en los dientes." Se le da indicaciones al paciente de los sitios de su boca que debe ser más cuidadoso con la higiene oral y se refuerza educación en técnica de cepillado y uso de la seda dental." Pacientes que presenten movilidad patológica de algunas de sus piezas se les explica que la movilidad puede ser aumentada después del procedimiento y que p[illegible] quedar con espacios interproximales más amplios por la retirada de los cálculos.

DR. YESICA LORENA SOLARTE CABRERA
CC 1079508885
Especialidad. PROMOCION Y PREVENCION
Registro. 1079508885

Powered by CamScanner

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): Madre Gestante= Marisol Silva Lopez con RC No CC=1007300227 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.

Powered by CamScanner

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, Marisol Silva Lopez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1007300227, 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 familias Comunitarias

Suscriben:

Firma: Marisol Silva Lopez
Nombre: Marisol Silva Lopez
Calidad - Titular: / Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3106867237
Fecha: 2-05-2025
Municipio: Naicol

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

12

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.	F17.MO12.PP	11/05/2018
		Versión 2	Página 1 de 1

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Mansol Silva Lopez, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1007300227 de Paicol, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s)_____, identificados con NUIP No. _____, usuario de la unidad de servicio Florecer Opita Alto San Luis, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en Paicol Huila, a los 2 días del mes Mayo de 2025

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

Nombre: Mansol Silva Lopez

Firma: Marisol Silva Lopez

CC. No. 1007300227

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Ana milena Olave

Firma: Olave

CC. No. 26529.613

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner