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 Padres Creciendo Juntos 2

PARTICIPANTE: Jiel Vanessa Garcia Illera

TI _ **CC** X **No.** 1081 398 846



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	✓		

Scanned with CamScanner

Fotocopia del control prenatal	Seguimiento	Cada vez que el participante asista a la valoración según esquema establecido	✓		
Copia del carnet de vacunación actualizado según la edad gestacional	Seguimiento	Cada vez que el participante asista según el PAI	✓		
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 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	✓		

Scanned with CamScanner

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 CON PADRES O CUIDADORES DE DOCUMENTOS FALTANTES Y/O DESACTUALIZADOS

Paicol, Huila Mayo 6 2025

Yo Jiel Vanessa Garcia Ilera identificado (a) con Cedula y/o Tarjeta de Identidad N° 1081390846 gestante participante de la UDS Padres Creciendo Juntos 2 de la Modalidad Familiar y Comunitaria del servicio Educación Inicial en el Hogar, doy fe que desde el momento que solicite el cupo en la Modalidad Educación Inicial en el Hogar se me informó de manera clara los compromisos que se adquieren al participar de los programas de Primera Infancia, me comprometí a realizar todos los trámites necesarios para garantizar mis derechos en salud.

Me comprometo a tener y a garantizar la entrega de copia del documento faltante: **(Marcar con una X el o los documentos faltantes)**

- Afiliación a salud ☐
- Carné vacunas ☒
- Valoración integral ☐
- Documento identidad ☐
- Higiene oral ☐

Estando en mutuo acuerdo firman el acta de compromiso las dos partes comprometiéndose el padre/madre y/o acudiente a entregar los documentos faltantes con un plazo máximo el día 13 del mes 05 del año 2025.

En constancia firman,

Firma del Agente educativo

Jiel Vanessa Garcia Ilera

Firma del Padre/Madre y/o acudiente

2

Scanned with CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.081.398.846



Apellidos
GARCIA ILLERA

Nombres
JICEL VANESSA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.70	F

Fecha de nacimiento
24 ENE 2006

G.S
B+

Lugar de nacimiento
LA PLATA (HUILA)

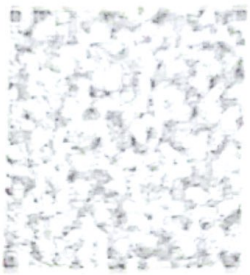
Fecha y Lugar de expedición
31 ENE 2024, PAICOL

Firma

Fecha de expiración
31 ENE 2034

00

0359669D4



IDCOL0359669048190 52<<<<<<<<<<<
0601245F3401310COL1081398846<9
GARCIA<ILLERA<<JICEL<VANESSA<<

3

Scanned with CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 11/03/2025

Ficha: 41518008503900000199

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JICEL VANESSA

Apellidos: GARCIA ILLERA

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1081398846

Municipio: Paicol

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/12/2018

Última actualización ciudadano: 03/03/2023

Última actualización via 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

4

Scanned with 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	1081398846
NOMBRES	JICEL VANESSA
APELLIDOS	GARCIA ILLERA
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	24/04/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	03/11/2025 12:02:51	**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**,

5

Scanned with CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
SANTA ROSA DE LIMA DE PAICOL

HISTORIA CLINICA MATERNO - PERINATAL - CLAP - OPS/OMS

ANTECEDENTES

GESTACION ACTUAL

Fecha de la Consulta	1 / 2:00 29-11-24	2 / 2:00 27-12-24	3 / 2:00 31-01-25	4 / 21/02/25	5 / 09/03/25	6 / 02/05/25	7 /	8 /	9 /	10 /
Semanas de amenorrea	11.5	15.5	19	23.4	27	33,6				
Peso (kg)	60K	67	71	71.5	77	82kg				
Tension arterial sistolica / diastolica (mm Hg)	118/70	100/60	119/64	120/65	110/70	110/80				
Albumina / glucosa, Cetonas/D	— / —	— / —	15 trazas	20 TRAZAS	2 TRAZAS	2 + / Cet +				
F.C.F. (Latido) / Edad fetal	— / —	— / —	126 +	132 +	130 +	133 +				
Edema / Temperatura	— / 36	— / 36	N / 36	NO / 36.2	NO / 36	— / 36,5				
Fe / Folatos / Calcio	V / V / NO	V / V / NO	V / V / V	V / V / V	V / — / —	V / V / —				
Signos de alarma / Examenes / tratamiento	V / V	V / V	V / V	V / V	— / —	V / V				
Firma Profesional	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SOPIA C.	[illegible]	[illegible]				

PARTO / ABORTO

RECIEN NACIDO

EGRESO MATERNO

El color Amarillo significa ALERTA

Powered by CamScanner

Scanned with CamScanner



Registro de mis seguimientos en Salud Oral

Consultas Valoración Integral Salud Oral
Realizado por profesional en odontología

Fecha de Revisión	Alteraciones de tejidos Blandos		Alteraciones de tejidos duros (no dentales)		Maloclusiones		Hábitos orales (Chupo, succión de dedo, biberón, otros)		Otras alteraciones	Niño o Niña Sano*	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No		Si	No
08-04-2025	X			X		X	X.				X.
-10-2025											

Actividades de Protección Específica Salud Oral
Realizado por Profesional en odontología o higienista oral

Fecha de Revisión	Aplicación de barniz de flúor		Profilaxis y remoción de placa bacteriana		Aplicación de sellantes		¿Se requiere atención odontológica?		Educación en el uso de elementos para la higiene oral			
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Cepillo	Crema	Seda dental	Otro, ¿Cuál?

Scanned with 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: Jicel Vanessa

Apellidos: Garcia

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No 1081398846

Fecha de nacimiento: Día 24 Mes 01 Año 2006.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftenico (Td)	1	17-01-25	233310334	
	2	18-03-2025		
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1	18-01-25	HSACJ98MAB	
	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	19-01-25	NDD24003	
Otras			MAYO - 2025	

Scanned with CamScanner

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 brindando 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

Firma Acudiente
C.C.

Scanned with CamScanner

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 Padres Creciendo Juntos 2, 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): Jriel Vanessa Garcia Illera con RC No 1081398846 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.

Scanned with CamScanner

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 Pacho.

Adriel Vanessa Garcia Hoz
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

AGENTE EDUCATIVA

Scanned with CamScanner

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, Jicel Vanessa Garcia Illera, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1081398846, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

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.

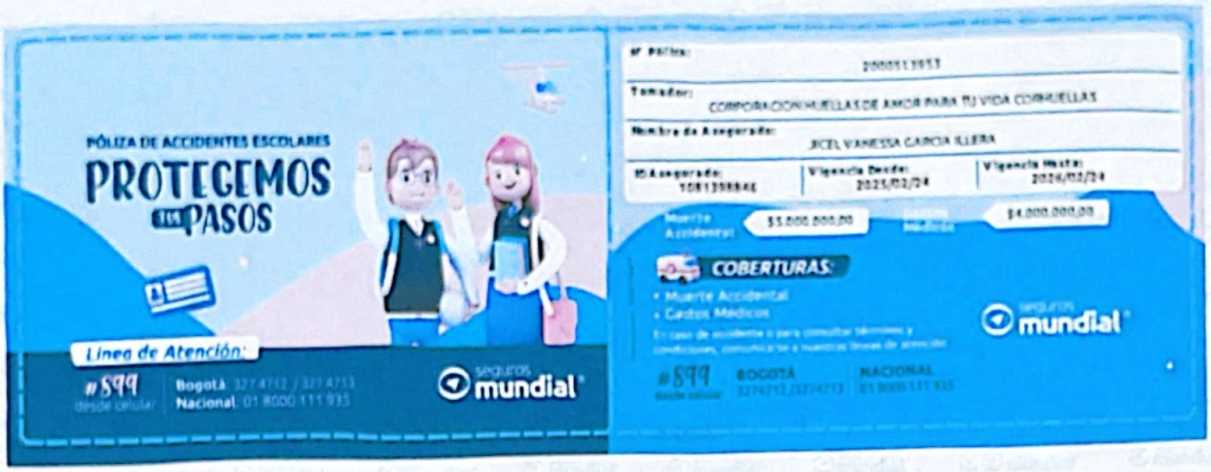
Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) 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_____, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa _____

Suscriben:

Firma: Jicel Vanessa Garcia Illera
Nombre: Jicel Vanessa Garcia Illera
Calidad - Titular: _____Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: Marzo 6 de 2025
Municipio: Paipa

Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner