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 Gestando Juntos 2
PARTICIPANTE: Magdalena del Pilar Rodriguez
TI _ CC_X No. 1004147145

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		X	
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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.147.145
RODRIGUEZ CAICEDO

APELLIDOS
MAGDALENA DEL PILAR

NOMBRES

Magdalena Rodriguez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-OCT-2002
GIGANTE
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

14-OCT-2020 PAICOL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

P-1905200-01174795-F-1004147145-20201029 0072252218A 1 6500794034

2

Scanned with CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 19/03/2025

Ficha: 41518001503400000139

C2

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: MAGDALENA DEL PILAR

Apellidos: RODRIGUEZ CAICEDO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1004147145

Municipio: Paicol

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 20/11/2018

Última actualización ciudadano: 15/01/2021

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

3

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	1004147145
NOMBRES	MAGDALENA DEL PILAR
APELLIDOS	RODRIGUEZ CAICEDO
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	01/01/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	03/05/2025 08:44:14	**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

4

Scanned with CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
SANTA ROSA DE LIMA DE PAICOL
NIT 813.011.047-5 - CODIGO IPS: 415190024
Calle 8 Cra 7 Esq Telefax: 8378037

Cel: 3186817691

HISTORIA CLINICA MATERNO - PERINATAL - CLAP - CPSC/MS

Nombre: Magdalena del Pilar Rodriguez C
Fecha de nacimiento: 09/10/02
Edad (años): 21
Estado civil: Unión Libre
Escolaridad: Básica Primaria
Ocupación: Ama de casa
Procedencia: Paicol - Huila
Teléfono: 3157037161
Nombre EPS/ARS: Nueva EPS
Historia clínica: 1004147145

Antecedentes personales

Familiares: Hipertensión arterial, Diabetes, Cardiopatía, Preeclampsia, Embarazo gemelar
Personales: Cirugía Pélvica, Infertilidad, VIH+, Cardiopatía, Cond médica grave, Preeclampsia, Embarazo ectópico

Obstétricos

Último previo: <2500g, >4000g, Gemelares
Gestas Previas: 2
Abortos: 3 Espont consecutivos
Vaginales: 1
Cesáreas: 1
Nacidos vivos: 1
Nacidos Muertos
Vivos: 1
Muertos 1 sem
Después 1 sem
FUM anteriores: 08/02/21
Embarazo planeado / deseado
Fracaso de método anticonceptivo

Control prenatal

Peso anterior: 79 kg
Talla (cm): 156
Gestación número: 02
FUM: 27/06/24
FPP: 03/04/25
EG confiable por FUM: Sí
EG confiable por Eco <20s: No
Fuma: No
Pasiva: No
Cigarrillos por día: 0 = No fuma
Alcohol: No
Drogas: No
Antitetánica: Vigente No; 1ª dosis mes gestación; 2ª
Antimalárico: No
Hemoclasificación: Grupo A, Rh +, Coombs indirecto: No
Citología: No se hizo
Colposcopia: No se hizo
VIH: Consejo No, Solicitud No
VDRL/RPR <20 sem: No se hizo
VDRL/RPR <20 sem: No se hizo
Sífilis confirmada por FTA: No se hizo
Hb <20 sem: 12.9 g/dl
Hb <20 sem: <11.0g
AgSHB: No se hizo
Test de sensibilidad: <135 135-139 >140

Fecha de la consulta	1 15/30 04-08-24	2 06/09	3 04/10	4 10:00	5 10:00	6 9:30	7 06/02/25	8 09/05/25	9 18-03-25	10
Semanas de amenorrea	6 1 Sem.	10.1	14.1	19.1 s.	23.1	29.1	32.1	36,5		
Peso (kg)	79.2 Kg	77.4	75,7	77.6 k	78.3	78.5	78,9	80.8		
Tensión arterial (mm Hg)	100/00	110/75	110/70	110/70	100/70	109/59	110/70	110 70		
Altura uterina (cm) / presentación, dorso fetal	—	—	—	21 2nd	25 2nd	23 162	30 149	37 145		
FCF (lat/min) / mov fetal	—	—	—	147 +	145 +++	134 144	Cef ++	Cef ++		
Edema / temperatura	NO 36	NO 36	NO 36	NO 36	NO 36	NO 36	NO 36	NO 36		
Hb / Tablas / Calcio										
Signos de alarma / Examenes / Medicamentos										
Firma profesional										

Ingreso

Fecha de ingreso: Día Mes Año
Consulta: Sí / No
Consultas prenatales total
Hospitalización en embarazo días
Corticoides antenatales: Ciclo único completo, Ciclo único incompleto, Ninguna, Semana inicio n/c
Inicio T de P: Espontáneo, Inducido, Cesar Electiva
Ruptura de membranas anteparto: Día Mes Año; Hora Min; Íntegras, Rotas; 12 hrs, Temp 38°C; Semana ruptura
Horas entre ruptura y parto
Edad gest. al parto: Semanas Días; por FUM, por ECO
Presentación: Cefálica, Pelvica, Transversa

Nacimiento

Parto, Cesárea, Otro, Ninguno
Nacimiento vivo: Anencefalia, Parto, Aborto inducido
Fecha: Hora Min; Día Mes Año
Múltiple: Orden fetos; 0 = Único
Terminación: Espontánea, Fórceps, Cesárea, Espátula
Indicación principal de inducción o parto operatorio: Código; Inducción; Operatorio
Posición parto: Sentada, Cuclillas, Acostada
Episiotomía: No, Sí
Enema / rasurado: No; Sólo enema, Sólo rasurado, Enema y rasurado
Desgarros: No; Grado (1 a 4)

Alumbramiento

Dextrocia: Espontáneo, Ayuda, No
Lapsoláctico: Sí, No
Placenta: Completa Sí/No; Retenida Sí/No
Cirugía obstétrica: Sí, No
Tipo anestesia: Ninguna, Epidural, Raquídea, General
Profilaxis antibiótica: Sí, No
Profilaxis antiparasitaria: Sí, No
Antecedentes: Ninguno, Preeclampsia, Eclampsia, Cardiopatía, Nefropatía, Diabetes (I, R, G), Anemia
Complicaciones: Infección urinaria, Amenaza parto pretérmino, R.C.I.U, Ruptura prem de membranas, Corio-amnionitis, Otras graves
Complicaciones: 1er Trim, 2do Trim, 3er Trim, Postparto, Infección Puerperal
Nombre o código del profesional

Recién nacido vivo

Sexo: M / F / No definido
Peso al nacer: g; Menos 2500g
Talla al nacer: mm
Perímetro cefálico: mm
Edad gestacional confiable: Semanas, Días EG; FUM, ECO, ESTIMADA
Peso edad gestacional: Adec, Peq, Grande
Apgar: 1er min, 5º min
Reanimación: Ninguna, Ventilación positiva, Intubación, Masaje cardíaco, Adrenalina, Oxígeno
Calificación en sala de parto: No, Sí
Referido: Alojamiento conjunto, Hospitalización, Otro hospital
Defectos congénitos: No, Sí; Menor, Mayor
Diagnósticos
Código
Nombre o código del profesional
Vitamina K: Sí, No
Profilaxis Oftálmica: Sí, No
Egreso: Día Mes; Vivo, Con patología, Trasladado referido, Fallecido, Fallecido después

Laboratorios maternos

	VDRL	TSH	Audición	Hiperbilirrubinemia
normal				
anormal				
no se hizo				
cond. rotulo				

Necesita terapia: Sí, No
Nota Audio: Sí, No
Otros Procedimientos

5

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: Magdalena del Pilar.

Apellidos: Rodriguez Caicedo

Documento de identidad: C.C. T.I. X Pasaporte No. 1004147145

Fecha de nacimiento: Día 09 Mes 10 Año 2002

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3	02-09-20	2358X004AE	Adrancsalud
	4	4-10-24	23336021C	Elyoroca
	5	10-2025		
TdaP acelular	1	11-11-20	AC37B334A	Adrancsalud
	2	10-01-25	C598 7AM	Elyoroca
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	02-09-20	V5022004	Adrancsalud
Otras		4-10-24	V5052Y003	Elyoroca.

6

Scanned with 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:ODO_PRO
Fecha Historia:17/01/2025 15:56
Lugar y Fecha:PAICOL,HUILA 17/01/2025 15:56
Documento y Nombre del Paciente: CC 1004147145 MAGDALENA DEL PILAR RODRIGUEZ CAICEDO
Administradora: NUEVA EPS Convenio: SUBSIDIADO Tipo de Usuario: SUBSIDIADO NIVEL 1
No Historia: 1004147145 Cons. Historia: 317992
Atención: Ambulatorio

PROCEDIMIENTOS ODONTOLOGICOS
..:

PROCEDIMIENTOS ODONTOLOGICOS
Datos Generales
Nombre: MAGDALENA DEL PILAR RODRIGUEZ CAICEDO
Edad: 22 Años
Direccion: LAS DELICIAS
Convenio: SUBSIDIADO
Ocupacion: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Zona: URBANO
Historia: 1004147145
Sexo: Femenino
E.A.P.B.: NUEVA EPS
Fecha: 17/01/2025
Telefono: 3157037181

Datos de la Consulta
PROCEDIMIENTO REALIZADO: RESTAURACION EN RESINAPACIENTE ASISTE A CONSULTA ODONTOLOGICA ASINTOMATICO, REFIERE SENSIBILIDAD A CAMBIOS TERMICOS; AL EXAMEN CLINICO PRESENTA CAVIDAD DETECTABLE EXPONIENDO DENTINA / SOMBRA SUBYACENTE DE DENTINA/ CARIES RECURRENTE ACTIVA PRODUCTO DE RESTAURACION DESADAPTADA/ DESALOJO DE RESTAURACION/ FRACTURA CORONAL NO COMPLICADA CLASIFICACION ICDAS 4 EN DIENTE (46) SUPERFICIE (OCLUSAL VESTIBULAR) SE LE EXPLICA AL PACIENTE POSIBLES COMPLICACIONES SE EXPLICA CONSENTIMIENTO INFORMADO DE POSIBLES RIESGOS POST-OPERATORIOS, COMO HIPERSENSIBILIDAD EN DIENTE TRATADO QUE NORMALMENTE DESAPARECE DE MANERA ESPONTANEA CON EL PASO DE LOS DIAS, FRACUTRA DE RESTAURACION, O FRACUTURA DE ESTUCTURAS DENTARIAS, DESALOJO DE RESTAURCION, EL PACIENTE ACEPTA Y FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO, CONDUCTA A SEGUIR: REMOCION DE CARIES CON INSTUMENTAL ROTATORIO Y CUCHARILLA, PREPARACION DE LA CAVIDAD, BISELADO, DESINFECCION CON CLORHEXIDIDNA, APLICACIÓN DE DESMINERALIZANTE DURANTE 15 SEGUNDOS, LAVADO DE LA CAVIDAD, SECADO, APLICACIÓN DE ADHESIVO(AIREADO) Y NUEVAMENTE APLICACIÓN DE , FOTOPOLIMERIZACION DURANTE 20 SEGUNDOS, OBTURACION CON RESINA DE FOTOCURADO (FILTEK Z250 XT NANO HIBRIDA) CON TECNICA INCREMENTAL, FOTOPOLIMERIZACION DE CADA CAPA DE 2MM DURANTE 40 SEGUNDOS, SE VERIFICA Y AJUSTA OCLUSION ,PULIDO Y BRILLO, SE DAN RECOMENDACIONES DE CUIDADO AL PACIENTE.
Diagnóstico
Finalidad del Proc.: DETECCION TEMPRANA

DR. SERGIO ALEJANDRO CABRERA MUNOZ
CC 1007897652
Especialidad. ODONTOLOGIA GENERAL
Registro. 10

HISTORIA CLINICA

E.S.E SANTA ROSA DE LIMA - PAICOL

Código Plantilla:ODO_PRO
Fecha Historia:17/01/2025 15:57
Lugar y Fecha:PAICOL,HUILA 17/01/2025 15:57
Documento y Nombre del Paciente: CC 1004147145 MAGDALENA DEL PILAR RODRIGUEZ CAICEDO
Administradora: NUEVA EPS Convenio: SUBSIDIADO Tipo de Usuario: SUBSIDIADO NIVEL 1
No Historia: 1004147145 Cons. Historia: 317993
Atención: Ambulatorio

PROCEDIMIENTOS ODONTOLOGICOS
..:

PROCEDIMIENTOS ODONTOLOGICOS
Datos Generales
Nombre: MAGDALENA DEL PILAR RODRIGUEZ CAICEDO
Edad: 22 Años
Direccion: LAS DELICIAS
Convenio: SUBSIDIADO
Ocupacion: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Zona: URBANO
Historia: 1004147145
Sexo: Femenino
E.A.P.B.: NUEVA EPS
Fecha: 17/01/2025
Telefono: 3157037181

Datos de la Consulta
PROCEDIMIENTO REALIZADO: RESTAURACION EN RESINAPACIENTE ASISTE A CONSULTA ODONTOLOGICA ASINTOMATICO, REFIERE SENSIBILIDAD A

7

Scanned with CamScanner

CAMBIOS TERMICOS; AL EXAMEN CLINICO PRESENTA CAVIDAD DETECTABLE EXPONIENDO DENTINA / SOMBRA SUBYACENTE DE DENTINA/ CÁRIES RECURRENTE ACTIVA PRODUCTO DE RESTAURACION DESADAPTADA/ DESALOJO DE RESTAURACION/ FRACTURA CORONAL NO COMPLICADA CLASIFICACION ICDAS 4 EN DIENTE (46) SUPERFICIE (OCLUSAL VESTIBULAR) SE LE EXPLICA AL PACIENTE POSIBLES COMPLICACIONES SE EXPLICA CONSENTIMIENTO INFORMADO DE POSIBLES RIESGOS POST-OPERATORIOS, COMO HIPERSENSIBILIDAD EN DIENTE TRATADO QUE NORMALMENTE DESAPARECE DE MANERA ESPONTANEA CON EL PASO DE LOS DIAS, FRACUTRA DE RESTAURACION, O FRACUTURA DE ESTUCTURAS DENTARIAS, DESALOJO DE RESTAURCION, EL PACIENTE ACEPTA Y FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO, CONDUCTA A SEGUIR: REMOCION DE CARIES CON INSTUMENTAL ROTATORIO Y CUCHARILLA, PREPARACION DE LA CAVIDAD, BISELADO, DESINFECCION CON CLORHEXIDIDNA, APLICACIÓN DE DESMINERALIZANTE DURANTE 15 SEGUNDOS, LAVADO DE LA CAVIDAD, SECADO, APLICACIÓN DE ADHESIVO(AIREADO) Y NUEVAMENTE APLICACIÓN DE , FOTOPOLIMERIZACION DURANTE 20 SEGUNDOS, OBTURACION CON RESINA DE FOTOCURADO (FILTEK Z250 XT NANO HIBRIDA) CON TECNICA INCREMENTAL, FOTOPOLIMERIZACION DE CADA CAPA DE 2MM DURANTE 40 SEGUNDOS, SE VERIFICA Y AJUSTA OCLUSION ,PULIDO Y BRILLO, SE DAN RECOMENDACIONES DE CUIDADO AL PACIENTE.

Diagnóstico

Finalidad del Proc.: DETECCION TEMPRANA



DR. SERGIO ALEJANDRO CABRERA MUNOZ
CC 1007897652
Especialidad. ODONTOLOGIA GENERAL
Registro. 10

8

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): Magdalena del Pilar Rodriguez con RC No 1004147145 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 06 del mes Marzo del año 2025, en el Municipio de Paicol - Huila.

Magdalena Rodriguez
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Estefania Calderon
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 Magdalena Del Pilar Rodriguez Caicedo, identificado (a) con documento de identidad número 1004147145, 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		Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Magdalena Del pilar Rodriguez Caicedo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004147145, 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		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: Magdalena Rodriguez
Nombre: Magdalena Del Pilar Rodriguez Caicedo
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3157037181
Fecha: 6-Marzo-2025
Municipio: Paicol-Huila

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.079.508.765**

CUBILLOS PERDOMO

APELLIDOS

FABIAN

NOMBRES

Fabian Cubillos Perdomo

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-JUL-1991**

AIPE
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63	**B+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

15-AGO-2009 PAICOL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1905200-00208164-M-1079508765-20100107 0019758558A 1 30946766

Scanned with CamScanner