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 El Carmen

PARTICIPANTE: Dylan Torres Valencia

RC X No. 1079510410



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	✓		

Scanned with CamScanner

Fotocopia de la valoración integral en salud/ control de crecimiento y desarrollo	Seguimiento	Cada vez que el participante asista a la valoración 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		X	

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 07 - Mayo 2025

Yo Paola Andrea Valencia Tello identificado (a) con N. de Cedula y/o Tarjeta de Identidad 1081478226 participante de la UDS El Carmen de la Modalidad Familiar y Comunitaria, del servicio Educación Inicial en el Hogar, teniendo en cuenta que como madre/Padre y/o cuidadora del participante: Dylan Torres Valencia identificado con N° RC: 1079510410, 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, comprometiendo a realizar todos los trámites necesarios para garantizar los derechos en salud de mi hijo (a), 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 [ ]
- Sisbén [ ]
- Carné vacunas [X]
- Valoración integral [X]
- Documento identidad [ ]
- Higiene oral [X]

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 14 del mes 05 del año 2025.

En constancia firman,

Estefanía Cruz
Firma del Agente educativo

Paola A. Tello
Firma del Padre/Madre y/o acudiente

Scanned with CamScanner

Huellas de Amor Para tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.152.801-0		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 Marzo 12 2025

Yo Paola Andrea Valencia Tello identificado (a) con N. de Cedula y/o Tarjeta de Identidad 1081418226 participante de la UDS El Carmen de la Modalidad Familiar y Comunitaria, del servicio Educación Inicial en el Hogar, teniendo en cuenta que como madre/Padre y/o cuidadora del participante: Dylan Torres Valencia identificado con N° RC: 1079510410, 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, comprometiendo a realizar todos los trámites necesarios para garantizar los derechos en salud de mi hijo (a), 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 [X]
- Sisbén [ ]
- Carné vacunas [X]
- Valoración integral [X]
- Documento identidad [ ]
- Higiene oral [X]

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 06 del mes 04 del año 2025.

En constancia firman,

Firma del Agente educativo

Paola A. Tello

Firma del Padre/Madre y/o acudiente

3

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.079.510.410

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51432870

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L 1 C

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

REGISTRADURIA DE PAICOL - COLOMBIA - HUILA - PAICOL.....

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TORRES.....	VALENCIA.....

Nombre(s)

DYLAN.....

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes NOV Día 02	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.....	23116810722451.....

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VALENCIA TELLO PAOLA ANDREA.....

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.081.416.226.....	COLOMBIA.....

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

TORRES RAMIREZ JESUS ALBERTO.....

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.509.801.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

TORRES RAMIREZ JESUS ALBERTO.....

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.079.509.801.....	Jesus Alberto Torres R.

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 2023 Mes NOV Día 09	NICTOR BASTIDAS BASTIDAS - REGIST Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Jesus alberto Torres R. Firma	Nombre y firma

09 NOV. 2023 ESPACIO PARA NOTAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURIA DEL ESTADO CIVIL
PAICOL HUILA

TOMO III FOLIO III SERIAL 51432870
ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL
Y SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO
(Artículo 115 Decreto 1260 de 1970)

NICTOR BASTIDAS BASTIDAS
REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.005.089-2 TEL. 381 0240

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

34616779-1

4

Scanned with CamScanner

Sisbén

Fecha de consulta: 11/06/2025

Ficha: 41518003503000000222

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DYLAN

Apellidos: TORRES VALENCIA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079510410

Municipio: Paicol

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	**06/12/2018**
Última actualización ciudadano:	**09/11/2023**
Última actualización via registros administrativos:	**25/11/2023**

***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**

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

5

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

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	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1079510410
NOMBRES	DYLAN
APELLIDOS	TORRES VALENCIA
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	02/11/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/27/2025 09:12:31	**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

6

Scanned with CamScanner

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

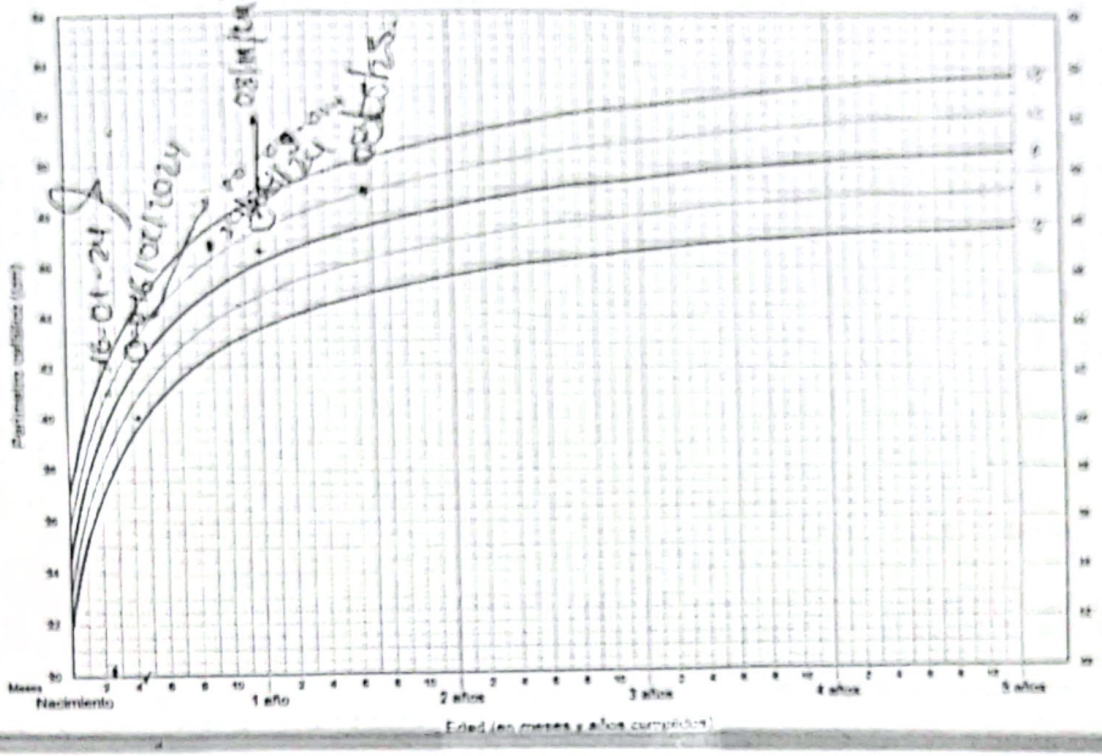
Rango de Edad	Fecha Nacido			Edad			Valoración Antropométrica				Valoración Desarrollo				Salud Oral	Agudeza Visual	Tamizaje			Observaciones
	Día	Mes	Año	Años	Meses	Días	Peso	Talla	IMC	Perímetro Cefálico	Esquema	Motor	Lenguaje	Cognitivo	Social					
1	16	01	23	2			8.5	61	41		Sobrepeso	✓	✓	✓	✓			2	3	24	
	16	02	24	3			7.7	64	43		Sobrep.	✓	✓	✓	✓			2	05	24	
2	20	05	24	4			8.6	67	44		Sobrepeso	✓	✓	✓	✓			20	05	24	Control Alexandra P.
	20	08	24	9			12.1	77	47		Sobrep	✓	✓	✓	✓			20	08	24	Alexandra P.
3	08	11	24	12			11.3	79	48	15.5	Sobrepeso	✓	✓	✓	✓			08	05	25	Control
	08	05	25	18			12.3	86	49	17.5	Sobre	✓	✓	✓	✓			08	11	25	Alexandra P.

Scanned with CamScanner

Clasificación antropométrica
del estado nutricional de los niños

Perímetro cefálico niños
Puntuación Z (0 a 5 años)

Niños de 0 a 5 años



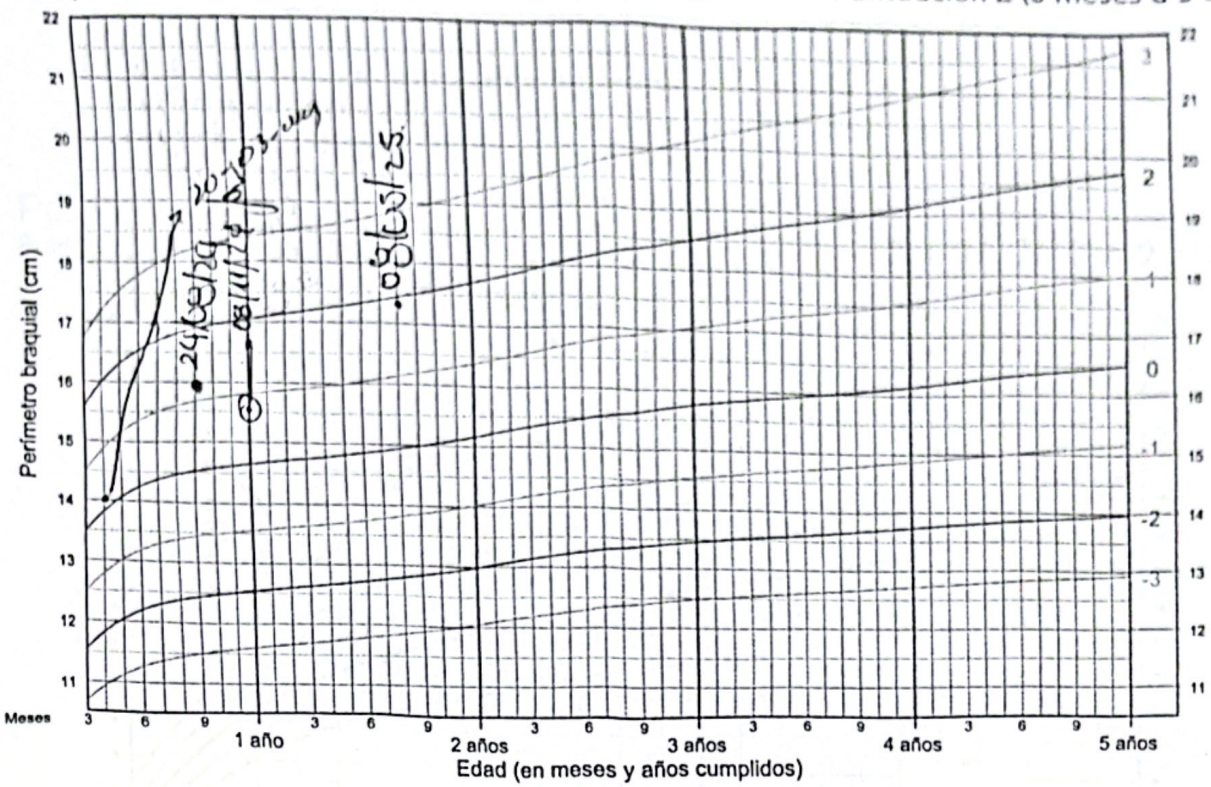
cuídate | nueva eps

Scanned with CamScanner

cuídate nueva EPS

Perímetro braquial para la edad niños

Puntuación Z (3 meses a 5 años)



El perímetro braquial (PB) es una medida útil como predictor de riesgo de muerte por desnutrición en niñas y niños entre 6 y 59 meses, si el PB menor de 11.5 cm.

Resolución MINSALUD 2465 del 14 de junio de 2016.
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

16

9

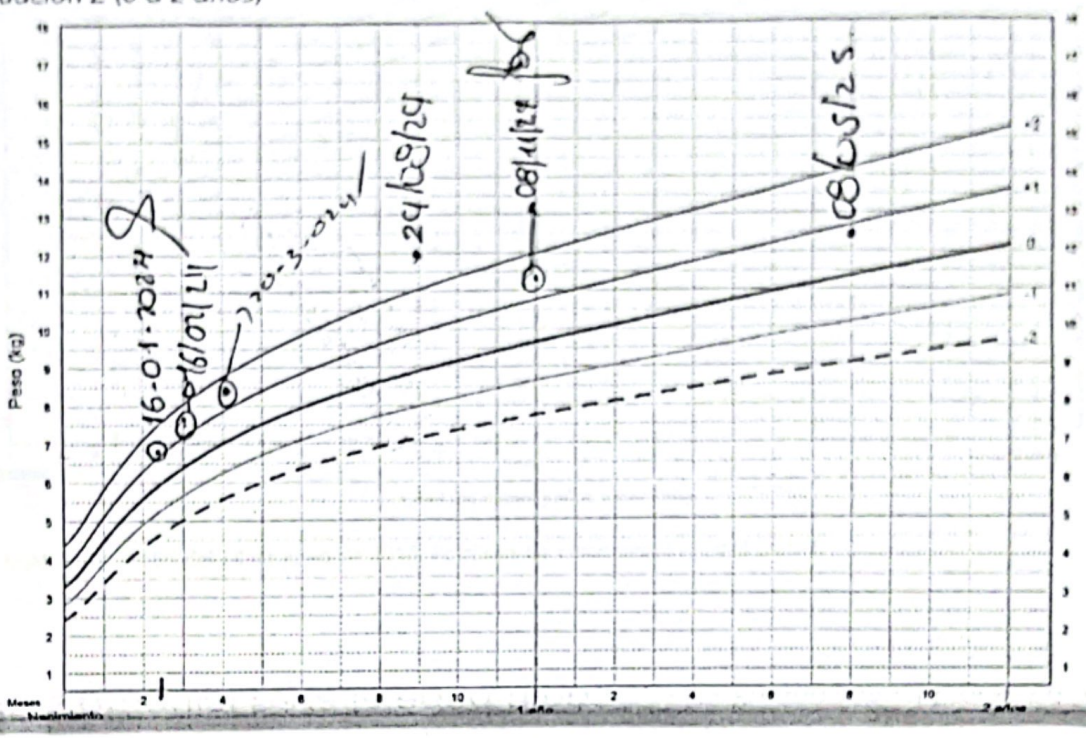
Scanned with CamScanner

En estos gráficos, mediante la toma de peso, talla y otras medidas antropométricas, conocerás el estado nutricional de tu hijo. Verifica que el profesional de salud los diligencie según la edad.

Peso para la edad niños

Niños de 0 a 2 años

Puntuación Z (0 a 2 años)

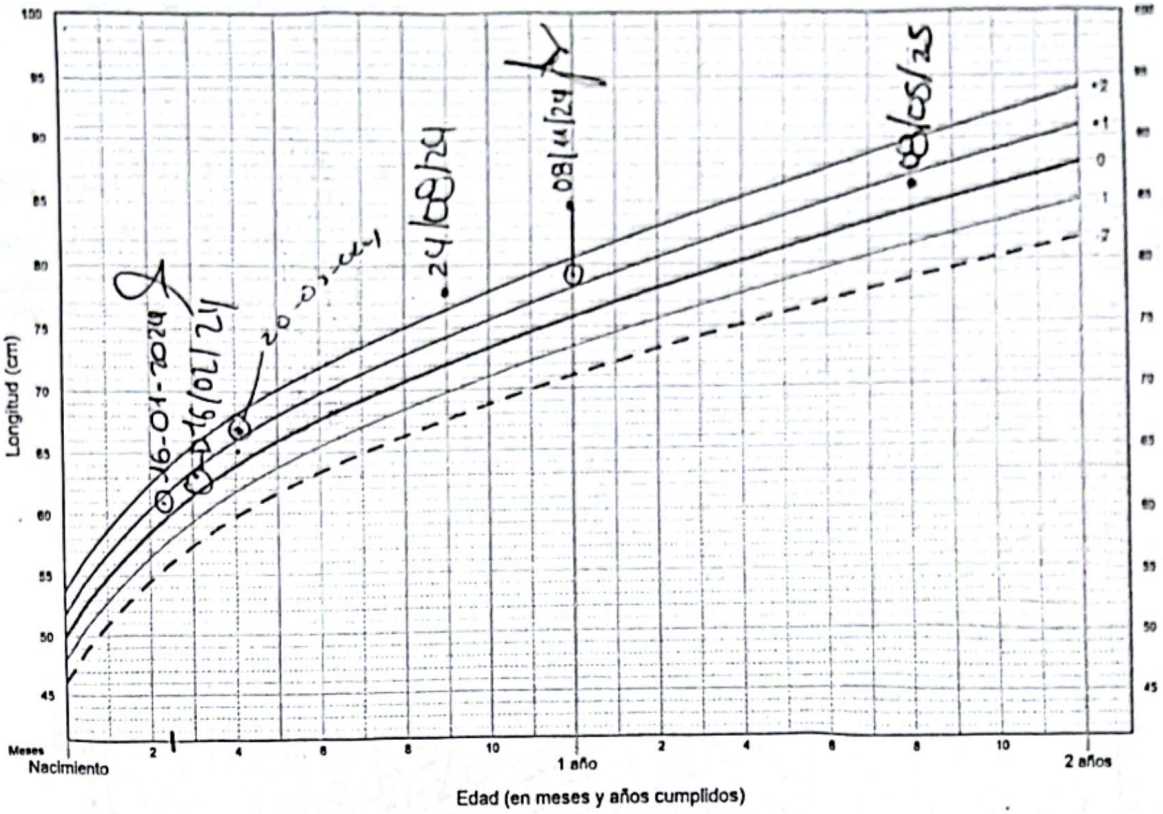


cuídate | nueva eps

Scanned with CamScanner

Talla para la edad niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de junio de 2016. Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

cuídate | nueva eps

78

11

Scanned with CamScanner

19

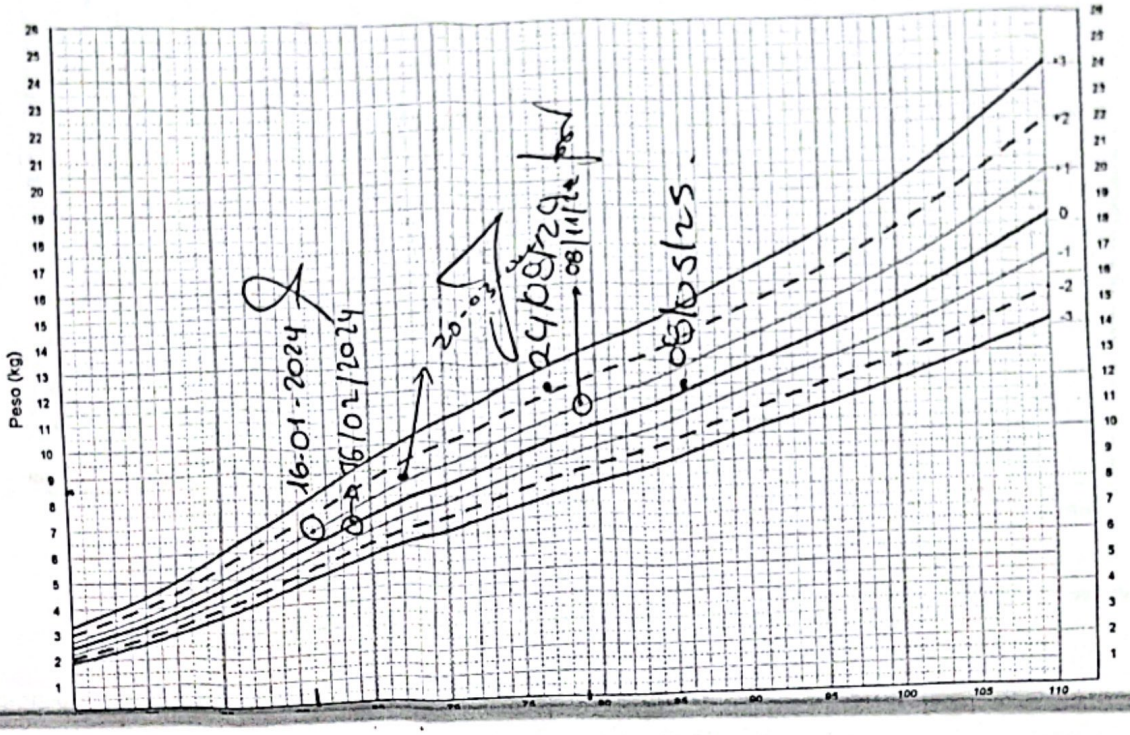
Peso para la talla niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

Resolución MINSALUD 2465 del 14 de junio de 2016.
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Niños de 0 a 2 años

cuídate | nueva eps



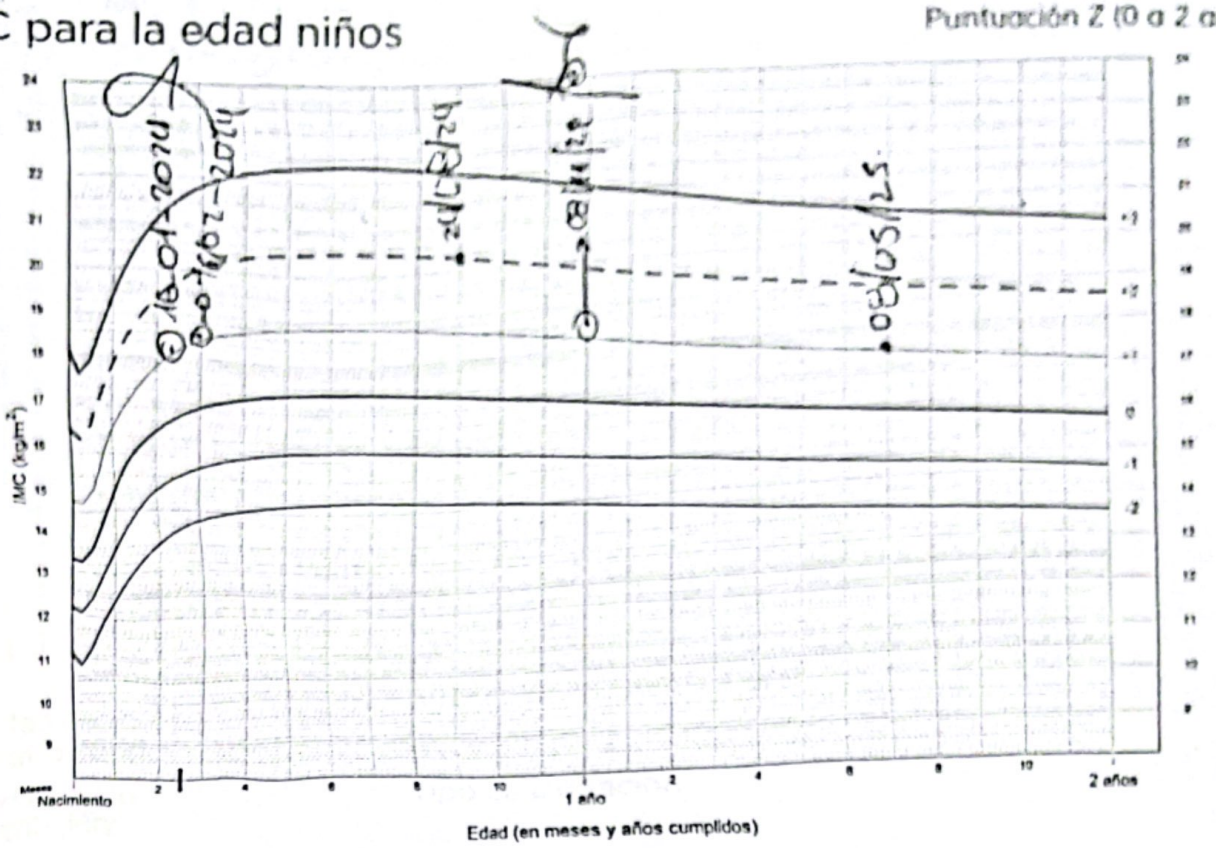
12

Scanned with CamScanner

Longitud (cm)

IMC para la edad niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de junio de 2016. Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

cuídate | nueva eps

20

13

Scanned with CamScanner

Seguimiento atenciones de salud oral

Si dientes y encías están bien cuidados, los niños tendrán una óptima salud general.
Llévalos a sus citas de salud oral.

Fecha atención DD	MM	AA	Edad Años	Meses	Días	Valoración [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
03	05	2025		10		X	X	X		3ano
11		2025								

Edad inicio higiene oral:

Edad inicio dentición:

Alteraciones cavidad oral

No: Sí:

Tipo de alteración:

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

4.

50

14

Scanned with CamScanner

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 Si ☐ No ☐						
culosis meningea (BCG)	Unica	2	11	2023	Serum	03729MA052	HOSD	2-01-			Hospitalario
Hepatitis B	Recién nacido	2	11	2023	Serum	03239900SF	HOSD	2024			Eduardo Bonilla
					Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
Poliomielitis (VIP)	1ª	16	01	24	Serum	22350001					
itis y otras enfermedades adas por haemophilus fluenzae tipo b (Hib)	1ª	16	01	24	Serum	2B52X06 3A	ESE Santa Rita Roca				Elyoroca
Hepatitis B	1ª	16	01	24	Serum	2B52X66 3A					
eria, Tétanos, Tosferina	1ª	16	01	24	Serum	2B52X00 3A					
iarrea por rotavirus	1ª	16	01	24	GSK	AR0L04663AB					
onia, otitis, Meningitis y ia causada por Neumococo D ☐ PCV 13 ☐	1ª	16	01	24	Pfizer	FX9925					
					Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐			16-03-2024			
Poliomielitis (VIP)	2ª	20	03	24	Serum	22340002					=
itis y otras enfermedades adas por haemophilus fluenzae tipo b (Hib)	2ª	20	03	24	Serum	2B52X00 3A	ESE				Elyoroca
Hepatitis B	2ª	20	03	24	Serum	2B52X00 3A	Parcol				
eria, Tétanos, Tosferina	2ª	20	03	24	Serum	2B52X00 3A					
iarrea por rotavirus	2ª	20	03	24	GSK	AR0L07505AA					
onia, otitis, Meningitis y ia causada por Neumococo D ☐ PCV 13 ☐	2ª	20	03	24	Pfizer	GW7665					=
					Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐			21-05-2024			
Poliomielitis (VIP)	3ª	18	05	24	Serum	22340003					=
itis y otras enfermedades adas por haemophilus fluenzae tipo b (Hib)	3ª	18	05	24	Serum	2B52X01 4C	ESE				Elyoroca
Hepatitis B	3ª	18	05	24	Serum	2B52X01 4C	Parcol				
eria, Tétanos, Tosferina	3ª	18	05	24	Serum	2B52X01 4C					
nfluenza estacional	1ª	18	05	24	Butantan	24009274					=
nfluenza estacional	2ª	28	06	24	Butantan.	24009274.	EsoParcol	——			Hospitalario
, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	08	11	24	Serum	01227108B					
onia, otitis, Meningitis y ia causada por Neumococo D ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	08	11	24	Pfizer	GX5139	ESE				
Varicela	1ª	08	11	24	MSD	YB0726220					Elyoroca
Hepatitis A	Unica	08	11	24	MSD.	20222070458	Parcol				
nfluenza estacional	Anual	08	05	25	Segirus	P100079080804	Parcol				Elyoroca
Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	08	05	25	Serum	22330103A					
eria, Tosferina y Tétano ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo	08	05	25	Serum	2B53X0203B					
**Fiebre Amarilla	Unica	08	05	25	Biomanguinos	24600330.	Parcol				Elyoroca
, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	05	03	25	Serum	01331121A					
litis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo						5 años				
eria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
Varicela	Refuerzo										
l papiloma humano (VPH)	1ª										
	2ª										
	3ª										
Covid-19	1ª										
	2ª										
	1er Refuerzo										
	2do Refuerzo										

15

Oportunamente con todas las
s hijos; **Garantiza la Protección**
nfermedades como:

s meníngea, **H**epatitis B, **P**oliomielitis,
otras enfermedades causadas por
s Influenzae tipo B, **D**ifteria, **T**osferina,
arrea por rotavirus; **N**eumonía, **O**titis,
bacteriemia causada por Neumococo,
l respiratoria causada por el virus de
, **S**arampión, **R**ubéola, **P**arotiditis,
patitis A, **F**iebre Amarilla y **V**irus del
umano.

ca ya
s vacunas
atis, hazlo de una!

rio de Salud y Protección Social
cción de Promoción y Prevención
ción de Enfermedades Transmisibles
Gestión Integrada de Enfermedades
Inmunoprevenibles

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años			
4 años			
5 años			

*Menor o igual a 20 normal

RACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO									
-l neonatal	Normal		Alterado						
ditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado						
rdiopatía ngénita Compleja	Normal		Alterado						
ual	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						

CIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

lad	Fecha			Valoración Nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
mes							
meses							
meses							
meses							
meses							
7 meses							
3 meses							
9 meses							
ños							
ños							
ños							

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Dylan Torres Valencio

X | | | 1079510410

Tipo de Documento | No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 2 | 11 | 2023

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3320 Talla: 31cm

Dirección: Vda El Diamante

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Paola Andrea Valero

Scanned with CamScanner

de cero a siempre

Ciudad Paicol - Huila

Nombre completo de la niña o niño Dylan Torres Valencia

Fecha de nacimiento 2 11 2023 N° Documento de identidad 1079510410

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ Fecha de tan día de emisión en el año 6 03 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Maria Estefania Calderon

Fecha de registro cualitativo 6 06 2025

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ⊗
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ⊗ Avanzado ○

Observaciones generales

Dylan se encuentra en un perfil de desarrollo Esperado de acuerdo al rango de su edad y al cumplimiento de las dimensiones fundamentales propias de la Escala de Valoración.

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo *(en caso de perfil de desarrollo en alerta)*

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Angelica Quintero

Fecha de registro cualitativo Día 6 Mes 09 Año 2025

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ⊗
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ⊗ Avanzado ○

Observaciones generales

El niño mantiene un desarrollo integral adecuado, respondiendo satisfactoriamente a los logros esperados para su edad, explora activamente los espacios y los objetos, así como la expresión de sus emociones a cerca de las situaciones que vive.

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo *(en caso de perfil de desarrollo en alerta)*

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

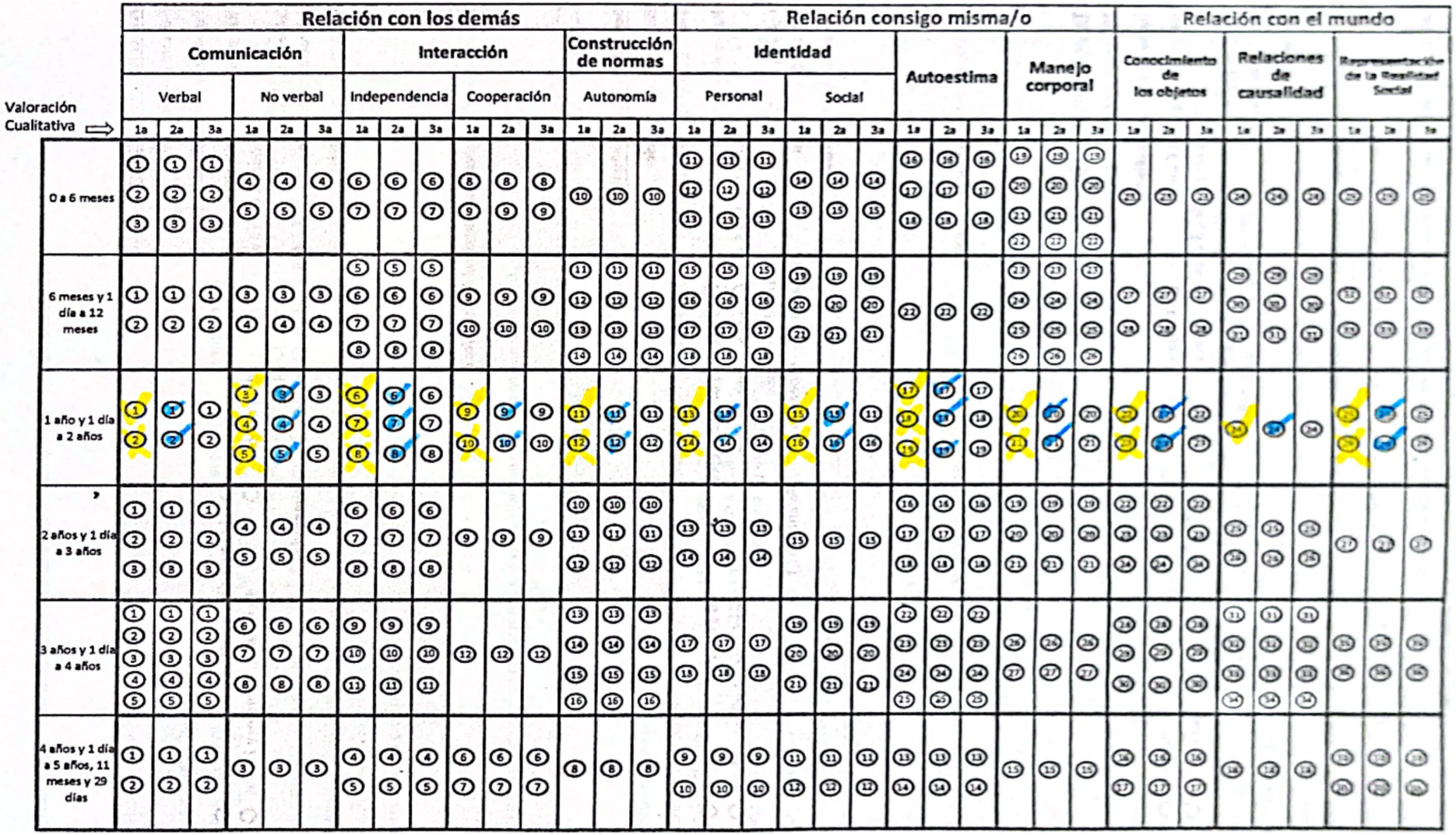
Color de registro valoración cualitativa

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo *(en caso de perfil de desarrollo en alerta)*

Scanned with CamScanner



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

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

Paola Tello

Firma Acudiente
C.C.

17

Scanned with 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 El Carmen, 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 Torres Valencia con RC No 1079510410 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.

18

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 7 del mes MAYO del año 2025, en el Municipio de Pasto.

Paola A Tello
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Estefani Ortiz
AGENTE EDUCATIVA

Scanned with 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 Dylan Torres Valencia, identificado (a) con documento de identidad número 1029310410 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

Autorización - Uso imagen del titular:
Yo, Paola Andrea Valencia Tello, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1089418226 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: PAOLA A. TELLO
Nombre: Paola Andrea Tello
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3227585306
Fecha: 07 de 2025
Municipio: Pasto

19

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.081.418.226
VALENCIA TELLO

APELLIDOS
PAOLA ANDREA

NOMBRES
PAOLA VALENCIA T.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-NOV-1995
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

09-SEP-2014 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1904900-00852897-F-1081418226-20161004 0051604105A 1 44917180

20

Scanned with CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-MAR-1988

PAICOL
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

09-SEP-2016 PAICOL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

P-1905200-00873197-M-1079509801-20161223 0052793844A 1 44913187

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.079.509.801

TORRES RAMIREZ

APELLIDOS

JESUS ALBERTO

NOMBRES

Jesus Alberto Torres Ramirez

FIRMA



21

Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner