Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA NIT 900.192.801-0		CÓDIGO AG-DC-015
	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: Salomon rios rodriguez

RC X No. 1079510351



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			

Scanned with CamScanner

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

NUIP 1.079.510.351

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51432784

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
RIOS	RODRIGUEZ

Nombre(s): SALOMON

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes NOV Día 03	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	221189101742 36

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ CAICEDO YULY ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.149.117	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: RIOS ORDOÑEZ JORDAN CAMILO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.509.775	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RIOS ORDOÑEZ JORDAN CAMILO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.079.509.775	Jordan Camilo Rios O.

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 2022 Mes NOV Día 08	HECTOR BASTIDAS BASTIDAS - REGIST Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Jordan Camilo Rios O. Firma	Nombre y firma

08 NOV. 2022

ESPACIO PARA NOTAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURIA DEL ESTADO CIVIL
PAICOL-HUILA

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

Archivo Copia Estado Civil 1547950-0

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

2

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

Yoly A.R. Caicedo

Firma Acudiente
C.C.

3

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 Yuly Andrea Rodriguez Caicedo identificado (a) con N. de Cedula y/o Tarjeta de Identidad 1004149717 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: Salomon Rios Rodriguez identificado con N° RC: 1079510357, 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 [ ]
- 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,

Stefani C.

Firma del Agente educativo

yudy A.R Caicedo

Firma del Padre/Madre y/o acudiente

4

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 19 - Marzo 2025

Yo Yuly Andrea Rodriguez Caicedo identificado (a) con N. de Cedula y/o Tarjeta de Identidad 1004149117 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: Salomón Rios Rodriguez identificado con N° RC: 1079510351, 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 [ ]
- 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,

Estefanía Cs/l
Firma del Agente educativo

Yuly A R Caicedo.
Firma del Padre/Madre y/o acudiente

5

Scanned with CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 11/08/2025

Ficha: 4151800250400000019

A1

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: SALOMON

Apellidos: RIOS RODRIGUEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079510351

Municipio: Paicol

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/05/2025

Última actualización ciudadano: 09/05/2025

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

6

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	1079510351
NOMBRES	SALOMON
APELLIDOS	RIOS RODRIGUEZ
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	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/17/2025 07:41:21	**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

Scanned with CamScanner

Salomon Rios Rodriguez.

Frecuencia	Profesional	Fecha	Hora	Edad	Peso (Kg)	Talla (cms)	Perímetros	TA	Evaluación nutricional	Firma
1 mes	Medico									
2-3 meses	Enfermera	07/11/23	10:30	2M	5.2kg	56 cm	Pc=37.5cm PB=14cm	—		
4-5 meses	Medico	07/03/23	8:30	4M	5.7kg	58 cm	Pc=41cm	—		
6-8 meses	Enfermera	12/05/23	10:30AM	8M	6.6kg	61 cm	PC: 42cm	—		
9-11 meses	Enfermera	12/08/23	10:00	9M	6.9kg	65cm		—		
12-18 meses	Medico	01/11/23		12M	7,9kg	70cm	pc: 44cm		<talla para E	
18-23 meses	Enfermera	15/04/24	8:26	18M	10kg	76cm	PC=43 PT=45 PB=15 PA=13		P/E90	
24-29 meses	Medico	11/23/24	10:10	24M	10.4	79cm	PC 47 PB 15		Baja talla/E Bajo P/E	
30-35 meses	Medico	13/05/25		30M	11.7	84cm	PC=47 PB=14		Adecuado	
3 años	Medico	05/11/25								
4 años	Enfermera									
5 años	Medico									
6 años	Medico									
7 años	Enfermera									
8 años	Medico									
9 años	Enfermera									
10 años	Medico									
11 años	Enfermera									

Daniela Andrea Sierra Cardona
Surcolombiana
Sain Blas
Alexandra P.
Jaramillo
Alejandra P.

Scanned with CamScanner

Nombres y Apellidos: Salomon Rios Tipo identificación: 1079503351 No. ID:

Edad	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
Recién nacido			Lactancia materna exclusiva Si X No									
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	3	11	2022	Serum	03710MA031	HOSP	3-01-	2023		Elsa P Tatiana Garzon
	Hepatitis B	Recién nacido	3	11	2022	Serum	03210Q0183	HOSP				
2 meses			Lactancia materna exclusiva Si X No									
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	13	01	23	biologicals	21A105	ESE Santa Rosa Paicol				Luisa Lizcano
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	13	01	23	Serum	285 1X0210					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	13	01	23	Serum	285 1X0210					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	13	01	23	Serum	285 1X0210					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	13	01	23	GSK	ARO1D07711AA					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	13	01	23	polisacaride	EX8589					
4 meses			Lactancia materna exclusiva Si No									
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	25	3	23	biologicals	220601 2		09	03	23	
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	25	3	23	Serum	285 1X0400	ESE Paicol				Luisa Lizcano
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	25	3	23	Serum	— — — — — —					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	25	3	23	Serum	— — — — — —					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	25	3	23	GSK	ARO1D09711AA					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	25	3	23	polisacaride	FRH895					
6 meses			Lactancia materna exclusiva Si No									
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	21	06	23	Biological	220705	E.S.E HOSPITAL S.J.N ANTONIO AORADO - HUILA VACUNACION	27	05	23	Angie Moreno
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	21	06	23	Serum	285 1X0400	E.S.E HOSPITAL S.J.N ANTONIO AORADO - HUILA VACUNACION				Angie Moreno
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	21	06	23	Serum	285 1X0400					Angie Moreno
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	21	06	23	Serum	285 1X0400					Angie Moreno
	Influenza estacional	1.ª	21	06	23	Green Cross	V50S3004					
7 meses	Influenza estacional	2.ª	22	07	23	Green Cross	V50S2304					
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	15	11	23	SERUM	0131N0824					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	15	11	23	Polisacaride	FY9925	ESE SALUD ESCA DE UMA PAICO				Luisa Fda. Lizcano A. Aux. Enfermeria C.C. 1.079.509.943
	Varicela	2.ª	15	11	23	merck	X00653 7					
	Hepatitis A	Única	15	11	23	Sinovac						
	Influenza estacional	Anual	15	06	24	Butantan	240097 9					
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	15	06	24	MSD	2234003A					
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	15	06	24	Serum	285 2014C	Paicol	15	06	2024	Elyarca
	Fiebre amarilla	Única	15	06	24	Biomanguinhos	2310VFC60037					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.ª refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	15	06	24	Serum	0153N0614A	Paicol				Elyarca
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Scanned with CamScanner



ATENCIÓN DE SALUD BUCAL

PROCEDIMIENTO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
Extracción Pieza bovina	13	06	2024			
Ldo. Cyb Auxv.	10	04	2025		10	2025

Powered by CamScanner

Scanned with CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad Paicol - Huila

Nombre completo de la niña o niño Salomon Rios Rodriguez

Fecha de nacimiento 3 11 2022 **N° Documento de Identidad** 1079510351

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 6 03 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador María Estefanía 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

El niño Salomon evidencia un desarrollo armonico acorde con su rango de edad manifiesta habilidades dentro de las dimensiones fundamentales que lo situo en un Perfil de desarrollo Esperado.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro 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)***

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)***

11

Scanned with CamScanner

Valoración Cualitativa ⇨	Relación con los demás															Relación consigo misma/o												Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social																	
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10	11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21 22	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	11 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24	22 23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16	17 18	17 18	17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2	1 2	1 2	3	3	3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8	8	8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17	16 17	16 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

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 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): Salomon Rios Rodriguez con RC No 1079510351 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.

12

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 03 del año 2025, en el Municipio de Pasto.

yuly Andrea Rodriguez Caicedo.
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

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 Salomon Rios Rodriguez, identificado (a) con documento de identidad número 1079510351. 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, Yuly Andrea Rodriguez Caicedo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1024149117, 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.

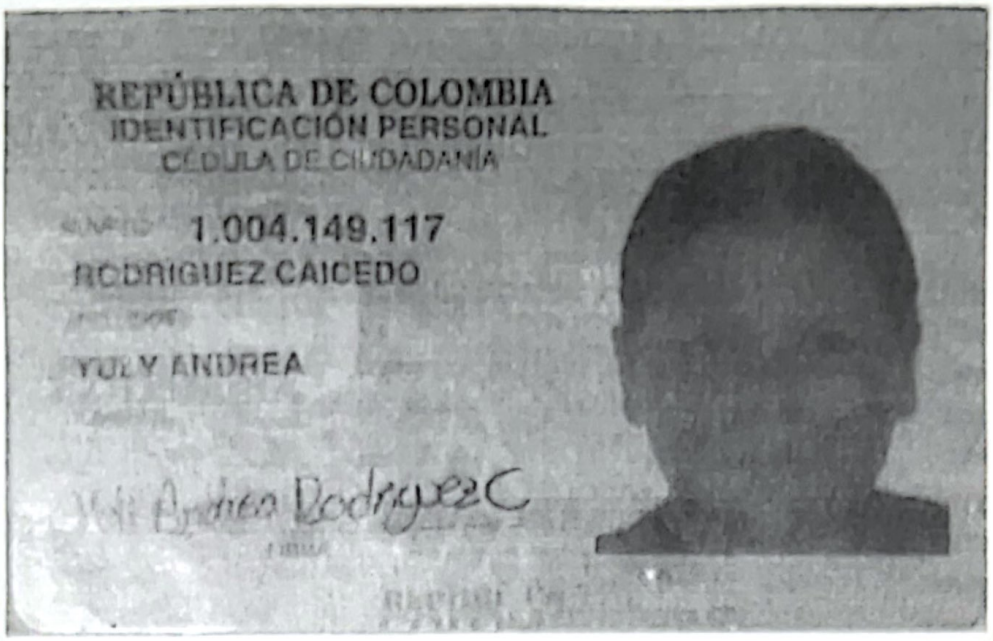
Los productos autorizados son originados por_____, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa _____

Suscriben:

Firma: Yuly Andrea Rodriguez Caicedo
Nombre: Yuli Andrea Rodriguez Caicedo
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3182083017
Fecha: 10/07 de 2025
Municipio: Paiwl

¡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.

Scanned with CamScanner

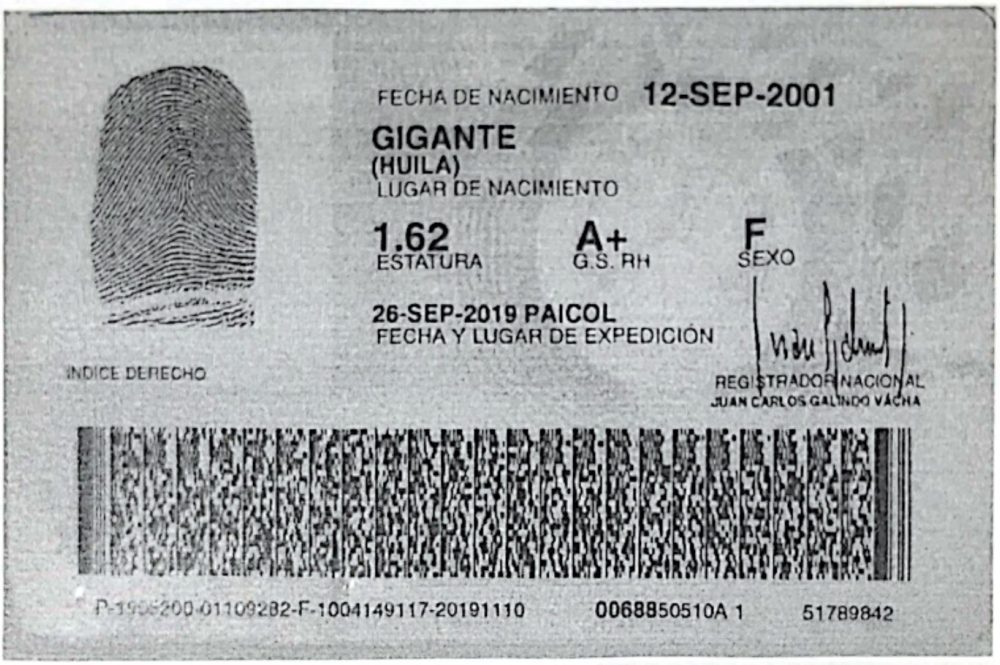


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

1.004.149.117
RODRIGUEZ CAICEDO

YULY ANDREA

Yuly Andrea Rodriguez C



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-SEP-2001
GIGANTE
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62
ESTATURA

A+
G.S. RH

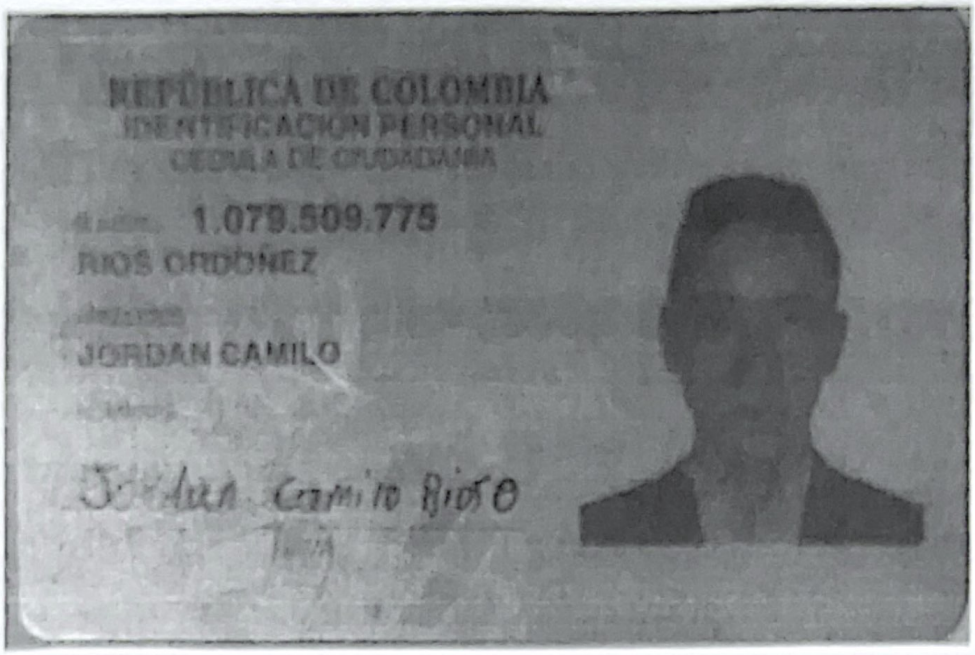
F
SEXO

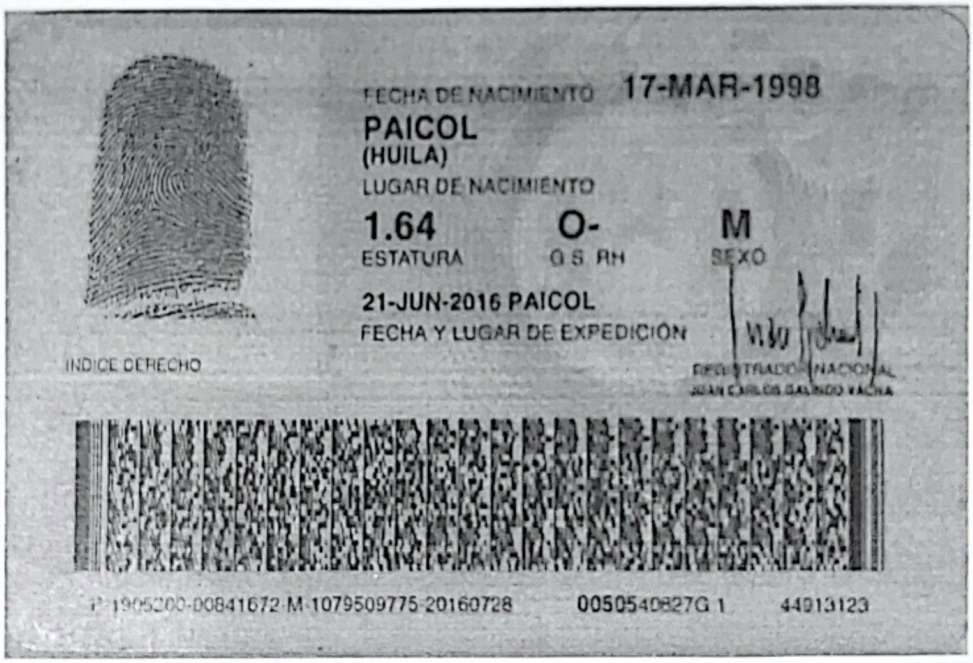
26-SEP-2019 PAICOL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1906200-01109282-F-1004149117-20191110 0068850510A 1 51789842

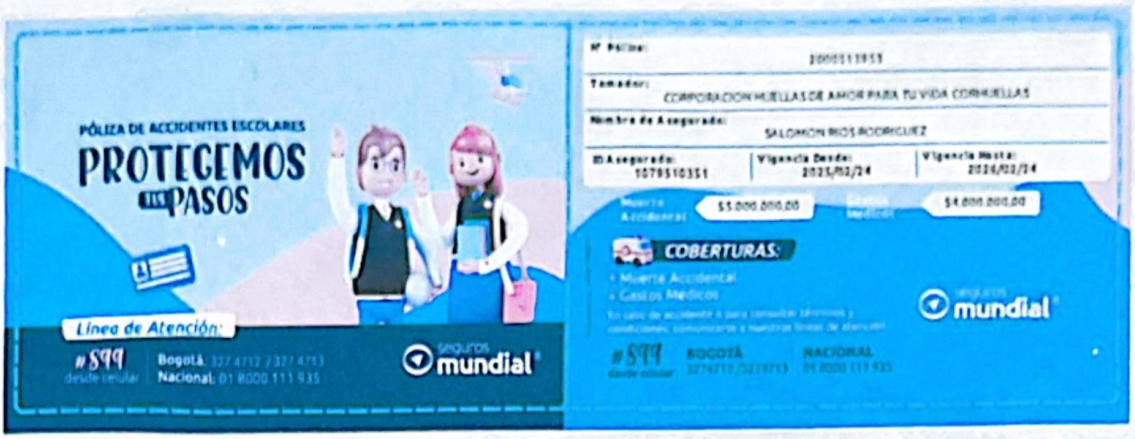
Scanned with CamScanner





15

Scanned with CamScanner


PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES
PROTEGEMOS TUS PASOS
Línea de Atención:
#899 desde celular
Bogotá: 327 4712 / 327 4713
Nacional: 01 8000 111 935
seguros mundial
Nº Póliza:
3000111953
Tomador:
CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS
Nombre de Asegurado:
SALOMON RIOS RODRIGUEZ
ID Asegurado:
1079510351
Vigencia Desde:
2023/02/24
Vigencia Hasta:
2024/02/24
$5.000.000.00
$4.000.000.00
COBERTURAS:
• Muerte Accidental
• Gastos Medicos
seguros mundial
#899
BOGOTÁ
NACIONAL
01 8000 111 935

16