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 Padres Creciendo Juntos 2

PARTICIPANTE: Sol ariana Vasquez Riascos

RC✕ No. 1079510373



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.	N/A		
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

Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACIÓN HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA - CORHUELLAS NIT 900192801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2024	Versión: 1

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

Stefany Prado

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 CON PADRES O CUIDADORES DE DOCUMENTOS FALTANTES Y/O DESACTUALIZADOS

Paicol, Huila _____202

Yo Stefanny Riascos identificado (a) con Cedula y/o Tarjeta de Identidad N° 1004635038 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 _____del mes _____del año_____.

En constancia firman,

_____ STEFANNY RIASCOS

Firma del Agente educativo 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 1.079.510.373

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51432812

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
VASQUEZ	RIASCOS

Nombre(s): COL ARIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes MAR Día 05	FEMENINO	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	2303881036048 94

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: RIASCOS ALDERETE STEFANNY YULIETH

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.635.032	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: VASQUEZ SOSCUE JORGE EDUARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.546.732	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: VASQUEZ SOSCUE JORGE EDUARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.004.546.732	

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 MAR Día 08	VICTOR BASTIDAS BASTIDAS - REGIST
	Nombre y firma

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.005.080-2 TEL. 381 0240

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

3

Scanned with CamScanner

Sisbén

Registro válido

A5

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

Fecha de consulta: 06/03/2025

Ficha: 41518076803600002016

DATOS PERSONALES

Nombres: SOL ARIANA

Apellidos: VASQUEZ RIASCOS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079510373

Municipio: Paicol

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/09/2023

Última actualización ciudadano: 22/09/2023

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**

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 No pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA LIZETH MENDEZ CERQUE

Dirección: Calle 4 No 6 -

Teléfono: 3154610988 - 32063155

Correo Electrónico: sisben@paicol-huila.gov

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	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1079510373
NOMBRES	SOL ARIANA
APELLIDOS	VASQUEZ RIASCOS
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	06/03/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	03/18/2025 14:20:04	**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

5

Scanned with CamScanner

Sol Ariana Vasquez 1079510326

Nombres y Apellidos: **Tipo identificación:** **No. ID:**

Edad	Vacuna que protege contra	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunador	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	06	03	2023	Serum	037MA0943	HOSAP				Alejandra V. Yolanda Martinez
	Hepatitis B	Recién nacido	05	03	2023	Serum	032IA0183D	HOSAP			2023	
						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	11	05	2023	biologicals	220601 2	ese Santa				
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	11	05	2023	Serum	285 1X02 1E	Rosa de				Danna
	Hepatitis B	1.ª	11	05	2023	Serum	285 1X02 1E	Lima				Montealegre
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	11	05	2023	Serum	285 1X02 1E					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	11	05	2023	GSK	AR0LD0911AA	Paicol				
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	11	05	2023	polisacaride	FY99251					
						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	11	07	2023	biologicals	220700 5	ESE	11	09	2023	
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	11	09	2023	Serum	285 1X04 0D	Santa Rosa				
	Hepatitis B	2.ª	11	07	2023	Serum	285 1X04 0D	de Lima				Danna Montealegre
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	11	09	2023	Serum	285 1X04 0D					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	11	07	2023	GSK	AR0LD0911AA	Paicol				
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	11	07	2023	polisacaride	FY99251					
						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐			12	09	2023	
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª				BILTHOVEN	220300 2					
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	28 SEP 2023			Serum	285 1403 7F	ESE SANTA ROSA DE LIMA PAICOL				DANNA MONTEALEGRE
	Hepatitis B	3.ª										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª										
	Influenza estacional	1.ª				GREEN CROSS	V5052300 1					
7 meses	Influenza estacional	2.ª	26	10	2023	GREEN CROSS	V5052300 1		28	10	2023	DANNA M. P
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	06	03	2024	Serum	013304A	ESE Paicol				
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	06	03	2024	PFIZER	GW7665					2402009
	Varicela	2.ª	06	03	2024	MSD	20221005					
	Hepatitis A	Única	06	03	2024	Sinovac						
	Influenza estacional	Anual	20	06	2024	Butantan	2400979	Facpaicol				
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	05	10	2024	Serum	230901 0		28	09	2024	
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	05	10	2024	Serum	285 2X01 3C	Paicol				
	Fiebre amarilla	Única	05	10	2024	Sanofi	A3A8071U.					elgarcia
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.ª refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	05	10	2024	Serum	015300 3A	Paicol				elgarcia
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª						Sanos				
		3.ª						Tadeo				
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

CITAS DE CONTROL

DIA	MES	AÑO	HORA	PROFESIONAL
25	05	2023	6pm	
25	08	2023		
01	09	2023.	Med	
	11	2023.		
14	12	2023	11am	
09	03	2024.	✓	
07	07	2024	7 c/	
20	03	25	08+57	
.	03	26		

Sol Ariana Vasquez Riascos

Powered by CamScanner

Scanned with CamScanner



IAMI

San Sebastián

ATENCIÓN DE SALUD BUCAL

PROCEDIMIENTO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
CPB, fuor, salud oral	13	03	2025		04	2025

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 Pedro 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): Sol Ariana Vasquez Rivera con RC No 1079510373 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.

9

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 03 del año 2025, en el Municipio de Paipa.

Stefanny Rascos

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 Sol Ariana Vasquez Riascos, identificado (a) con documento de identidad número 1079510373 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, _____, quien suscribe el presente documento, 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	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: Stefanny Riascos
Nombre: Stefanny Riascos
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: _____
Municipio: Piscol

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.635.033
RIASCOS ALDERETE
APELLIDOS
STEFANNY YULIETH
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-DIC-2001
POLICARPA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
14-ENE-2020 PAICOL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1905200-01132109-F-1004635033-20200213 0070094916A 1 51789920

11

Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner