Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0		CÓDIGO: AG-DC-016
	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: Eidy Xiomara Lompo Solinas

RC X No. 1079540413



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		X	
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	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA NIT: 900.192.801-9		CÓDIGO: AD-DC-016
	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 Eidy Vanessa Salinas Moreno identificado (a) con N. de Cedula y/o Tarjeta de Identidad 1083923595 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: Eidy Xiomara Campo Sal identificado con N° RC: 1079510413, 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 ☒
- 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 14 del mes 05 del año 2025.

En constancia firman,

Estefanía C.

Firma del Agente educativo

Eidy Vanessa Salinas

Firma del Padre/Madre y/o acudiente

Scanned with CamScanner

Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0		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 19-03-2025 2025

Yo Eidy Vanessa Salinas Moreno identificado (a) con N. de Cedula y/o Tarjeta de Identidad 1083923595 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: Eidy Xiomara Campo Sub identificado con N° RC: 1079510413, 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,

Estefani Cs

Firma del Agente educativo

Eidy Vanessa Salinas

Firma del Padre/Madre y/o acudiente

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.079.510.413

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51432875

51432875

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L 1 0

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

REGISTRADURIA DE PAICOL - COLOMBIA - HUILA - PAICOL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CAMPO	SALINAS

Nombre(s): EIDY XIOMARA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes DIC 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	2312561076921O

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: SALINAS MORENO EIDY VANESSA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.083.923.595	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CAMPO QUINTERO EDGAR

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.389.332	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CAMPO QUINTERO EDGAR

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.079.389.332	Edgar campo Q

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 DIC Día 12	MAURICIO MENESES CORTEALEGRE - REG Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Edgar campo Q Firma	Nombre y firma

12 DIC. 2023

ESPACIO PARA NOTAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURIA DEL ESTADO CIVIL
PAICOL-HUILA

TOMO = FOLIO = SERIAL 51432875
ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL
Y SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO
(Artículo 115 Decreto 1260 de 1970)

P/A
NICTOR CASTRO BASTIDAS
REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
346'6838-4
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

4

Scanned with CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 11/08/2025

Ficha: 41518076803600001532

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: EIDY XIOMARA

Apellidos: CAMPO SALINAS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079510413

Municipio: Paicol

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/05/2023

Última actualización ciudadano: 13/03/2024

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

5

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	1079510413
NOMBRES	EIDY XIOMARA
APELLIDOS	CAMPO SALINAS
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	05/12/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

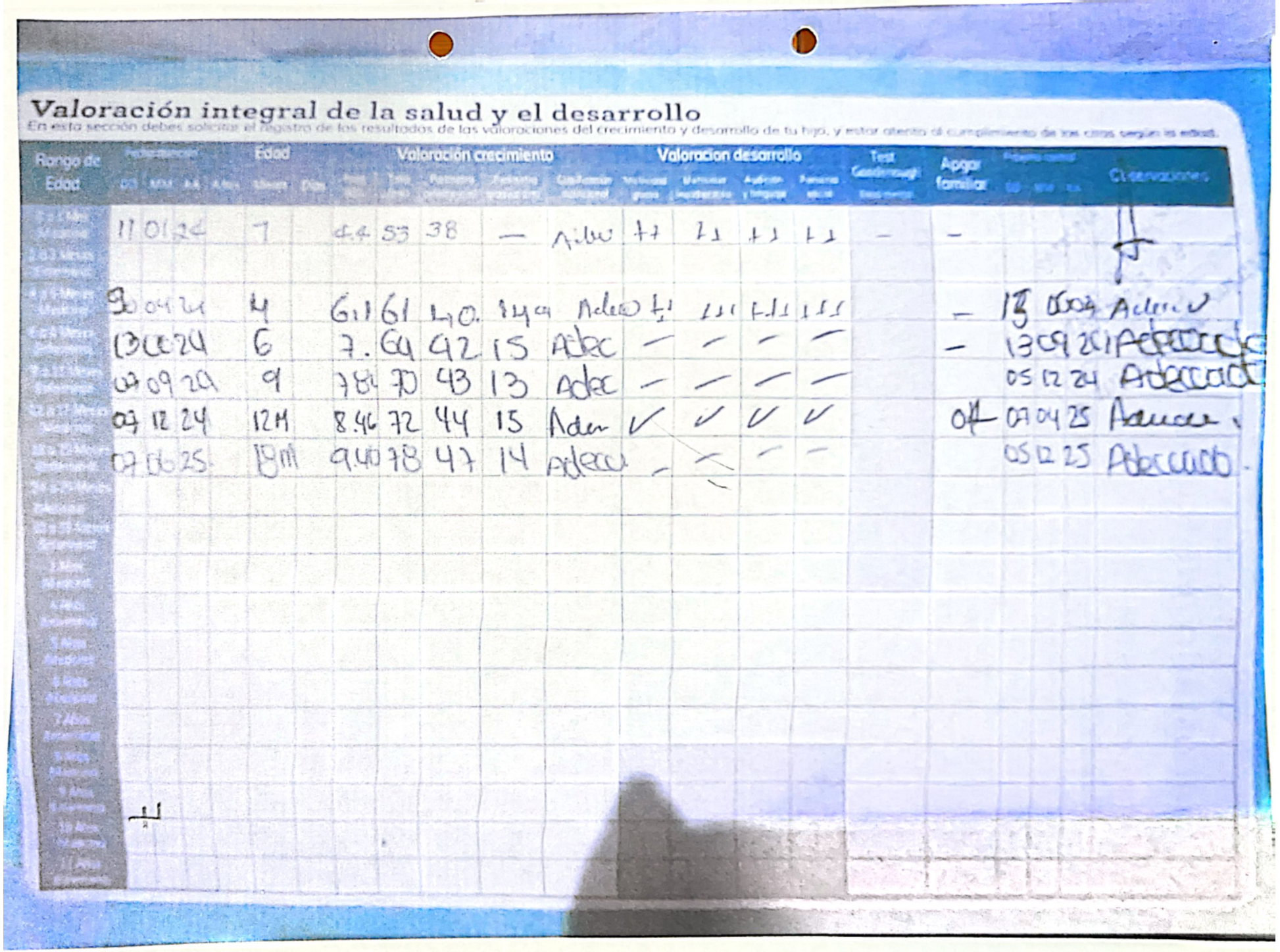
Fecha de Impresión:	08/17/2025 07:36:33	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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 atención DD MM AA	Edad Años	Meses	Días	Valoración crecimiento Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	Clasificación nutricional	Valoración desarrollo Motricidad gruesa	Motricidad fina/adaptativa	Audición y lenguaje	Personal social	Test Graham-Rugli	Apgar familiar	Próxima cita DD MM AA	Observaciones
	11 01 24	7		4.4	53	38	—	Adec	✓	✓	✓	✓	—	—			
	9 04 24	4		6.1	61	40	14	Adec	✓	✓	✓	✓		—	13 06 24	Adec ✓
	13 06 24	6		7.6	64	42	15	Adec	—	—	—	—		—	13 09 24	Adecuado
	03 09 24	9		7.8	70	43	13	Adec	—	—	—	—			05 12 24	Adecuado
	04 12 24	12M		8.46	72	44	15	Adec	✓	✓	✓	✓		OA	07 04 25	Asuca
	07 06 25	18M		9.40	78	47	14	Adecu	—	—	—	—			05 12 25	Adecuado

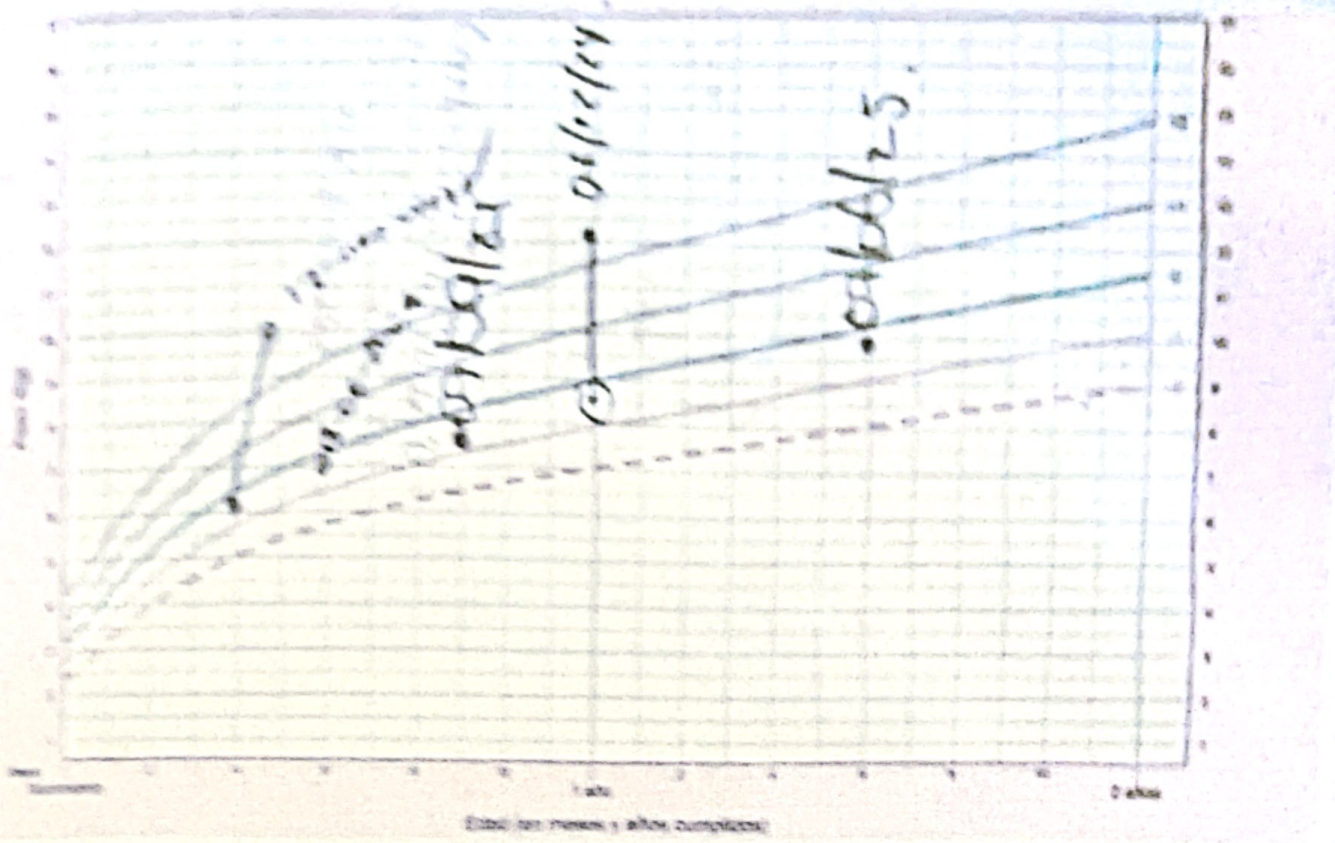
Scanned with CamScanner

Verifica que el profesional de salud los diligencie según la edad.

Peso para la edad niñas

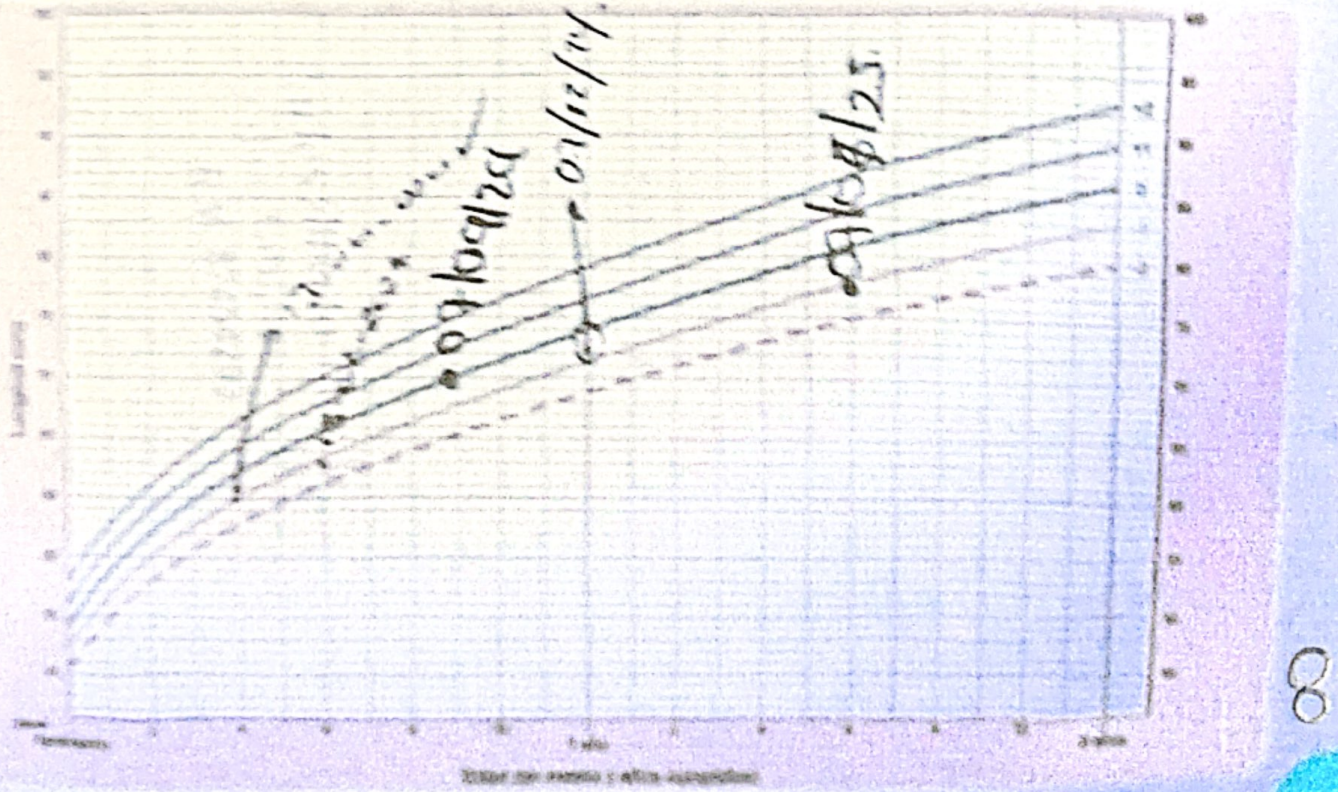
Puntuación Z (0 a 2 años)

Niñas de 0 a 2 años



Talla para la edad niñas

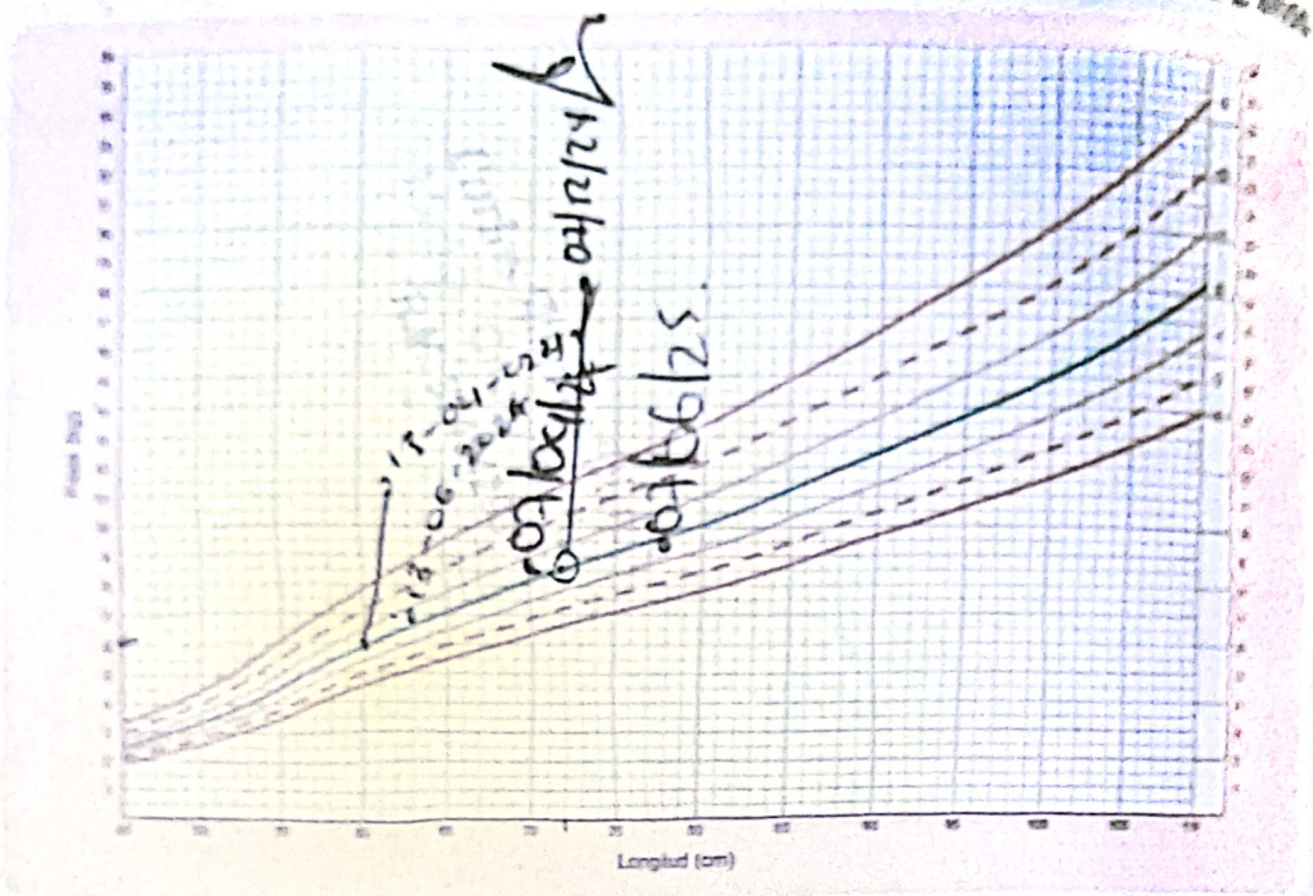
Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso para la talla niñas

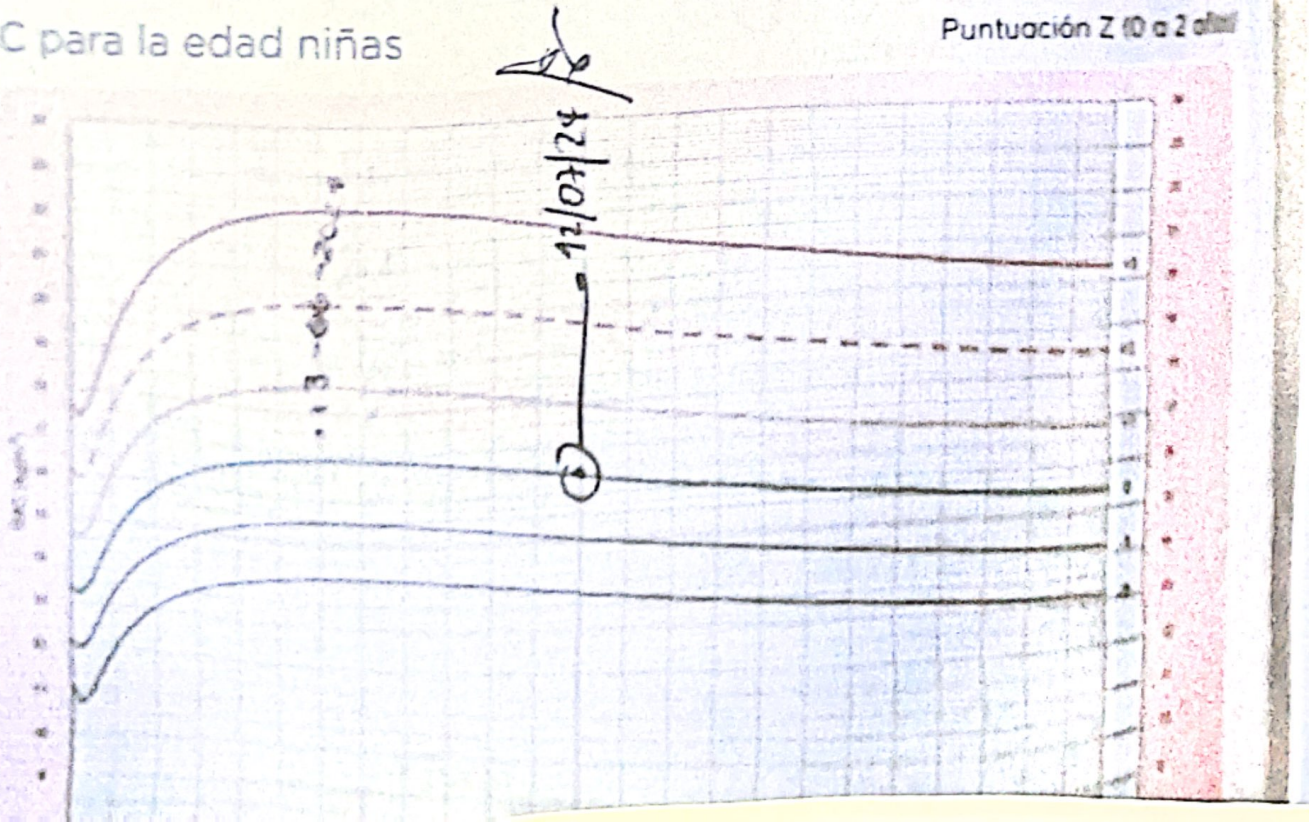
Puntuación Z (0 a 2 años)

Niñas de 0 a 2 años



IMC para la edad niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Scanned with CamScanner

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCION SOCIAL

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Eidy Xiomara Campo Salinas

CNV 23123810769210

R.C	TI	OTRO	1079510413.

Tipo de Documento — No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 05 (DIA) 12 (MES) 2023 (AÑO)

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3189. Talla: 39 cm

Dirección: Bllas Delicias / Vda El Carmen.

Teléfono 1: 3227667026

Teléfono 2:

Responsable: Eidy Vanesa Salinas

Municipio de residencia: Palco

Departamento: Huila.

CC 1083923595

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

Edad	Fecha			Valoración Nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

10

Scanned with CamScanner

Nombres y Apellidos: Eidy Xiomara Lumpo Subiros | Tipo de Indentificación | No. ID:

	Vacunas	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	Sitio de aplicación	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombre y firma del vacunador
Recien nacido	Lactancia materna exclusiva	Unica	06	12	2023	Serum	0 3 7 2 M A D S L	Si X No				HUSPLO PLATA
		Recien nacido	05	12	2023	Serum	0 3 2 3 C O O S E		DS	D2	2024	HDSPLO PLATA
2 meses	Lactancia materna exclusiva							Si No				
		"	5	02	2024	Serum	2 2 3 5 0 0 1					
		"	5	02	2024	Serum	2 B S 2 X 0 0 3 M					
		"	5	02	2024	Serum	2 B S 2 X 0 0 3 M					
		"	5	02	2024	Serum	2 B S 2 X 0 0 3 M					
		"	5	02	2024	GSK	A R 0 L D 4 6 6 A B		Esc Santa Rosa de Lima	5.04- 2024		
		"	5	02	2024	Pfizer	F Y 9 9 2 5					
4 meses	Lactancia materna exclusiva							Si No				
		2"	13	04	24	Serum	2 2 3 4 0 0 2					
		2"	13	04	24	Serum	2 B S 2 X 0 1 4 C					
		2"	13	04	24	Serum	2 B S 2 X 0 1 4 C					
		2"	13	04	24	Serum	2 B S 2 X 0 1 4 C					
		2"	13	04	24	GSK	A R 0 L D 7 J 0 A M		ESE Paicol			elyoca
		2"	13	04	24	Pfizer	6 W 7 6 6 5					
6 meses	Lactancia materna exclusiva							Si No				
		3"	13	06	24	Serum	2 2 3 4 0 0 3					
		3"	13	06	24	Serum	2 B S 2 X 0 1 4 C		ESE Paicol			
		3"	13	06	24	Serum	2 B S 2 X 0 1 4 C					
		3"	13	06	24	Serum	2 B S 2 X 0 1 4 C					
		"	13	06	24	Butantan	2 4 0 0 9 7 9					
7 meses		2"	17	09	24	Butantan	2 4 0 0 9 7 9		Paicol	13 09 24		elyoca
12 meses		"	14	12	24	Serum	0 1 5 3 N 0 0 3 A					
		Refuerzo	14	12	24	Pfizer	6 X 5 1 3 9					
		"	14	12	24	MSD	X 6 0 0 7 6 2 2		Paicol			elyoca
		Unica Anual	14	12	24	MSD	Y 0 0 5 2 0 5					
18 meses		1er Refuerzo	08	07	25	Serum	2 3 3 3 0 1 0 1		Ese Paicol			elyoca
	X	1er Refuerzo	08	07	25	Serum	2 B 5 3 X 0 2 0 B		Ese Paicol			elyoca
		Unica	08	07	25	Biomanguinhos	2 4 6 0 0 B 3 0		Ese Paicol			elyoca
5 años		2da Refuerzo	08	07	25	Serum	0 1 3 3 N 1 2 1 A		Ese Paicol			elyoca
		2da Refuerzo										
		Refuerzo										
9 años		1"										
		2"										
		3"										
		1"										
		2"										
		1er Refuerzo										
		2do Refuerzo										
	Varicela											
	Influenza	1ª	08	07	25	Segirus	P 1 0 0 7 9 0 B 0 4		Ese Paicol			elyoca

*Sin acuerdo al antecedente de primovacunación

**A los 12 meses en Municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

Scanned with CamScanner

Powered by 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 integral en salud bucal por Odontólogo	Control de placa bacteriana	Aplicación Flúor	Aplicación selantes	OBSERVACIONES
02 06 2015	16					X.		Sana.
12 xi 5								

Edad inicio higiene oral:

Edad inicio dentición:

Alteraciones cavidad oral

No: Sí:

Tipo de alteración:

Scanned with CamScanner

Carné Digital de Vacunación

Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

Nombres y apellidos / Full name: EIDY XIOMARA CAMPO SALINAS

Tipo de identificación / ID Type: REGISTRO CIVIL

Número de identificación / ID Number: 1 0 7 9 5 1 0 4 1 3

Fecha de nacimiento / Date of birth: 05/12/2023

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3227667026

Correo electrónico / e-mail: NOTIENE@HOTMAIL.COM

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Recién nacido	HEPATITIS B (PEDIATRICA)	Adicional	5	12	2023	Serum	0323Q005F	LA PLATA E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA	JOHANA MILDRED LEMUS CORTES
Recién nacido	BCG	Única	5	12	2023	Serum	0372MA052	LA PLATA E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA	JOHANA MILDRED LEMUS CORTES
2 meses	Rotavirus	Primera	5	2	2024	Fabricante	AROLD466AB	PAICOL E.S.E SANTA ROSA DE LIMA	ELY YOJANA ROJAS CABRERA
2 meses	Pentavalente PAI	Primera	5	2	2024	Serum	2852X003A	PAICOL E.S.E SANTA ROSA DE LIMA	ELY YOJANA ROJAS CABRERA
2 meses	Neumococo 13 valente	Primera	5	2	2024	PFIZER	FY9925	PAICOL E.S.E SANTA ROSA DE LIMA	ELY YOJANA ROJAS CABRERA
2 meses	Antipolio Inactivo (VIP)	Primera	5	2	2024	Fabricante	2235001A	PAICOL E.S.E SANTA ROSA DE LIMA	ELY YOJANA ROJAS CABRERA
4 meses	Pentavalente PAI	Segunda	13	4	2024	Fabricante	2852X014C	PAICOL E.S.E SANTA ROSA DE LIMA	ELY YOJANA ROJAS CABRERA
4 meses	Neumococo 13 valente	Segunda	13	4	2024	Fabricante	GW7665	PAICOL E.S.E SANTA ROSA DE LIMA	ELY YOJANA ROJAS CABRERA
4 meses	Rotavirus	Segunda	13	4	2024	Glaxo SmithKline	AROLD750AA	PAICOL E.S.E SANTA ROSA DE LIMA	ELY YOJANA ROJAS CABRERA
4 meses	Antipolio Inactivo (VIP)	Segunda	13	4	2024	Bilthoven Biologicals BV	2234002A	PAICOL E.S.E SANTA ROSA DE LIMA	ELY YOJANA ROJAS CABRERA
6 meses	Antipolio Inactivo (VIP)	Tercera	13	6	2024	Fabricante	2234003A	PAICOL E.S.E SANTA ROSA DE LIMA	ELY YOJANA ROJAS CABRERA
6 meses	Pentavalente PAI	Tercera	13	6	2024	Fabricante	2852X014C	PAICOL E.S.E SANTA ROSA DE LIMA	ELY YOJANA ROJAS CABRERA
6 meses	INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA	Primera	13	6	2024	BUTANTAN	2400979-00	PAICOL E.S.E SANTA ROSA DE LIMA	ELY YOJANA ROJAS CABRERA
7 meses	INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA	Segunda	7	9	2024	BUTANTAN	2400979-00	PAICOL E.S.E SANTA ROSA DE LIMA	ELY YOJANA ROJAS CABRERA

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica quelos datos aquí dispuestos fueron extraidos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

Proxima cita: Sabado 7-12-2024 Vacunas del Año

13

Scanned with CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad Pitalito-Huila

Nombre completo de la niña o niño Eidy Xiomara Campo Salinas

Fecha de nacimiento 5 12 2023 **N° Documento de Identidad** 1079 510413

Sexo Masculino ○ Femenino ⊗ **Fecha de 1er día de atención 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

Teniendo en cuenta los Items propios de las dimensiones fundamentales según su rango de edad se encuentra en un Perfil de desarrollo Esperado se continuara potenciando sus habilidades en su proceso.

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 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

Presenta un nivel de esperado en su desarrollo integral para la edad, su proceso evolutivo es favorable ya que refleja un crecimiento positivo.

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

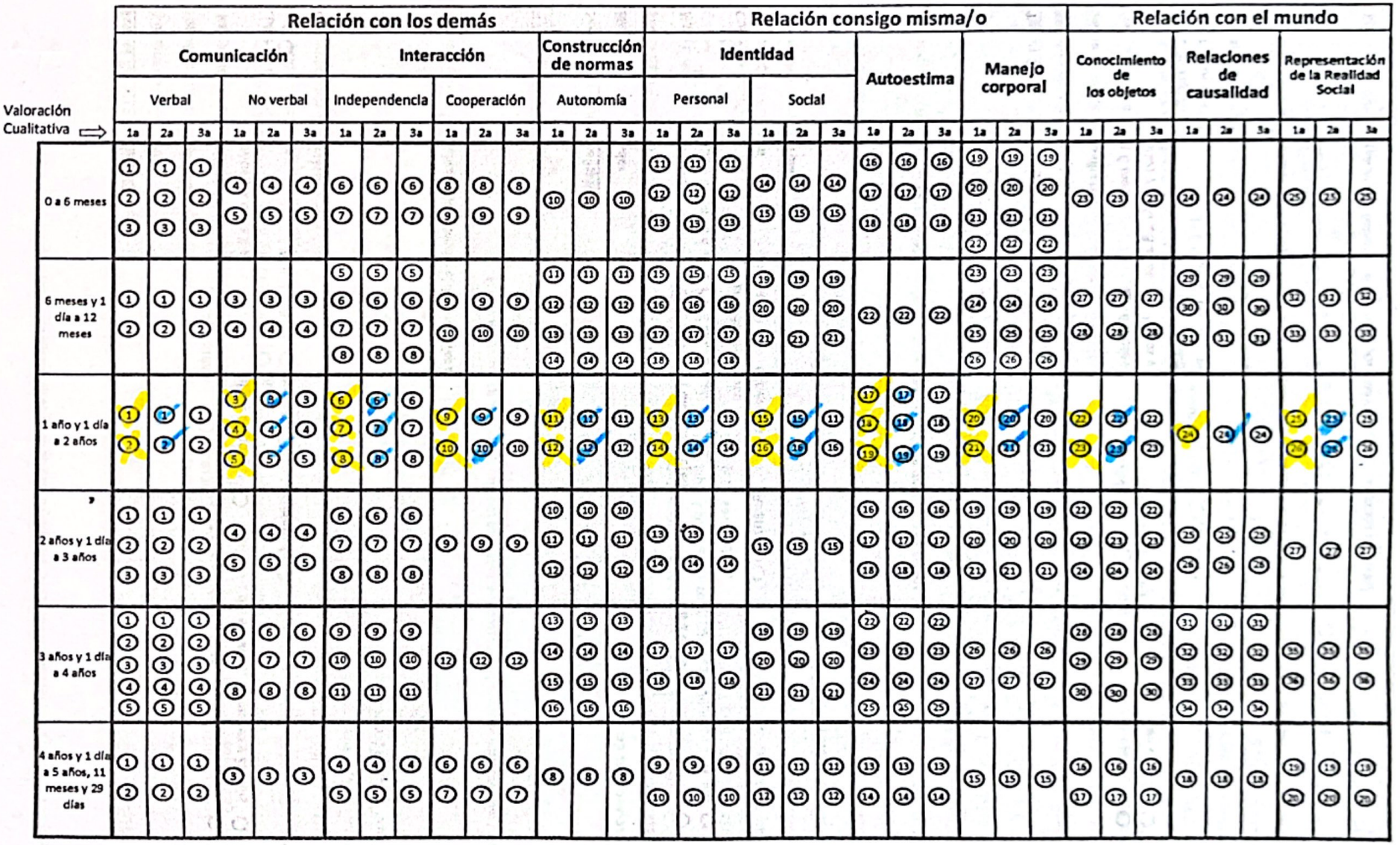
Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

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

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

Eidy Vanessa Salinas
Firma Acudiente
C.C.

15

Dirección: Carrera 1B No 2-21 Oficina 401 Barrio Quinche Pitalito Huila
Correo electrónico: corhuellasamorvida@gmail.com
Teléfono: 3116326285 - 3124841272

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): Fidy Xiomara Compos. con RC No 1079510413 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.

16

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 Marzo del año 2025, en el Municipio de Puicol.

Eidy Vanessa Salinas
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Estefanía Calderon
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 Erdy Yonairo Garcia, identificado (a) con documento de identidad número 1039310413, 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.

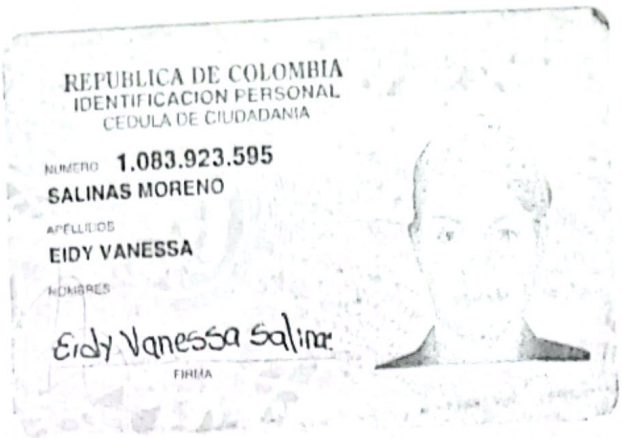
Los productos autorizados son originados por_____, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa _____

Suscriben:

Firma: Erdy Vanessa Salinas
Nombre: Erdy Vanessa Salinas
Calidad - Titular: _____Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3227667026
Fecha: Marzo 7 de 2025
Municipio: Pasto

17

Scanned with CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.083.923.595
SALINAS MORENO
APELLIDOS
EIDY VANESSA
NOMBRES

Eidy Vanessa Salinas
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-ENE-1998
PITALITO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
08-MAR-2016 PITALITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1906100-00831562-F-1083923595-20160521 0049885749A 1 45982992

18

Scanned with CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.079.389.332
CAMPO QUINTERO
APELLIDOS
EDGAR
NOMBRES
EDGAR campo
FIRMA

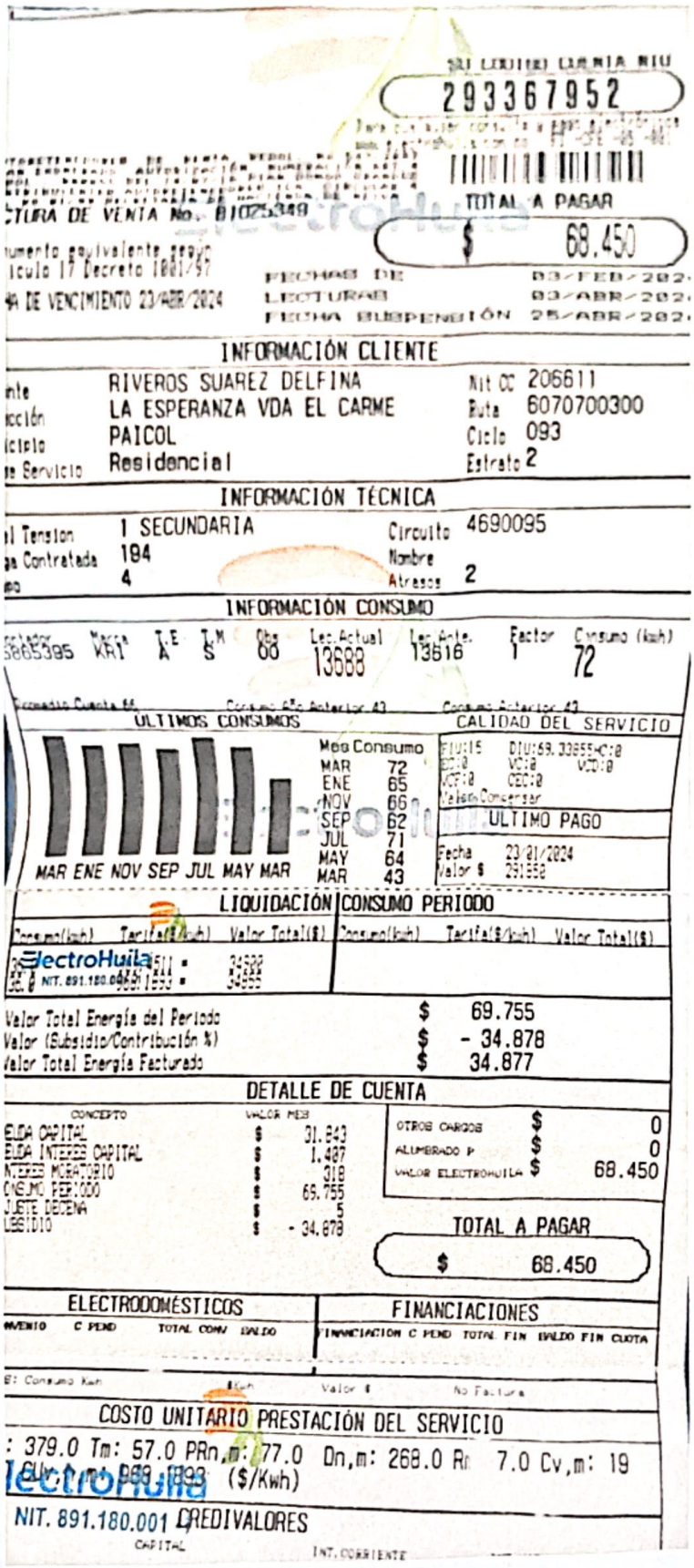


FECHA DE NACIMIENTO 09-ABR-1990
LA ARGENTINA (PLATA VIEJA)
LA ARGENTINA (HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
24-ABR-2008 AGRADO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-1900700-00098502-M-1079389332-20081016 0004481166A 1 28274168

Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner



293367952

TOTAL A PAGAR

$ 68.450

CTURA DE VENTA No. 81025349

umento equivalente segun
ículo 17 Decreto 1001/97

FECHAS DE LECTURAS: 03/FEB/202· 03/ABR/202·

A DE VENCIMIENTO 23/ABR/2024

FECHA SUSPENSIÓN 25/ABR/202·

INFORMACIÓN CLIENTE

nte	RIVEROS SUAREZ DELFINA	Nit CC	206611
icción	LA ESPERANZA VDA EL CARME	Ruta	6070700300
icipio	PAICOL	Ciclo	093
e Servicio	Residencial	Estrato	2

INFORMACIÓN TÉCNICA

l Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	4690095
ga Contratada	184	Nombre	
ero	4	Atrasos	2

INFORMACIÓN CONSUMO

Medidor	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
5685395	KRT	A	S	60	13888	13816	1	72

Consumo Cuenta $: Consumo Año Anterior: 43 Consumo Anterior: 43

ULTIMOS CONSUMOS

Mes Consumo	
MAR	72
ENE	65
NOV	66
SEP	62
JUL	71
MAY	64
MAR	43

CALIDAD DEL SERVICIO

DIU:15 DIU:69.33855HC:0
SAI:0 VCI:0 VCO:0
VCF:0 CEC:0
Valor Consensar

ULTIMO PAGO

Fecha 23/01/2024
Valor $ 291958

LIQUIDACIÓN CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)	Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
72	484.511	34888			
NIT. 891.180.001	484.1553	34888			

Valor Total Energía del Periodo	$	69.755
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 34.878
Valor Total Energía Facturado	$	34.877

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
EUDA CAPITAL	$ 31.843
EUDA INTERES CAPITAL	$ 1.487
NTERES MORATORIO	$ 318
ONSUMO PERIODO	$ 69.755
UBSTE DECENA	$ 5
UBSIDIO	$ - 34.878

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P	$	0
VALOR ELECTROHUILA	$	68.450

TOTAL A PAGAR

$ 68.450

ELECTRODOMÉSTICOS

VENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

Consumo Kwh $/Kwh Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

: 379.0 Tm: 57.0 PRn,m: 77.0 Dn,m: 268.0 Rn 7.0 Cv,m: 19

($/Kwh)

NIT. 891.180.001 CREDIVALORES

CAPITAL INT. CORRIENTE

21

Scanned with CamScanner