

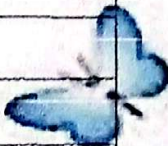
 Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025	Versión: 1

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS NIÑO/A PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR

UDS: DE LA MANO FAMILIAR 2 SEMILLAS DEL FUTURO
PARTICIPANTE: JHON ALEX MORALES GARCIA
RC No. 1079413590

FOTO DEL PARTICIPANTE



DOCUMENTO Y REQUERIDO PARA FOCALIZAR	CUMPLE	COMPROMISO
Fotocopia del Registro civil de nacimiento (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)		
Fotocopia del criterio de focalización según la guía del ICBF. SISBEN		
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social		
Fotocopia de la valoración integral en salud/ control de crecimiento y desarrollo		
Copia del carné de vacunación actualizado según la edad.		
Copia del carnet u/o certificado de asistencia a consulta de salud oral.		
Carnet póliza de seguro		
Certificado de examen de agudeza visual Y tamizaje auditivo. (Aplica para niñas y niños al cumplir los 4 años)		
Para identificar lugar de residencia, fotocopia de un recibo de servicios público.		
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable		
Formato autorización toma de fotos y vídeos		
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos		
Acta de aprobación pacto de convivencia		
Formato veracidad de la información diligenciamiento ficha de caracterización		
Formato escala de valoración cualitativa		



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 64188600

NUIP 079 413 874

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría ☐	Notaría ☐	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	K Z Y
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
REGISTRADURÍA DE TESALIA - COLOMBIA - HUILA - TESALIA							
Datos del inscrito							
Primer Apellido				Segundo Apellido			
MORALES				GARCIA			
Nombre(s)							
JHON ALEX							
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo		Factor RH	
Año 2024	Mes 10	Día 01	MASCULINO	0	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						24122411248877	
Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)							
Apellidos y nombres completos							
GARCIA CARRILLO ZORIANNY DEL CARMEN							
Documento de identificación (Clase y número)						Nacionalidad	
CE 29781723						VENEZUELA	
Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)							
Apellidos y nombres completos							
MORALES GONZALEZ JOHN FREDY							
Documento de identificación (Clase y número)						Nacionalidad	
CC 1.079.410.456						COLOMBIA	
Datos del declarante							
Apellidos y nombres completos							
MORALES GONZALEZ JOHN FREDY							
Documento de identificación (Clase y número)						Firma	
CC 1.079.410.456						Jhon Fredy Morales	
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	

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Registro válido

17/03/2025

41797118640100000102

Fecha de consulta:

Ficha:

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JHON ALEX

Apellidos: MORALES GARCIA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079413874

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

03/10/2020

Última actualización ciudadano:

10/01/2025

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:

VANESSA MAZABEL PERDOMO

Dirección:

Carrera 9 No 6 - 11

Teléfono:

8377022 - 3134061848

Correo Electrónico:

sisben@tesalia-huila.gov.co

3



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	1079413874
NOMBRES	JHON ALEX
APELLIDOS	MORALES GARCIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	TESALIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	21/12/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 03/17/2025 10:05:01 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

4



CONSULTA EXTERNA

IDENTIFICACION

Paciente:	JHON ALEX MORALES GARCIA	Documento:	RC No. 1079413874
Entidad:	NOVA EPS	F. Nacimiento:	20 - dic - 2024
País:	COLOMBIA	Ciudad:	TESALIA
Dirección:	V/EL CENTRO (EL CENTRO)	Teléfonos:	3144893598
Grupo poblacional:	No definido	Etia:	OTRO
Nivel Educativo:	No Definido	Ocupación:	No aplica
Acompañante:		Parentesco:	

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta
INGRESO AL PROGRAMA A RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD- CONTROL DE PRIMERA INFANCIA

Historia Enfermedad Actual
PACIENTE DE 4 MESES DE VIDA, EN BRAZOS DE SU MADRE PRODUCTO DE EMBARAZO DE 37 SEMANAS VIA CESAREA MOTIVADA POR EMBARAZO GEMELAR, SIN COMPLICACIONES EN EL PARTO, NI EN LA ADAPTACION NEONATAL, CON UN AGUAR ADECUADO EN LA PLATA HUILA, CON PESO AL NACER DE 3.085 GR TALLA 48 CM HEMOCLASIFICACION OX, MANIFIESTA SIN COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO, REFIERE EMBARAZO PLANEADO Y DESEADO, PRODUCTO DE LA 3 GESTACION, PARACLINICOS E INFECCIOSOS NEGATIVOS DURANTE EL CONTROL PRENATAL DE LA MADRE Y EN EL PARTO, NIEGA PATOLOGIAS DURANTE EL EMBARAZO NIEGA ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA SIN ALTERACION EN EL TAMBIEN DE ERRORES INATOS DEL METABOLISMO Y SIN ALTERACION EN EL TAMBIE DE CARDIOPATIA CONGENITA QUE ASISTE A CONSULTA DE ATENCION INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA, ACTUAMENTE ASINTOMATICO (NIEGA FIEBRE, DIARREA, ERUPCIS, SINTOMAS RESPIRATORIOS, HIPOREXIA, OLISEA NIEGA SINTOMAS OTOLÓGICOS Y OTROS), MADRE REFIERE VACUNAS AL DIA (TRAJE CARNE), EL MENOR VIVE CON SU MADRE, PADRE Y HERMANO CON BUENAS RELACIONES INTERPERSONALES ENTRE ELLOS Y EL MENOR SIN ALTERACION EN EL ESTADO MENTAL DE FAMILIARES NI EXPOSICION A CONSUMO DE SPA O HUMO TANTO DE TABACO COMO DE LEVA CON BUENA RELACION CON SU ENTORNO COMO COMPLEMENTO DE SU FAMILIOGRAMA, SIN ANIMALES DOMESTICOS, NO INSECTOS O ROEDORES SIN CONSULTA EN URGENCIAS EN LOS ULTIMOS MESES, SIN SIGNOS DE MALTRATO INFANTIL O VIOLENCIA DOMESTICA REFERIDA POR ACUIDENTE Y DURANTE EL CONTROL.

Alimentación: RECIBE ALIMENTACION DE FORMULA CON NESTLENO, TECNICA ADECUADA, BUENA SUCCION Y AGARRE DEL SENO CON QUE FRECUENCIA CADA 2 HORAS

Antecedentes familiares: NEGATIVOS

Sueno: DUERME CON PADRES, EN HABITACION DE SUS PADRES, APROXIMADAMENTE 12 HORAS.

Habito urinario y fecal: CAMBIO DE PAÑAL 4 VECES AL DIA, CARACTERISTICAS DE LA ORINA NORMAL, MATERIA FECAL BRISTOL 6.

Sin control de estínteres: SE PRESENTA POR PARTE DE CUIDADOR LAVADO DE MANOS POSTERIOR A CAMBIO DE PAÑAL

Uso de dispositivos tecnológicos: 0 HORAS

Hospitalizaciones: NIEGA

Oodontología: NA

Proxima vacuna: A LOS 6 MESES

Tamizaje auditivo: SI, RESULTADO NORMAL REFERIDO POR ACUIDENTE NO TRAE REPORTE

Tamizaje oftalmológico: SI, RESULTADO NORMAL REFERIDO POR ACUIDENTE NO TRAE REPORTE

Reporte de TSH neonatal: NEGATIVO

PAI completo para la edad:

Agar familiar: BUENA FUNCION FAMILIAR.



CONSULTA EXTERNA

QUESTIONARIO VALE: 0 PUNTOS

REVISION POR SISTEMAS

Sintomatología General: No Refiere, Cabeza Cuello: No Refiere, Neurológico: No Refiere, Endocrino: No Refiere, Respiratorio: No Refiere, Cardiovascular: No Refiere, Gastrointestinal: No Refiere, Genitourinario: No Refiere, Locomotor: No Refiere, Piel y Fieras: No Refiere, Osteomuscular: No Refiere.

EXAMEN FISICO

Signos vitales:

Tension Arterial 90/60 Frecuencia Cardiaca 70 Frecuencia Respiratoria 18 Temperatura 36 Talla 64 Peso 6.54 IMC 15.97 Perímetro cefálico: 41 PANI: 70 Relaciones sexuales sin protección: No Indagado. ¿Consumo alcohol? No Indagado. ¿Consumo sustancias psicoactivas? No Indagado ¿Fuma? No aplica. ¿Realizó examen de mama? No Indagado. ¿Realizó examen de próstata? No aplica ¿Realizó examen de agudeza visual? No Indagado. ¿Vacunado(a) por COVID? No. Dosis: N/A. Formula desparasitaria: No. Entrega suplemento: No Indagado Factores de RCV: No definido. Estado de RCV: No definido. Clasificación de RCV: No evaluado

Estado General: Buenas condiciones generales, Cabeza y Cuello: Normocéfalo, escleras anictéricas, conjuntivas normocrómicas, cielo simétrico sin adenopatías, Neurológico: Alerta, consistente orientado, pupilas isocóricas reactivas a la luz, no asimetría fadil, no signos meníngeos, no déficit motor ni sensitivo, no focalización, Ocular: Normal, Otorrinolaringológico: Normal, Torax: Simétrico con adecuada expansión de ambos campos pulmonares, sin presencia de rales sub costales, Cardiorpulmonar: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, pulmones normoventilados sin agregados, Dorso - Lumbart: Normal, Abdominal: Normal, Extremidades: Normal, Piel y fieras: Normal, Genitourinario: Normal, Tacto rectal: Normal, Mamas: Normal, Locomotor: Normal, Ganglionar: Normal, Signos Vitales: Normal,

Sintomático Respiratorio: NO **Sintomático Piel:** NO **Sintomático Sistema Nervioso:** NO

IMPRESION DIAGNOSTICA

Dx Principal: 2001 CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO

Dx Relacional 1

Dx Relacional 2

Dx Relacional 3

Dx Relacional 4

PACIENTE QUE ACUDE CON MADRE AL CONTROL DE PRIMERA INFANCIA SEGUN LA PERCEPCION DE LOS PADRES REFIEREN HA DISMINUIDO DE PESO DEBIDO A NAUSEAS, ASINTOMATICO SEGUN LA ESCALA ABRETIADA DEL DESARROLLO CON DESARROLLO ESPERADO PARA LA EDAO/ NIEGA RIESGO DE PROBLEMAS DEL DESARROLLO NO EVIDENCIA SEGUN ESCALA DE TEST Y CHAT SIGNOS DE AUTISMO/ NIEGA SOSPECHA DE PROBLEMAS DEL DESARROLLO INFANTIL CON PARAMETROS ANTROPOMETRICOS NORMALES PARA LA EDAO, NO IDENTIFICÓ SIGNOS DE VIOLENCIA FISICA Y SEXUAL, HEREDITARIAMENTE ESTABLE, APEBELL A LA VALORACION DE LA SALUD VISUAL EL EXAMEN OFTALMOSCOPICO SIN ALTERACION DE LAS ESTRUCTURAS OCULARES Y SIN ALTERACIONES CON EL USO DE OFTALMOSCOPIOS A LA VALORACION DE LA SALUD AUDITIVA Y COMUNICATIVA SIN ALTERACION EN ENTENDIMIENTO VISUAL Y OTOSCOPIA BILATERAL NORMALES, IGUALMENTE LAS FUNCIONES DE LA ARTICULACION, VOZ, HABLA Y DESEMPEÑO COMUNICATIVO SIN ALTERACIONES YALE SIN ALTERACION NO ALTERACION A NIVEL DE ESTRUCTURAS DENTOMAXILOFACIALES, ESTRUCTURAS DENTALES NORMOCÉFALO CUELLO FLEXIL SIN ADENOPATIAS NO EVIDENCIA DE CRECIMIENTO TIROIDEAS, NO PALLAZOS CROFARINGERO, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS AL EXAMEN ASOMINAL SIN ALTERACION NO HEPATOMEGALIA NI ESPLENOMEGALIA, NO MASAS, NO HERNIAS NO EVIDENCIA DE DEFERIMIDAS SI LESIONES EN EXTREMIDADES, NO ALTERACION A NIVEL DE COLUMNA VERTEBRAL NO SE ENCUENTRA NINGUNA ALTERACION AL EXAMEN FISICO, SE VERIFICA EQUIPENA DE VACUNACION COMPLETO, SE DILIGENCIA CARNET DE PRIMERA INFANCIA MANUAL Y, CURVAS CTO SE LE ENTREGA AL ACUIDENTE DONDE SE LE EXPLICA ACEPTA Y ENTENDE SE CITA A SEGUIMIENTO DE CONTROLES: SE SOLICITA VALORACION POR PEDIATRIA POR SOSPECHA DE PERIODA DE PESO.

MEASAS ANTROPOMETRICAS CALCULADAS POR APP ANTHRO DE LA OHS E INTERPRETADAS SEGUN RESOLUCION 2-465 DE 2016:

- PESO/TALLA: -0.88 PESO ADECUADO PARA LA TALLA
- PESO/EDAD: -0.98 PESO ADECUADO PARA LA EDAO
- TALLA/EDAD: -0.51 TALLA ADECUADA PARA LA EDAO
- IMC/ EDAO: -0.93 NORMAL
- PERIMETRO CEFALICO/EDA: -0.98 NORMAL

Conducta a Seguir

PLAN

- ATENCION PARA LA PROMOCION Y APOYO DE LA LACTANCIA MATERNA.
- PROXIMO CONTROL EN 3 MESES FECHA: 08/09/2025
- SS VAL POR PEDIATRIA

Conducta educativa

- VACUNACION: DEBE REALIZARSE DE ACUERDO CON EL ESQUEMA DE VACUNACION VIGENTE Y EL ANTECEDENTE VACUNAL.
- BRUNDO INDICACIONES DE EDUCACION INFORMANDO SOBRE PUERICULTURA, PAUTAS DE CRUZA, PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DOMESTICOS, MALTRATO, ABUSO SEXUAL, IMPORTANCIA DE LAS VACINAS.



HOSPITAL SANTA TERESA DE Tsalia
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NI 891103889
TSALIA - HUILA

Atención No. 10120755
08-may-2025 04:42 PM
Historia Clínica No.
1079413874

CONSULTA EXTERNA

- PREVENIR LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS Y GASTROINTESTINALES CON BUEN NIVEL DE HIGIENE DOMICILIARIO, LAVADO DE MANOS, ADECUADA MANIPULACION DE ALIMENTOS, CONTROL DE PLAGAS, DISPOSICION ADECUADA DE BASURAS Y EXCRETAS, NO EXPONER AL CONTACTO CON HUMO DE LEÑA O CIGARRILLO AL BEBE Y EMPLEAR TAPABOCAS CUANDO ALGUIEN EN LA FAMILIA ENFERME.
- MEDIDAS DE BUEN TRATO: ESTABLEZCA REGLAS CLARAS. ES MUCHO MEJOR SI SON POCAS Y BASICAS. TODOS LOS ADULTOS DE LA CASA DEBEN CONOCERLAS Y HACERLAS CUMPLIR. LAS REGLAS NO PUEDEN ESTAR CAMBIANDO NI APLICARSE DE ACUERDO A CONVENIENCIA DE LOS PADRES. EL CASTIGO FISICO, LOS GRITOS, LAS AMENAZAS Y LOS INSULTOS NO GENERAN RESPETO, SOLO MIEDO Y NO SON LA FORMA CORRECTA DE EDUCAR.
- EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE EJERCITARSE PARA EVITAR EL SEDENTARISMO, NO USO DE TIEMPOS PROLONGADOS DE PANTALLAS COMO TELEVISORES, COMPUTADORES, CELULARES, ETC. EL CUIDADO VISUAL, AUDITIVO Y BUCAI LAVADO DE DIENTES 3 VECES AL DIA
- CUIDADOR PERMANENTE, CRANZA CON AMOR, BUEN TRATO AL NIÑO, PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN CASA, NO USO DE POLVORA, ALCOHOL, PSA, TABACO EN ENTORNO FAMILIAR.
- ENSEÑO SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR INMEDIATAMENTE A URGENCIAS: PERDIDA DE LA CONCIENCIA, DIFICULTAD PARA AMAMANTAR, VOMITO PERSISTENTE, ATAQUES O CONVULSIONES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR EVIDENCIADA POR ALETEO NASAL, QUE SE HUNDAN LAS COSTILLAS O QUE SE PONGA MORADO, DESHIDRATACION EVIDENCIADA POR: LLANTO SIN LAGRIMAS, OJOS HUNDIDOS, BOCA SECA

***** CONTROL DE P Y M *****
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO: El control se realizó a los : 4 Meses // Con el número de control: 10012368
Obteniendo los siguientes resultados:

MOTRICIDAD GRUESA: Medio Alto
MOTRICIDAD FINA ADAPTIVA: Medio Alto
AUDICION LENGUAJE: Medio Alto
PERSONAL SOCIAL: Medio Alto

ZHARYK BRAND CASTRO
MEDICINA GENERAL
Registro Medico No. 1004074966

conf

Vacunar Oportunamente con todas las dosis a tus hijos, Garantiza la Protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis meningea, Hepatitis B, Poliomieltitis, Meningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus influenzae tipo B, Difteria, Tosferina, Tétanos, Diarrea por rotavirus; Neumonia, Otitis, Meningitis bacteremia causada por Neumococo, Enfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, Sarampión, Rubéola, Parotiditis, Varicela, Hepatitis A, Fiebre Amarilla y Virus del Papiloma Humano.



Busca ya las vacunas
¡es gratis, hazlo de una!

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades
Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

5 años				
4 años				
3 años				

*Menor o igual a 20 normal

PORTIFICACIÓN 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			

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

SEGUIMIENTO RECÉN NACIDO			
Visual	Cardiopatía Congénita Compleja	Auditivo OEA/PEAA	TSH neonatal
Normal	Normal	Normal	Normal
Alterado	Alterado	Alterado	Alterado

ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA

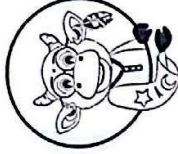
Normal	Alterado
--------	----------

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

Edad	Día	Mes	Año	Fecha		Valoración Nutricional	Peso	Talla	Atención en salud
				Atención en salud	Puntuación Z				
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									



Carné de Vacunación



Nombres y Apellidos: Jhon Alex

Morales García
CNY 241224117488-11

☒ TI ☐ OTRO 107413374

Tipo de Documento

No. de Documento

Fecha de Nacimiento

20 12 2024

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: O (+)

Peso al nacer: 3085

Talla: 48

Dirección: Vda El Bogue

Teléfono 1: 3144893598

Teléfono 2:

Responsable: Zoriana del Carmen García

Municipio de residencia: Tesalia

Departamento: Huila

CC: 29781723

[illegible]

y otras cosas				
*De acuerdo al antecedente de primovacunación				
**A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente				

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

PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES

PROTEGEMOS
TUS PASOS



Línea de Atención:

#899
desde celular

Bogotá: 327 4712 / 327 4713
Nacional: 01 8000 111 935



N° Póliza:

2000513552

Tomador:

CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado:

JHON ALEX MORALES GARCIA

ID Asegurado:

1079413874

Vigencia Desde:

2025/02/24

Vigencia Hasta:

2026/02/24

Muerte
Accidental

\$5.000.000,00

Gastos
Médicos

\$4.000.000,00



COBERTURAS:

Muerte Accidental
Gastos Médicos

Envíame al asegurado o para consultar términos y condiciones, comuníquese a nuestras líneas de atención.

#899
desde celular

BOGOTÁ

327 4712 / 327 4713

NACIONAL

01 8000 111 935



9

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 1153507

GARCIA CARRILLO

APELLIDOS

ZORIANNY DEL CARMEN

NOMBRES

VEN

NACIONALIDAD

F

SEXO

29781723

DNI N°

26-07-1998

FECHA DE NACIMIENTO

01-08-2024 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031

FECHA DE VENCIMIENTO



Zorionny

FIRMA



C E D U L A D E I D E N T I F I C A C I O N

V 29.781.723

026

APELLIDOS GARCIA CARRILLO

NOMBRES ZORIANNY DEL CARMEN

Dante Rivas

Director

Zorionny

26/07/1998 SOLTERA

2007/2015 07/2025

FECHA DE EMISIÓN VENCIMIENTO

VENEZOLANO



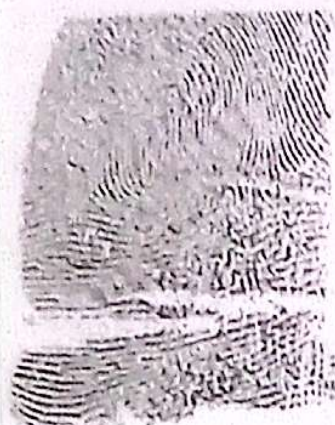
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEGULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.079.410.456

MORALES GONZALEZ

JOHN FREDY

Johnfred.morales G



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

TESALIA
(HUILA)

19-SEP-1991

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

O+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

23-FEB-2011 TESALIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1902500-00286027-M-1079410456-20110325

0026327426A 1

33604043

11

 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 Jhon Alex morales Garcia, identificado (a) con documento de identidad número 1079413874, 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	☒	Audios	☒	Videos	☒	Otros datos personales	☐
--------------	-------	-------------------------------------	--------	-------------------------------------	--------	-------------------------------------	------------------------	--------------------------

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Zorrianny del Carmen Garcia C., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 29781723, 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	☒	Audios	☒	Videos	☒	Otros datos personales	☒
--------------	-------	-------------------------------------	--------	-------------------------------------	--------	-------------------------------------	------------------------	-------------------------------------

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 **Corporación Huellas De Amor Para Tu Vida**, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa **Educación Inicial En El Hogar**.

Suscriben:

Firma: Zorrianny Carillo
 Nombre: Zorrianny Carillo
 Calidad - Titular: R Representante legal: _____
 Teléfono de contacto: _____
 Fecha: 05 DE MARZO 2025
 Municipio: Tesalia Huila

12

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

 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 **DE LA MANO FAMILIAR 2 SEMILLAS DEL FUTURO** 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):

Jhon Alex Morales G. con RC No 1079413874 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.

13

 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

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 05 del MARZO del año 2025 en el Municipio de TESALIA HUILA

Zorany Camillo
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Goli Brand perdomo
AGENTE EDUCATIVA

 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

A los ___ días del mes _____ de 2025 se reunieron los padres de familia y/o cuidadores y los agentes educativos de la Modalidad Familiar y comunitaria del municipio de Tesalia en la UA **de la mano familiar 2 semillas del futuro** para construir y generar los siguientes compromisos obtenidos en creación del **pacto de convivencia** en pro del reconocimiento y garantía de los derechos de todos los niños y niñas

1. Generar y promover sentido de pertenencia y responsabilidad con el GA Modalidad familiar y comunitaria UA
2. cumplir con la asistencia a los encuentros pedagógicos la no asistencia a ellos sin justificación ninguna perderá el cupo máximo (2 inasistencias)
3. Participar activamente en el desarrollo de las actividades propias del GA Modalidad familiar y comunitaria
4. Actualizar la papelería que sea requerida por las agentes educativas cada vez que la mujer gestante asista a los controles y vacunación, así mismo cuando el niño o niña sea llevado a control de crecimiento y desarrollo y vacunación.
5. Cumplir con los horarios acordados en las unidades de atención para los encuentros educativos 8:30 am – 10:30am
6. A acudir a los encuentros grupales con adecuada higiene personal, limpieza y organización
7. Enviar excusa debidamente justificada en caso de inasistencia a las actividades propias del GA Modalidad familiar y comunitaria , también aplica para las madres en etapa de puerperio.
8. Facilitar la concertación de los encuentros en el hogar con los agentes educativos.
9. Cuidar sus respectivas pertenencias y colaborar en el cuidado de los objetos que se encuentren en la unidad de atención.
10. Contribuir y colaborar con los recursos (materiales) solicitados por los agentes educativos para el desarrollo de las actividades pedagógicas.
11. Generar una relación de armonía y respeto con todos los integrantes del GA Modalidad familiar y comunitaria que promueva el desarrollo integral de los niños y niñas.
12. Promover la formación de valores el buen trato.
13. Responsabilizarse del cuidado y protección de los niños y niñas en los encuentros educativos y de los niños que no pertenecen al programa modalidad familiar comunitaria
14. utilizar el buzón de PQR en caso de considerarlo necesario
15. Bajo el principio de confidencialidad el padre de familia autoriza a las entidades gubernamentales el acceso a la documentación personal de los niños, niñas madres gestantes y lactantes, beneficiarios con la única intencionalidad de que se gestionen y se accionen procesos en favor de la primera infancia.
16. Utilizar adecuada y oportunamente los lugares otorgados en calidad de préstamo para la realización de los encuentros educativos y darle un buen uso a los materiales y elementos pedagógicos.
17. no utilizar los teléfonos cuando se esta dando un encuentro pedagógico
18. consumir el refrigerio dentro de la unidad de servicio, (no consumir paquetes , papas , gaseosas etc)

Zorany carrillo
Firma Padre de familia y/o cuidador

Yuli Brand Perdomo
Firma Agente educativo

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.	F17.MO12.PP	11/05/2018
		Versión 2	Página 1 de 1

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Zorrianny del carmen Garcia C., identificado con Cédula de Ciudadanía No. 29781723 de _____, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Jhon Alex Morales Garcia, identificados con NUIP No. 1079413874, usuario de la unidad de servicio Semillas del Futuro, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en Tesalia Huila, a los 05 días del mes Mayo de 2025

Datos del padre o acudiente de la/el/los niño(as)

Nombre: Zorrianny Carrillo

Firma: Zorrianny Carrillo

CC. No. 29781723

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Magda Lorena Perdomo Ninco

Firma: Magda Lorena Perdomo Ninco

CC. No. 26472413 de Tesalia Huila.

16

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