

 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 KEINER MORALES GARCIA

RC No. 1079413873

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 niños y niñas 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 videos		
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 64188599

NUIP 1.079.413.873

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código <input type="text"/>
---	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	--	--	-----------------------------

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

REGISTRADURIA DE TESALIA - COLOMBIA - HUILA - TESALIA

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
MORALES		GARCIA	
Nombre(s)			
JHON KEINER			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año 2 0 2 4	Mes 1 1 0	Día 2 0	MASCULINO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			POSITIVO

COLOMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	24123311249868

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

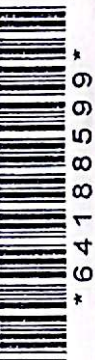
Apellidos y nombres completos	
MORALES GONZALEZ JOHN FREDY	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.079.410.456	John Fredy Morales

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

2

Registro válido

17/03/2025

41797118640100000102

Fecha de consulta:

Ficha:

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JHON KEINER

Apellidos: MORALES GARCIA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079413873

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	1079413873
NOMBRES	JHON KEINER
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	20/12/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 03/17/2025 10:06:51 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

Jhon Keiner Morales Garcia

13 marzo 2025 (2 meses)

Peso 5. kg
Talla 59 cm
PC 39 cm

P/Talla -1.62
P/Edad -1.75
T/Edad -0.82
IMC/Edad -1.82

Leidy Carolina Collo C.
C.C. 1.014.277.367
Enfermera
F.U.A.A.

Pc/edad -0.99

Proximo control
(Mayo Medico)

09 - Mayo - 2025 (4 meses)

Peso: 6.320 kg
Talla: 62 cm.
PC: 41.5 cm.

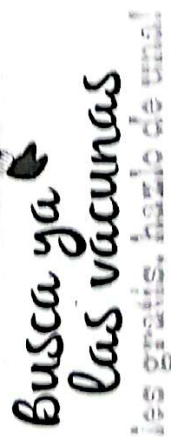
P/Edad: -1.16.
T/Edad: -1.30
IMC/Edad: -0.85

DR. CARLOS FERNANDEZ
MEDICO CIRUJANO
R.M. 450/2005

Proximo Control

9 - Agosto - 2025
Por favor.

Tuberculosis meningea, Hepatitis B, Poliomieltis, Meningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus Influenzae tipo B, Difteria, Tosferina, Tétanos, Diarrea por rotavirus, Neumonía, Otitis, Meningitis bacteriemia causada por Neumococo, Enfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, Sarampión, Rubiöla, Parotiditis, Varicela, Hepatitis A, Fiebre Amarilla y Virus del Papiloma Humano.



Dirección de Promoción y Prevención
 Subdirección de Enfermedades Transmisibles
 Grupo de Gestión Integral de Enfermedades
 Transmisibles
 Dirección Municipal de Intendencia (DPM)

00

SEGUIMIENTO RECÉN NACIDO				
Resultados Físicos Neonatales	PSI neonatal	Normal	Alterado	
	Auditiva OEA/PEAA	Normal	Alterado	
	Cardiopulm Congénita compleja	Normal	Alterado	
	Visual	Normal	Alterado	
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA				

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL
- AGUDEZA VISUAL

				BOYB D
				BOYB F
				BOYB E

[illegible]

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

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



Carné de Vacunación



Nombres y Apellidos Tdon Keiser

88
11/27/2018
Mondays 6:00-6:30

1029413833.

Tipo de Documento

No. de Documento

Fiesta de Nacimiento

57 7 2024

2025
2025

સાચા સુખ મેળવવાનું સુધારક

3

773 7200170504

172

Discussion:

300

2000

352

References

Responsible for the safety of the

130 *M. L. H. de Vries*

2012

CC-257251-23

Nombres y Apellido

Tipo de Identificación

No. ID:

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación		Laboratorio	Número de lote		IPS vacunadora	Fecha Día	
			Día	Mes		Año	SI			No
Recién Nacido	Tuberculosis meningea (BCG) Hepatitis B	Única Recién nacido	00	12	04	0	3 2 2 4 0 4 1	0	0 3 2 3 4 0 1 4 6	H.B.S.A.-P Biotat
2 meses	Polio (VIP)	1ª	26	02	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	26	02	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Hepatitis B	1ª	26	02	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	26	02	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Diarréa por rotavirus	1ª	26	02	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
4 meses	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteremia causada por Neumococo	1ª	26	02	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Polio (VIP)	2ª	26	04	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	26	04	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Hepatitis B	2ª	26	04	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	26	04	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
6 meses	Diarréa por rotavirus	2ª	26	04	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteremia causada por Neumococo	2ª	26	04	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Polio (VIP)	3ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Hepatitis B	3ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
7 meses	Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Influenza estacional	3ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Polio (VIP)	4ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	4ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Hepatitis B	4ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
12 meses	Difteria, Tétanos, Tosferina	4ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Influenza estacional	4ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Polio (VIP)	5ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	5ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Hepatitis B	5ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
18 meses	Difteria, Tétanos, Tosferina	5ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Influenza estacional	5ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Polio (VIP)	6ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	6ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Hepatitis B	6ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
5 años	Difteria, Tétanos, Tosferina	6ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Influenza estacional	6ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Polio (VIP)	7ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	7ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Hepatitis B	7ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
9 años	Difteria, Tétanos, Tosferina	7ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Influenza estacional	7ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Polio (VIP)	8ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	8ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Hepatitis B	8ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
Sin rango de edad	Difteria, Tétanos, Tosferina	8ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Influenza estacional	8ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Polio (VIP)	9ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	9ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Hepatitis B	9ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
Vacunas y otras dosis	Difteria, Tétanos, Tosferina	9ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Influenza estacional	9ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Polio (VIP)	10ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	10ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA
	Hepatitis B	10ª	26	07	25	2	3 3 3 0 1 0	2	3 3 3 0 1 0	DE REALIA

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 c

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®**

N° Póliza:

2000513552

Tomador:

CORPORACIÓN HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado:

JHON KEINER MORALES GARCIA

ID Asegurado:

1079413873

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

En caso de accidente o para consultar términos y
condiciones comuníquese a nuestra línea de atención

#899
desde celular

BOGOTÁ

327 4712 / 327 4713

NACIONAL

01 8000 111 935

 **seguros
mundial®**

8

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 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031

FECHA DE VENCIMIENTO



Zorionny

FIRMA



CEDULA DE IDENTIDAD

V 29.781.723

026

Dante Rivas

Director

APELLIDOS GARCIA CARRILLO

NOMBRES ZORIANNY DEL CARMEN

Zorionny

26/07/1998 SOLTERA

26/07/2016 07/2025

VENCIMIENTO



9

VENEZOLANO

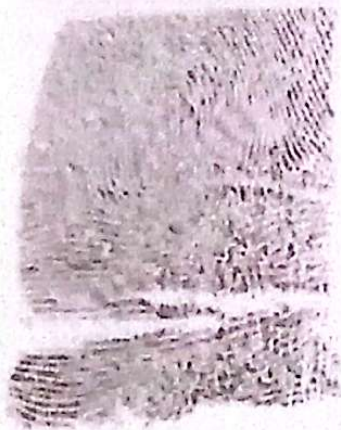
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.079.410.456

MORALES GONZALEZ

JOHN FREDY

John Fred. Morales G



19-SEP-1991

FECHA DE NACIMIENTO
TESALIA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+

ESTATURA G.S. RH
23-FEB-2011 TESALIA

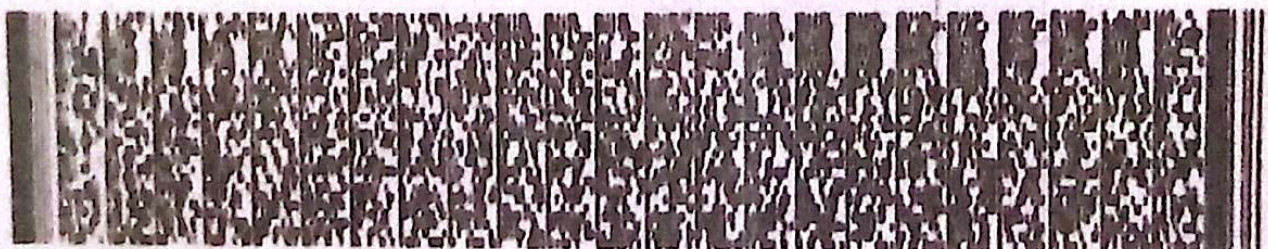
M

SEXO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1902500-00286027-M-1079410456-20110325

0026327426A 1

33604043

10.

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	F2.P2.CE	15/07/2021
		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 Thon Keiner Morales Garcia, identificado (a) con documento de identidad número 1079413893 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, Zorionny 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: Zorionny Carrillo
Nombre: Zorionny Carrillo
Calidad - Titular: Representante legal
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 05 DE MARZO 2025
Municipio: Tesalia Huila

11

¡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 Keiner Morales G. con RC No 1079413873 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

 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

Zorran y Carrillo
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Yuli 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 Abril 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)

Zorion Carrillo
Firma Padre de familia y/o cuidador

Yoli 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 Zorionny del Carmen Garcia C., identificado con Cédula de Ciudadanía No. 29781723 de _____, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Jhon Keiner Morales Garcia, identificados con NUIP No. 1079413873, 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 03 de 2025

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

Nombre: Zorionny Carrillo

Firma: Zorionny 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

15

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