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 ESTRELLITAS NACIENTES 3
PARTICIPANTE: THAMARA MERCEDES SILVA PERDOMO
RC X No. 1145834411



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			
Fotocopia de la valoración integral en salud/ control de crecimiento y desarrollo	Seguimiento	Cada vez que el participante asista a la valoración según esquema			

Powered by CamScanner

		establecido			
Copia del carnet de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el participante asista según el PAI			
Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)	Seguimiento	Una sola vez, solo para las situaciones que aplique.			
Certificado de asistencia a consulta en salud bucal. (Copia del Carnet)	Formalización del cupo y seguimiento	Cada año			
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez			
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año			
Formato autorización uso de imágenes	Formalización del cupo	Una sola vez			
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya novedades			
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez			
Fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia			

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

240074765

NUIP 1145834411

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 240074765

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de [ ] Código D U W

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - HUILA - LA PLATA LA PLATA H.D. S A DE PADUA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SILVA	PERDOMO

Nombre(s)

TAMARA MERCEDES

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor Rh
Año 2025 Mes SEP Día 26	FEMENINO	B	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía)

COLOMBIA - HUILA - LA PLATA

Tipo de documento presentado a Declaración de testigos	Número Certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	25093410325375

Datos de padre o madre (Para casos de parejas indígenas con línea materna, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indicaron los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

PERDOMO YUCUMA KAREN DAYANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1004473312	COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de parejas indígenas con línea materna, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indicaron los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

SILVA CORDOBA ANDRES FELIPE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1075264967	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SILVA CORDOBA ANDRES FELIPE

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1075264967	

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 2025 Mes SEP Día 26	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO 4, FOLIO 219 26/09/2025

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURIA
30754193-0

NUMERO DE PREPARACION 120035612

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro valido

Fecha de consulta: 04/03/2025

Ficha: 41797008539300000449

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: KAREN DAYANA

Apellidos: PERDOMO YUCUMA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1004473312

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 28/08/2019

Última actualización ciudadano: 09/09/2022

Última actualización vía 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: SANDRA XIMENA TIERRADENTRO CANO

Dirección: Carrera 6 No 6 - 11

Teléfono: 8377022 - 3235134593

Correo Electrónico: sisben@tesalia-huila.gov.co

4

Powered by 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	1145834411
NOMBRES	TAMARA MERCEDES
APELLIDOS	SILVA PERDOMO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	14/10/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/10/2025 11:18:43	**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

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud



Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos _____

CNV 1509341032537J

RC | TI | OTRO

Tipo de Documento _____ No. de Documento

Fecha de Nacimiento 26 (DÍA) 09 (MES) 2025 (AÑO)

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: _____ Rh: _____

Peso al nacer: 3300 Talla: 48

Dirección: B/ Alto de los Camelias

Teléfono 1: 3134875263

Teléfono 2: _____

Responsable: Karen Dayana perdomo y

Municipio de residencia: Tesalia

Departamento: Huila

6

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: _____ Tipo de Identificación _____ No. ID: _____

Edad	Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién Nacido	BCG	Única				Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Hepatitis B	Recién nacido	26	09	2025	Serum	D3134A 93	H.O.J.A.P	—	—	—	
							D3136.24D	3 Piloto	16	11	2025	
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis	1°										
	*Pentavalente	1°										
	Rotavirus	1°										
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1°										
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis	2°										
	Pentavalente	2°										
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2°										
	Rotavirus	2°										
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis	3°										
	Pentavalente	3°										
	Influenza estacional	1°										
7 meses	Influenza estacional	2°										
12 meses	Sarampión, Rubéola, Paperas	1°										
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo										
	Varicela	1°										
	Hepatitis A	Única										
	**Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis	1er Refuerzo										
	Pentavalente	1er Refuerzo										
	Sarampión, Rubéola, Paperas	Refuerzo										
	***Fiebre Amarilla	Única										
5 años	Poliomielitis	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
A partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH) Tetra ☐ Nona ☐											
Sin rango de edad	Covid-19											
Vacunas complementarias y otras dosis												

*Difteria-Tétanos-Tosferina-Hepatitis B-Haemophilus influenzae tipo b **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

Powered by 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 Estrellitas Nacidas 3, 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): Tamara Mercedes Salua con RC No 1.145.874.411 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.

Powered by 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 1 del mes 11 del año 2025, en el Municipio de Tesalia.

KAREN DAYANA P. V
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Jessica Lorena C.
AGENTE EDUCATIVA

Powered by CamScanner

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 Tamara Mayerlis Silva Pedroso, identificado (a) con documento de identidad número 1052[illegible], 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, Karen Dayana Pedroso, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1044473312, 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: KAREN DAYANA P.V
Nombre: Karen Dayana Pedroso
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 8-11-325
Municipio: Tesalia

Powered by CamScanner

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

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Kevin Dayan Rojas, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1004473712 de Tesalia, padre / madre o acudiente de la /el/los niños(s) Tomas Mateo Silva Rojas, identificados con NUIP No. 1.145.934.411, usuario de la unidad de servicio DE LA MANO FAMILIAR 2 ESTRELLITAS NACIENTES 3, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa

En constancia se firma en Tesalia Huila, a los 01 días del mes 0 de 2019

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

Nombre: KEVIN DAYAN ROJAS YUCUMA

Firma: KEVIN DAYAN R.Y

CC. No. 1004473312

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: JESSICA LORENA CUMBE

Firma: Jessica Cumbe

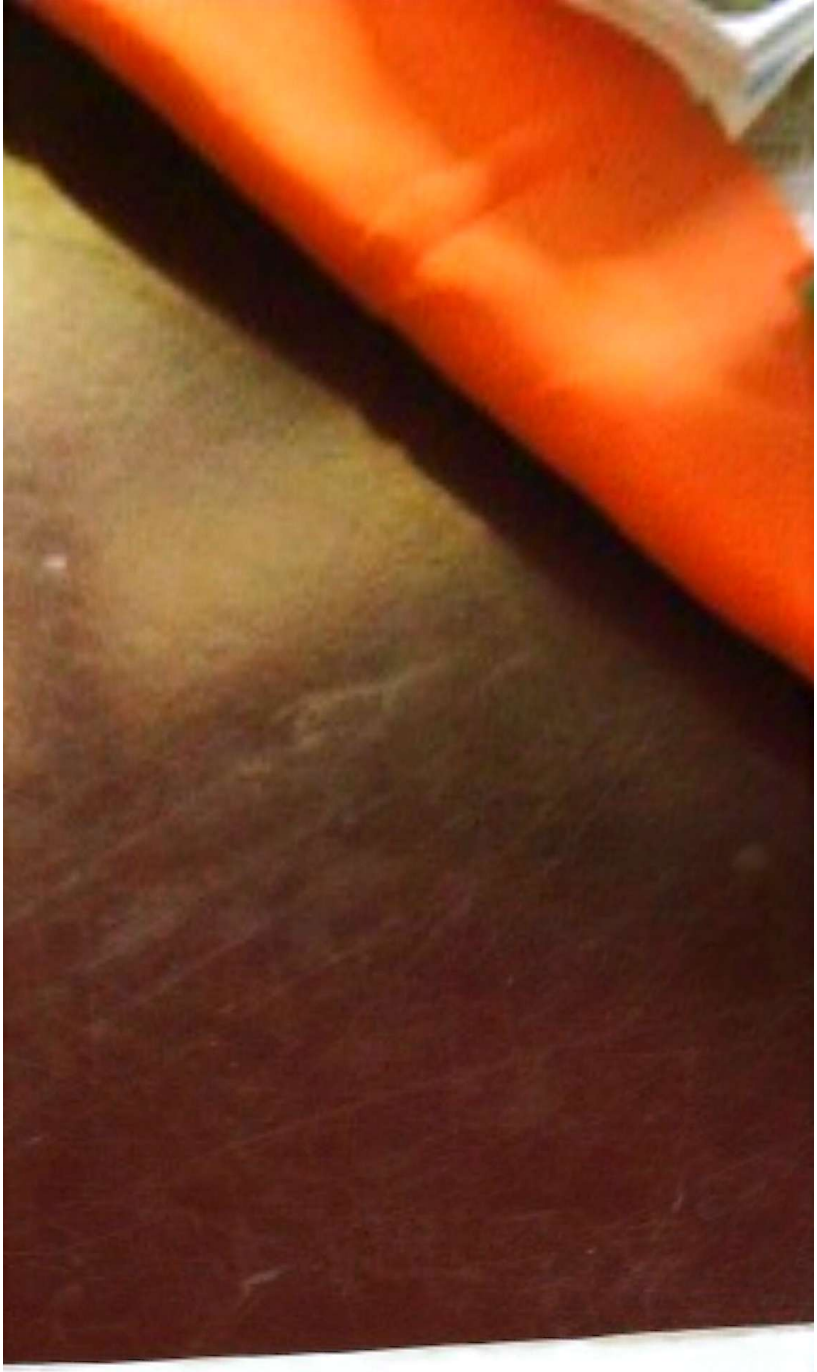
CC. No. 1079409772

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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

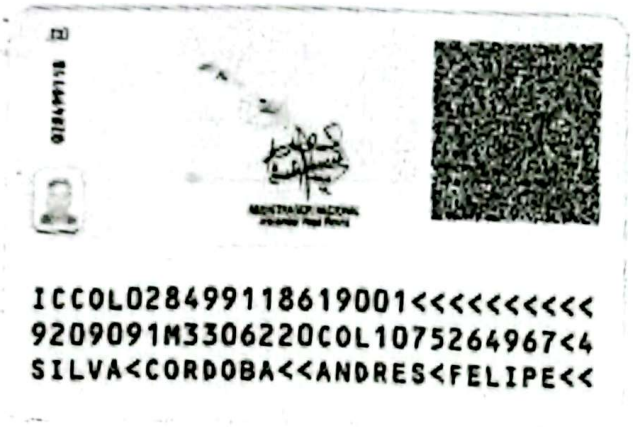




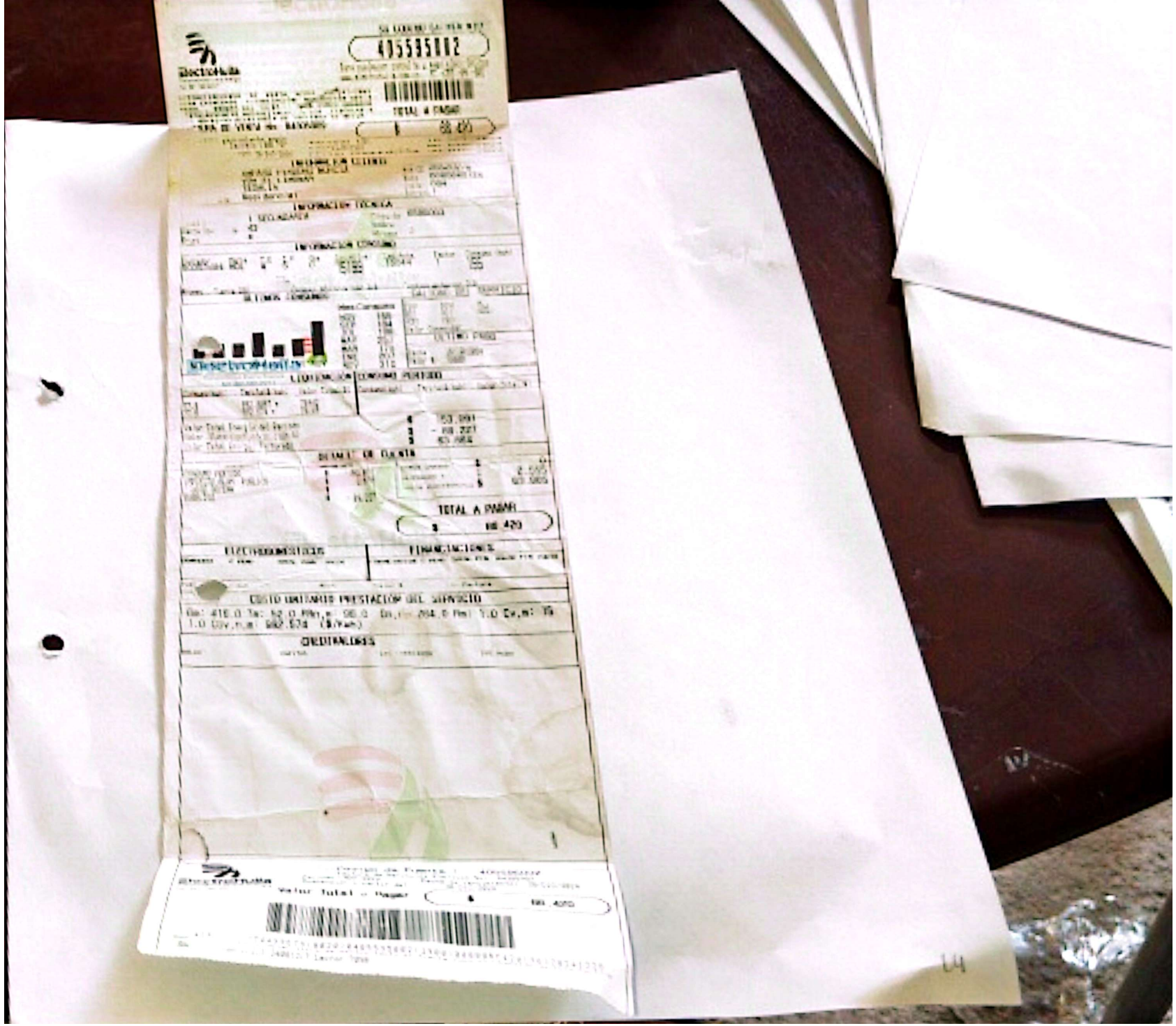


Powered by CamScanner





Powered by CamScanner



Powered by CamScanner


seguros mundial
Accidentes personales
Protegemos tus pasos
Línea de atención
Línea nacional:
01 8000 112 684
Página web
www.segurosmundial.com.co
Póliza:
3000013551
Tomador:
CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS
Nombre de Asegurado:
TAMARA MENESES SILVA PERDOMO
ID Asegurado:
1141834411
Vigencia Desde:
2025/10/02
Vigencia Hasta:
2026/02/14
$5.000.000,00
$4.000.000,00
En caso de accidente comunícate a nuestra línea 018000112684.
Desde Bogotá:
Línea nacional:
Desde operadores Tigo, Claro o Movistar:
www.segurosmundial.com.co

15