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
PARTICIPANTE: THEO ORTIZ CABRERA
RC X No. 1079413565



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 establecido			

Powered by CamScanner

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

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.079.413.565

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59256196

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código K Z Y

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

REGISTRADURIA DE TESALIA - COLOMBIA - HUILA - TESALIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ORTIZ	CABRERA

Nombre(s)

THEO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes ABR Día 29	MASCULINO	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	172698942

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

CABRERA PERDOMO MONICA ALEJANDRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.411.264	COLOMBIA

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

ORTIZ ROJAS DANNY JOSEP

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.411.511	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ORTIZ ROJAS DANNY JOSEP

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.079.411.511	D.J. Ortiz

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 2022 Mes MAY Día 04	DIOGENES ORTIZ BRAND - REGISTRADO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
D.J. Ortiz Firma	DIOGENES ORTIZ BRAND Registrador Municipal del Estado Civil Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL

ESTA REPRODUCCIÓN

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 32887203-6

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

3

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 04/03/2025

Ficha: 417970015400000000065

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: TNEO

Apellidos: ORTIZ CABRERA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079413565

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/02/2021

Última actualización ciudadano: 27/05/2022

Última actualización vía registros administrativos: 25/11/2023

***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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la ultima actualizacion de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social

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
NUMERO DE IDENTIFICACION	1079413565
NOMBRES	THEO
APELLIDOS	ORTIZ CABRERA
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. -CM	SUBSIDIADO	30/04/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	03/04/2025 22:19:06	**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

5

Powered by CamScanner

Clínica Hospital SANTATERESA Tierra Alta



MIS DATOS

Mi nombre completo es: Theo Ortiz Cabiera.

Nací en: La Plata.

El día 29 del Mes 04 del Año 2022.

Mi peso fue 2870. Mi talla fue 47 cm.

Mi tipo y grupo sanguíneo es: "O" Positivo.

Mi resultado de TSH fue:

Mi número de Registro Civil es: 1079413565.

Cuando nací, ¿Quedé hospitalizado? Si [X] No [ ]

¿Porqué? Bajo Peso al nacer.

Mi EPS es: Nueva EPS.

Mi mamá se llama: Monica Cabiera Tel: 3114887405

Mi papá se llama: Danny Ortiz. Tel:

Powered by CamScanner



Mis controles

Escribe aquí los datos significativos de la salud del niño o niña.

Fecha de Atención	Edad	Peso	Talla	PC	Próximo Control	Responsable del Control
31-05-202	1 m.	3.400.	53cm	36cm.	control 8 di YEP	
07-X-22	5 m	6.6	68	42	3 meses SEPTIEMBRE ENERO	
31-01-2023	9 meses	8	72	43	medico 4 meses	Enfermero Jefe Re. 1184698425
14-JUNIO-23	13 meses	9	75	45	30-09-2024 medico	
12-01-24	20 Meses	10.6 kg	83cm	PC 46cm PB 11cm	12-01-24 Medico.	Médico General
12-07-24	26 Meses	12.3kg	88cm	47cm	12-12-24	
11-02/25	2 AÑOS 10 MESES	13.4kg	94cm	PC 45cm PB 13	Feb 26 Medico	F.U.A.A

Observaciones: _____

_____

Interconsultas: _____

_____

Powered by CamScanner

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Audición OEA/PEAM	Normal		Alterado				
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado				
	Visual	Normal		Alterado				
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA								

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							
2 años							
4 años							
6 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1ª entrega			
2ª entrega			
3ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1ª entrega							
2ª entrega							
3ª entrega							
4ª entrega							
5ª entrega							

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

Vacunar oportunamente con todas las dosis a tus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis meningea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonia, otitis, meningitis, bacteriemia 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.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años:



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)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Theo Ortiz Cabrera.
Fecha de nacimiento: 29.04.2022
Nº de certificado de nacido vivo: 17 2698942
Registro civil: 1079413565
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O(+)
Peso al nacer: 2370 Talla:
Dirección: B. San Miguel
Teléfono 1: 3114886425
Teléfono 2:
Responsable: Monica Alejandra Cabrera
Municipio de residencia: Tesalia
Departamento: Huila
CC: 1079411264.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Tipo identificación: No. ID:

Edad	Me protege de	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			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	29	04	22	Sii	03704MA090	HNSP	29	06		
	Hepatitis B	Recién nacido	29	04	22	Sii	032020175	HDSP		2022		
2 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	1ª	30	06	22	Biological.	21210044	ESE Tesalia				Lina Quiano
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (HIB)	1ª	30	06	22	Serum.	28J1X007D.	ESE Tesalia				Lina Quiano
	Hepatitis B	1ª	30	06	22	Serum.	28J1X007D.	ESE Tesalia				Lina Quiano
	Difteria, tosferina y tétanos (DPT)	1ª	30	06	22							
	Diarrea por rotavirus	1ª	30	06	22	ESK.	AROLD041AD.	ESE Tesalia				Lina Quiano
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemias causada por neumococo	1ª	30	06	22	ESK.	ASPNB342AA	ESE Tesalia				Lina Quiano
4 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						30	08	22	
	Poliomielitis (VIP)	2ª	30	08	22	Biological	21210044	ESE Tesalia				Lina Quiano
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (HIB)	2ª	30	08	22	Serum.	28J1X007E.	ESE Tesalia				Lina Quiano
	Hepatitis B	2ª	30	08	22	Serum	28J1X007E.	ESE Tesalia				Lina Quiano
	Difteria, tosferina y tétanos (DPT)	2ª	30	08	22							
	Diarrea por rotavirus	2ª	30	08	22	ESK.	AROLD041AD.	ESE Tesalia				Lina Quiano
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemias causada por neumococo	2ª	30	08	22	ESK.	ASPNB342AA	ESE Tesalia				Lina Quiano
6 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						30	10	22	
	Poliomielitis (VIP)	3ª	02	11	22	Biological	21410014	ESE Tesalia				Lina Quiano
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (HIB)	3ª	02	11	22	Serum	28J21QD17A	ESE Tesalia				Lina Quiano
	Hepatitis B	3ª	02	11	22	Serum	28J21QD17A	ESE Tesalia				Lina Quiano
	Difteria, tosferina y tétanos (DPT)	3ª	02	11	22	Serum	28J21QD19A	ESE Tesalia				Lina Quiano
7 meses	Influenza estacional	1ª	02	11	22	Green Cross	V50222006	ESE Tesalia				Lina Quiano
	Influenza estacional	2ª										
12 meses	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	1ª	04	05	23	Serum	01B1N078B	ESE Tesalia				Lina Quiano
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemias causada por Neumococo	Refuerzo	04	05	23	Serum	F49925.	ESE Tesalia				Lina Quiano
	Varicela	1ª	04	05	23	Merck	W02200885	ESE Tesalia				Lina Quiano
	Hepatitis A	Única	04	05	23	Serum	20220180 05	ESE Tesalia				Lina Quiano
	Influenza estacional	Anual		1		Green Cross	V505230064.	ESE Tesalia				Lina Quiano
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPA ☐)	1ª refuerzo	18	11	23	Serum	22307	ESE Tesalia				
	Pentavalente	1ª refuerzo	18	11	23	Serum	2B5X0034	ESE Tesalia				
	Fiebre amarilla	Única	18	11	23	Serum	V3D50	ESE Tesalia				
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPA ☐)	2ª refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétanos (DPT)	2ª refuerzo										
	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	2ª	18	11	23	Serum	01321N04728	ESE Tesalia				
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª										
		2ª										
		3ª										
Mayores de 5 años, cuando sea necesario y otras dosis	Influenza.	1ra	30	05	23	Green Cross	VJ0J230094.	ESE Tesalia				
	Influenza	2da	25	09	23	Green Cross.	V5052300 4.	ESE Tesalia.				Lina Quiano.
	Influenza	U.	25	05	24	Quirantan	2A0091 9 9	ESE Tesalia				Mayra José G. Kelly García

La lactancia 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.

María Garces
Aux. de Enfermería
Res. 434

María Garces
Aux. de Enfermería
Res. 434

Powered by CamScanner

RECOMENDACIONES

Si eres una gestante asista a los controles odontológicos evitaras riesgo para ti y tu bebe con enfermedades como la preclamsia.

Amamanta al bebe desde que nace, pues cuando succiona estimula el crecimiento y desarrollo adecuado de la lengua, maxilares y paladar.

A los lactantes limpieles las encias con gasa impregnada con agua hervida después de comer.

No utilice chupo ni biberón.

No estimule la creación de hábitos nocivos como la succión digital labial y lingual.

Cuide los dientes de los niños desde que aparecen, cepíelos simplemente con agua y aumenta la frecuencia del cepillado para evitar la aparición de caries.

A partir de los 3 años de edad utiliza crema dental para niños y supervise que no la ingiera de esta forma evitaremos aparición de fluorosis dental en los niños.

Controle adecuadamente el uso de sal en el hogar.

Cepille bien los dientes al levantarnos, después de cada comida y antes de acostarnos. Verifique la cantidad de crema dental (equivalente al tamaño de una lenteja) en niños de 3 a 6 años.

La crema dental no debe de estar al alcance de los niños menores de 8 años, un adulto debe ser el encargado de aplicar crema dentalal cepillo y de realizar el cepillado de los dientes del niño.

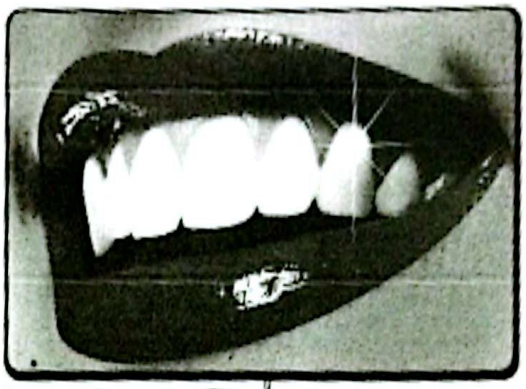
Limpiar el espacio entre los dientes con seda dental, no con palillos, bolsas, etc. Porque ocasiona daño en las encias.

Cambie de cepillo dental cada 6 meses. utilice uno de

Hospital
SANTA TERESA
Una Empresa Centrada en Salud

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SANTA TERESA
NIT. 891.103.889 - 6
TESALIA - HUILA

CUIDEMOS NUESTRA SONRISA



NOMBRE: Theo Ortiz.

DOC. DE IDENTIDAD: 1079413565.

FECHA	1a VEZ	CPB	OET	FLÚOR	SELLANTE	OPERATORIA	CIRUGÍA ORAL	ENDODONCIA	CONSULTA URGENCIA	TTO. YERMINADA
01 Oct 24	✓	✓		Barniz	PyP	Plan Control		01-12-24		Hab Conductas Higiene Higienista Oral Prevención
11-02-25	✓	✓		Barniz	PyP	Rox Control		11-08-25		Maria D. IMesP

Powered by CamScanner

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 Nacientes 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): Theo Ortiz Cabrera con RC No 1079413565 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.

11

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 6 del mes 3 del año 2025, en el Municipio de Tesalia.

Alejandro Cabrera
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Jessica Cubo
AGENTE EDUCATIVA

12

Powered by 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 Tateo Ortiz Cabrera, identificado (a) con documento de identidad número 1079413565, 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, Mónica Alejandra Cabrera P, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1079411264, 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 Corhuellas, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa MDFC

Suscriben:

Firma: Alejandra Cabrera.
Nombre: Monica Alejandra Cabrera Pedroza
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3114886925
Fecha: 06-3-2025
Municipio: Tesalia - Huila

Powered by CamScanner

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 Maria Alejandra Cabrera Perdomo identificado con Cédula de Ciudadania No. 1079411264 de Tesalia, padre / madre o acudiente de la /el/los niños(s) Theo Ortiz Cabrera, identificados con NUIP No. 1079413565, 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, a los 6 días del mes 3 de 2025

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

Nombre: Alejandro Cabrera

Firma: Alejandro Cabrera

CC. No. 1079411264

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: JESSICA LORENA CUMBE

Firma: Jessica Cumbe

CC. No. 1079409772

14

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.079.411.264
CABRERA PERDOMO

APELLIDOS
MONICA ALEJANDRA

NOMBRES
ALEJANDRA CABRERA



FECHA DE NACIMIENTO 23-FEB-1995
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.51 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
22-MAY-2013 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

P-1903500-00463966-F-1079411264-20130904 0034712506A 1 3960

Powered by CamScanner

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.079.411.511



ORTIZ ROJAS

DANNY JOSEP

COL 1.70 M

25 NOV 1995 O+

PUERTO CARREÑO (VICHADA)

05 DIC 2013, TEBALIA

01 FEB 2031

D.J.ORTIZ

0180118231

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0001182312190 25<<<<<<<<<<
9511257M3102019COL10794115113
ORTIZ<ROJAS<<DANNY<JOSEP<<<<<<

Powered by CamScanner



17

Powered by CamScanner