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: THIAGO MUÑOZ CAMPO
RC X No. 1079413949



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

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 39205722-1

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.079.413.949

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 64188706

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ]

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

REGISTRADURIA DE TESALIA - COLOMBIA - HUILA - TESALIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MUÑOZ	CAMPO

Nombre(s): THIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes JUL Día 13	MASCULINO	A	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	25072510228912

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: CAMPO BOLIVAR DANIELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.084.576.491	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: MUÑOZ CUMBE CARLOS EDUARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.074.543	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MUÑOZ CUMBE CARLOS EDUARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.004.074.543	Carlos Eduardo Muñoz

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 AGO Día 01	DIOGENES ORTIZ BRAND - REGISTRADO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario que autoriza el reconocimiento
Muz Cumbe carlos Eduardo Firma	Registrador Especial del Estado Civil Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 02/08/2025

Ficha: 41797124538900000674

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: THIAGO

Apellidos: MUÑOZ CAMPO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079413949

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/10/2024

Última actualización ciudadano: 01/08/2025

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: DANIELA VALENTINA MUÑOZ LOPEZ

Dirección: Carrera 9 No 6 - 11

Teléfono: 8377022 - 3144647676

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

Powered by CamScanner

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	1079413949
NOMBRES	THIAGO
APELLIDOS	MUÑOZ CAMPO
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	13/07/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/26/2025 10:55:45	**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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

5

Powered by CamScanner

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; Neumonía, 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.



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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	D	M	A																
2.ª entrega	D	M	A																
3.ª entrega	D	M	A																
4.ª entrega	D	M	A																
5.ª entrega	D	M	A																

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años	D	M	A																
4 años	D	M	A																
5 años	D	M	A																

Si*	NO*																		
Si*	NO*																		
Si*	NO*																		

*Menor o igual a 20 normal

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO																			
						D	M	A	D	M	A	D	M	A	D	M	A	D	M	A
Resultado Tamizaje Neonatal																			
TSH neonatal	Normal		Alterado																
Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado																
Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado																
Visual	Normal		Alterado																

ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA

						D	M	A	D	M	A	D	M	A	D	M	A	D	M	A

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

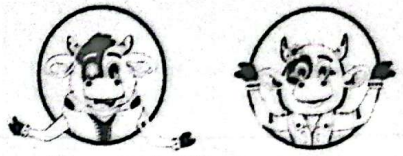
ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

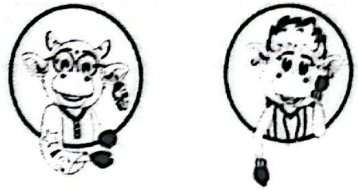
ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL



Carné de Vacunación



Nombres y Apellidos: Thiago Muñoz Campo.
CN4 ZSDTZSDZL89IL

Tipo de Documento: V | No. de Documento: 1079413949

Fecha de Nacimiento: 13 | 07 | 2025

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: A (+).

Peso al nacer: 3795 Talla: 50

Dirección: Vda Guayaquil

Teléfono 1: 3109351748

Teléfono 2:

Responsable: Daniela Campo Bolivar

Municipio de residencia: Tesalia

Departamento: Huila

cc: 1084576491.

Powered by CamScanner

6

Powered by CamScanner

ombres y Apellidos:_____ Tipo de Indentificación_____ No. ID:_____

	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	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	15	07	2015	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ Serum	0 3 7 2 M A 1 1 7	H.D.J.A.P	—	—	—	Johana Milidred Cerus Cortes
	Hepatitis B	Recién nacido	13	07	2015	Serum	0 3 2 3 Φ 0 2 4 D	ID PPD19	13	09	2015	CIRUG 57460119 - JCFC Auxiliar de Enfermería
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	23	09	25	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ Biologicals	2 4 2 3 0 0 3 1	E.S.E. Hospital SANTA TERESA VACUNACIÓN Teruel - Huila				Lina C.
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) Pentavalente	1ª	23	09	25	Serum	2 8 5 3 X 0 2 1 F					Lina C.
	Hepatitis B	1ª	23	09	25	Serum	2 8 5 3 X 0 2 1 F					Lina C.
	Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	23	09	25	Serum	2 8 5 3 X 0 2 1 F					Lina C.
	Diarrea por rotavirus	1ª	23	09	25	GSK	A R 0 L E 0 7 4 A E					Lina C.
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	23	09	25.	Pfaizer	H W 2 9 6 3					Lina C.
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª				Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) Pentavalente	2ª				Cita 23 Noviembre						
	Hepatitis B	2ª										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª										
	Diarrea por rotavirus	2ª										
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª										
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª				Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) Pentavalente	3ª										
	Hepatitis B	3ª										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª										
	Influenza estacional	1ª										
7 meses	Influenza estacional	2ª										
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª										
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo										
	Varicela	1ª										
	Hepatitis A	Única										
	*Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo										
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo										
	**Fiebre Amarilla	Única										
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª										
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª										
		2ª										
		3ª										
Sin rango de edad	Covid-19	1ª										
		2ª										
		1er Refuerzo										
		2do Refuerzo										
Vacunas y otras dosis												

*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

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 Thiago Mejia Campo, identificado (a) con documento de identidad número 1079413949, 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, Daniela Campo Bolivar, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1084576491, 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 Corhelus, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Modalidad Familiar y Comunitaria

Suscriben:

Firma: Daniela Campo.
Nombre: Daniela Campo Bolivar
Calidad - Titular: ____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3213167229
Fecha: _____
Municipio: Tesalia

¡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.

Powered by CamScanner

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Daniela Campo Bolivar, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1084576491 de Natagaima, padre / madre o acudiente de la /el/los niños(s) Thiago Muñoz Campo, identificados con NUIP No. 1079413949, 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 _____ días del mes _____ de 202(5)

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

Nombre: Daniela Campo Bolivar

Firma: Daniela Campo

CC. No. 1084576491

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

Powered by CamScanner

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.084.576.491



Apellidos
CAMPO BOLIVAR

Nombres
DANIELA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.53	F

Fecha de nacimiento
21 OCT 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
NATAGA (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
07 NOV 2023, TESALIA

Fecha de expiración
09 NOV 2033

Firma
Daniela Campo Bolivar

.CO

034796047

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL034796047419025<<<<<<<<<<<
0510213F3311097COL1084576491<2
CAMPO<BOLIVAR<<DANIELA<<<<<<<<

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.074.543**

MUÑOZ CUMBE

APELLIDOS

CARLOS EDUARDO

NOMBRES

Carlos Eduardo Muñoz

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **28-ENE-2002**

TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

05-FEB-2020 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEJANDRO VEGA VARGAS

0070302A 1

Powered by CamScanner

seguros mundial®

Accidentes personales

Protegemos tus pasos



Nº Póliza:	2000513552
Tomador:	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS
Nombre de Asegurado:	THIAGO MUNOZ CAMPO
ID Asegurado: 1079413949	Vigencia Desde: 2025/08/05 — Vigencia Hasta: 2026/02/24

Muerte Accidental $5.000.000,00

Gastos Médicos $4.000.000,00

Línea de atención

Línea nacional:
01 8000 112 684
en caso de accidente.

Conoce nuestra red médica

Página web:
www.segurosmundial.com.co

En caso de accidente comunícate a nuestra línea **018000112684.**
Para más información acerca de la póliza comunícate a nuestras líneas:

Desde Bogotá: 3274712/13

Línea nacional: 018000111935

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

www.segurosmundial.com.co

Powered by CamScanner