

 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: Estrellitas Nacientes

PARTICIPANTE: IKer Andrey Diaz Rojas

RC _ No. 1246800938



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIA N 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	✓		

 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

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.		N/A	
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	/		



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 64659641

NUIP 1.246.800.938

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código J Y K

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

REGISTRADURIA DE FUNZA - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - FUNZA

Datos del inscrito

Primer Apellido DIAZ Segundo Apellido ROJAS

Nombre(s) IKER ANDREY

Fecha de nacimiento Año 2024 Mes 11 Día 15 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo A Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA CUNDINAMARCA FACATATIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 24124011243291

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

ROJAS YUCUMA DIRLY ROCIO

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.004.473.491 Nacionalidad 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

DIAZ SALINAS OSCAR ANDREY

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.003.741.821 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos ROJAS YUCUMA DIRLY ROCIO

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.004.473.491 Firma Dirly Rocio Rojas y

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 Año 2025 Mes EN Día 03

Nombre y firma del funcionario que autoriza LUZ AMANDA ESCOBAR - REGISTRADOR Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento Oscar Díaz Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

03.ENE.2025 - LIBRO DE VARIOS - FOLIO 0001

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Registro válido

Fecha de consulta:

27/10/2025

Ficha:

41483320704200002281

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: IKER ANDREY

Apellidos: DIAZ ROJAS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1246800938

Municipio: Nátaga

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

23/10/2025

Última actualización ciudadano:

23/10/2025

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:

VICTOR HUGO ARIAS ANDAPIÑA

Dirección:

Carrera 8 No 2 - 43

Teléfono:

3156304407

Correo Electrónico:

alcaldia@nataga-huila.gov.co



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA

F2.MT1.PP

30/01/2025

Clasificación de la
Información

Página 2 de 2

Clasificación de la información:
Pública

Fecha de diligenciamiento: 01 08 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: ☒ Niño/a entre 0 y menor de 5 años

Tipo de vinculación:

☒ Participante de nuevo ingreso

Unidad de Servicio sugerida:

Estreptos Nacientes 2

☐ Persona Gestante

☐ Participante de continuidad

Tipo documento
Identidad:

- ☒ Registro Civil ☐ Tarjeta de identidad ☐ Cédula de ciudadanía
☐ Pasaporte ☐ Permiso especial permanencia ☐ Partida o Acta de nacimiento
☐ Visa ☐ Tarjeta movilidad fronteriza ☐ Permiso de protección temporal
☐ Cédula extranjera ☐ Sin documento

Número de
documento:

1246800938

Fecha
nacimiento:

15 12 2024

Nombres:

Iker Andrey

Apellidos:

Diaz Rojas.

¿Tiene discapacidad?
☐ Si
☒ No

¿Se autoreconoce en alguno
de los siguientes grupos
étnicos?
☐ Si
☒ No

¿Se autoreconoce en
alguno de los siguientes
grupos poblacionales?
☐ Si
☒ No

Indique cuales aplican:

- ☐ Física ☐ Visual ☐ Auditiva
☐ Intelectual ☐ Psicosocial (mental)
☐ Múltiple ☐ Sordoceguera ☒ N/A

Seleccione la que aplique:

- ☐ Afrocolombiano ☐ Indígena ☒ No se autoreconoce
☐ Comunidad negra ☐ Rom / Gitano
☐ Palenquero (a) ☐ Raizal

Indique cuales aplican:

- ☐ Migrante ☐ Campesinado
☐ Firmante de paz ☐ Víctima conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia:

Huila

Municipio de residencia:

Tesalia

Zona:

Rural

Barrio:

Vezeda:

El Palmito

Sector:

Dirección:

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco:

- ☒ Madre
☐ Padre
☐ Cuidador/a

Tipo documento
Identidad:

- ☐ Tarjeta identidad ☒ Cédula de ciudadanía ☐ Cédula de extranjería
☐ Pasaporte ☐ Permiso especial permanencia ☐ Partida o Acta de nacimiento
☐ Visa ☐ Tarjeta movilidad fronteriza ☐ Permiso de protección temporal
☐ Sin documento

Número de documento:

1004473491

Nombres:

Dirlly Rocio

Apellidos:

Rojas yuxuma

País de
nacimiento:

Natagva

Fecha
nacimiento:

15 01 2002

Correo electrónico:

Número de
celular:

3183178108

Número de
fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

Autoriza el registro en sistema?: ☒ Si
☐ No
<https://prematricula.lcbf.gov.co>

Nombre y Firma del padre, madre
y/o cuidador:

Dirlly Rocio Rojas

Nombre y Firma del profesional
que diligencia:

Johana A. B.

Observaciones:

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

Consultar reglas técnicas de este documento de consulta como CÓPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL LCBF Y A LA LEY 1581 DE 2013



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	1246800938
NOMBRES	IKER ANDREY
APELLIDOS	DIAZ ROJAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NATAGA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	15/12/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 10/27/2025 00:57:06 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



LUIS ANTONIO MOJICA

Natoga - Huila



**CARNÉ DE SALUD MENORES
DE 10 AÑOS NIÑOS**

Nombre Fransiskus Mar

Fecha de Nacimiento 11-12-2024

Registro Civil 24640913

2647728/05

Dirección

Barrio o Vereda La Vega

Nombre Responsable del Niño

Nieder Rulitz Aue

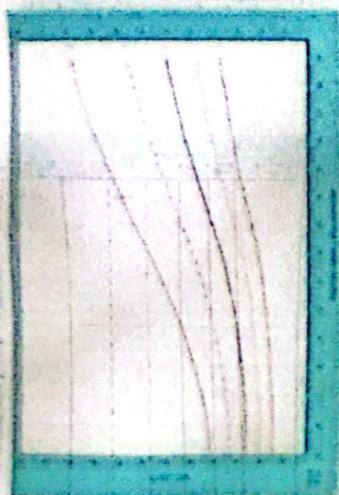
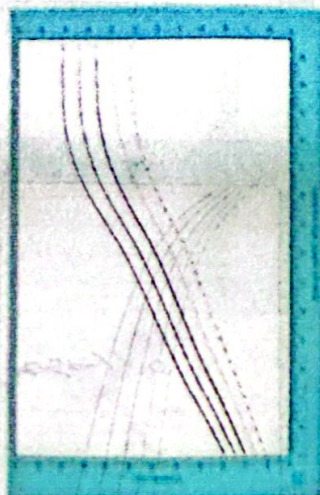
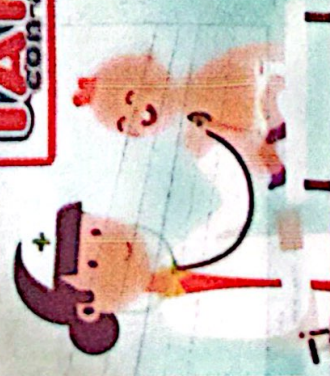
EPS Afiliación Amor PA

Sitio de Atención Herminio Lara

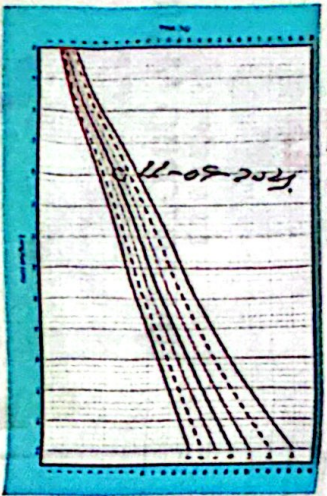
EXTRACTED FROM A SCIENTIFIC JOURNAL

CONCLUSION

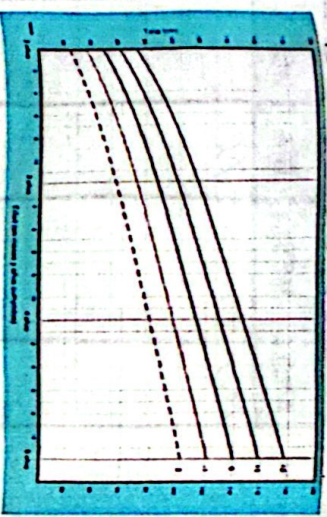
CITAS PROGRAMADAS

[illegible]

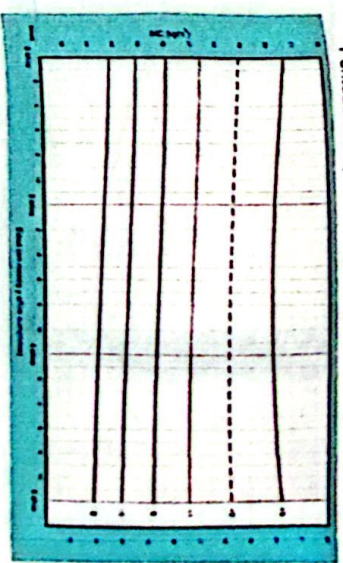
Peso para la Talla Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)



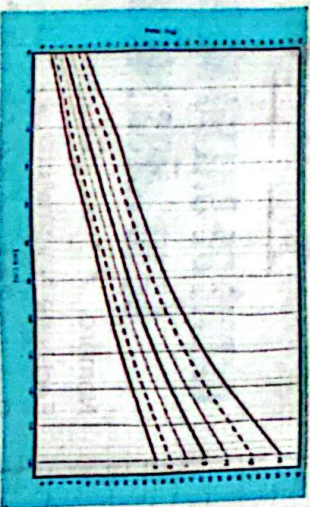
Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)



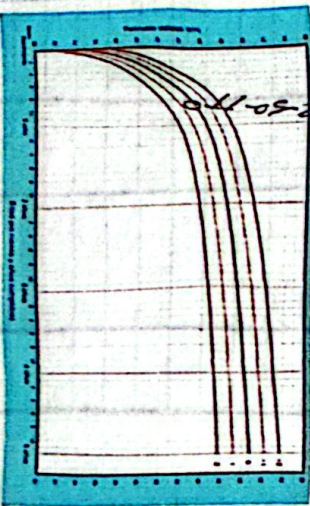
IMC para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)



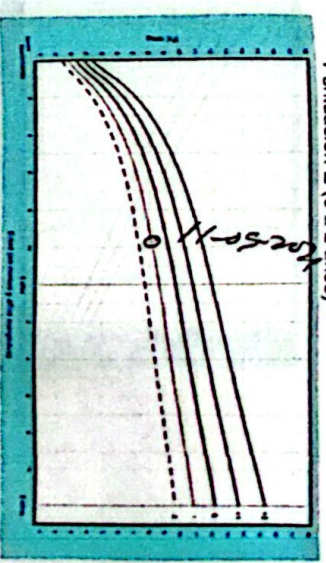
Peso para la Talla Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)



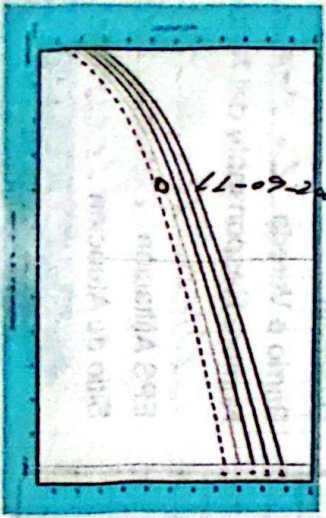
Perímetro Cefálico Niños
Puntuación Z (0 a 5 años)



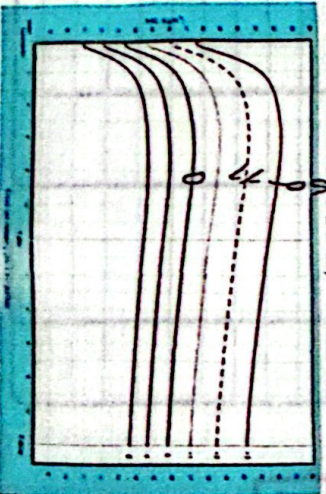
Peso para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)



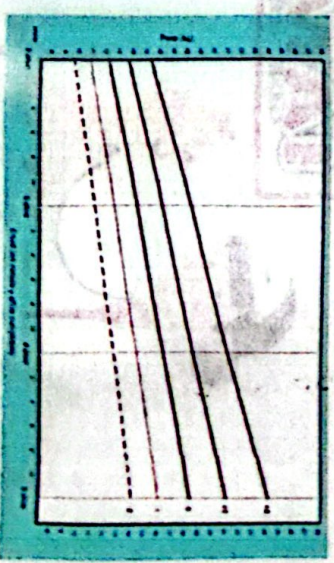
Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)



IMC para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)

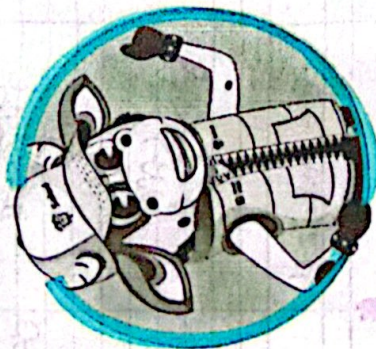


Peso para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)



2408440

Tuberculosis meningea (BCG), **Hepatitis B**, **Poliomielitis** (VPI), **Meningitis** y otras enfermedades causadas por **Haemophilus**, **Influenzae** tipo b, **Difteria**, **Tosferina**, **Tétanos** (Pentavalente), **diarrea** por **Rotavirus**; **neumonía**, **otitis**, **meningitis** **bacteremia** causada por **Neumococo**, **enfermedad respiratoria** causada por el **virus de la Influenza**, **Sarampión**, **Rubéola**, **Parotiditis** (**Triple Viral**), **Varicela**, **Hepatitis A**, **Fiebre Amarilla**, **Cáncer** causado por **Virus de Papiloma Humano** (VPH) y **Covid-19**.



Las vacunas son seguras
y salvan vidas
¡Ponte al Día!

www.minsalud.gov.co    @MinSaludCol

VIDA

[illegible]

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

[illegible]

Atividade em Sala de Aula		Atividade em Sala de Aula	
A. poder de los 8 meses	Um año	Mano e bato a 27	Mano e bato a 27
Dois años	Tres años	Mano e bato a 27	Mano e bato a 27
Cuatro años	Cinco años	Mano e bato a 27	Mano e bato a 27

Suplementación con hierro (Mancos de 6 meses con leche)		Fertilización casera con microorganismos en polvos a 23 meses	
1 mes		6 a 8 meses	
2 a 3 meses		12 a 17 meses	
4 a 6 meses		18 a 23 meses	

Suplementación con micronutrientes (Hierro y Vitamina A)		Desparasitación	
2 años		1 año	
3 años		2 años	
4 años		3 años	
5 años		4 años	
		5 años	

Tamizaje para Anemia - Hemoglobina (Según criterios de riesgo)	
	Resultado
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	

[illegible]

Carné de Vacunación

Illegible text (likely a signature or name)

Diary Notes

1. 246 800 938 ✓

Tipo de Documento

Fecha de Nacimiento 15/12/2020

Satz: $\mathbb{R}^n$ ist ein Vektorraum.

Grupo sangüíneo

Peso al neer: 1850 Grs. Taz: 11 (m)

Direction: 27-17 P & G

Teléfono L: 3483472407

Teléfono 2:

Responsible:

Município de residência: FuzetaDepartamento: Endinamica

CC:1004473491.

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: **Iker Andrey Diaz Rojas**

Tipo de Identificación: **1**

No. ID: **10**

Edad	Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de lote		IPS vacunadora	Fecha próxima cita			Nombres y apellidos del vacunado
			Día	Mes	Año		SI	NO		Día	Mes	Año	
Recién Nacido	BCG	Única	20	04	2025	Lactancia materna exclusiva	SI	0333M4047	ESSE HSEF				Alexandria
	Hepatitis B	Recién nacido	16	12	2024	Serum	SI	032300140	ESSE HSEF				Alexandria
	Polio	1°	06	03	2025	Lactancia materna exclusiva	SI	2401006	ESSE HSEF				Alexandria
	Polio	1°	06	03	2025	Serum	SI	2853X0200	HOSPITAL SAN RAFAEL				Alexandria
2 meses	Polio	1°	06	03	2025	Prevacar	SI	HJ5277	de Tacatohua				Alexandria
	Polio	2°	15	04	2025	Lactancia materna exclusiva	SI	2333010	HOSPITAL SAN RAFAEL				Alexandria
	Polio	2°	15	04	2025	Serum	SI	2853X0200	HOSPITAL SAN RAFAEL				Alexandria
	Polio	2°	15	04	2025	Prevacar	SI	HJ5277	de Tacatohua				Alexandria
4 meses	Polio	3°	16	06	2025	Lactancia materna exclusiva	SI	2401006	ESSE HSEF				Alexandria
	Polio	3°	16	06	2025	Serum	SI	2853X0200	HOSPITAL SAN RAFAEL				Alexandria
	Polio	3°	16	06	2025	Prevacar	SI	HJ5277	de Tacatohua				Alexandria
	Polio	3°	16	06	2025	Lactancia materna exclusiva	SI	2401006	ESSE HSEF				Alexandria
6 meses	Polio	3°	16	06	2025	Lactancia materna exclusiva	SI	2401006	ESSE HSEF				Alexandria
	Polio	3°	16	06	2025	Serum	SI	2853X0200	HOSPITAL SAN RAFAEL				Alexandria
	Polio	3°	16	06	2025	Prevacar	SI	HJ5277	de Tacatohua				Alexandria
	Polio	3°	16	06	2025	Lactancia materna exclusiva	SI	2401006	ESSE HSEF				Alexandria
7 meses	Polio	3°	16	06	2025	Lactancia materna exclusiva	SI	2401006	ESSE HSEF				Alexandria
	Polio	3°	16	06	2025	Serum	SI	2853X0200	HOSPITAL SAN RAFAEL				Alexandria
	Polio	3°	16	06	2025	Prevacar	SI	HJ5277	de Tacatohua				Alexandria
	Polio	3°	16	06	2025	Lactancia materna exclusiva	SI	2401006	ESSE HSEF				Alexandria
12 meses	Polio	3°	16	06	2025	Lactancia materna exclusiva	SI	2401006	ESSE HSEF				Alexandria
	Polio	3°	16	06	2025	Serum	SI	2853X0200	HOSPITAL SAN RAFAEL				Alexandria
	Polio	3°	16	06	2025	Prevacar	SI	HJ5277	de Tacatohua				Alexandria
	Polio	3°	16	06	2025	Lactancia materna exclusiva	SI	2401006	ESSE HSEF				Alexandria
18 meses	Polio	3°	16	06	2025	Lactancia materna exclusiva	SI	2401006	ESSE HSEF				Alexandria
	Polio	3°	16	06	2025	Serum	SI	2853X0200	HOSPITAL SAN RAFAEL				Alexandria
	Polio	3°	16	06	2025	Prevacar	SI	HJ5277	de Tacatohua				Alexandria
	Polio	3°	16	06	2025	Lactancia materna exclusiva	SI	2401006	ESSE HSEF				Alexandria
5 años	Polio	3°	16	06	2025	Lactancia materna exclusiva	SI	2401006	ESSE HSEF				Alexandria
	Polio	3°	16	06	2025	Serum	SI	2853X0200	HOSPITAL SAN RAFAEL				Alexandria
	Polio	3°	16	06	2025	Prevacar	SI	HJ5277	de Tacatohua				Alexandria
	Polio	3°	16	06	2025	Lactancia materna exclusiva	SI	2401006	ESSE HSEF				Alexandria
9 años	Polio	3°	16	06	2025	Lactancia materna exclusiva	SI	2401006	ESSE HSEF				Alexandria
	Polio	3°	16	06	2025	Serum	SI	2853X0200	HOSPITAL SAN RAFAEL				Alexandria
	Polio	3°	16	06	2025	Prevacar	SI	HJ5277	de Tacatohua				Alexandria
	Polio	3°	16	06	2025	Lactancia materna exclusiva	SI	2401006	ESSE HSEF				Alexandria
Sin rango de edad	Polio	3°	16	06	2025	Lactancia materna exclusiva	SI	2401006	ESSE HSEF				Alexandria
	Polio	3°	16	06	2025	Serum	SI	2853X0200	HOSPITAL SAN RAFAEL				Alexandria
	Polio	3°	16	06	2025	Prevacar	SI	HJ5277	de Tacatohua				Alexandria
	Polio	3°	16	06	2025	Lactancia materna exclusiva	SI	2401006	ESSE HSEF				Alexandria

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

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 Puente 2, 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): Iker Andrey Diaz Rojas con RC No 1246800938 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.

 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 mes Agosto del año 2025, en el Municipio de Tesala.

Dirly Nojas
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Sandro P. Brand
AGENTE EDUCATIVA

 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 Iker Andrey Diaz Rojas, identificado (a) con documento de identidad número 104680938, 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, Divilly Rocío Rojas, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004433491, 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 Corbueles, 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: Divilly Rocío
 Nombre: Divilly Rocío Rojas
 Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
 Teléfono de contacto: _____
 Fecha: 05-8-2025
 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.

13

 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 Dirly Rocio Rojas Yucuma, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1004473491 de Nabaga, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Iker Andrey Diaz Rojas, identificados con NUIP No. 1246800938, usuario de la unidad de servicio Estrellitas nacientes 2, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en Teolima, a los 05 días del mes Agosto de 2025

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

Nombre: Dirly Rocio Rojas
 Firma: Dirly Rocio
 CC. No. 1004473491

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Sandro Patricio BrondCumbre
 Firma: Sandro P. Brond.
 CC. No. 26421459

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

 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

FORMALIZACION DEL PACTO DE CONVIVENCIA

Yo Driely Rocío Rojas Yacuma, identificado con la
 cédula de ciudadanía N° 1004473497 expedida en Naboya
 como padre de familia y/o cuidador del niño o
 niña Iker Andrey Díaz Rojas con RC 1246800938
 manifiesto que de manera voluntaria acepto y me adscribo al pacto de convivencia que
 hemos socializado y construido de manera conjunta en la **UDS ESTRELLITAS**
NACIENTES 2 en el cual se establecen los siguientes acuerdos.

LOS ACUERDOS ESTABLECIDOS SE RESUMEN EN

1. Derechos y deberes de los niños y las niñas usuarias
2. Derechos y deberes de padres de familia y/o cuidadores
3. Gratuidad del servicio brindado en la UDS
4. Derechos y deberes del Talento Humano de la UDS
5. Mantener relación de respeto entre los usuarios de la UDS y con el talento humano de la UDS.

El presente acuerdo se da por formalizado el día 05 del mes Agosto del año
2025 en el municipio de TESALIA con la firma de las partes que en el intervienen

Driely Rojas

Padre de familia o usuario

Sandro P. Brand

Docente de la UDS

Auxiliar A. Bonilla
 Auxiliar Pedagógica de la UDS



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.473.491

ROJAS YUCUMA

APELLIDOS

DIRLY ROCIO

NOMBRES

Dirly Rocio Rojas Y.



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-ENE-2002

NATAGA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

ESTATURA

A+

GS RH

F

SEXO

21-ENE-2020 FUNZA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1508800-01134059-F-1004473491-20200225

0070233823A 1

51741866



Accidentes personales
**Protegemos
tus pasos**

Línea de atención

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

Página web:

www.segurosmondial.com.co

Conoce nuestra red médica



N° Póliza:

2000513552

Tomador:

CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado:

IKER ANDREY DIAZ ROJAS

ID Asegurado:

1246800938

Vigencia Desde:

2025/08/19

Vigencia Hasta:

2026/02/24

Muerte
Accidental

\$5.000.000,00

Gastos
Médicos

\$4.000.000,00

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

Desde Bogotá: 3274712/13

Línea nacional: 018000111935

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

www.segurosmondial.com.co

de cero
a Siempre

Ciudad

Teshalia

Nombre completo de la niña o niño

Iker Andrey Diaz Rojas

Fecha de nacimiento

15

12 2024

N° Documento de Identidad

1246800938

Sexo

Masculino



Femenino



Fecha de 1er día de atención en el año

1-08 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Johana A. Bonilla

Fecha de registro cualitativo

Rango de edad 0 a 6 meses

☐ 6 meses y 1 día a 12 meses☒ 1 año y 1 día a 2 años2 años y 1 día a 3 años ☐ 3 años y 1 día a 4 años☐ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ☐

Color de registro

valoración cualitativa



Perfil de desarrollo

Alerta ☐Esperado ☒Avanzado ☐

Observaciones generales

Iker es un bebé con gran nivel de desarrollo es alegre y explorador. En esta primera observación al niño se encuentra en un nivel esperado ya que cumple con los ítems estipulados para su rango de edad.

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo (en caso de perfil de desarrollo en alerta)

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo

Rango de edad 0 a 6 meses

☐ 6 meses y 1 día a 12 meses☐ 1 año y 1 día a 2 años2 años y 1 día a 3 años ☐ 3 años y 1 día a 4 años☐ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ☐

Color de registro

valoración cualitativa



Perfil de desarrollo

Alerta ☐Esperado ☐Avanzado ☐

Observaciones generales

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo (en caso de perfil de desarrollo en alerta)

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo

Rango de edad 0 a 6 meses

☐ 6 meses y 1 día a 12 meses☐ 1 año y 1 día a 2 años2 años y 1 día a 3 años ☐ 3 años y 1 día a 4 años☐ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ☐

Color de registro

valoración cualitativa

Perfil de desarrollo

Alerta ☐Esperado ☐Avanzado ☐

Observaciones generales

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo (en caso de perfil de desarrollo en alerta)

18

Valoración Cualitativa ⇄	Relación con los demás												Relación consigo mismo/o												Relación con el mundo											
	Comunicación				Interacción				Construcción de normas				Identidad				Autoestima				Manejo corporal				Conocimiento de los objetos				Relaciones de causalidad				Representación de la Realidad Social			
	Verbal		No verbal		Independencia		Cooperación		Autonomía		Personal		Social																							
	1a	2a	3a	4a	1a	2a	3a	4a	1a	2a	3a	4a	1a	2a	3a	4a	1a	2a	3a	4a	1a	2a	3a	4a	1a	2a	3a	4a	1a	2a	3a	4a				
0 a 6 meses	1	1	1	4	4	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6				
6 meses y 1 día a 12 meses	1	1	1	3	3	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6				
1 año y 1 día a 2 años	1	1	1	3	3	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6				
2 años y 1 día a 3 años	1	1	1	4	4	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6				
3 años y 1 día a 4 años	1	1	1	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6				
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1	1	1	3	3	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6				

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales