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 DMF2 Estrellitas Nacientes 2

PARTICIPANTE: Aimer Fancy Ceron Leiva

RC y No. 1079413622

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.		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		X	

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.079.413.622

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59256275

59256275

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código K 2 Y

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

REGISTRADURIA DE TESALIA - COLOMBIA - HUILA - TESALIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CERON	LEIVA

Nombre(s)

AHIMER FERNEY

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes OCT Día 19	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	2210551015039 2

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

LEIVA ANDRADE VANESSA ALEJANDRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.408.158	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

CERON VASQUEZ AIMER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.007.547.961	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CERON VASQUEZ AIMER

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.007.547.961	Aimer ceron vasquez

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 NOV Día 01	DIOGENES ORTIZ BRAND REGISTRADO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Aimer ceron vasquez Firma	DIOGENES ORTIZ BRAND Registrador Nacional del Estado Civil Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

CFIXPRES

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

3

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 19/03/2025

Ficha: 41797101640100000082

A1

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: AHIMER FERNEY

Apellidos: CERON LEIVA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079413622

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/06/2020

Última actualización ciudadano: 04/05/2023

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: VANESSA MAZABEL PERDOMO

Dirección: Carrera 9 No 6 - 11

Teléfono: 8377022 - 3134061848

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	1079413622
NOMBRES	AHIMER FERNEY
APELLIDOS	CERON LEIVA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	TESALIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	20/10/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	03/19/2025 08:15:13	**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.

Powered by CamScanner

HOSPITAL CENTRO E.S.E PLANADAS TOLIMA

"DISPUESTOS A SERVIR CON EQUIDAD E INTEGRIDAD"

CARNET DE SALUD INFANTIL

Este "carnet de salud infantil " se les entrega a los padres de los niños menores de un año, para realizar el seguimiento de la salud de sus hijos desde su nacimiento. Resolución 001535 de 2002
En el documento se reflejara el seguimiento detallado de las condiciones de salud y desarrollo de su hijo. Para completar los datos, sera necesaria la colaboración del personal de salud y la familia

Este documento es personal e intransferible y su información es confidencial, en caso de perdida, por favor remitirlo al interesado o al HOSPITAL CENTRO

DATOS DEL MENOR

Primer Apellido: CERON
Segundo Apellido: LEIVA
Nombres: AHMIER FERNEY CERON LEIVA
Fecha de Nacimiento: Dia 19 Mes 10 Año 2022.
Grupo Sanguineo: A RH: +
Lugar de Nacimiento: HOSPITAL SAN ANTONIO DE PAULA
Municipio: LA PLATA
Departamento: HUILA
EPS: NUEVA EPS
No. de Afiliación:
No. de Registro Civil: 1079473622

EN CASO DE URGENCIA POR FAVOR AVISAR A:

Nombre:
Domicilio:
Municipio:
Teléfono:
Otros domicilios:

DATOS FAMILIARES

Padre
Apellidos:
Nombres:
Profesión:
Fecha de Nacimiento:
Grupo Sanguineo: RH:
Telefono:

Madre
Apellidos:
Nombres:
Profesión:
Fecha de Nacimiento:
Grupo Sanguineo: RH:
Teléfono:

Powered by CamScanner

HOSPITAL CENTRO E S E PLANADAS TOLIMA

DISPUESTOS A SERVIR CON EQUIDAD E INTEGRIDAD

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LA SALUD DEL NIÑO

Fecha	Edad	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Observación	Estado Nutrido	Estado Anemia	Observaciones
07-01-23	2	5.8kg	57cm	39cm				
4/4/23	5M	7.2m	63 L	44	Adecuado	70-5.2		
06-05-23	6M	7.23	65cm	44	Adecuado	9 M		Entel
07-8-23	9m	7.9	69cm	44.5	Sano	11 meses		Con medico
07-11-23	12m	8.5	72cm	45cm	Adecuado	15 meses		Con [illegible]
24/02/24	1 [illegible]	9.7	75cm	44	Idea	Anemia		[illegible]
08/03/25	2a	13kg	86cm	47cm	Sobrepeso	6 meses	(6/9/25)	[illegible]

Remisiones

Audiometrías

Fecha	Resultado	Remisión	

Agudeza Visual

Fecha	Resultado	Remisión	

Powered by CamScanner

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

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		Publicación 2	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

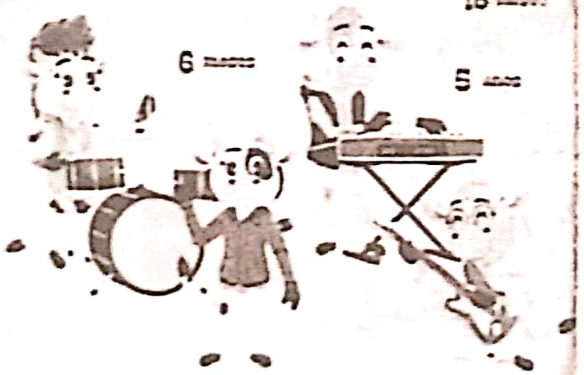
VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

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, tetanos, diarrea por rotavirus, neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubeola, 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:

0 meses
2 meses
12 meses
4 meses
7 meses
18 meses
6 meses
5 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: AHINER FERNY CERON LEIVA
Fecha de nacimiento: 19.10.2022
Nº de certificado de nacido vivo: 22105510150392
Registro civil: 1079413622
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: A POSITIVO
Peso al nacer: 2910 Talla: 48cm
Dirección: Vda El Palmito
Teléfono 1: 3152217153
Teléfono 2:
Responsable: Vanessa leiva Andrade
Municipio de residencia: Tesalia
Departamento: Huila
CC 1079408158

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

Nor plata Huila San Antonio de Pauda

Scyo

Powered by CamScanner

Ahimer Ferney Cedri Leiva

Nombres y Apellidos:

Tipo Identificación:

No. ID: 1.079413622

Edad	No. protegido 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
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	20	10	2022	Serum	0371MA031	UDSP	11	12	2022	[illegible]
	Hepatitis B	Recién nacido	19	10	2022	Serum	0321Q0183	NDSP				[illegible]
	Poliomielitis (VIP)	1°				Biological	2201009					
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1°										
	Hepatitis B	1°										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1°										
	Diarrea por rotavirus		25-02-2023			Serum	285140287					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1°	25-02-2023			Pfizer	F49925					
	Poliomielitis (VIP)	2°										
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2°										
	Hepatitis B	2°										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2°										
	Diarrea por rotavirus		27-04-2023			Serum	285140337					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2°	27-04-23			Pfizer	F49925		26-abril 2023			
	Poliomielitis (VIP)	3°	7/06/23			Serum	2208016P	HCP				[illegible]
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3°	7/06/23			Serum	28514033L	HCP				[illegible]
	Hepatitis B	3°										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3°										
	Influenza estacional	1°	7/06/23			Biopharma	V5052300A	HCP	30 mayo 2023			[illegible]
	Influenza estacional	2°	11-07-2023			Biopharma	V5052300A	HCP				
	Sarampión, rubeola y parotiditis (SAP)	1°				Serum	01.32N072B		7-junio 2023			
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo				Glaxo	5J8635					
	Varicela	2°				Merck	X006533		24 octubre 2023			
	Hepatitis A	Única	01-11-2023			Merck	W027730					
	Influenza estacional	Anual	22	06	24	Butantan	2400919	EDE Tesalia	8 junio 2024			[illegible]
	Poliomielitis (VIP ___ VOPb ___)	1° refuerzo	22	06	24	Biological	2234003A	EDE Tesalia				[illegible]
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1° refuerzo	22	06	24	Serum	28524014C	EDE Tesalia				[illegible]
	Fiebre amarilla	Única	22	06	24	Sanofi	B13143	EDE Tesalia				[illegible]
	Poliomielitis (VIP ___ VOPb ___)	2° refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2° refuerzo										
	Sarampión, rubeola y parotiditis (SAP)	2°	22	06	24	Serum	0133N004AA	EDE Tesalia				[illegible]
	Varicela	Refuerzo										
	Virus del papiloma humano (VPH)	1°										
		2°										
		3°										

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

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, cepillelos 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 8 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 encías.

Cambie de cepillo dental cada 6 meses, utilice uno de cuerdo a tu edad.

Cepille las prótesis dentales después de cada comida, existen pastillas que se usan para desinfectar.

Hospital
SANTA TERESA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SANTA TERESA
NIT 891 103 889 - 6
TESALIA - HUILA

CUIDEMOS NUESTRA SONRISA

NOMBRE: Ahimer ferney Ceron Leiva

DOC. DE IDENTIDAD: 1079413622

EPS - EPS Nueva EPS

Servicio: Salud Oral

Powered by CamScanner

FECHA	1a VEZ	CPB	OET	FLÚOR	SELLANTE	OPERATORIA	CIRUGÍA ORAL	ENDODONCIA	CONSULTA URGENCIA	TTO. YERMINADA
06-MAY-24	✓			Barniz	P y P	Prox Contro	C	06-11-24		Yuly Constanza Trujillo C
01-02-25	✓			Barniz	pyp	Prox Control		01-08-25		Higienista Oral Resolucion 2597 Maria Del Mar

Powered by CamScanner

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 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): Aimer Feiney Cerón Leiva con RC No 1079413 622. 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 6 del mes Marzo del año 2025, en el Municipio de Tesalia (H.)

Vanessa Valencia Leiva madre
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

AGENTE EDUCATIVA

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 Ainel Yeney Ceron Lewa, identificado (a) con documento de identidad número 1079413622 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, Vanessa Alejandra Lewa, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1079403158 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 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 Educacion Inicial enel hogar.

Suscriben:

Firma: Vanessa Alejandra Lewa mdad
Nombre: _____
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 6 Marzo de 2025
Municipio: Tesalia (H)

¡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 Vanessa Alejandra Leiva, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1079408158 de Tesalia, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Aimer Feiney Ceron, identificados con NUIP No. 1079413622, usuario de la unidad de servicio _____, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en Tesalia Huila, a los 21 días del mes Marzo de 2025

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

Nombre: Vanessa alejandra leiva

Firma: Vanessa alejandra leiva

CC. No. 1079408158

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Sandra Patricia Brand

Firma: Sandra P. Brand

CC. No. 26471459

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

FORMALIZACION DEL PACTO DE CONVIVENCIA

Yo Vanessa Alejandra Leiva Andrade identificado con la cédula de ciudadanía N° 1079409158 expedida en Tesalia como padre de familia y/o cuidador del niño o niña Aimer Ferney Ceron con RC 1079413622 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 ESTABLECIDOSSE RESUMEN EN

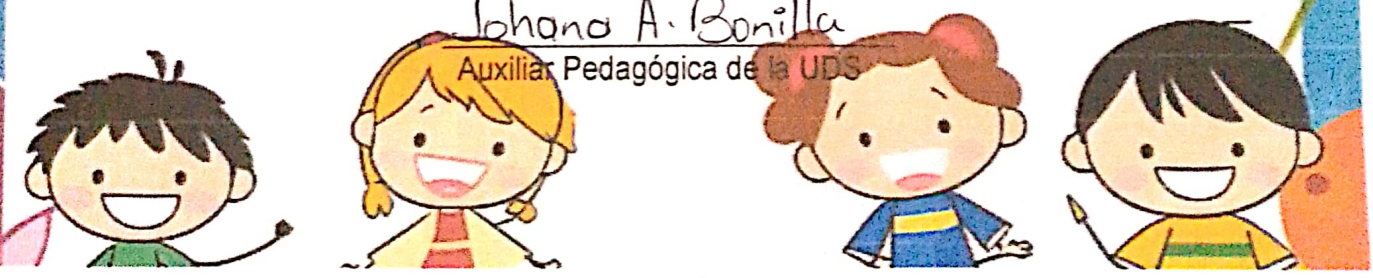
1. Derechos y deberes de los niños y las niñas usuarias
2. Derechos y deberes de padres de familia y/o cuidadores
3. Gratuidad del servicio brindado en la UDS
4. Derechos y deberes del Talento Humano de la UDS
5. Mantener relación de respeto entre los usuarios de la UDS y con el talento humano de la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

El presente acuerdo se da por formalizado el día 6 del mes Marzo del año 2025 en el municipio de TESALIA con la firma de las partes que en el intervienen

Vanessa Alejandra Leiva
Padre de familia o usuario

Sandra P. Briand
Docente de la UDS

Johana A. Bonilla
Auxiliar Pedagógica de la UDS



Powered by CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.079.408.158

LEIVA ANDRADE

VANESSA ALEJANDRA

COL 1.58 F

21 JUL 2003 O+

TESALIA (HUILA)

21 JUL 2021 TESALIA

Vanessa alejandra

31 AGO 2033

CC

1030265763

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL1030265763619025<<<<<<<<<<<
0307215F3308316COL1079408158<0
LEIVA<ANDRADE<<VANESSA<ALEJAND

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

1.007.547.961

CERON VASQUEZ

ARLEN

FECHA DE NACIMIENTO 04-ABR-1995

PLANADAS

(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 A+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

31-MAR-2014 PLANADAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner