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: Sofia Medina Arias

RC X No. 1084580236

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	✓		

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.084.580.236

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59236691

59236691

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L Y B

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

REGISTRADURIA DE NATAGA - COLOMBIA - HUILA - NATAGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MEDINA	ARIAS

Nombre(s): SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes JUL Día 31	FEMENINO	B	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	240781106645 7

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: ARIAS ARIAS SONIA MARILCY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.473.671	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: MEDINA ZUÑIGA ARLINSON ARLEY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.084.578.547	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MEDINA ZUÑIGA ARLINSON ARLEY

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.084.578.547	Arlinson Arley Medina

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 2024 Mes AGO Día 02	CRISTOBAL VILLANUEVA ARAGONEZ - R Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Arlinson Arley Medina Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 11/03/2025

Ficha: 41483321503200001487

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: SOFIA

Apellidos: MEDINA ARIAS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1084580236

Municipio: Nátaga

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 30/05/2023

Última actualización ciudadano: 29/11/2024

Última actualización via 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: YENI PAOLA ARIAS ANDAPIÑA

Dirección: Carrera 8 No 2 - 43

Teléfono: 3202373268

Correo Electrónico: alcaldia@nataga-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	1084580236
NOMBRES	SOFIA
APELLIDOS	MEDINA ARIAS
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	31/07/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

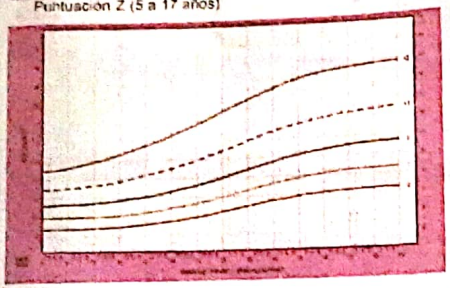
Fecha de Impresión:	03/11/2025 12:56:48	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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".

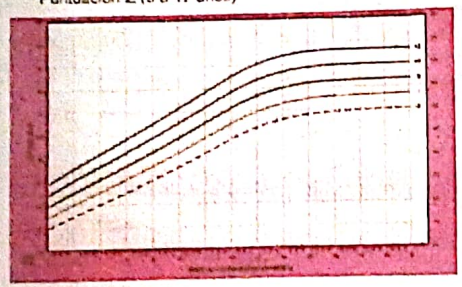
Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen

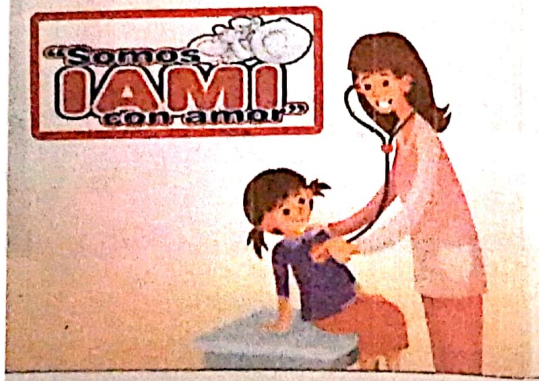
Powered by CamScanner

IMC para la Edad Niñas
Puntuación Z (5 a 17 años)



Talla para la Edad Niñas
Puntuación Z (5 a 17 años)





CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DÍA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2024	Sept	03	09:00	✓	
2024	Octubre			✓	
2025	Enero	03	llamar	✓	
2025	Febrero	05	Jefe llamar	✓	
2025	Abril	30	Enf		
2025	Mayo	16	Jefe		
2025	Agosto.		Medico		

E.S.E HOSPITAL
LUIS ANTONIO MOJICA
Natagá - Huila
... Porque su salud esta en buenas manos

CARNÉ DE SALUD MENORES DE 10 AÑOS NIÑAS

Nombre Sofía Medina Arias
Fecha de Nacimiento 31/07/2024
Registro Civil 1084580236
Teléfono 3103590108
Dirección
Barrio o Vereda Vda el Teniente
Nombre Responsable del Niño
Sonia Aria Arias
EPS Afiliación Sanit
Sitio de Atención Nataga

ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO LOS AGENTES SE LO RECOMIENDE

Powered by CamScanner

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

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

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

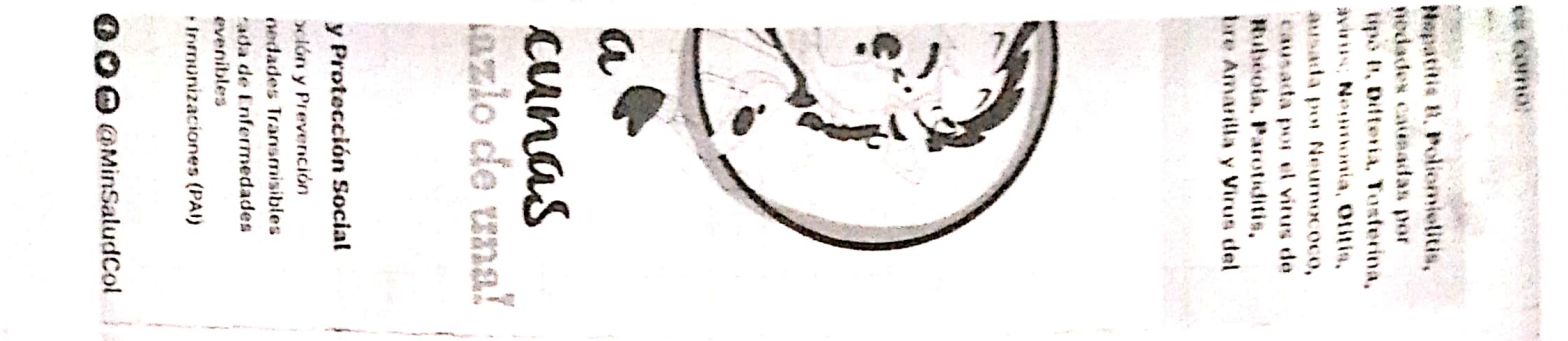
Perímetro Cefálico Niñas
Puntuación Z (0 a 5 años)

IMC para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 5 años)

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

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

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



Hepatitis B, Poliomielitis, Enfermedades causadas por Haemophilus tipo b, Difteria, Tosferina, Tétanos, Neumonía, Otitis, Enfermedad causada por Neumococo, Influenza causada por el virus de Rubeola, Parotiditis, Fiebre Amarilla y Virus del

...cunas

...anzo de una!

...y Protección Social

...ción y Prevención
...ndados Transmisibles
...ada de Enfermedades
...evenibles
...Inmunizaciones (PAI)

@MinSaludCol

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIEN

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años		
4 años		
5 años		

*Menor o igual a 20 normal

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

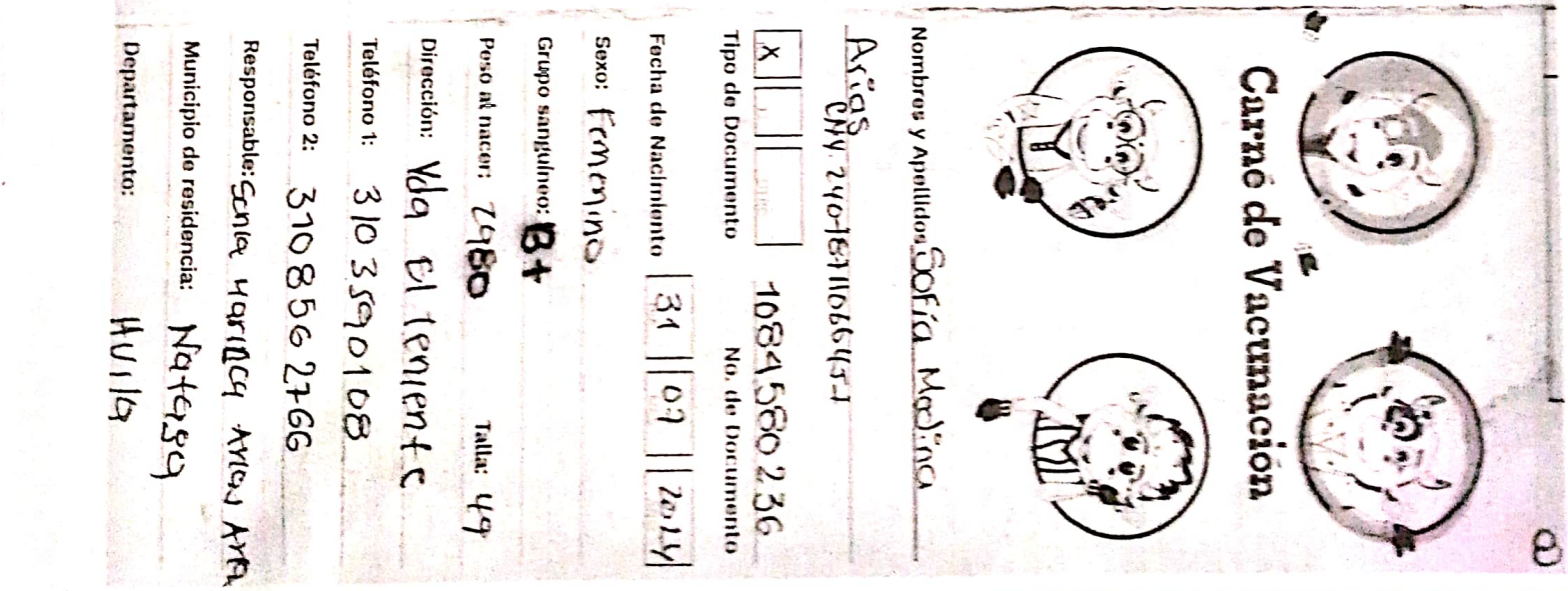
Edad	Fecha			Valoración Nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUC

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



Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Sofía Molina Arias

CNV 240-181166451

Tipo de Documento: [x] | | | | | | | | | | |

No. de Documento: 1084560236

Fecha de Nacimiento: 31 | 07 | 2014

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: B+

Peso al nacer: 2980 Talla: 49

Dirección: Vda El Tenente

Teléfono 1: 3103590108

Teléfono 2: 3108562766

Responsable: Santa Marina Arias Arg

Municipio de residencia: Natagá

Departamento: Huila

Powered by CamScanner

Me protege de	Dosis	Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Día	Mes	Año	
					Lactancia materna exclusiva SI X No						
Tuberculosis meningea (BCG)	Única	31	07	2024	Serum	0 3 1 4 4 A 6 B 2	H.D.S.R.G. RIHN, D1	10	2024		Jahana Rafael Cano C.C. 57460
Hepatitis B	Recién nacido	31	07	2024		0 3 2 3 4 0 1 4 5					
					Lactancia materna exclusiva SI X No						
Poliomielitis (VIP)	1ª	09	10	2024	Fabricante	2 3 0 8 0 1 0					
Difteria y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	09	10	2024	Serum	2 8 5 2 4 0 1 3 C	CEF Vacuna				
Hepatitis B	1ª										
Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª										
Diarrea por rotavirus	1ª	09	10	2024	GlaxO	A 2 0 1 0 8 4 6 AA					
Neumonia, otitis, Meningitis y sepsis causada por Neumococo ID 10 [ ] PCV 13 [X]	1ª	09	10	2024	Fabricante	5 X 5 1 3 9					
					Lactancia materna exclusiva SI X No						
Poliomielitis (VIP)	2ª	30	11	2024	Fabricante	2 3 0 8 0 1 0 A					
Difteria y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª										
Hepatitis B	2ª	30	11	2024	Serum	2 8 5 3 7 0 1 0	CEF Vacuna				
Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª										
Diarrea por rotavirus	2ª	30	11	2024	GlaxO	A 2 0 1 0 2 4 AA					
Neumonia, otitis, Meningitis y sepsis causada por Neumococo ID 10 [ ] PCV 13 [X]	2ª	30	11	2024	Fabricante	5 X 5 1 3 9					
					Lactancia materna exclusiva SI X No						
Poliomielitis (VIP)	3ª	31	01	25	Biotech	2 3 3 3 0 1 0 A	CEF Vacuna H1N1				
Difteria y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª										
Hepatitis B	3ª	31	01	25	Serum	2 8 5 3 X 0 2 0 3					
Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª										
Influenza estacional	1ª	31	01	25	Butantan	2 4 0 0 9 7 5 00					
Influenza estacional	2ª	27	02	25	Butantan	2 4 0 0 9 7 5 0	PSE CAM Hedy H.				
Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª										
Neumonia, otitis, Meningitis y sepsis causada por Neumococo ID 10 [ ] PCV 13 [ ]	Refuerzo	30 Julio = 1 año									
Varicela	1ª										
Hepatitis A	Única										
Influenza estacional	Anual										
Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo										
Difteria, Tosferina y Tétano [ ] Pentavalente [ ]	1er Refuerzo										
**Fiebre Amarilla	Única										
Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª										
Poliomielitis (VIP) [ ] (VOPb) [ ]	2do Refuerzo										
Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
Varicela	Refuerzo										
Virus del papiloma humano (VPH)	1ª										
	2ª										
	3ª										
Covid-19	1ª										
	2ª										
	1er Refuerzo										
	2do Refuerzo										

Powered by CamScanner

E.S.E. Hospital Luis Antonio Mojica
Nátaga - Huila
Nit: 813.011.465-8
Salud con calidad y Calidez para todos.

CARNÉ DE CITAS

Programas

Planificación Familiar [ ]

Odontología / Higiene Oral [X]

Otros. [ ]

Cual: _____

Nombre y Apellidos: Sofia Medina. Arias.

Historia Clínica: 1084580236

Fecha de Nac.: 31-07-24.

E.P.S: Sanitas.

Dir: V/ Teniente.

Tel: 3103590108.

Comuniquese con Nosotros

Urgencias: 311 2292090
Citas medicas: 312 4818595
Citas odontologia: 312 3354155
HospitalLuisAntonioMojicaNataga
www.esehospitalnatagahuila.gov.co
contactenos@esehospitalnatagahuila.gov.co

10

Powered by CamScanner

CITA DE CONTROLES

Motivo	Dia	Mes	Año	A.	N.A	Observaciones
odontologica	27 -	3 -	25			[illegible]

No olvidar traer este carnet todas las veces que asista a control con Medicina, Odontología y Enfermería. Al solicitar citas sera exigido.

Powered by CamScanner

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

ACTA DE COMPROMISO Y CORRESPONSABILIDAD CON PADRES DE FAMILIA Y/O CUIDADORES

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS Estrellitas 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): Sofia Medina Arias con RC No 1084580236 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).

Sonia Marlen Arias Arias
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 Sofia Medina Arias, identificado (a) con documento de identidad número 1084580236 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, Sonia Marley Arias, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004473671, 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 en el hogar.

Suscriben:

Firma: Sonia Marley Arias Arias
Nombre: Sonia Marley Arias Arias
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 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 Sonia Maria Arias Arias, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1004973671 de Nátaga-Huila, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Sofia Medina Arias, identificados con NUIP No. 1084580236, 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 Mayo de 2025

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

Nombre: Sonia Maria Arias Arias

Firma: Sonia Maria Arias Arias

CC. No. 1004973671

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 Sonia Marley Arias ,identificado con la cédula de ciudadanía N° 1004433671 expedida en Natoga como padre de familia y/o cuidador del niño o niña Sofia Hedno Arias con RC 1084580236 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

Sonia Marley Arias Arias — Padre de familia o usuario

Sandra P. Brand — Docente de la UDS

Shana A. Bonilla — Auxiliar Pedagógica de la UDS

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.472.671
ARIAS ARIAS

APELLIDOS
SONIA MARILCY

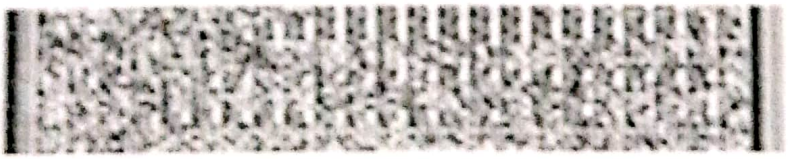
FIRMA
Sonia Marilcy Arias A

FECHA DE NACIMIENTO 23-MAR-2003
NATAGA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

25-MAR-2021 NATAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL



Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.084.578.547**
MEDINA ZUÑIGA

APELLIDOS
ARLINSON ARLEY

NOMBRES

Arlinson Arley Medina Z

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-MAR-1996**
TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66	**B+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-MAR-2014 NATAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1905000-00572828-M-1084578547-20140514 **0038**582055A 1 39981718

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner