Huellas de Amor Para Tu Vida

CORPORACIÓN HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA
Nit 900.192.801-9

CÓDIGO: AG-DC-018	
Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025

Versión: 2

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS NIÑO/A PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR

UDS: DE LA MANO FAMILIAR 2 SEMILLAS DEL FUTURO 1
PARTICIPANTE: ADHARA GONZALEZ CASTILLO
RC X No. 1079413717

FOTO DEL PARTICIPANTE



DOCUMENTO Y REQUERIDO PARA FOCALIZAR	CUMPLE	COMPROMISO
Fotocopia del Registro civil de nacimiento (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)		
Fotocopia del criterio de focalización según la guía del ICBF. SISBEN		
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social		
Fotocopia de la valoración integral en salud/ control de crecimiento y desarrollo		
Copia del carné de vacunación actualizado según la edad.		
Copia del carnet u/o certificado de asistencia a consulta de salud oral.		
Carnet póliza de seguro		
Certificado del examen de agudeza visual Y tamizaje auditivo. (Aplica para niñas y niños al cumplir los 4 años)		
Para identificar lugar de residencia, fotocopia de un recibo de servicios público.		
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable		
Formato autorización toma de fotos y vídeos		
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos		
Acta de aprobación pacto de convivencia		
Formato veracidad de la información diligenciamiento ficha de caracterización.		
Formato escala de valoración cualitativa		

Powered by CamScanner



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.079.413.717

Indicativo Serial 59256399

• 59256399 •

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ]

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

REGISTRADURIA DE TESALIA - COLOMBIA - HUILA - TESALIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GONZALEZ	CASTILLO

Nombre(s)

ADHARA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes AGO Día 12	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/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	23081810601315

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

CASTILLO GUARACA TANIA MICHELL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 1.081.398.880	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

GONZALEZ RIVAS SERGIO ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.074.475	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ RIVAS SERGIO ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.004.074.475	Sergio Gonzalez

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 2023 Mes AGO Día 18	DIOGENES ORTIZ BRAND - REGISTRADOR Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Sergio Gonzalez Firma	DIOGENES ORTIZ BRAND Registrador MPAL del Estado Civil Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURIA MUNICIPAL
DEL ESTADO CIVIL
TESALIA - HUILA
18 AGO 2023
FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL
Firma:
DIOGENES ORTIZ BRAND
Registrador MPAL del Estado Civil

ESTA REPRODUCCION FOTOMECANICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURIA

OFIXPRES

• ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO •

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 20/03/2025

Ficha: 41797007539200000502

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ADHARA

Apellidos: GONZALEZ CASTILLO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079413717

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 20/09/2019

Última actualizacion ciudadano: 31/08/2023

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: VANESSA MAZABEL PERDOMO

Dirección: Carrera 9 No 6 - 11

Teléfono: 8377022 - 3134061848

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

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	1079413717
NOMBRES	ADHARA
APELLIDOS	GONZALEZ CASTILLO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	TESALIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. -CM	SUBSIDIADO	12/08/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	03/20/2025 13:37:00	**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

Powered by CamScanner

E.S.E. Hospital SANTATERESA Tierra Noble



MIS DATOS

Mi nombre completo es:

ADHARA GONZALEZ CASTILLO

Nací en: LA PLATA HUILA

El día 12 del Mes Agosto del Año 2023

Mi peso fue 3.510 kg Mi talla fue 50 cm

Mi tipo y grupo sanguíneo es: O POSITIVO

Mi resultado de TSH fue:

Mi número de Registro Civil es: 1.079.413.717

Cuando nací, ¿Quedé hospitalizado? Si ☐ No ☒

¿Porqué?

Mi EPS es: NUEVA EPS

Mi mamá se llama: TANIA M CASTILLO Tel: 3152138100

Mi papá se llama: SERGIO A GONZALEZ Tel: 3160717750

Powered by CamScanner

Talla para la Edad Niñas - 0 a 2 años

Longitud (cm)

Meses Nacimiento

Edad (en meses y años cumplidos)

1 año

2 años

+2 +1 0 -1 -2

Harold Acuña P.
MEDICO UNIVERSITARIO
R.M 104297 2004

Lelny Carolina Collo C.
Enfermera
F.U.A.A

Powered by CamScanner



Mis controles

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

Fecha de Atención	Edad	Peso	Talla	PC	Próximo Control	Responsable del Control
16 septiembre	1 mes	4.8	56	34	Diciembre	Harold Avila MEDICO UNIMETRO R.M. 1042972804
15/12/23	4 Mes	6.2kg	62 cm	38cm	Febre.	
19/03/24	7 Mes	6.9kg	68cm	PC=42cm PB=14cm	19/07/24 Enfermería	Daniela Andrea Cabrera Enfermera Jefe
06/07/24	10 M.	8.3kg	74cm	PC=43cm PB=19cm	05/19/24 Medico	Daniela C. Enfermera Jefe
18/11/24	1 AÑO	10kg	78cm	BC 46 PB 16cm	18/03/25 Enfermera	Leidy Carolina Colla C. C.C 1142797337 Enfermera P.U.A.A
15/03/25	19 Meses	10.2kg	85cm	PC 46cm PB 16cm	Sept 25 Medico	

Observaciones: _____

_____

Interconsultas: _____

_____

Powered by CamScanner

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Adhara Gonzalez Castillo

Tipo de Documento: [X] [ ] [ ] — No. de Documento: 1094137172

Fecha de Nacimiento: 12 / 08 / 2023

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3510 — Talla: 50

Dirección: B Villa Buena Vista

Teléfono 1: 316 5218073

Teléfono 2:

Responsable: Tania Michel Castillo Cuadrado

Municipio de residencia: Tesalia

Departamento: Huila

C.C. 1081398880

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

Edad	Fecha Día	Fecha Mes	Fecha Año	Valoración Nutricional Peso	Valoración Nutricional Talla	Puntuación Z	Atención en salud por
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							

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

Nombres y Apellidos: _____ Tipo de Indentificación _____ No. ID: 5

	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio		Número de lote							IPS vacunadora	Fech Día
Recién Nacido						Lactancia materna exclusiva		Si		No						
	Tuberculosis meningea (BCG)	Unica	12	08	2023	Serum	0	3	7	1	M	A	0	9	3	HDSP	12
	Hepatitis B	Recién nacido	12	08	2023	Serum	0	3	2	2	Y	0	0	9	B	HDSP	
						Lactancia materna exclusiva		Si		No						
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	11	10	23	Biological	2	2	3	4	0	0	1.			ESE Tesalia	
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	11	10	23	Serum	2	8	2	2	X	0	0	3	B	ESE Tesalia	
	Hepatitis B	1ª	11	10	23	Serum	2	8	2	2	X	0	0	3	B	ESE Tesalia	
	Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	11	10	23	Serum	2	8	2	2	X	0	0	3	B	ESE Tesalia	
	Diarrea por rotavirus	1ª	11	10	23	GSK	A	E	0	1	D	9	9	M	A	ESE Tesalia	
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 [ ] PCV 13 [ ]	1ª	11	10	23	Prevenal	F	4	9	9	2	5.				ESE Tesalia.	
						Lactancia materna exclusiva		Si		No							14
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª	28	12	23	Biological	2	2	3	5	0	0	1			ESE Tesalia	
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	28	12	23	Serum	2	8	5	2	X	0	0	3	A	ESE Tesalia	
	Hepatitis B	2ª	28	12	23	Serum	2	8	5	2	X	0	0	3	A	ESE Tesalia	
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	28	12	23	Serum	2	8	5	2	X	0	0	3	A	ESE Tesalia	
	Diarrea por rotavirus	2ª	28	12	23	GSK	A	E	0	C	D	4	6	6	M	3 ESE Tesalia	
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 [ ] PCV 13 [ ]	2ª	28	12	23	Prevenal.	F	7	9	9	2	5.				ESE Tesalia	
						Lactancia materna exclusiva		Si		No							28
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª	24	02	24	Biological	2	2	3	4	0	0	3			ESE Tesalia	
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	24	02	24	Serum	2	8	5	2	X	0	0	3	A	ESE Tesalia	
	Hepatitis B	3ª	24	02	24	Serum	2	8	5	2	X	0	0	3	A	ESE Tesalia	
	Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	24	02	24	Serum	2	8	5	2	X	0	0	3	A.		
	Influenza estacional	1ª	07	06	24	Butantan	2	4	0	0	9	7	9			ESE Tesalia	
7 meses	Influenza estacional	2ª	09	07	24	Butantan	2	4	0	0	9	7	9			ESE Tesalia	
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	06	09	24	Serum	0	1	3	3	N	0	0	4	A	ESE Tesalia	
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 [ ] PCV 13 [ ]	Refuerzo	06	09	24	PFIZER	6	X	1	9	1	2				ESE Tesalia	
	Varicela	1ª	06	09	24	Sanofi	X	9	2	5	1	0	5			ESE Tesalia	
	Hepatitis A	Unica	06	09	24	merck.	2	0	2	2	0	1	0	4	5	ESE Tesalia	
	*Influenza estacional	Anual															
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	15	03	25	Biologicals.	2	3	2	7	0	0	2			ESE Tesalia	
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT [ ] Pentavalente X	1er Refuerzo	15	03	25	Serum	2	8	5	3	X	0	2	0	B	ESE Tesalia	
	**Fiebre Amarilla	Unica	15	03	25	Sanofi Pasteur	2	3	F	C	1	6	8			ESE Tesalia	
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	15	03	25	Serum	0	1	5	3	N	0	0	3	A	ESE Tesalia	
	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															
		1ª															

Powered by CamScanner

RECOMENDACIONES

Si eres una gestante asiste 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 limpiales las encías con gasa impregnada con agua hervida después de comer.

No utilice chupo ni biberón

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

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

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

Controle adecuadamente el uso de sal en el hogar.

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

La crema dental no debe de estar al alcance de los niños menores de 6 años, un adulto debe ser el encargado de aplicar crema dental al 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.

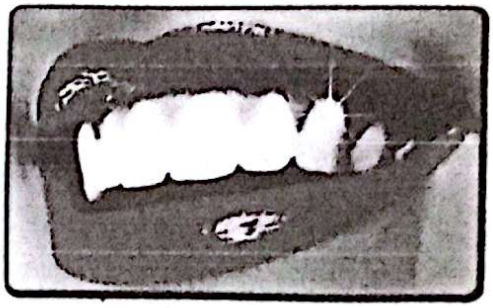
Cambio de cepillo dental cada 6 meses, utilice uno de cuerdo a tu edad

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

Hospital
SANTA TERESA
Una Alegría Contada a Salud

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SANTA TERESA
NIT. 891 103 882 - 6
TESALIA - HUILA

CUIDEMOS NUESTRA SONRISA



NOMBRE: Adhara Gonzalez Castillo

DOC. DE IDENTIDAD: 1079413713

EPS - EPS Nueva EPS

Servicio: Salud Oral

FECHA	1a VEZ	CPB	OET	FLÚOR	SELLANTE	OPERATORIA	CIRUGÍA ORAL	ENDODONCIA	CONSULTA URGENCIA	TTO. TERMINADA
26-02-25	✓			Barniz		PTP	Bx3	Control 26-03-25		Mara del Mar P

Powered by CamScanner

PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES

PROTEGEMOS TUS PASOS



Línea de Atención:

#899 desde celular | Bogotá: 327 4712 / 327 4713
Nacional: 01 8000 111 935

seguros mundial®

N° Póliza: 2000513552

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre del Asegurado: ADHARA GONZALEZ CASTILLO

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1079413717	2025/02/24	2026/02/24

Muerte Accidental $5.000.000,00

Gastos Médicos $4.000.000,00

COBERTURAS:

Muerte Accidental
Gastos Médicos

seguros mundial®

#899 desde celular | BOGOTÁ 3274712 / 3274713 | NACIONAL 01 8000 111 935

11

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.081.398.880**

CASTILLO GUARACA
APELLIDOS

TANIA MICHELL
NOMBRES

Tania Michell C
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **05-FEB-2006**

LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

05-FEB-2024
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G.S. RH

F
SEXO

11-ABR-2014 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A 1502500-00917720-F-1081398880-20170705 0056129610A 3 48416003

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.074.475
GONZALEZ RIVAS
APELLIDOS
SERGIO ANDRES
NOMBRES
Sergio andres gonzalez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-SEP-2001
TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.76 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
20-SEP-2019 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO

P-1902500-01107636-M-1004074475-20191101 0088685432A 1 51765403

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 Adhara Gonzalez Castillo, identificado (a) con documento de identidad número 1099413717, 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, Tania Michell Castillo Guevara, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1081398880, 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 **Corporación Huellas De Amor Para Tu Vida**, 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: _____
Nombre: Tania Michell Castillo Guevara
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3152138100
Fecha: 04 DE MARZO 2025
_____ Municipio: Tesalia Huila _____

14

Powered by CamScanner

A los__ _días del mes_____ de 2025 se reunieron los padres de familia y/o cuidadores y los agentes educativos de la Modalidad Familiar y comunitaria del municipio de Tesalia en la UA **de la mano familiar 2 semillas del futuro 1** para construir y generar los siguientes compromisos obtenidos en creación del **pacto de convivencia** en pro del reconocimiento y garantía de los derechos de todos los niños y niñas

1. Generar y promover sentido de pertenencia y responsabilidad con el GA Modalidad familiar y comunitaria UA

2. cumplir con la asistencia a los encuentros pedagógicos la no asistencia a ellos sin justificación ninguna perderá el cupo máximo (2 inasistencias)

4. Participar activamente en el desarrollo de las actividades propias del GA Modalidad familiar y comunitaria

5. Actualizar la papelería que sea requerida por las agentes educativas cada vez que la mujer gestante asista a los controles y vacunación, así mismo cuando el niño o niña sea llevado a control de crecimiento y desarrollo y vacunación.

6. Cumplir con los horarios acordados en las unidades de atención para los encuentros educativos **2:00 pm – 4:00pm**

7. A acudir a los encuentros grupales con adecuada higiene personal, limpieza y organización

8. Enviar excusa debidamente justificada en caso de inasistencia a las actividades propias del GA Modalidad familiar y comunitaria , también aplica para las madres en etapa de puerperio.

10. Facilitar la concertación de los encuentros en el hogar con los agentes educativos.

11. Cuidar sus respectivas pertenencias y colaborar en el cuidado de los objetos que se encuentren en la unidad de atención.

12. Contribuir y colaborar con los recursos (materiales) solicitados por los agentes educativos para el desarrollo de las actividades pedagógicas.

13. Generar una relación de armonía y respeto con todos los integrantes del GA Modalidad familiar y comunitaria que promueva el desarrollo integral de los niños y niñas.

14. Promover la formación de valores el buen trato.

15. Responsabilizarse del cuido y protección de los niños y niñas en los encuentros educativos y de los niños que no pertenecen al programa modalidad familiar comunitaria

16. utilizar el buzón de PQR en caso de considerarlo necesario

17. Bajo el principio de confidencialidad el padre de familia autoriza a las entidades gubernamentales el acceso a la documentación personal de los niños, niñas madres gestantes y lactantes, beneficiarios con la única intencionalidad de que se gestionen y se accionen procesos en favor de la primera infancia.

18. Utilizar adecuada y oportunamente los lugares otorgados en calidad de préstamo para la realización de los encuentros educativos y darle un buen uso a los materiales y elementos pedagógicos.

19. no utilizar los teléfonos cuando se esta dando un encuentro pedagógico

20. consumir el refrigerio dentro de la unidad de servicio, (no consumir paquetes , papas , gaseosas etc)

Firma Padre de familia y/o cuidador

Magda Lorena Perdomo N.
Firma Agente educativo

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 DE LA MANO FAMILIAR 2 SEMILLAS DEL FUTURO 1 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): Adhara Gonzalez C. con RC No 1079413717 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 garantia 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 camé 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 **04** del **MARZO** del año **2025** en el Municipio de **TESALIA HUILA**

PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Magda Lorena Perdomo N.
AGENTE EDUCATIVA

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.	F17.MO12.PP	11/05/2018
		Versión 2	Página 1 de 1

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Tania Michell Castillo Guaraca, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1081398880 de la Plata huila, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Adhara Gonzalez Castillo, identificados con NUIP No. 1079413717, usuario de la unidad de servicio Semillas del Futuro 1, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en Tesalia Huila vereda el medio, a los 22 días del mes Marzo de 2025

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

Nombre: Tania Michell Castillo Guaraca

Firma: [signature]

CC. No. 1081398880

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Magda Lorena Perdomo Ninco.

Firma: Magda Lorena Perdomo Ninco

CC. No. 26477413 Tesalia Huila.

Powered by CamScanner