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

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

**UDS** DE LA MANO FAMILIAR 2 ESTIMULACION Y HUELLAS 1
**PARTICIPANTE:** ALAHIA RUIZ SANCHEZ
**RC X_ No.** 1079413822

## FOTO DEL USUARIO



| 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 | √ 19 | |
| 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

NUIP 1.079.403.822

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59256526

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

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

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

REGISTRADURIA DE TESALIA -- COLOMBIA -- HUILA - TESALIA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| RUIZ | SANCHEZ |

Nombre(s)

ALAIA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2024 Mes AGO Día 05 | FEMENINO | O | 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 | 2408611077816 |

**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

RUIZ SANCHEZ KELLY

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| TI 1.032.088.486 | 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

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| | |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

SANCHEZ QUINTERO DIANA LUZDEY

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 32.110.959 | Diana Sánchez |

**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 14 | DIOGENES ORTIZ GRAND / REGISTRADO |
| | Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL
TESALIA - HUILA
14 AGO 2024
FIEL COPIA DEL ORIGINAL
Firma:

REGISTRADURÍA

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURIA

Adhesivo Copia Registro Civil
37256475-9

DIOGENES ORTIZ GRAND
Registrador Municipal del Estado Civil

OFIXPRES 100238573

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

**Fecha de consulta:** 20/03/2025

**Ficha:** 41797124840600001085

# A1

## Pobreza extrema

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** ALAHIA

**Apellidos:** RUIZ SANCHEZ

**Tipo de documento:** Registro civil

**Número de documento:** 1079413822

**Municipio:** Tesalia

**Departamento:** Huila

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 13/03/2025

**Última actualización ciudadano:** 13/03/2025

**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 | 1079413822 |
| NOMBRES | ALAHIA |
| APELLIDOS | RUIZ SANCHEZ |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | ANTIOQUIA |
| MUNICIPIO | ITAGUI |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | NUEVA EPS S.A. | CONTRIBUTIVO | 09/08/2024 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 02/25/2025 13:57:16 | **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

Nombres y Apellidos: _____ Tipo de Ident. _____ No. ID: _____

| | Me protege de | Dosis | Fecha de aplicación Día | Mes | Año | Laboratorio | | Número de lote | IPS vacunadora | Fecha próxima cita Día | Mes | Año | Nombres y apellidos del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Recién Nacido | Tuberculosis meningea (MCG) | Única | 04 | 06 | 2024 | Lactancia materna exclusiva Scrum | D | Si 3 1 2 2 3 No 1 0 4 0 6 2 9 | H.D.S.S. La Plata | 09 | 10 | 2024 | Johana Milled Lemus Castro CIRCUNSTANCIA DE: Auxiliar de Enfermería |
| | Hepatitis B | Recién nacido | 04 | 08 | 2024 | | O | | | | | | |
| 2 meses | Poliomielitis (VIP) | 1ª | 10 | 10 | 2024 | Lactancia materna exclusiva Bilthoven | 2 | Si 3 2 7 0 0 3 | ESE HSRA. | | | | J. Marin |
| | Pentavalente Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 1ª | 10 | 10 | 2024 | Serum | 2 | 5 3 7 0 1 0 | | | | | |
| | Pentavalente Hepatitis B | 1ª | 10 | 10 | 2024 | Serum | 2 | 5 3 7 0 1 0 | | | | | |
| | Pentavalente Difteria, Tétanos, Tosferina | 1ª | 10 | 10 | 2024 | Serum | 2 | 5 3 7 0 1 0 | | | | | |
| | Diarrea por rotavirus | 1ª | 10 | 10 | 2024 | GSK. | A | R 0 L E 0 2 0 BA. | | | | | |
| | Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐ | 1ª | 10 | 10 | 2024 | Pfaizer. | 6 | X 1 9 1 2 | | | | | |
| 4 meses | Poliomielitis (VIP) | 2ª | 19 | 12 | 24 | Lactancia materna exclusiva Bilthoven | 2 | Si 3 2 7 0 0 3 | ESE Hospital San Rafael Andes | | | | Fabiana Restrepo Jaramillo |
| | Pentavalente Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 2ª | 19 | 12 | 24 | Serum | 2 | 5 3 7 0 1 0 | | | | | |
| | Pentavalente Hepatitis B | 2ª | 19 | 12 | 24 | Serum | 2 | 5 3 7 0 1 0 | | | | | |
| | Pentavalente Difteria, Tetanos, Tosferina | 2ª | 19 | 12 | 24 | Serum | 2 | 5 3 7 0 1 0 | | | | | |
| | Diarrea por rotavirus | 2ª | 19 | 12 | 24 | GSK | A | R 0 7 E 0 5 4 BA | | | | | |
| | Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☒ | 2ª | 19 | 12 | 24 | Pfizer | G | X 5 1 3 9 | | | | | |
| 6 meses | Poliomielitis (VIP) | 3ª | 15 | 02 | 25 | Lactancia materna exclusiva Biologicals | 2 | Si 3 3 0 1 0 | ESE Hospital Santa Teresa Tesalia - Huila | | | | Lina Q. Lina Marcela Quintero R. Auxiliar de Enfermería |
| | Pentavalente Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 3ª | 15 | 02 | 25 | Serum | 2 | J 3 X 2 0 13 | ESE Hospital Santa Teresa Tesalia - Huila | | | | |
| | Pentavalente Hepatitis B | 3ª | 15 | 02 | 25 | Serum | 2 | J 3 X 2 0 13 | ESE Hospital Santa Teresa Tesalia - Huila | | | | |
| | Pentavalente Difteria, Tétanos, Tosferina | 3ª | 15 | 02 | 25 | Serum | 2 | J 3 X 2 0 13 | ESE Hospital Santa Teresa Tesalia - Huila | | | | |
| | Influenza estacional | 1ª | 10 | 05 | 25 | Segirus | P | 0 0 6 9 0 8 0 4 | ESE Hospital Santa Teresa Tesalia - Huila | | | | |
| 7 meses | Influenza estacional | 2ª | 05 | 07 | 25 | Segirus | P | 0 0 7 9 0 8 0 4 | VACUNACIÓN Tesalia - Huila | | | | Lyla R. |
| 12 meses | Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) | 1ª | | | | A los 1 | | Meses. | | | | | |
| | Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐ | Refuerzo | | | | | | | | | | | |
| | Varicela | 1ª | | | | | | | | | | | |
| | Hepatitis A | Única | | | | | | | | | | | |
| | *Influenza estacional | Anual | | | | | | | | | | | |
| 18 meses | Poliomielitis (VIP) | 1er Refuerzo | | | | | | | | | | | |
| | Difteria, Tosferina y Tetanu DPT ☐ Pentavalente ☐ | 1er Refuerzo | | | | | | | | | | | |
| | **Fiebre Amarilla | Unica | | | | | | | | | | | |
| 5 años | Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP) | 2ª | | | | | | | | | | | |
| | Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐ | 2do Refuerzo | | | | | | | | | | | |
| | Difteria, Tétanos, Tosferina | 2do Refuerzo | | | | | | | | | | | |
| | Varicela | Refuerzo | | | | | | | | | | | |
| Niñas a partir de los 9 años | Virus del papiloma humano (VPH) | 1ª | | | | | | | | | | | |
| | | 2ª | | | | | | | | | | | |
| | | 3ª | | | | | | | | | | | |
| Sin rango de edad | Covid-19 | 1ª | | | | | | | | | | | |
| | | 2ª | | | | | | | | | | | |
| | | 1er Refuerzo | | | | | | | | | | | |
| | | 2do Refuerzo | | | | | | | | | | | |
| Vacunas y otras dosis | | | | | | | | | | | | | |

**De acuerdo al antecedente de primovacunación** **A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos

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 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, 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.

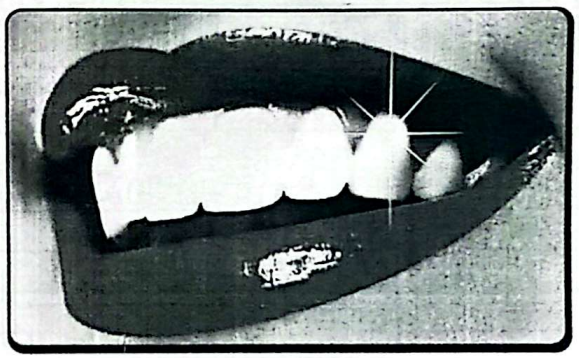
Cambie de cepillo dental cada 6 meses, utilice uno de cuerdo a tu edad.

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

Hospital
**SANTA TERESA**
*Los Mejores Cuidando su Salud*

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
**HOSPITAL SANTA TERESA**
NIT. 891.103.889 - 6
TESALIA - HUILA

***CUIDEMOS NUESTRA SONRISA***



NOMBRE: Alahia Ruiz Sánchez

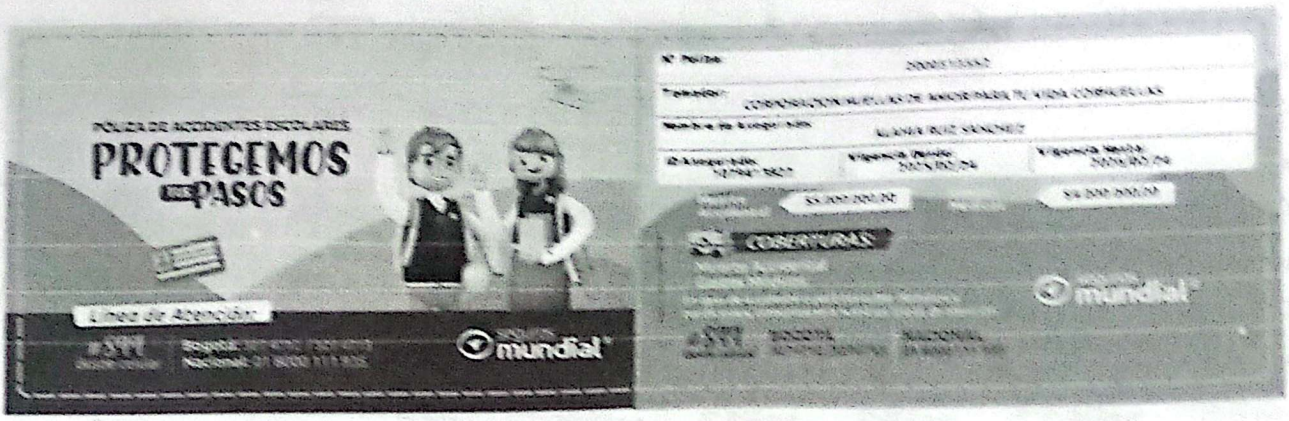
DOC. DE IDENTIDAD: 1.079 413 822

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| al mismo de 2025 | X | | Consulta Odontología Infantil | | Primera vez | | Sana | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | |




Powered by CamScanner

NIT 891.180.001-1

SU CODIGO CUENTA NIU

**293486780**

Para cualquier consulta y pago electrónicos
www.electrohuila.com.co FT-CFE-05-001

AUTORETENEDORES DE VENTA RESOL. No 247 2003
DIAN EDICIONES AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART.
RESOL 000013 DEL 14/07/16 DIAN SOMOS GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR
DEL 08/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

## FACTURA DE VENTA No. 77274606

TOTAL A PAGAR

**$ 7.500**

Documento equivalente según artículo 7 Decreto 1001/97

FECHA DE EXPEDICIENTO 27/JUN/2023

FECHAS DE LECTURAS: 11/ABR/2023 - 09/JUN/2023
FECHA SUSPENSION: 25/JUN/2023

### INFORMACIÓN CLIENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cliente | TRUJILLO [illegible] | Nit | 207120 |
| Dirección | FINCA LOS MANGUITOS | Ruta | 8080730080 |
| Municipio | TESALIA | Ciclo | 094 |
| Clase Servicio | Residencial | Estrato | 2 |

ElectroHuila NIT 891.180.001-1

### INFORMACIÓN TÉCNICA

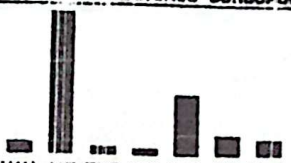
| | | | |
|---|---|---|---|
| Nivel Tensión | 1 SECUNDARIA | Circuito | 6580091 |
| Carga Certificada | 218 | Nombre | |
| Grupo | 4 | Atrasos | 2 |

### INFORMACIÓN CONSUMO

| Contador | Marca | T.E | T.M | Obs | Lec.Actual | Lec.Ant. | Factor | Consumo (kwh) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5857771 | KNT | A | S | 00 | 12456 | 12450 | 1 | 16 |

Promedio Consumo 44 Consumo Año Anterior 15 Consumo Anterior 16

### ULTIMOS CONSUMOS




| Mes | Consumo |
|---|---|
| MAY | 16 |
| MAR | 233 |
| ENE | 10 |
| NOV | 7 |
| SEP | 98 |
| JUL | 29 |
| MAY | 25 |

### CALIDAD DEL SERVICIO

FIU:03 DIU:160.129714HC1:.366[illegible]
EC:1 VC:852 VCD:426
MCF:426 CSC:16.038759
Valor Compensar

### ULTIMO PAGO

Fecha 22/02/2023
Valor $ 840

### LIQUIDACIÓN CONSUMO PERIODO

| Consumo(kwh) | Tarifa($/kwh) | Valor Total($) | Consumo(kwh) | Tarifa($/kwh) | Valor Total($) |
|---|---|---|---|---|---|
| 8.0 | E39.1691 = | 6714 | | | |
| 8.0 | E47.9996 = | 6784 | | | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Total Energía del Periodo | $ | 13.498 |
| Valor (Subsidio Contribución %) | $ | - 6.749 |
| Valor Total Energía Facturado | $ | 6.749 |

### DETALLE DE CUENTA

| CONCEPTO | VALOR MES |
|---|---|
| Deuda Cuenta | 1.844 |
| Interes [illegible] | 42 |
| Interes [illegible] | 2 |
| Fecha [illegible] | 241 |
| Consumo [illegible] | 3.431 |
| Impuesto [illegible] | 272 |
| Ajuste Decena | 1 |
| Consumo [illegible] | - 851 |
| Subsidio | - 6.749 |

| | | |
|---|---|---|
| OTROS CARGOS | $ | |
| ALUMBRADO P | $ | 51 |
| VALOR ELECTROHUILA | $ | 6.982 |

TOTAL A PAGAR

**$ 7.500**

### ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO CUOTA TOTAL CONV SALDO

### FINANCIACIONES

FINANCIACION CUOTA TOTAL FIN SALDO FIN CUOTA

POSEE Contrato No Plan Valor $ No Factura

### COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 374.0 Tm: 53.[illegible] PRn,m: 78.0 Dn,m: 263.0 Rm: 36.0 Cv,m: 1
24.0 Cv,n,m: 847.9996 ($/Kwh)

### CREDIVALORES

SALDO CAPITAL INT.CORRIENTE INT.MORA

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **04-SEP-2007**

**ANDES**
**(ANTIOQUIA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**04-SEP-2025** **O+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

**06-ENE-2015 ANDES**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-0101900-00666564-F-1032098486-20150211 0042845140A 1 2463219886

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.032.098.486**

**RUIZ SANCHEZ**
APELLIDOS

**KELLY**
NOMBRES

Kelly Ruiz
FIRMA



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 ESTIMULACION Y HUELLAS 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): **ALAHIA RUIZ SANCHEZ** con RC No **1079413822** 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

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>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 Alahia Ruiz Sanchez, identificado (a) con documento de identidad número 1074413822, 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, Kelly Ruiz Sanchez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1032098486, 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 publicad 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 supresi del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónic 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 su alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por conce de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natur 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 representa del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proy y/o programa **Educación Inicial en el Hogar**

**Suscriben:**

Firma: Kelly Ruiz Sánchez
Nombre: Kelly Ruiz Sánchez
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 312 701 3653
Fecha: 04 DE MARZO 2025
_____ Municipio: Tesalia Huila _____

**¡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

**PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO** de cero a Siempre

**Ciudad** Tocaima

**Nombre completo de la niña o niño** Alahio Ruiz Sanchez

**Fecha de nacimiento** 09 08 24 **N° Documento de Identidad** 1079413822

**Sexo** Masculino Ø Femenino ☒ **Fecha de 1er día de atención en el año** 06 03 25

**Primer Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Laura Katherine Cleves R

**Fecha de registro cualitativo** 03 06 25

**Rango de edad** 0 a 6 meses ● 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 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**

comienza a distinguir tamaños. texturas se sienta por si solo perfeccionando sus movimientos se comunica mediante. llanto para manifestar algun deseo o necesidad, su perfil es estado esperado ya que cumple con las dimenciones fundamentales.

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** Día Mes Año

**Rango de edad** 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 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 resgistro cualitativo** Día Mes Año

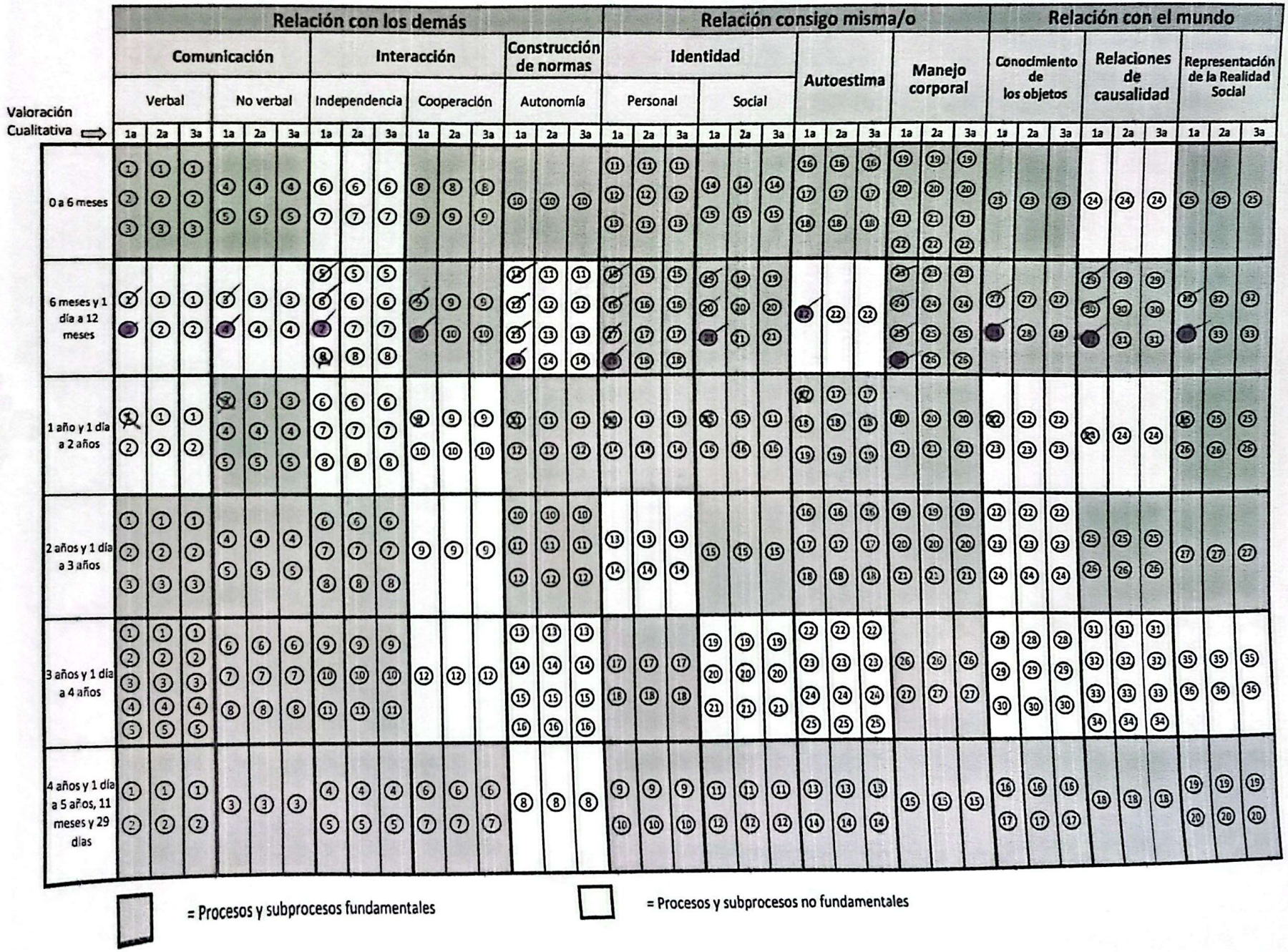
**Rango de edad** 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

**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)***

Powered by CamScanner




Powered by CamScanner