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 DMB Estimulación y Huellas

PARTICIPANTE: Alala Vargas Zuleta.

RC X No. 1079 413 716



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.			
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

32887687-2

• 59256398 •

NUIP 1.079.413.716

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59256398

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☐ Número ☐☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código

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

REGISTRADURIA DE TESALIA - COLOMBIA - HUILA - TESALIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VARGAS	ZULETA

Nombre(s)

ALAIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2003 Mes AGO Día 14	FEMENINO	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	2308610604683

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

ZULETA PEREZ MARIA ALEJANDRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.003.812.843	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

VARGAS BRAND CAMILO ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.409.730	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VARGAS BRAND CAMILO ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.079.409.730	Camilo Antonio Vargas

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 - REGISTRADO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Camilo Antonio Vargas Brand Firma	DIOGENES ORTIZ BRAND Registrador Municipal del Estado Civil

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURIA MUNICIPAL
DEL ESTADO CIVIL
TESALIA - HUILA
18 AGO 2023

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

FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL
Firma:
DIOGENES ORTIZ BRAND
Registrador Municipal del Estado Civil

• ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO •

Powered by CamScanner

San Sebastián

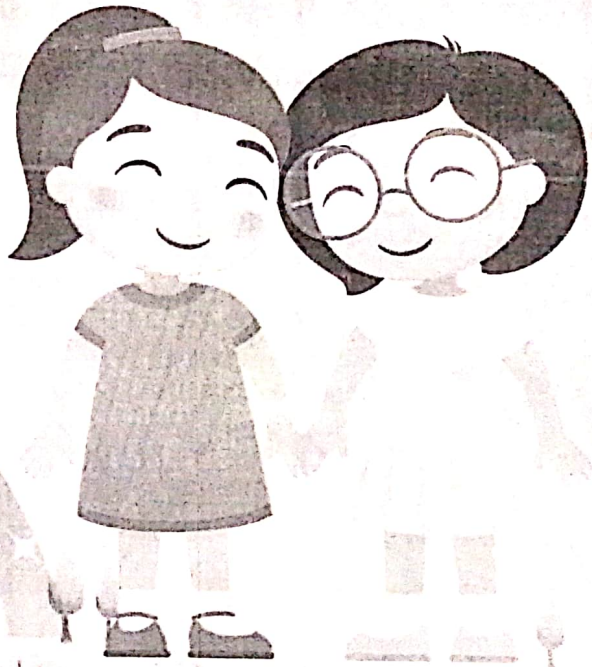
ULARIO DE REGISTRO

PESO	TALLA	PC	PT	OBSERVACIÓN
6 Kg	58 cm	40 cm	Imc: 17.8 OK	
7.2	62	42	Imc 18.3	
7.5 Kg	65	43	44	
11.5 Kg	84 cm.	47.	PB 14.2	Adecuado. OK.

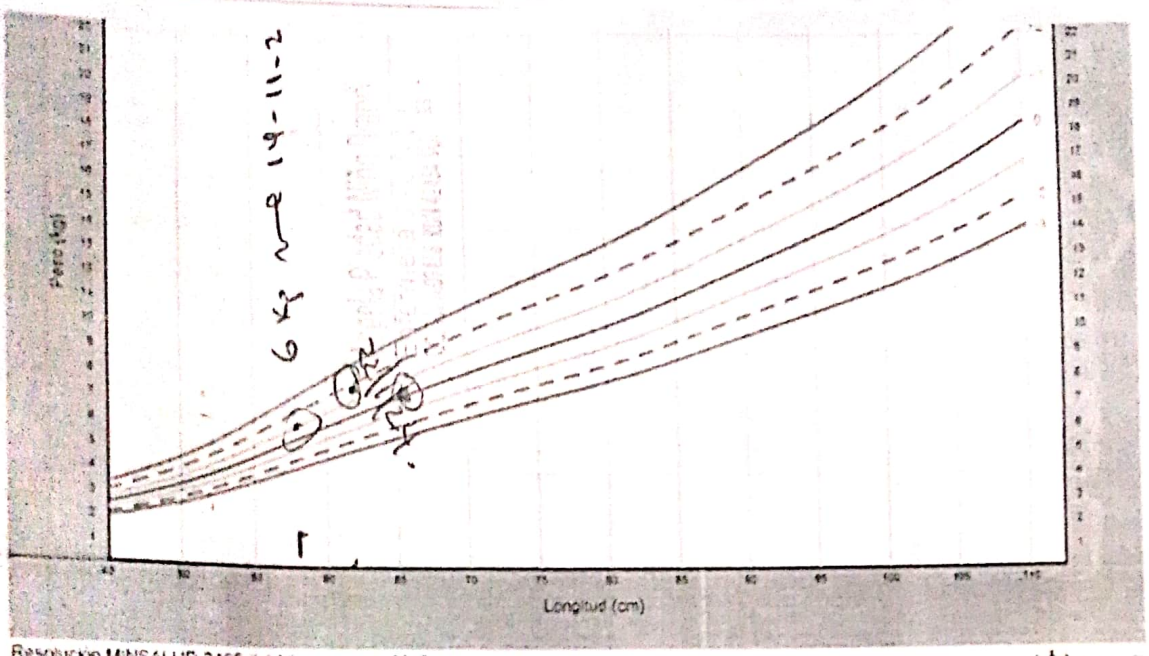
IAMI

San Sebastián

NIÑAS



Powered by CamScanner

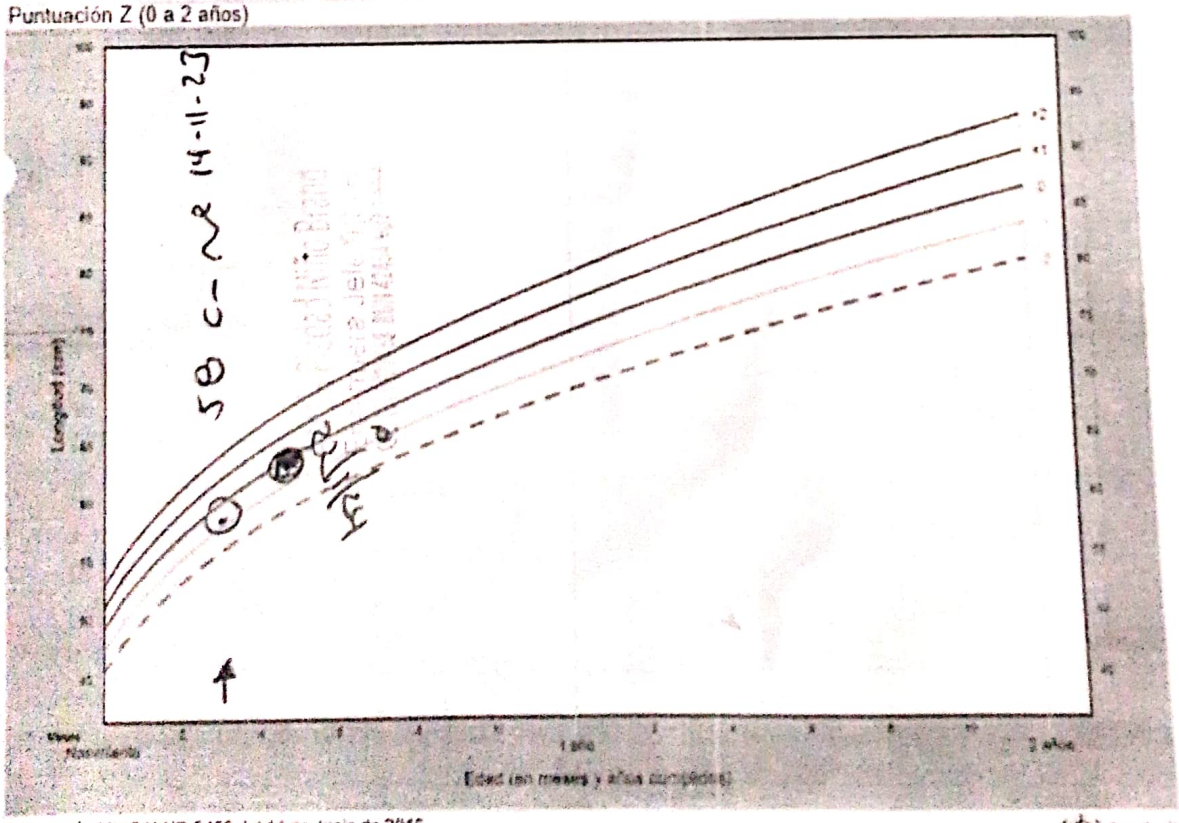


Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
publicada en el diario oficial numero 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
publicada en el diario oficial numero 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Powered by CamScanner

CITAS DE CONTROL

DIA	MES	AÑO	HORA	PROFESIONAL
14	Noviembre	2023	9:40 am	
25	Enero	2024	9:40 am	
08	Abril	2024	9:40 am	
08	Julio	2024	9:40 am	
02	Sept.	2025	Mediodía	
02	Marzo	2026	8:40	

Día de ponerse al Día

BCG (Tuberculosis)	
Hepatitis B	
Antipolio	
Pentovalente	
DTP (Refuerzo)	
Varicela	
Neumococo	
Rotavirus	
Influenza	
Triple Viral	
Fiebre Amarilla	
Hepatitis A	

Powered by CamScanner

PIDE TU CITA

LA PLATA CALL CENTER
3235639250

Horario de asignación de citas

Mañana: 6:30 a.m. a 12:00 a.m.
Días: De Lunes a Viernes

Tarde: 1:30 p.m. a 5:00 p.m.
Días: Lunes a Viernes

Sábado: 6:30 a.m. a 11:00 a.m.

Delén 318-3208889

7:00 a.m. a 9:00 a.m.
Días: De Lunes a Viernes

E.S.E San Sebastián
Siempre adelante en servicios

E.S.E San Sebastián

LA PLATA HUILA	VERSION	01 con
NIT. 813 001 872-4	APROBACION	2015

CARNET
PREVENCIÓN SALUD BUCAL



Nombres y Apellidos: Alicia Vanegas
No. De Documento: 1074437216 Tipo de Doc: RC
Fecha de Nacimiento: 14-8-22 Edad: 1
EPS: Savia
Dirección o Vereda: Acacias
Teléfono:

PROCEDIMIENTO	Fecha de Atención			Próxima Cita		
	D	M	A	D	M	A
Control	23	09	24	23	03	25
Control	02	09	25	02	03	26

Powered by CamScanner

Registro válido

Fecha de consulta: 21/02/2025

Ficha:

41797123640200000600

A3

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ALAIA

Apellidos:

VARGAS ZULETA

Tipo de documento:

Registro civil

Número de documento:

1079413716

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 31/07/2021

Última actualización ciudadano:

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	1079413716
NOMBRES	ALAIA
APELLIDOS	VARGAS ZULETA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

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.	CONTRIBUTIVO	15/08/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	03/19/2025 10:17:34	**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

Powered by CamScanner

DATOS DEL RECIEN NACIDO

QUIEN SOY

Nombres y apellidos: Alana Vargas Zuleta

Identificación: 1079413716 EPS: Sanitas

Fecha de nacimiento: Día. 14 Mes: 08 Año: 2023

Edad: 3 Días: ____ Mese s: x Años: ____ Sexo: Femen.

Recién Nacido: Pretermino: ___ A termino: x Edad Gestacional: 39 Sem

Embarazo: Único: x Múltiple: ____ No de Gestaciones 1era.

Peso: 2845 Kg. Talla: 46 cm. Perímetro Cefálico: 33 cm.

Tipo de sangre: A+ Lugar que ocupa entre los hermanos: 1ero

TSH: N Serología: NR.

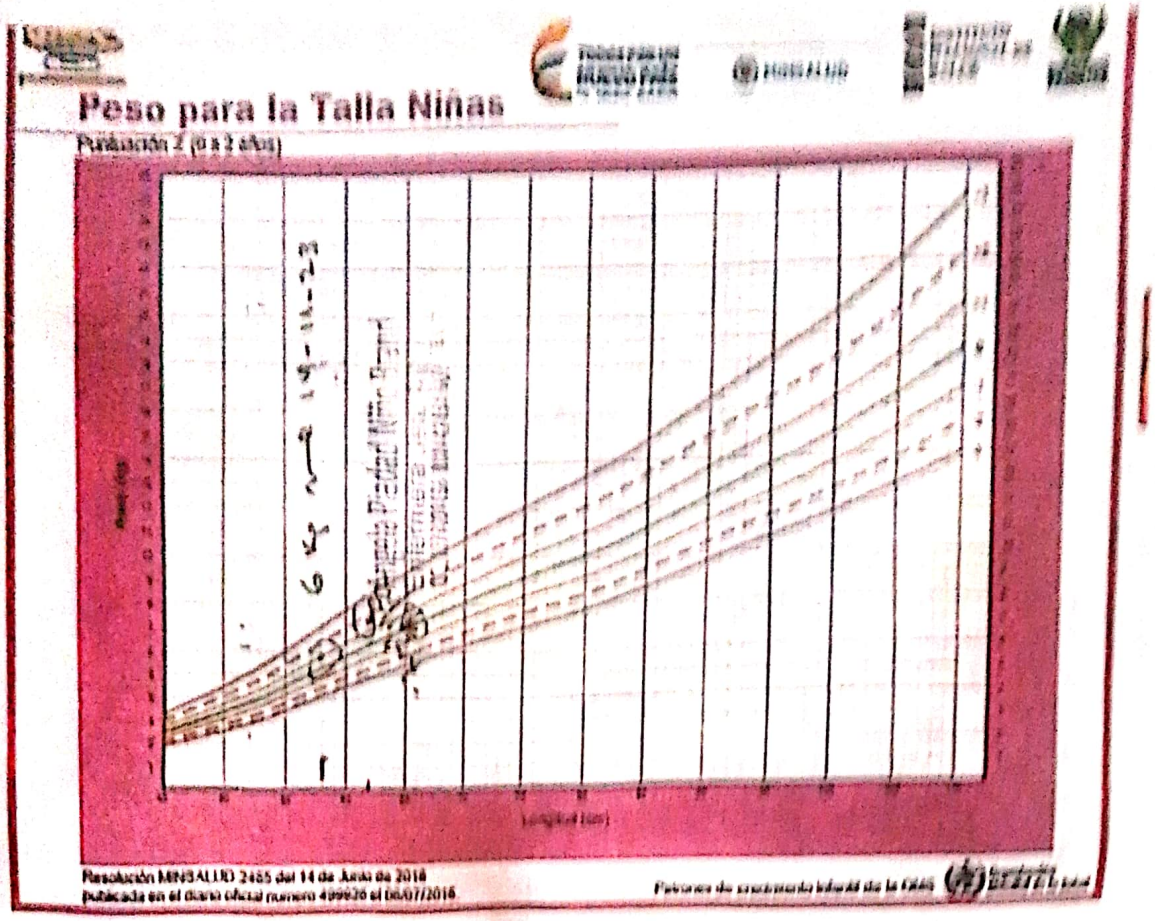
Nombre de la Madre: M= Alejandra Zuleta Ocupación: Ama de casa

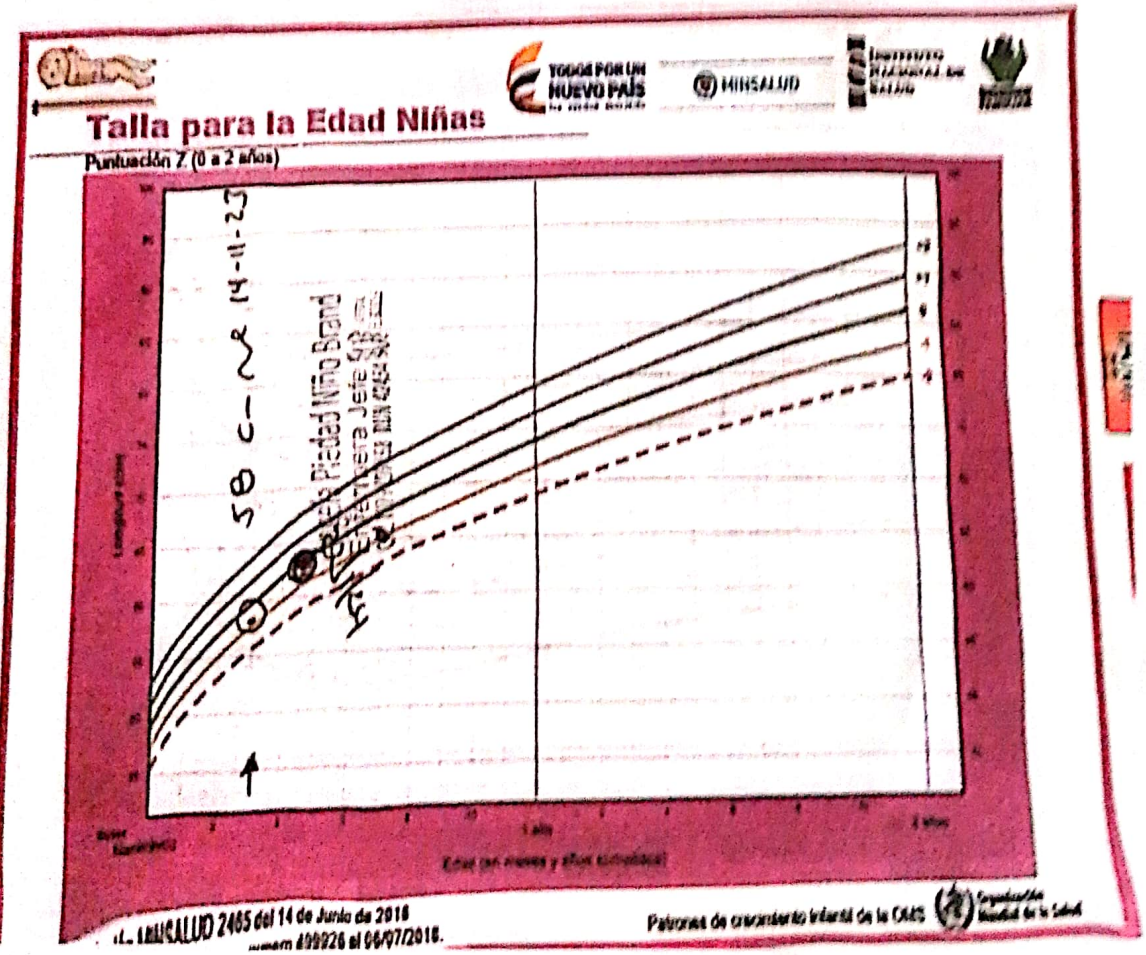
Nombre del Padre: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Alimentación: Lactancia materna exclusiva: Si: _____ No: _____

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

IAMI

San Sebastián

FORMULARIO DE REGISTRO

FECHA	EDAD	PESO	TALLA	PC	PT	OBSERVACIÓN
14-Nov 2023	3 m	6 kg	58 cm	40 cm	Imc: 17.8 ok	
02/11/24	8 M	7.2	62	42.7 Imc. 18.3		
06/4/24	7m	7.5kg	65	43	44	50 m
02.9.25	24m.	11.5kg	84cm.	47.	PB 14.2	Adecuado. ok.

Powered by CamScanner

IAMI

San Sebastián

CITAS DE CONTROL

DIA	MES	AÑO	HORA	PROFESIONAL
14	Noviemb.	2023	11 a 12	Roberto Enrique López
26	Enero	2024	11 x 12	
20	Abril	2024	9:40 am	
06	Julio	2024	ORT	Julia Villa Sierra
02.	Sept.	2025.	Medico.	
02	Marzo	2026	Enf.	

Powered by CamScanner

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, Tétanos, Diarrea por rotavirus; Neumonia, Otitis, Meningitis bacteriemia causada por Neumococo, Enfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, Sarampión, Rubéola, Parotiditis, Varicela, Hepatitis A, Fiebre Amarilla y Virus del Papiloma Humano.

Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

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)

www.minsalud.gov.co @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 MICRONUTRIENTES

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			Punturación 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 BUCAL

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Alicia Vargas Zuleta

Tipo de Documento: [X] [ ] [ ] [ ] No. de Documento: 1013[illegible]

Fecha de Nacimiento: 14 de 2023

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: A+

Peso al nacer: 2840 Talla: 46cm

Dirección: Ubalan Delicias

Teléfono 1: 3[illegible]

Teléfono 2:

Responsable: Maria Zuleta Perez

Municipio de residencia: Tenjo

Departamento: Huila

Powered by CamScanner



Tipo de identificación _____ No ID _____

Vacunación a partir de	Dosis	Fecha de aplicación (Día / Mes / Año)	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita (Día / Mes / Año)	Nombre y firma del vacunador
Recién Nacido	Única	12 DE 2023	Serum	0 5 9 1 M A 0 9 3	UPRA	16/12/23	
Recién Nacido	Única	14 DE 2023	Serum	0 3 3 1 4 0 0 9 3	HSD	2da	
2 meses	1ª	17 10 23	Biological	2 2 3 4 0 0 1	ESE Tesalia		María Garces Aux de Enfermería Res. 434
	1ª	17 10 23	Serum	2 3 2 2 X 0 0 3 B	ESE Tesalia		
	1ª	17 10 23	Serum	2 3 2 2 X 0 0 3 B	ESE Tesalia		
	1ª	17 10 23	Serum	2 3 2 2 X 0 0 3 B	ESE Tesalia		
	1ª	17 10 23	GSK	A 2 0 1 D 0 4 1 A	ESE Tesalia		
	1ª	17 10 23	Prevenal.	F 4 9 9 2 5	ESE Tesalia		
4 meses	2ª	16 12 23	Biological	2 2 3 5 0 0 1	ESE Tesalia	17/12/23	María Garces Aux de Enfermería Res. 434
	2ª	16 12 23	Serum	2 3 5 2 X 0 0 3 A	ESE Tesalia		
	2ª	16 12 23	Serum	2 3 5 2 X 0 0 3 A	ESE Tesalia		
	2ª	16 12 23	Serum	2 3 5 2 X 0 0 3 A	ESE Tesalia		
	2ª	16 12 23	GSK	A 2 0 1 D 1 6 A B	ESE Tesalia		María Garces Aux de Enfermería Res. 434
	2ª	16 12 23	Prevenal.	F 4 9 9 2 5	ESE Tesalia		
6 meses	3ª	17 02 23	Biological	2 2 3 4 0 0 3	ESE Tesalia	16/02/24	Maria José G.
	3ª	17 02 23	Serum	2 3 2 2 X 0 0 3 A	ESE Tesalia		Maria José G.
	3ª	17 02 23	Serum	2 3 5 2 X 0 0 3 A	ESE Tesalia		Maria José G.
	3ª	12 02 24	Serum	2 3 5 2 X 0 0 3 A	ESE Tesalia		Maria José G.
7 meses	Influenza estacional	06 07 24	Butantan	2 4 0 0 9 7 9	ESE Tesalia		Kelly Garcia
	3ª	17 08 24	Butantan	2 4 0 0 9 7 4	ESE Tesalia		Kelly Garcia
12 meses	Refuerzo	17 08 24	Serum	0 1 3 5 N 0 0 A	ESE Tesalia		Kelly Garcia
	Refuerzo	17 08 2024	Pfizer	F X 1 9 1 2	ESE Tesalia		Kelly Garcia
	1ª	17 08 2024	SANOFI	X C 2 5 1 0 3	ESE Tesalia		Kelly Garcia
	Única	17 DE 2024	MSD.	2 0 2 2 0 7 0 4 5	ESE Tesalia		Kelly Garcia
	Anual						
18 meses	1er Refuerzo	22 02 25	Biological.	2 3 2 7 0 0 2	ESE Tesalia		Lic. Marcela Quintero R. Enfermera
	1er Refuerzo	22 02 25	Serum	2 3 5 3 X 0 2 0 B.	ESE Tesalia		
	Única	22 02 25	SANOFI	2 3 F 0 1 6 8	ESE Tesalia		
5 años	2ª						
	2do Refuerzo						
	3do Refuerzo	22 02 25	Serum	0 1 5 3 N 0 0 3 A	ESE Tesalia		Lina Q.
	Refuerzo						
9 años	1ª						
	2ª						
	3ª						
Ver esquema de niñas	1ª						
	2ª						
	1er Refuerzo						
	2do Refuerzo						

Síntomas y eventos

Tipo de vacunación

Nombre y apellidos del vacunador

Recién Nacido: Hepatitis B (HB)

2 meses: Pentavalente (DPT) (HB) (Hib); Polio inactivada (IPV); Neumococo conjugada (PCV 13); Rotavirus (RV)

4 meses: Pentavalente (DPT) (HB) (Hib); Polio inactivada (IPV); Neumococo conjugada (PCV 13); Rotavirus (RV)

6 meses: Pentavalente (DPT) (HB) (Hib); Polio inactivada (IPV); Neumococo conjugada (PCV 13); Rotavirus (RV); Influenza estacional

7 meses: Influenza estacional

12 meses: Triple viral (SRP); Neumococo conjugada (PCV 13); Meningitis A; Varicela; Hepatitis A; Influenza estacional

18 meses: Difteria, Tetanos y Tosferina (DPT); Fiebre Amarilla

5 años: Triple viral (SRP); Difteria, Tetanos y Tosferina (DPT); Varicela

9 años: Virus del papiloma humano (VPH)

Ver esquema de niñas: Covid 19

Observaciones

Nombre y firma del vacunador

(*) 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 dueta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos

Powered by CamScanner

PIDE TU CITA

LA PLAYA CALL CENTER
3235639250

Horario de asignación de citas

Mañana: 6:30 a.m. a 12:00 a.m.
Días: De Lunes a Viernes

Tarde: 1:30 p.m. a 5:00 p.m.
Días: Lunes a Viernes

Sábado: 6:30 a.m. a 12:00 a.m.

Belén 318-3208889

7:00 a.m. a 2:00 a.m.
Días: De Lunes a Viernes

E.S.E San Sebastián

E.S.E San Sebastián

CARNET
PREVENCIÓN SALUD BUCAL



Nombres y Apellidos: Alvin Vanegas
No. De Documento: 1077413216 Tipo de Doc: RC
Fecha de Nacimiento: 14-8-22 Edad: 1
EPS: Sanitas
Dirección o Vereda: Tesalia
Teléfono:

PROCEDIMIENTO	Fecha de Atención			Próxima Cita		
	D	M	A	D	M	A
Control	23	09	24	23	03	25
	02	09	25	02	03	26

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 Estimulación y huellas, 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): Alaia Vargas Zuleta con RC No 1079413716 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 comitè 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 10 del mes Marzo del año 2025, en el Municipio de Tesalia H.

María Alejandra Zuleta
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Saudy P. Brand
AGENTE EDUCATIVA

Powered by CamScanner

	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
BIENESTAR FAMILIAR	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 Alaia Vargas Zuleta, identificado (a) con documento de identidad número 1079413776 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

Autorizacion - Uso imagen del titular:

Yo, Maria Alejandra Zuleta, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1002812843, 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 traves 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, asi 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 linea 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 Cortellas, 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: Maria Alejandra Zuleta
Nombre: Maria Alejandra Zuleta
Calidad - Titular: _____ 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

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 María Alejandra Zuleta Perez, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1003812843 de Tesalia, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Alaia Vargas Zuleta, identificados con NUIP No. 1079413716, usuario de la unidad de servicio Estimulación y Huellas, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en Tesalia Huila, a los 17 días del mes Marzo de 2025

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

Nombre: María Alejandra Zuleta Perez

Firma:

CC. No. 1003812843

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Sandra Patricia Brand

Firma: Sandra P. Brand

CC. No. 26.471.495

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 María Alejandra Zuleta, identificado con la cédula de ciudadanía N° 1003.812843 expedida en Neiva (Huila) como padre de familia y/o cuidador del niño o niña Alaia Vargas Zuleta con RC 1079413716 manifiesto que de manera voluntaria acepto y me adscribo al pacto de convivencia que hemos socializado y construido de manera conjunta en la UDS ESTIMULACION Y HUELLAS 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 7 del mes Marzo. del año 2025 en el municipio de TESALIA con la firma de las partes que en el intervienen

María Alejandra Zuleta
Padre de familia o usuario

Sandra P. Brand.
Docente de la UDS

Jdrono A. Bonilla
Auxiliar Pedagógica de la UDS






Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.003.812.843

ZULETA PEREZ

APELLIDOS

MARIA ALEJANDRA

NOMBRES

Maria Alejandra Z.P.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-JUL-2000

NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-JUL-2018 TESALIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1902500-01035401-F-1003812843-20160901 0062476817A 1 49836058

22

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.079.409.730
VARGAS BRAND

APELLIDOS
CAMILO ANTONIO

NOMBRES

Camilo Antonio Vargas

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 16-NOV-1990
TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

19-NOV-2008 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

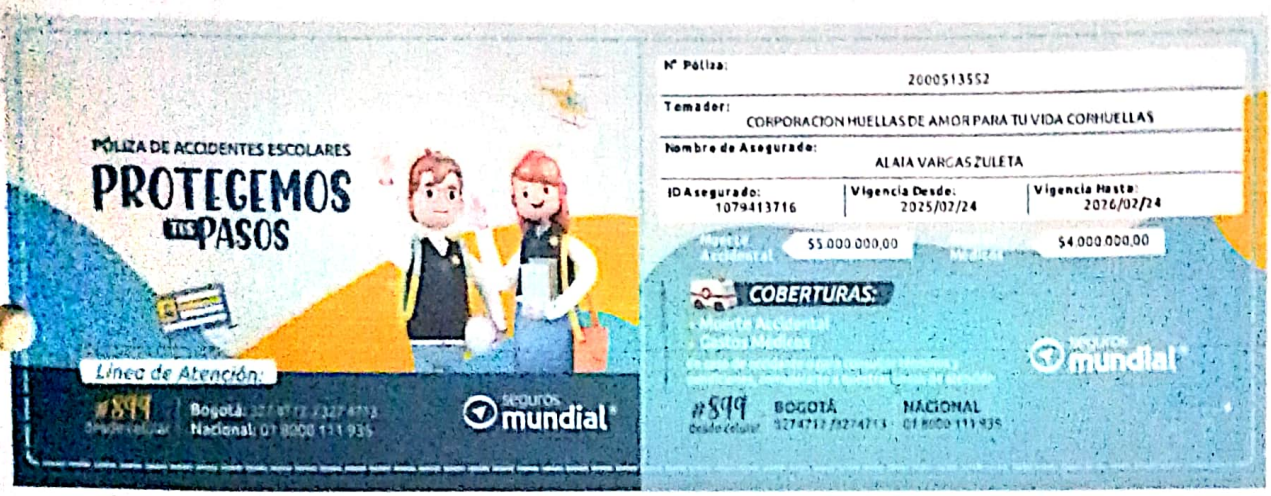
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1902500-01320124-M-1079409730-20220921 0086081595G 2 6505093613

23

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner