Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0	CODIGO: 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: DE LA MANO FAMILIAR 2 SEMILLAS DEL FUTURO 1
PARTICIPANTE: JHOSEP ALEJANDRO EMBUS REYES
RC X No. 1084580227

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		
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	19	
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.		

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.084.580.227

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59236678

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] 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
EMBUS	REYES

Nombre(s)

JHOSEP ALEJANDRO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes JUL Día 05	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	24076311034130

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

REYES PEREZ JOHANA ALEJANDRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.076.500.521	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

EMBUS PEREZ JOSE DUBIEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.473.538	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

EMBUS PEREZ JOSE DUBIEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.004.473.538	

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

Año 2024 Mes JUL Día 10

Nombre y firma del funcionario que autoriza

CRISTOBAL VILLANUEVA ARAGONEZ - R

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

38397085-7

?IEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA OFICINA. EXCENTO DE SELLO ART. 11 DECRETO 2150/1995

CRISTOBAL VILLANUEVA ARAGONEZ
REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

OFIXPRES 100136573

10 JUL 2024

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 05/05/2025

Ficha: 41518076803900002744

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JHOSEP ALEJANDRO

Apellidos: EMBUS REYES

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1084580227

Municipio: Paicol

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/09/2024

Última actualización ciudadano: 19/09/2024

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: MARIA LIZETH MENDEZ CERQUERA

Dirección: Calle 4 No 6 - 74

Teléfono: 3154610988 - 3206315508

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

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	1084580227
NOMBRES	JHOSEP ALEJANDRO
APELLIDOS	EMBUS REYES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	AIPE

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	05/07/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	05/05/2025 15:32:33	**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**

4

Powered by CamScanner

Mis datos de Identificación

Nombres y Apellidos	
Jhosep Alexandro Embus Reyes	
Género:	MASCULINO
Documento de Identificación	
Tipo de Documento	Número
RC	1084580227 1084580227
En caso de Urgencia avisar a	
Número de Contacto	
3202617198	

Datos de Mi familia

Nombres y Apellidos del Padre		
Jose duviel embus perez		
Fecha de Nacimiento		Grupo Sanguíneo - Rh
10	Diciembre 2002	
Antecedentes de interés/Enfermedades Hereditarias		

Nombres y Apellidos de la Madre		
Johana Alejandra Reyes perez		
Fecha de Nacimiento		Grupo Sanguíneo - Rh
24	marzo 2004	AB-
Fórmula Obstétrica		
Antecedentes de interés		

Powered by CamScanner



Registro de mis seguimientos
Valoración Integral

Fecha de Consulta	Edad	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Clasificación Nutricional*	Agudeza Visual		Escala Abreviada **				Vale		Apgar Familiar	
						Normal	Anormal	Motricidad Gruesa	Motricidad fina adaptativa	Audición Lenguaje	Personal Social	Pasa	Falla	Normal	Anormal
11/10/24	3M	6,66	64	39,7cm	Adecuado	—		—	—	—	—	—		—	
05/12/24	5M	7.520	64	42 cm	Adecuo	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	
31/01/25	6M	7.92	68	42CM	Adecuado	—		—	—	—	—	—		—	
10/05/25	10M	8.84	72	45cm	Adecuado	—		✓	—	—	—	—		—	

** Diligenciar únicamente el número: (1) Peso adecuado. (2) Riesgo de desnutrición. (3) Desnutrición Moderada. (4) Desnutrición Severa. (5) Obesidad. (6) Sobrepeso.*

*** Calificar cada área del desarrollo por separado. Diligenciar únicamente el número: (1) Normal: Desarrollo Esperado – Verde. (2) Riesgo de problemas de desarrollo – Amarillo. (3) Sospecha de problemas de desarrollo – Rojo.*

Powered by CamScanner

Powered by CamS

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Jhosep Alejandro Cubos Reyes

Tipo de Documento: X | No. de Documento: 1084580227

Fecha de Nacimiento: 05 | 07 | 2024

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3350 Talla: 50

Dirección: B/ los Delicias

Teléfono 1: 3115194429

Teléfono 2:

Responsable: Jhoana Alejandra Cerezo P.

Municipio de residencia: Palmira

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							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega
2.ª entrega
3.ª entrega

ATENCIÓN EN SALUD BU

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

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO

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

Resultado Tamizaje Neonatal

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIE

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUA - AGUDEZA VISUAL

3 años
4 años
5 años

*Menor o igual a 20 norma

Powered by CamScanner

| | | |

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.076.500.521**

REYES PEREZ

APELLIDOS

JOHANA ALEJANDRA

NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **24-MAR-2004**

NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57	**AB-**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

24-MAR-2022 NATAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1905000-01297098-F-1076500521-20220511 **0079291182A 1** **8504366935**

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

ÚMERO **1.004.473.538**

EMBUS PEREZ

PELLIDOS

JOSE DUBIEL

OMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-DIC-2001**

NATAGA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

10-DIC-2019 NATAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1905000-01123841-M-1004473538-20191231 0069551420A 1 51785047

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 actuando como representante del menor de edad Thosel Alejandra Arbeláez Reyes identificado (a) con documento de identidad número 1084250227 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 Johana Alejandra Reyes Perez quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1076500521 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 Educación Inicial en el Hogar

Suscriben:

Firma Johana Reyes Perez
Nombre Johana Reyes
Calidad - Titular X Representante legal ____
Teléfono de contacto 3202612198
Fecha 01-04-2025
Municipio Tesalia Huila

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): Jhoser Alejandro Embus Reyes con RC No 1084580227 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.

14

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 01 del 04 del año 2025 en el Municipio de **TESALIA HUILA**

Johana Reyes
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Yudi Brand Perdomo
AGENTE EDUCATIVA

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

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 en la UA
2. cumplir con la asistencia a los encuentros pedagógicos la no asistencia a ellos sin justificación ninguna perderá el cupo máximo (2 inasistencias)
3. Participar activamente en el desarrollo de las actividades propias del GA Modalidad familiar y comunitaria
4. 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.
5. Cumplir con los horarios acordados en las unidades de atención para los encuentros educativos A acudir a los encuentros grupales con adecuada higiene personal, limpieza y organización
7. 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.
8. Facilitar la concertación de los encuentros en el hogar con los agentes educativos.
9. Cuidar sus respectivas pertenencias y colaborar en el cuidado de los objetos que se encuentren en la unidad de atención.
10. Contribuir y colaborar con los recursos (materiales) solicitados por los agentes educativos para el desarrollo de las actividades pedagógicas.
11. 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.
12. Promover la formación de valores el buen trato.
13. 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
14. utilizar el buzón de PQR en caso de considerarlo necesario
15. 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.
16. 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
17. no utilizar los teléfonos cuando se esta dando un encuentro pedagógico
18. consumir el refrigerio dentro de la unidad de servicio, (no consumir paquetes , papas , gaseosas etc).



Johana Reyes
Firma Padre de familia y/o cuidador

Magda Lorena Perdomo A.
Firma Auxiliar pedagogica

Powered by CamScanner

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Johana Alejandra Reyes Perez, identificado con Cédula de Ciudadanía No 1076500521 de Neiva Huila, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Jhoser Alejandro Embus Reyes, identificados con NUIP No 1084580227, 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 vereda el medio, a los 01 días del mes Abril de 2025

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

Nombre Johana Reyes Perez

Firma Johana Reyes

CC No 1076500521

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha

Nombre Magda Lorena Perdomo Ninco

Firma Magda Lorena Perdomo Ninco

CC No 26472413 de Tesalia Huila

Powered by CamScanner