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: DE LA MANO FAMILIAR 2 LA FRATERNIDAD

PARTICIPANTE: LIAN MATIAS AMEZQUITA ROJAS

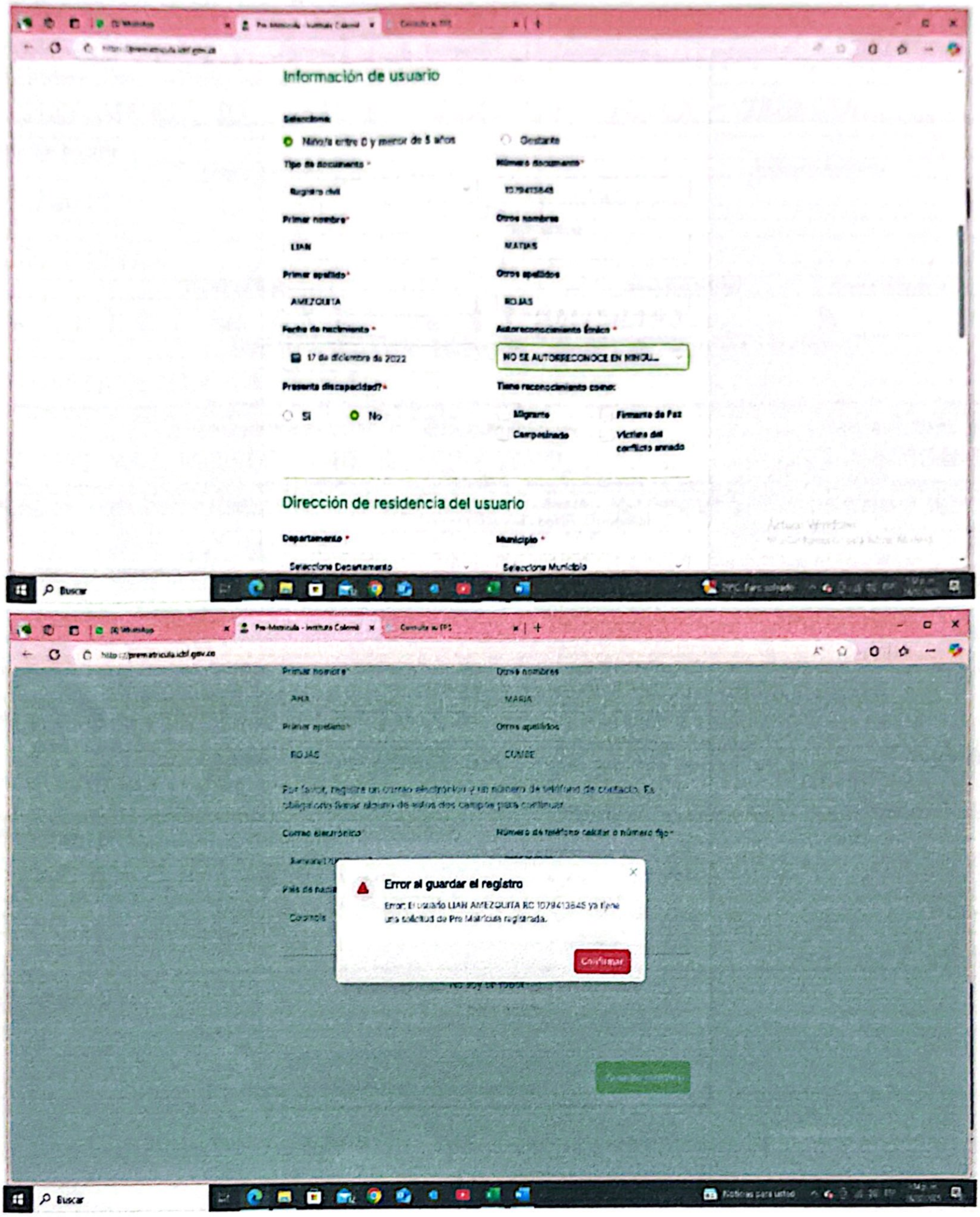
RC X **No.** 1079413645



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			

Scanned with CamScanner

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			
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			



Scanned with CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRADURÍA
Adhesivo Copia Registro Civil
30503643-7

NUIP	1.079.413.645

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59256305

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	K	Z	Y
X									

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

REGISTRADURIA DE TESALIA - COLOMBIA - HUILA - TESALIA.....

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
AMEZQUITA.....	ROJAS.....

Nombre(s)

LIAN MATIAS.....

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes DIC Día 17	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.....	2212541024614 6.....

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

ROJAS CUMBE ANA MARIA.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.412.906.....	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

AMEZQUITA CONDE GEINER EDUARDO.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.411.994.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

AMEZQUITA CONDE GEINER EDUARDO.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.079.411.994.....	Geiner E Amezquita C.

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 2022 Mes DIC Día 21	DIOGENES ORTIZ BRAND - REGISTRADO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Geiner E Amezquita C. Firma	DIOGENES ORTIZ BRAND Registrador MPAL del Estado Civil Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURIA MUNICIPAL
DEL ESTADO CIVIL
TESALIA - HUILA
21 DIC 2022

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

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

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

4

Scanned with CamScanner

Sisbén

Departamento Nacional de Planeación

Registro Valido

A3

Fecha de consulta: 25/01/2025

Ficha: 41797006539800000595

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres LIAN MATIAS

Apellidos AMEZQUITA ROJAS

Tipo de documento Registro Civil

Número de documento 1079413645

Municipio TESALIA

Departamento HUILA

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente 26/09/2019

Última actualización ciudadano

03/02/2023

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 SANDRA XIMENA TIERRADENTRO CANO

Dirección Carrera 6 No 6 - 11

Teléfono 8377022 - 3235134593

Correo Electrónico sisben@tesalia-huila.gov.co

5

Scanned with 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	1079413645
NOMBRES	LIAN MATIAS
APELLIDOS	AMEZQUITA ROJAS
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	17/12/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/25/2025 10:23:57	**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

Scanned with CamScanner

E.S.E. Hospital SANTATERESA Tesalia Huila



MIS DATOS

Mi nombre completo es:

Lian MaTiaS AMezquita RojaS.

Nací en: la plata.

El día 17 del Mes Diciembre del Año 2022.

Mi peso fue 3.310 gr Mi talla fue 50cm.

Mi tipo y grupo sanguíneo es: A+

Mi resultado de TSH fue:

Mi número de Registro Civil es: 1.079.413645.

Cuando nací, ¿Quedé hospitalizado? Si [ ] No [1]

¿Porqué?

Mi EPS es: Nueva Eps.

Mi mamá se llama: Ana Maria rojas. Tel:

Mi papá se llama: Geiner AMezquita. Tel:

7



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
24/01/23	1 Mes	4.3	55	38	3 Meses ABRIL/23	
03-05-23	4 Mes	8 kg	61	42	3 Agosto 3 Mes.	MEDICO PEDIATRA
03/08/2023	7 meses	8.74	73cm	43cm	octubre 2 meses	Juliana M3
09/11/2023	10 meses	9.42.	76cm	69 cm	8 meses Julio.	Karina Cabrera F. Enfermera Jefe T.P. 1 [illegible] 214
26/06/24 ~~30 Jul. 2024~~	19 M	9.6	82	47	26/10/24 4 meses	
15/1/25	2a	11.6	84.5	50	15/7/25 6meses	

Observaciones: _____

_____

_____

Interconsultas: _____

_____

Scanned with CamScanner

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resulado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardipopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado				
	Visual	Normal		Alterado				
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA								

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

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Dia	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			

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					

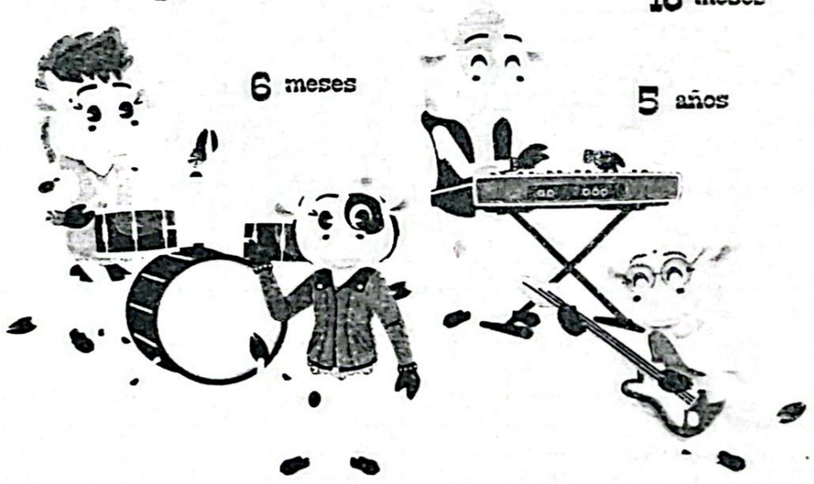
*Menor o igual a 20 normal

Vacunar oportunamente con todas las dosis a tus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, 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.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años:

0 meses · 2 meses · 12 meses · 4 meses · 7 meses · 18 meses · 6 meses · 5 años



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)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Lian Matías Amezquita Rojas.
Fecha de nacimiento: 17-12-2022
Nº de certificado de nacido vivo: 2212541024614P.
Registro civil: 1079413645.
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: A (+).
Peso al nacer: 3310 Talla: 50cm
Dirección: B. El Jardín
Teléfono 1: 3204964354
Teléfono 2:
Responsable: Ana María Rojas Cuabe
Municipio de residencia: Tesalia
Departamento: Huila
CC: 1079412706

Busca ya las vacunas
¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos:

Tipo identificación:

No. ID:

Edad	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
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
Recién nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	17	12	2022	Seru	0371 MA0371	HDSP	17-02-2023			Efrain Andrea Mesa
	Hepatitis B	Recién nacido	17	12	2022	Seru	0321 QO18B	HDSP				
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.°	18	02		Biologica	2206D12A	ESE Tesalia				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°	18	02	23	Serum	285 1. XI 1E	ESE Tesalia				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.°	18	02	23	Serum	285 1 X02 1E	ESE Tesalia				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°	18	02	23							
	Diarrea por rotavirus	1.°	18	02	23	GSK.	AROLD091AA	ESE Tesalia				Lina Quivano
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	18	02	23	Prevenar	FR4895	ESE Tesalia				
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.°	25	4	23	Biological	2207005	ESE Hospital				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	25	4	23	Serum	285 1 X040C	Sta Tereo				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.°	25	4	23	Serum	285 1 X040C					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°	25	4	23			Tesalia				
	Diarrea por rotavirus	2.°	25	4	23	GSK.	FY9925					Lina Quivano
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	25	4	23	Prevenar	AROLD091AA					
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						25 de 23			
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.°	20	06	23	Biological	2207005	ESE Hospital Sta. Teresa Tesalia				Lina Quivano
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.°	20	06	23	Serum	285 1 X040C					Lina Quivano
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.°	20	06	23	Serum	285 1 X040C					Lina Quivano
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°	20	06	23	Serum	285 1 X040C					Lina Quivano
	Influenza estacional	1.°	20	06	23	GreenCross	V5052300 9					Lina Quivano
7 meses	Influenza estacional	2.°	21	07	23	GreenCross	VTD52300 9	ESE Tesalia				Lina Quivano
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	20	12	23	Serum	013 2N0L72	ESE Tesalia				Lina Quivano
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	20	12	23	GSK.	FY9925	ESE Tesalia				Lina Quivano
	Varicela	2.°	20	12	23	Merck.	X006J37	ESE Tesalia				Lina Quivano
	Hepatitis A	Única	20	12	23	Merck.	2022019005	ESE Tesalia				Lina Quivano
	Influenza estacional	Anual	22	06	24	Butantan	2260 9 9 9	ESE Tesalia				
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	22	06	24	Biological	2534003A	ESE Tesalia				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	22	06	24	Serum	2 BJ 2 X 61 AC	ESE Tesalia				Lina Quivano
	Fiebre amarilla	Única	22	06	24	Sanofi	W3FA3	ESE Tesalia				
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.° refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	22	06	24	Serum	013 3N00 9AA	ESE Tesalia				Lina Quivano
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
Vacunas complementarias y otras dosis												

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 nutritivos.

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.

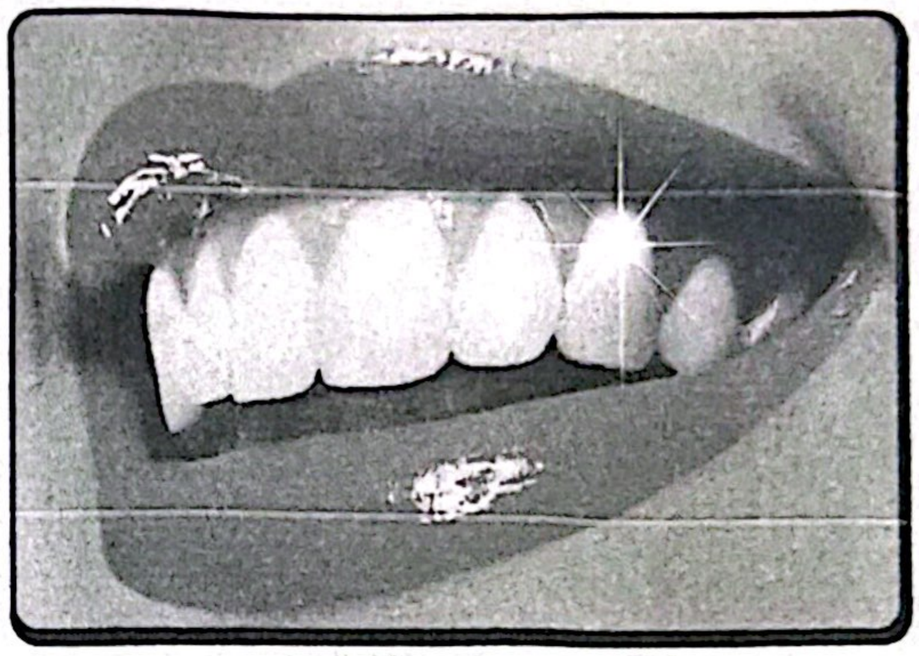
Cambie de cepillo dental cada 6 meses, utilice uno de cuerdo a tu edad.

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

Hospital
SANTA TERESA
Los Mejores Cuidados en Salud

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

CUIDEMOS NUESTRA SONRISA



NOMBRE: Lian Matias A.

DOC. DE IDENTIDAD: 1.079.413.645.

EPS - EPS Nueva Eps.

Servicio: Salud Oral

FECHA	1a VEZ	CPB	OET	FLÚOR	SELLANTE	OPERATORIA	CIRUGÍA ORAL	ENDODONCIA	CONSULTA URGENCIA	TTO. YERMINADA
09-11-23	✓			Barniz	PYP	Prox	Control.		09-05-24	Higienista C C. 1007.49
14-08-24	✓			Barniz	PyP	Prox	Control	14-07-25		Higienista Oral Resolución 2597
Aplazado 2025	X			Consulta de primera vez por primera infancia odontología			Dx → Sano.			Odontóloga RM: L075.317

Scanned with CamScanner

13

SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S - OPTISALUD NIT.:800119574-0

Opti Salud

CL 8 N 48 145 -CC SANTA LUCIA LOCAL 34

Teléfono 3198712922

Remisiones, Solicitud y Autorizaciòn de Servicios

			N°
17	03	2023	1120924

1.Datos bàsicos del paciente

Nombre del Paciente	Tipo Identificación	Nº Identificación
AMEZQUITA ROJAS LIAN MATIAS	RC	1079413645
Nombre del trabajador	**Tipo Identificación**	**Nº Identificación**

Tipo Afiliado	Clase Afiliado	Plan	Estrato
BENEFICIARIO	Subsidiado		1

ORIGEN 13 ENFERMEDAD GENERAL

2.Servicio

Diligenciar un formato por cada tipo de servicio solicitado CONSULTAS

Diagnóstico	Código
Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	Z010

SERVICIOS REQUERIDOS

Código	Servicio	Reint.	Cantidad
89020220	CONSULTA OFTALMO POR PEDIATRIA en NO APLICA		1

Prioridad VER DISPONIBILIDAD

Justificación NTO DE SEMANA 37

Terapeuta		
Nombre del profesional	**Firma**	**Registro Medico y/o Tarjeta Profesional**
CASTILLA BARRIOSNUEVO LISBETH		52232466

Powered by CamScanner

13

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 La Fraternidad, 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): Juan Matias Amezquita con RC No 1079 413 645 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.

Scanned with 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 07 del mes Marzo del año 2025, en el Municipio de Tesalia.

Ana María RC.
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

AGENTE EDUCATIVA

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	F2.P2.CE	15/07/2021
		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 Ana María Rojas Cimbe, identificado (a) con documento de identidad número 1039 412 906, 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, Lina Maitos Amezquita Rojas, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1079 413 645, 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 Corhuellos, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa EIH La fraternidad

Suscriben:

Firma: Ana María R.C.
Nombre: Ana María Rojas.
Calidad - Titular: ____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: ____
Fecha: 07 marzo 2025
Municipio: Tesalia.

¡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.

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

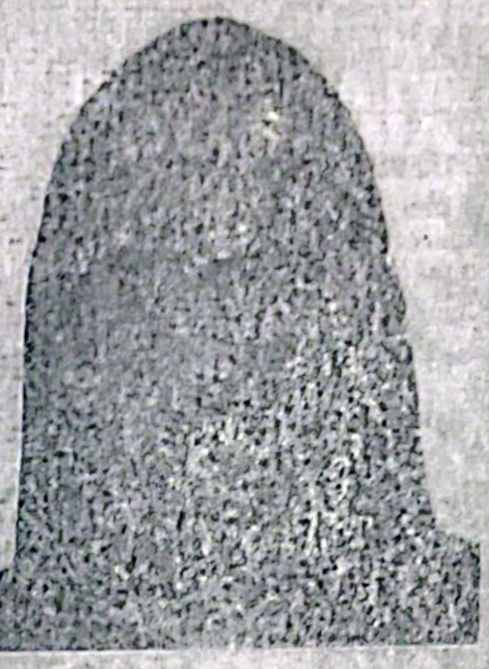
NÚMERO **1.079.412.906**

ROJAS CUMBE

APELLIDOS

ANA MARIA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-DIC-1999**

LA PLATA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-DIC-2017 TESALIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1902500-00969613-F-1079412906-20180116 **0059**149243A 1 48416528

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.079.411.994**

AMEZQUITA CONDE

APELLIDOS

GEINER EDUARDO

NOMBRES

Geiner E Amezquita C

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-OCT-1996**

TESALIA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

22-ABR-2015 TESALIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1902500-00711505-M-1079411994-20150530 0044365952A 1 42167987