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 ESTRELLITAS NACIENTES 1
PARTICIPANTE: MANELYN LUCIANA AVIRAMA MEJIA
RC _X No. _____ 1250699563

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	✓	
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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
30158551-0

240123798

NUIP 1250699563

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 240123798

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de [ ] Código A X P

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

COLOMBIA - HUILA - NEIVA NEIVA-CLINICA MEDILASER S.A.S.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
AVIRAMA	MEJIA

Nombre(s)

MANELYK LUCIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes MAY Día 14	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - HUILA - NEIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	25051810157066

Datos de 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

MEJIA CERON BRIBNY CATALINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1081395390	COLOMBIA

Datos de padre o madre (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

AVIRAMA VILLAQUIRA HAROL OSWALDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1084577812	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

AVIRAMA VILLAQUIRA HAROL OSWALDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1084577812	

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 2025 Mes MAY Día 21	CLAUDIA CRISTINA NARVAEZ ROJAS Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	CLAUDIA CRISTINA NARVAEZ ROJAS Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:TOMO 4; FOLIO 194;21/05/2025

NÚMERO DE PREPARACIÓN 119032582

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 09/06/2025

Ficha: 41483320704200001844

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MANELYK LUCIANA

Apellidos: AVIRAMA MEJIA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1250699563

Municipio: Nátaga

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 27/02/2025

Última actualización ciudadano: 29/05/2025

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: VICTOR HUGO ARIAS ANDAPIÑA

Dirección: Carrera 8 No 2 - 43

Teléfono: 3156304407

Correo Electrónico: alcaldia@nataga-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	1250699563
NOMBRES	HIJO DE
APELLIDOS	MEJIA CERON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NATAGA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	14/05/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	06/09/2025 09:55:27	**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

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, Sarampion, Rubeola, Parotiditis, Varicela, Hepatitis A, Fiebre Amarilla y Virus del Papiloma Humano.

Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo ya!

Ministerio de Salud y Protección Social

Direccion de Promocion y Prevencion
Subdireccion de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestion 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

| Resultado Tamizaje Neonatal | SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO | | |

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

	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Numero de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recien Nacido	Tuberculosis meningea (BCG) Hepatitis B	Unica Recién nacido	27 16	06 03	25 25	Lactancia materna exclusiva Si X No Serum Somn	0 3 7 3 M A 1 1 7 / 0 3 2 3 X O C A	Hospital Cmpla	10			
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	16	Jul	25	Lactancia materna exclusiva Si No X Bilthuan	2 4 2 3 0 0 3 A					
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª										
	Hepatitis B	1ª				Serum	2 8 5 3 X 0 2 0 E					
	Difteria, Tetanos, Tosferina	1ª		0	2							
	Diarrea por rotavirus	1ª				Glaxo	A R 0 1 E 0 7 4 A E					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 PCV 13 X	1ª		2		Pfizer	H W 2 9 6 3					
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª				Lactancia materna exclusiva Si No						
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª										
	Hepatitis B	2ª										
	Difteria, Tetanos, Tosferina	2ª										
	Diarrea por rotavirus	2ª		13		Septiembre						
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 PCV 13	2ª										
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª				Lactancia materna exclusiva Si No						
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª										
	Hepatitis B	3ª										
	Difteria, Tetanos, Tosferina	3ª										
	Influenza estacional	1ª										
7 meses	Influenza estacional	2ª										
12 meses	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	1ª										
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 PCV 13	Refuerzo										
	Varicela	1ª										
	Hepatitis A	Unica										
	*Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo										
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT Pentavalente	1er Refuerzo										
	**Fiebre Amarilla	Unica										
5 años	Sarampion, rubeola y parotiditis (SRP)	2ª										
	Poliomielitis (VIP) (VOPb)	2do Refuerzo										
	Difteria, Tetanos, 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 combinadas 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 unico 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

w.camscanner.com/share/show?device_id=AD_AID-FD3DB9D5E42675D6&sid=9B4B97A160F44DB7US9PS9S0US&pid=dsa&style=1&l=1...

Powered by CamScanner

Primera de cielo fue llegada a la tierra!

Marelyk Luciana Aviranna Mejia
Nombre del bebé

1250699563
Identificación del bebé

Mamá se llama: Catalina Mejia Coron.

Papá se llama: Hired oswaldo Aviranna Villaquiran

EPS: Nueva EPS.

Dirección: Juan Felix londoño Natagua

Cel/Tel: 320 258 0752 - 313 302 4434

Numero de Plan Canguro 312 567 9367

Clínica Medilaser
Somos para ti

INFORMACIÓN DEL NACIMIENTO Y DEL BEBÉ

Nacimiento

Fecha de nacimiento: 14-05-2025
Lugar del nacimiento: Neiva Huila

Tipo de nacimiento:

Vaginal: ____ Cesárea: X APGAR: 1': ____ 5': ____ 10': ____
Peso de nacimiento: 2200 Talla: 37 PC: ____
Grupo Sanguíneo: O Rh: +
Edad gestacional: 30 (Semanas)

Peso para la edad gestacional:

Adecuado: ____ Bajo: ____ Aumentado: ____

Hospitalización

Peso de salida: 1930 (g) Talla de salida: 37 (cm)
PC de salida: ____ (cm) Fecha de salida: ____
¿Sale con Oxigeno?: SI: ____ No: X
Cuántos días recibió O2: 15 días Transfusión: ____
Fototerapia (días): 1 Exanguíneo - Transfusión: ____
Tratamientos recibidos: ____
Diagnóstico de salida: ____

Fecha en que cumple 40 semanas: post-concepcional: [illegible]

Clínica Medilaser
Somos para ti

Evolución de crecimiento

FECHA Día	Mes	Año	Edad Cron	Edad Corr	Peso	Talla	PC	Tr. Alimt	O2
22	04	2025	1m 1d	36	2355	43	30	INT	100%
4	08	25	3m 11d	4 1	3295	49.1	Bú. J	INT	98%

*LIN 2LM+LA 2LA +DIVERSIFICACIÓN

Clínica Medilaser
Somos para ti

Evolución de crecimiento

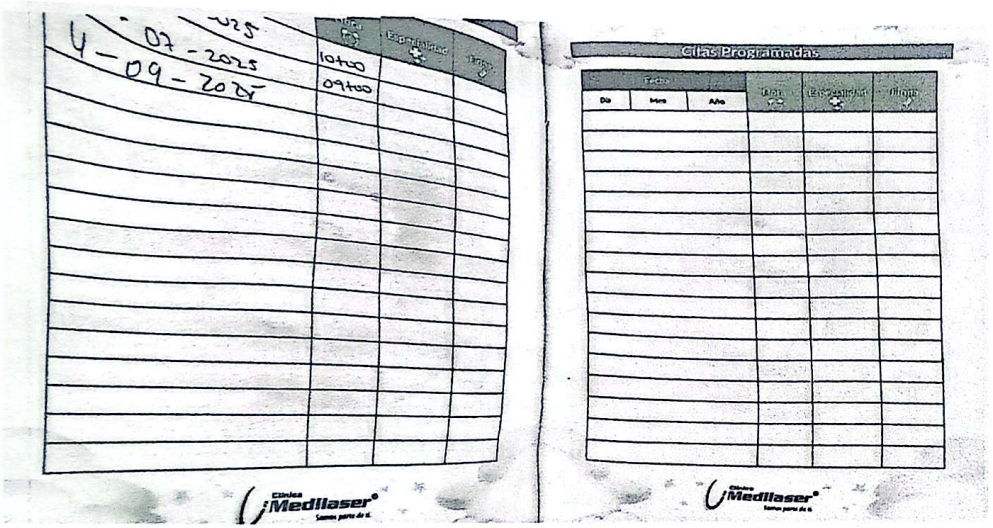
Dinámica, Comunicativa y Relacional

Identificación del paciente

Retinol y c
Restaprex

Clínica Medilaser
Somos para ti

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

Medicamento: Palivizumab

Nombres y Apellidos: Marelyn luciana Aviruma Mejia.

Número de identificación: 1250699563 **Fecha de nacimiento:** 14/05/25

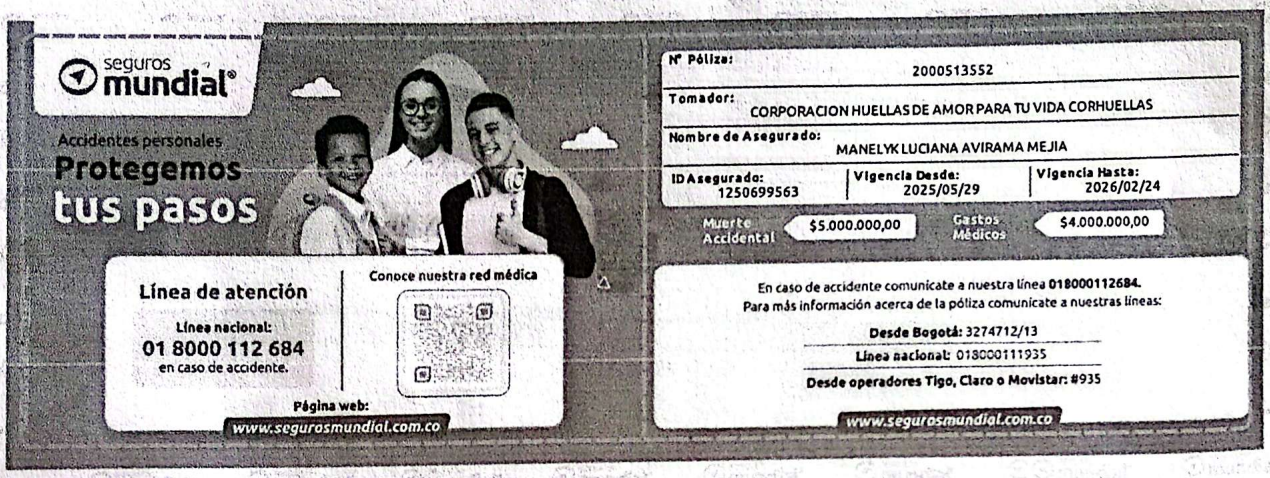
Nombre de acudiente: **Número de contacto:**

Institución: Clinica Medilaser

Dósis	Fecha	Peso (g)	Lote / Fecha VTO	Responsable	Próxima aplicación
1	11/06/2025	1730	404185x 06/2026	F. Cullon.	11/07/2025
2	04/08/2025	3295g	lote: 404185x Ven 06/2026	Yorli Vanessa Ome.	04/09/2025
3					
4					
5					

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.081.395.390

MEJIA CERON
APELLIDOS

BRIBNY CATALINA
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 29-SEP-1986
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | O+ G.S RH | F SEXO

08-MAR-2005 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ REMOLO LOPEZ

INDICE DERECHO

P-1904900-50137432-F-1081395390-20050523 03092 05143A 02 165180256

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

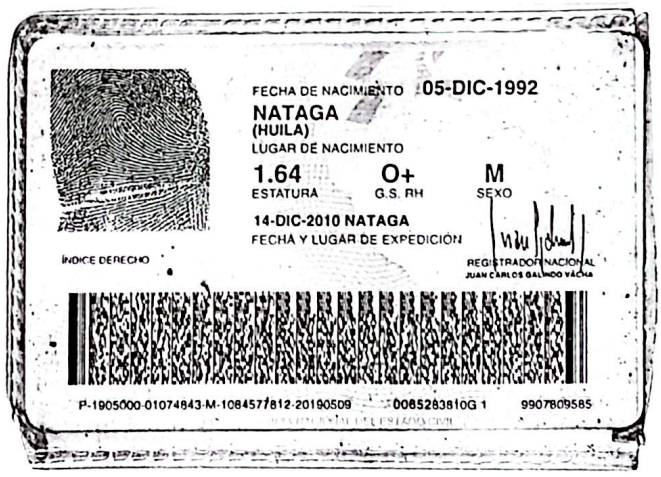
NÚMERO 1.084.577.812
AVIRAMA VILLAQUIRA

APELLIDOS
HAROL OSWALDO

NOMBRES

Harol Oswaldo Avirama

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-DIC-1992
NATAGA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

14-DIC-2010 NATAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1905000-01074843-M-1084577812-20190509 0085283810G 1 9907809585

Powered by CamScanner

ElectroHuila
Transmitimos buena energía
Nit 30[illegible] 160 001-1

SU CODIGO CUENTA NIU
903452185
Para cualquier consulta y pago electrónicos
www.electrohuila.com.co FT -CFE -05 -001

AUTORETENEDORES DE RENTA RESOL. No 247/2002
DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART.4
RESOL . 000055 DEL 14/07/16 DIAN BOMOB GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4
DEL 00/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

FACTURA DE VENTA No. 84971562

TOTAL A PAGAR
$ 64.270

Documento equivalente según articulo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 24/FEB/2025

FECHAS DE LECTURAS: 09/DIC/2024 - 02/FEB/20[illegible]
FECHA SUSPENSIÓN: 26/FEB/2025

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	YOVANI LEYVA YUCUMA	Nit CC	1084576319
Dirección	VDA BUENA VISTA CS	Ruta	6110600080
Municipio	NATAGA	Ciclo	093
Clase Servicio	Residencial	Estrato	2

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6580055
Carga Contratada	0	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
19276522	HIK	A	S	00	2691	2570	1	121

Promedio Cuenta 104 Consumo Año Anterior 91 Consumo Anterior 91

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
ENE	121
NOV	93
SEP	116
JUL	104
MAY	99
MAR	121
ENE	91

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU:27 DIU:109.36489HC:.30055
EC:0 VC:3322 VCD:3322
NCF:0 CEC:58.92813
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 23/12/2024
Valor $ 49600

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
60.5	982.5245 =	59443
60.5	1009.6231 =	61082

CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)

Valor Total Energía del Periodo	$	120.525
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 58.128
Valor Total Energía Facturado	$	62.397

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
CONSUMO FLAVIA	$ 120.525
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ 1.872
AJUSTE DECENA	$ 1
SUBSIDIO	$ - 58.128

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P	$	1.872
VALOR ELECTROHUILA	$	62.398

TOTAL A PAGAR
$ 64.270

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

FOEB: Consumo Kwh $Kwh Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 421.0 Tm: 58.0 PRn,m: 97.0 Dn,m: 280.0 Rm: 7.0 Cv,m: 14
3.0 CUv,n,m: 1009.6231 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía
Nit 30[illegible]

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 ESTRELLITAS NACIENTES 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".*

P

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): **MANELYN LUCIANA AVIRAMA MEJIA** con RC No **1250699563** 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 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 Junio del año **2025** en el Municipio de **TESALIA HUILA**

PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Laura Devez R.
AGENTE EDUCATIVA

Powered by CamScanner

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Bribny Catalina Mejia C., identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1081395390 de Melany, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Melany Luciana Asprilla, identificados con NUIP No. 1250694567, usuario de la unidad de servicio Estrellitas Nacientes 1, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en _____, a los _____ días del mes Junio de 2021

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

Nombre: Bribny Catalina Mejia.

Firma: Bribny Catalina Mejia C.

CC. No. 1081395390

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Linda Lizeth Gantalez

Firma: Linda Gantalez

CC. No. 1079183697

Powered by CamScanner

Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACIÓN 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 22 días del mes Abril 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 ESTRELLITAS NACIENTES 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 **3:15pm - 5:15pm**
6. 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 [illegible] el acceso a la documentación personal de los niños, niñas madres gestantes y lactantes [illegible] necesarios con [illegible] 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 [illegible] 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 gaseosas



- Catalina Mejía.
Firma Padre de familia y/o cuidador

Laura Cleret a
Firma Auxiliar pedagogica

Powered by CamScanner

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

Ciudad Tesalia

Nombre completo de la niña o niño Manelyn Luciana Aviramo

Fecha de nacimiento 14 05 25 **N° Documento de Identidad** 1250699563

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** 15 08 25

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Laura Clevet R.

Fecha de registro cualitativo 15 08 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

Observa los juguetes que le pasa mueve su cuerpo sus manos balbucea se realiza Trabajo a la madre de estimulacion mas a la niña su perfil es esperado.

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

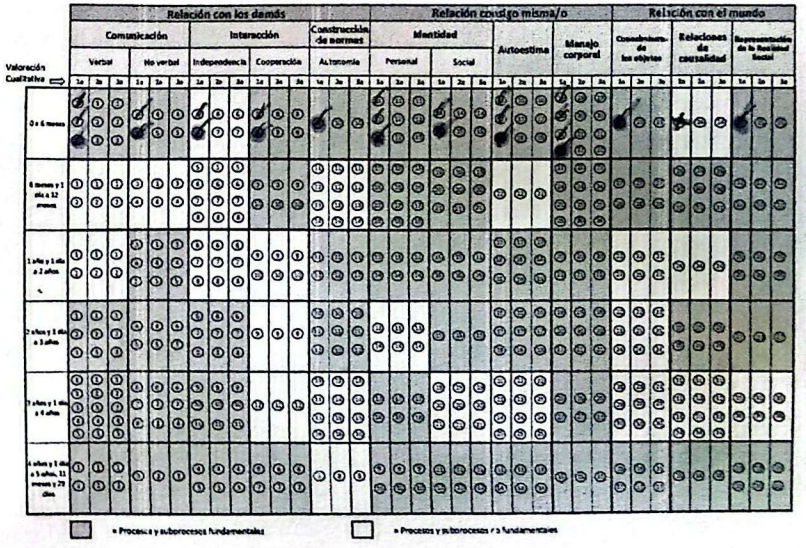
Fecha de registro cualitativo Día Mes Año

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)*



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

Powered by CamScanner