

 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 VILLA DEL CAMBIS 2 ROSARIO

PARTICIPANTE: DIEGO FERNANDO GONZALEZ LOSADA

RC _ No. 1.080.269.027



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	/		
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	/		



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

63547884

NUIP 1.080.269.027

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría ☒	Notaría ☐	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	
País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección de Policía							
REGISTRADURÍA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA							
Datos del inscrito							
Primer Apellido				Segundo Apellido			
GONZALEZ				LOSADA			
Nombre(s)							
DIEGO FERNANDO							
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo		Factor RH	
Año	2021	Mes	ENE	Día	26	MASCULINO	B. POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección)							
COLOMBIA HUILA LA PLATA							
Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos				Número certificado de nacido vivo			
ESCRITURA PUBLICA				684			
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							
LOSADA FINDICUE DAYANA ALEXANDRA							
Documento de identificación (Clase y número)				Nacionalidad			
CC 1.080.260.639				COLOMBIA			
Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)							
Apellidos y nombres completos							
Documento de identificación (Clase y número)							
Nacionalidad							
Datos del declarante							
Apellidos y nombres completos							
LOSADA FINDICUE DAYANA ALEXANDRA							
Documento de identificación (Clase y número)				Firma			
CC 1.080.260.639				DAYANA LOSADA			
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	ENE	Día	26	MANUEL JESUS LATOQUE ADARNE	REG
				Nombre y firma			



- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



Registro válido

A5

Fecha de consulta:

07/09/2025

Ficha:

41378017504500000146

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DIEGO FERNANDO

Apellidos: GONZALEZ LOSADA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080269027

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

18/05/2023

Última actualización ciudadano:

23/07/2025

Última actualización vía 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:

CARLOS ANDERSON ACOSTA VALDEZ

Dirección:

Calle 6 No 3 - 52

Teléfono:

3176617965

Correo Electrónico:

administradorsisben@laargentina-huila.gov.co



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	1080269027
NOMBRES	DIEGO FERNANDO
APELLIDOS	GONZALEZ LOSADA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA ARGENTINA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	27/01/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 09/07/2025 18:09:39 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

Datos del niño o de la niña



Nombres: **Diego Fernando**
Apellidos: **Contreras Losada**

Certificado Nacido Vivo:

Documento de identidad: **1080269027**

Fecha de nacimiento: Día: **26** Mes: **Enero** Año: **2024**

Género: F: ☒ M: ☐ Grupo sanguíneo: **B** Rh: **+**

Lugar de nacimiento: Departamento: **La Plata** Hulla

Municipio: **La Plata**

EPS: **N. EPS**

Datos de contacto:

Dirección: **Vereda El Rosario**

Teléfonos: **3169761556**

S.G: 38.5ss P: 3230gr T: 49cm 24 bt

**En caso de urgencia
favor avisar a:**

Nombres y apellidos:

Teléfonos:

Dirección:

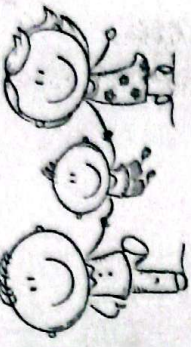
Departamento:

Municipio:

cydate | nueva

3

Datos de los padres



Madre o cuidador

Nombres y apellidos: **Dayana Alexandra Landa**

Profesión u ocupación: **Amo de casa**

Fecha de nacimiento: **12 Diciembre 2004**

Grupo sanguíneo: **O** Rh: **+**

Padre o cuidador

Nombres y apellidos:

Profesión u ocupación:

Fecha de nacimiento:

Grupo sanguíneo: Rh:

Antecedentes familiares que puedan influir en la salud del niño:

Madre

Padre

cydate | nueva

4

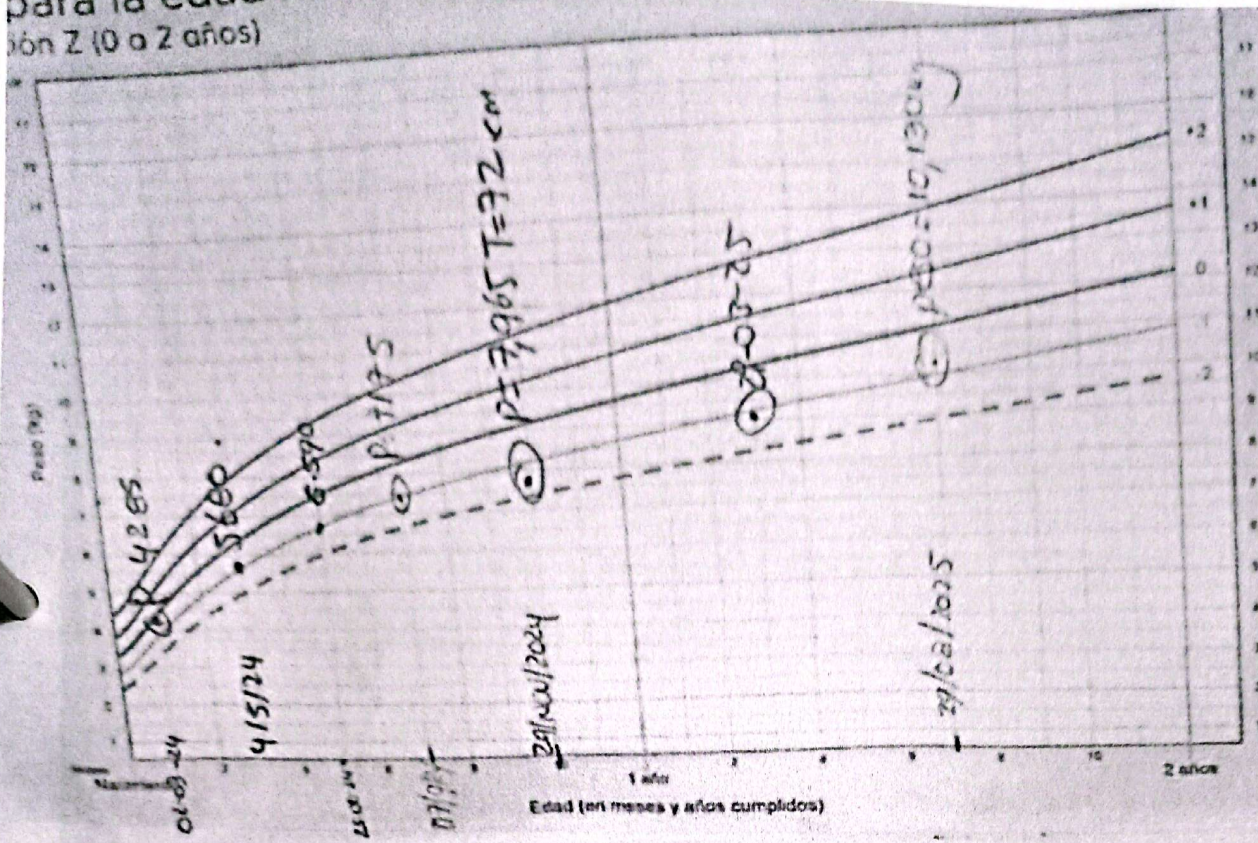
154

Valoración integral de la salud y el desarrollo

En esta sección debes solicitar el registro de los resultados de las valoraciones del crecimiento y desarrollo de tu hijo, y estar atento al cumplimiento de las citas según la edad.

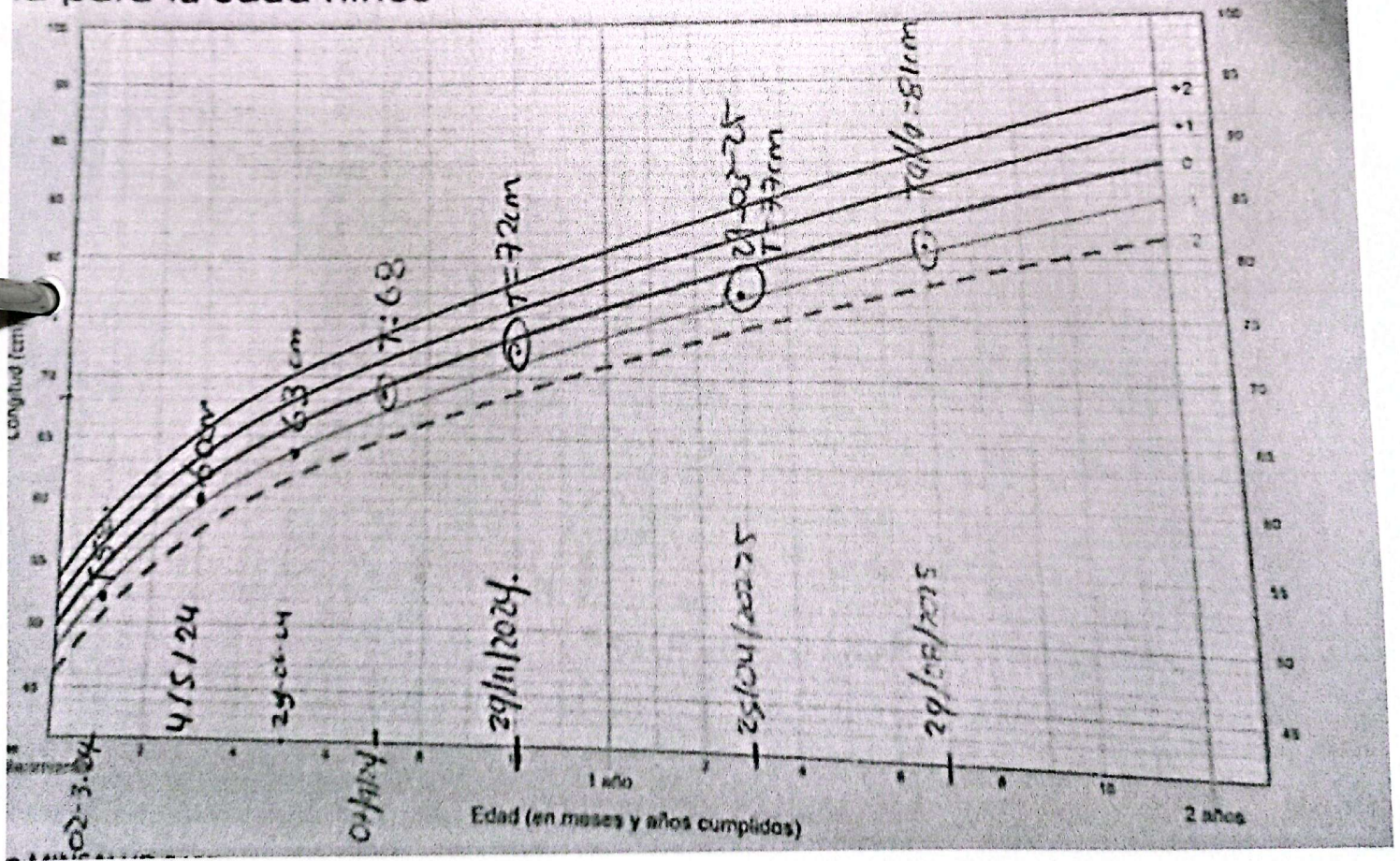
Edad	Valoración crecimiento	Valoración desarrollo	Test	Aggrav	Observaciones
02/3/24	1M	2^{80} 2^{20} 2^{60}			02/03/24
04/5/24	3M	5^{60} 60 405 139			22/6/24 $22/06/24$
05/06/24	4M	6^{50} 63 45 14 41			07/10/24
07/09/24	07M	1^{10} 2^{20} 43 1^{10} 1^{10}			29/nov/2024
29/11/24	10M	2^{40} 2^{20} 45 2^{20} 1^{10} 1^{10}			26/04/2025
25/04/25	15M	1^{10} 2^{20} 45 2^{20} 1^{10} 1^{10}			PX cita $\rightarrow$ 29/08/2025
29/08/25	19M	1^{10} 2^{20} 45 2^{20} 1^{10} 1^{10}			PX cita $\rightarrow$ 31/01/2026

para la edad niños
Puntuación Z (0 a 2 años)



la para la edad niños

Puntuación Z (0 a 2 años)





Carné de Vacunación

Nombre y Apellido: Diego Fernando

Expenditure

☒	☐	☐	☐	1080269 027	No. de Documento
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------	------------------

Fecha de Nascimento	20	07	1924
---------------------	----	----	------

2-2-1 6000

B. Postwa

Periodo di nascita: 31.30 a. 38.23. 40

Director, VFA, Research Laboratory

Telephone: 316 916 9 56

Telefono 2 3205013268. Alfons

typical of *Capitulum* and *Capitulum* respectively

1875

Le P'tit-Moulin

cc: 1080260639

ALTERNATIVE HEALTH CARE

A patient who has

1. a history of

2. a history of

3. a history of

4. a history of

5. a history of

1. 1970
2. 1971
3. 1972
4. 1973
5. 1974
6. 1975
7. 1976
8. 1977
9. 1978
10. 1979
11. 1980
12. 1981
13. 1982
14. 1983
15. 1984
16. 1985
17. 1986
18. 1987
19. 1988
20. 1989
21. 1990
22. 1991
23. 1992
24. 1993
25. 1994
26. 1995
27. 1996
28. 1997
29. 1998
30. 1999
31. 2000
32. 2001
33. 2002
34. 2003
35. 2004
36. 2005
37. 2006
38. 2007
39. 2008
40. 2009
41. 2010
42. 2011
43. 2012
44. 2013
45. 2014
46. 2015
47. 2016
48. 2017
49. 2018
50. 2019
51. 2020
52. 2021
53. 2022
54. 2023
55. 2024
56. 2025
57. 2026
58. 2027
59. 2028
60. 2029
61. 2030
62. 2031
63. 2032
64. 2033
65. 2034
66. 2035
67. 2036
68. 2037
69. 2038
70. 2039
71. 2040
72. 2041
73. 2042
74. 2043
75. 2044
76. 2045
77. 2046
78. 2047
79. 2048
80. 2049
81. 2050
82. 2051
83. 2052
84. 2053
85. 2054
86. 2055
87. 2056
88. 2057
89. 2058
90. 2059
91. 2060
92. 2061
93. 2062
94. 2063
95. 2064
96. 2065
97. 2066
98. 2067
99. 2068
100. 2069
101. 2070
102. 2071
103. 2072
104. 2073
105. 2074
106. 2075
107. 2076
108. 2077
109. 2078
110. 2079
111. 2080
112. 2081
113. 2082
114. 2083
115. 2084
116. 2085
117. 2086
118. 2087
119. 2088
120. 2089
121. 2090
122. 2091
123. 2092
124. 2093
125. 2094
126. 2095
127. 2096
128. 2097
129. 2098
130. 2099
131. 2100
132. 2101
133. 2102
134. 2103
135. 2104
136. 2105
137. 2106
138. 2107
139. 2108
140. 2109
141. 2110
142. 2111
143. 2112
144. 2113
145. 2114
146. 2115
147. 2116
148. 2117
149. 2118
150. 2119
151. 2120
152. 2121
153. 2122
154. 2123
155. 2124
156. 2125
157. 2126
158. 2127
159. 2128
160. 2129
161. 2130
162. 2131
163. 2132
164. 2133
165. 2134
166. 2135
167. 2136
168. 2137
169. 2138
170. 2139
171. 2140
172. 2141
173. 2142
174. 2143
175. 2144
176. 2145
177. 2146
178. 2147
179. 2148
180. 2149
181. 2150
182. 2151
183. 2152
184. 2153
185. 2154
186. 2155
187. 2156
188. 2157
189. 2158
190. 2159
191. 2160
192. 2161
193. 2162
194. 2163
195. 2164
196. 2165
197. 2166
198. 2167
199. 2168
200. 2169
201. 2170
202. 2171
203. 2172
204. 2173
205. 2174
206. 2175
207. 2176
208. 2177
209. 2178
210. 2179
211. 2180
212. 2181
213. 2182
214. 2183
215. 2184
216. 2185
217. 2186
218. 2187
219. 2188
220. 2189
221. 2190
222. 2191
223. 2192
224. 2193
225. 2194
226. 2195
227. 2196
228. 2197
229. 2198
230. 2199
231. 2200
232. 2201
233. 2202
234. 2203
235. 2204
236. 2205
237. 2206
238. 2207
239. 2208
240. 2209
241. 2210
242. 2211
243. 2212
244. 2213
245. 2214
246. 2215
247. 2216
248. 2217
249. 2218
250. 2219
251. 2220
252. 2221
253. 2222
254. 2223
255. 2224
256. 2225
257. 2226
258. 2227
259. 2228
260. 2229
261. 2230
262. 2231
263. 2232
264. 2233
265. 2234
266. 2235
267. 2236
268. 2237
269. 2238
270. 2239
271. 2240
272. 2241
273. 2242
274. 2243
275. 2244
276. 2245
277. 2246
278. 2247
279. 2248
280. 2249
281. 2250
282. 2251
283. 2252
284. 2253
285. 2254
286. 2255
287. 2256
288. 2257
289. 2258
290. 2259
291. 2260
292. 2261
293. 2262
294. 2263
295. 2264
296. 2265
297. 2266
298. 2267
299. 2268
300. 2269
301. 2270
302. 2271
303. 2272
304. 2273
305. 2274
306. 2275
307. 2276
308. 2277
309. 2278
310. 2279
311. 2280
312. 2281
313. 2282
314. 2283
315. 2284
316. 2285
317. 2286
318. 2287
319. 2288
320. 2289
321. 2290
322. 2291
323. 2292
324. 2293
325. 2294
326. 2295
327. 2296
328. 2297
329. 2298
330. 2299
331. 2300
332. 2301
333. 2302
334. 2303
335. 2304
336. 2305
337. 2306
338. 2307
339. 2308
340. 2309
341. 2310
342. 2311
343. 2312
344. 2313
345. 2314
346. 2315
347. 2316
348. 2317
349. 2318
350. 2319
351. 2320
352. 2321
353. 2322
354. 2323
355. 2324
356. 2325
357. 2326
358. 2327
359. 2328
360. 2329
361. 2330
362. 2331
363. 2332
364. 2333
365. 2334
366. 2335
367. 2336
368. 2337
369. 2338
370. 2339
371. 2340
372. 2341
373. 2342
374. 2343
375. 2344
376. 2345
377. 2346
378. 2347
379. 2348
380. 2349
381. 2350
382. 2351

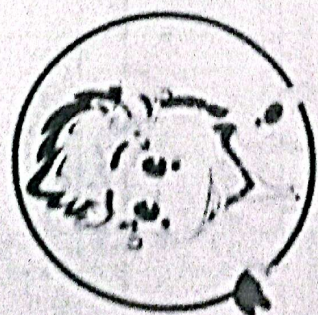
ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)				
Edad	Fecha	Mes	Año	Valoración Multifactorial
				Puntuación Z
				Atención en salud por

L'OCULACION DE LA SALUD VISUAL
 - AGUDEZA VISUAL
 "Algunos lo igual a 20 normal"

[illegible]

Resultado Tamizaje Neonatal

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



Busca ya  las vacunas

100

Instituto de Salud y Protección Social

... ..

1990

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

1998

www.ministério-da-justiça.gov.br



CONTROL ODONTOLÓGICO DE PROMOCIÓN
Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL

NOMBRE:	DOCUMENTO:
Diego Fernando Gonzalez Lossadi	1080269027
CONTROL DE PLACA	TOPICACION DE FLUOR
FECHA DE ATENCION: 12-Julio-2025	FECA DE ATENCIO: 12-Julio-2025
PROXIMO CONTROL: 12-Enero-2026	PROXIMO CONTROL: 12-Enero-2025
<p>EXPEDIDO POR: <u>Carolina Bolaños Vargas</u> Aux. Salud Oral C.C. 1080266471</p>	

 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

VILLA DEL CAMBIS 2 ROSARIO, 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):

Diego Fernando Gonzalez J. con RC No 1080269027 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.

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).

- 1) 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.
- 2) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) transite al Sistema de Educación Escolar, una vez haya cumplido los cinco (5) años.
- 3) 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).
- 4) 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 02 del mes JULIO del año 2025, en el Municipio de LA ARGENTINA HUILA.

DAYANA LOSADA
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Marta Lopez Gormon
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 Diego Fernando Gonzalez Losada, identificado (a) con documento de identidad número 1080269022, 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, _____, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1080260634, 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 CORHUELLAS, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA.

Suscriben:

Firma: DAYANA LOSADA
 Nombre: DAYANA LOSADA
 Calidad - Titular: Representante legal:
 Teléfono de contacto: 3169761556
 Fecha: 02 - Julio - 2025
 Municipio: La Argentina 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 PERSONALES DE LOS TITULARES DE LA INFORMACIÓN SE CONSIDERAN COMO DATOS PERSONALES DEL ICBF Y LA LEY 1581 DE 2012.

 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 DAYANA LOSADA, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1080260639 de La Argentina H., padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Diego Fernando Gonzalez Losada, identificados con NUIP No. 1080269029, usuario de la unidad de servicio VILLA DEL CAMBIS 2 ROSARIO, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en LA ARGENTINA HUILA, a los 02 días del mes JULIO de 202(5)

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

Nombre: DAYANA LOSADA

Firma: DAYANA LOSADA

CC. No. 1080260639

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Andrea Yisela Moreno

Firma: Andrea Yisela Moreno

CC. No. 1080262011

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

Form
Dayana Alexandra L.



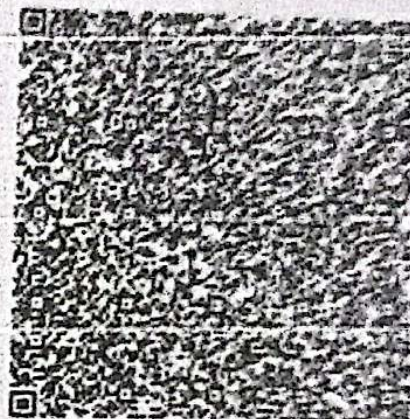
.00

015100283



[Handwritten signature]

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOL015100283619047<<<<<<<<<<
0412122F3301269COL1080260639<4
LOSADA<FINDICUE<<DAYANA<ALEXAN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 26.527.936

PENNA BERMEO

APELLIDOS

MARLENY

SEXO

Marleni Penna

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-NOV-1965

LA PLATA

(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

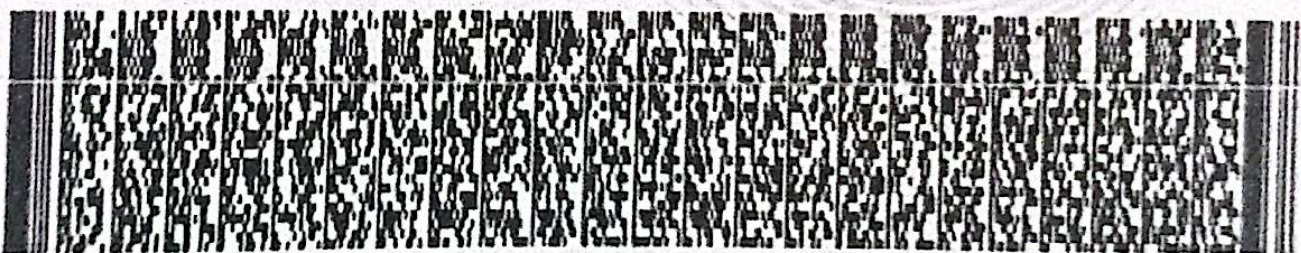
1.56
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

19-MAR-1993 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1904700-00168204-F-0026527936-20090810

0014781622A 1

24770865

Ciudad La Argentina Huila
 Nombre completo de la niña o niño Diego Fernando Gonzalez Lozada
 Fecha de nacimiento 26 01 2024 N° Documento de Identidad
 Sexo Masculino ☒ Femenino ☐ Fecha de 1er día de atención en el año 1 07 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo

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

En la primera aplicación de la escala de valoración al niño Diego Fernando arrojó un resultado esperado lo cual indica que el niño va bien en el desarrollo de sus dimensiones

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

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

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)

= Procesos y subprocesos no fundamentales

= Procesos y subprocesos fundamentales



Accidentes personales
**Protegemos
tus pasos**



Línea de atención

Línea nacional:
01 8000 112 684
en caso de accidente.

Conoce nuestra red médica



Página web:

www.segurosmondial.com.co

N° Póliza:

2000514571

Tomador:

CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado:

DIEGO FERNANDO GONZALEZ LOSADA

ID Asegurado:

1080269027

Vigencia Desde:

2025/06/01

Vigencia Hasta:

2026/02/24

Muerte
Accidental

\$5.000.000,00

Gastos
Médicos

\$4.000.000,00

En caso de accidente comuníquese a nuestra línea **018000112684**.
Para más información acerca de la póliza comuníquese a nuestras líneas:

Desde Bogotá: 3274712/13

Línea nacional: 018000111935

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

www.segurosmondial.com.co