

Powered by CamScanner

| | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br>FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA | F2.MT1.PP | 30/01/2023 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 2 | Página 2 de 2 |
| | | Clasificación de la Información: Pública | |

ha de diligenciamiento: 16 02 2026

**ORMACIÓN DEL PARTICIPANTE**

o de participante: (X) Niño/a entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante — Tipo de vinculación: (X) Participante de nuevo ingreso ( ) Participante de continuidad — Unidad de Servicio sugerida: Comunitaria

Tipo documento identidad: (X) Registro Civil ( ) Tarjeta de identidad ( ) Cédula de ciudadanía ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Cédula extranjería ( ) Sin documento — Nacionalidad: _____

Número de documento: 1.081735133 — Fecha nacimiento: 30 03 2022

Nombres: Erick Santiago — Apellidos: Toro Claros

ante discapacidad? ( ) SI (X) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? ( ) SI (X) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ( ) SI ( ) No

gue cuales aplican: ( ) Física ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Intelectual ( ) Psicosocial (mental) ( ) Múltiple ( ) Sordoceguera ( ) N/A

Seleccione la que aplique: ( ) Afrocolombiano ( ) Indígena ( ) No se autoreconoce ( ) Comunidad negra ( ) Rom / Gitano ( ) Palenquero (a) ( ) Raizal

Indique cuales aplican: ( ) Migrante ( ) Campesinado ( ) Firmante de paz ( ) Víctima conflicto armado

**CCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE**

tamento residencia: Huila — Municipio de residencia: Oporapa — Zona: Rural — Barrio: Vr El Carmen — Vereda:

r: — Dirección:

**MACION DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES**

tesco: (X) Madre ( ) Padre ( ) Cuidadoría

Tipo documento identidad: ( ) Tarjeta identidad (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Sin documento — Nacionalidad: _____

Número de documento: 265 724 95

bres: Estella — Apellidos: Muñoz Morales — País de nacimiento: Colombia — Fecha nacimiento: 30 08 1978

eo electrónico: — Número de celular: 3227082892 — Número de fijo:

**RIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA**

riza el registro en sistema? (X) SI ( ) No
cliprematricula.icbf.gov.co

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Estella Muñoz.

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Carolina Cuellar

rvaciones:



Powered by CamScanner

# CONTENIDO CARPETA INDIVIDUAL

- Fotografía del Participante.
- Fotocopia de registro civil (legible, sin tachones ni enmendaduras).
- Fotocopia de documento de identidad de la madre y/o padre y/o cuidador principal.
- Criterio de focalización. (Sisbén, certificado desplazado o indígena o acta de visita domiciliaria, etc.) Vigente
- Fotocopia de recibo publico vigente.
- Certificado de afiliación al SSGSS (certificado adres) actualizado cada 6 meses Vigente.
- Fotocopia de control de crecimiento y desarrollo.
- Fotocopia del esquema de vacunación.
- Fotocopia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique).
- Certificado de asistencia a consulta en salud bucal.
- Ley de protección de datos
- Acta de compromiso de padres.
- Autorización uso de imagen
- Escala de valoración cualitativa (EVCDI-R)
- Póliza



Huellas de Amor
Para Tu Vida

Powered by CamScanner

Registro Nuevo

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.081.735.133

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61185426

*61185426*

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L E D

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

REGISTRADURIA DE SALADOBLANCO - COLOMBIA - HUILA - SALADOBLANCO.....

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| TORO..... | CLAROS..... |

Nombre(s)

ERICK SANTIAGO.....

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2022 Mes MAR Día 30 | MASCULINO..... | O..... | POSITIVO |

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

COLOMBIA HUILA PITALITO.....

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| DOCUMENTO AUTENTICO..... | CF-012..... |

**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

CLAROS REYES YURLEY FERNANDA.....

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| TI 1.129.424.124..... | 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

TORO IBARRA CARLOS ANDRES.....

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.083.930.183..... | COLOMBIA..... |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

BERNAL CORTINA JESSIKA BRILLETT.....

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 1.013.594.442..... | Ofi. Firmado Original |

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos

.....

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| ..... | ..... |

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

.....

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| ..... | ..... |

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2023 Mes MAR Día 14 | LUIS ALBERTO MOLINA CHAVARRO - RE<br>Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | Nombre y firma |

ESPACIO PARA NOTAS

14-MAR-2023 - SERIAL REEMPLAZA R - 6081185215 - 22-ABR-2022.
RECONOCIMIENTO PATERNO O MATERNO - . LIBRO DE VARIOS - TOMO 5
FOLIO 0098.

REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL
SALADOBLANCO - HUILA
Luis Alberto Molina Chavarro
REGISTRADOR NACIONAL

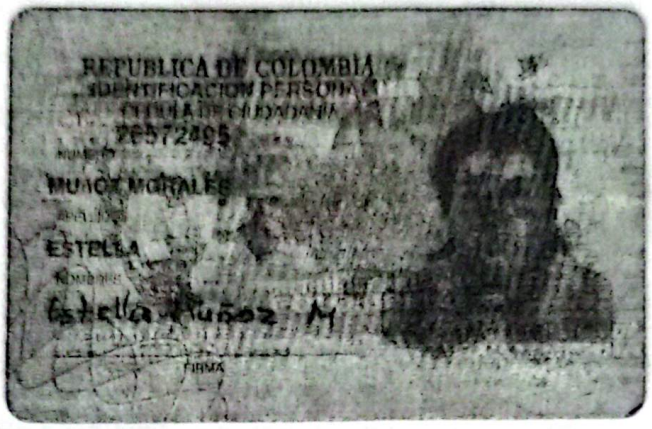
99 MAR 2023

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

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Archivo Copia Registro Civil 30181120-0

Powered by CamScanner







Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

**Fecha de consulta:** 09/02/2026

**Ficha:** 415030301020600005115

# A4

## Pobreza extrema

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** ERICK SANTIAGO

**Apellidos:** CLAROS REYES

**Tipo de documento:** Registro civil

**Número de documento:** 1081735133

**Municipio:** Oporapa

**Departamento:** Huila

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 24/09/2025

**Última actualización ciudadano:** 24/09/2025

**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:** JHON JANIER SCARPETTA CALDERON

**Dirección:** Calle 5 No 6 - 79

**Teléfono:** 311847898

**Correo Electrónico:** sisben@oporapa-huila.gov.co

Powered by CamScanner

ElectroHuila
Transmitimos buena energía
Nit 89 [illegible]

SU CODIGO CUENTA NIU
363434259

Para cualquier consulta y pago electrónicos
www.electrohuila.com.co FT -CFE -05 -001

AUTORETENEDORES DE RENTA RESOL. No. 047/2002
DIAN ENONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DEL 1
RESOL . 000055 DEL 14/07/16 DIAN HONOS GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4
DEL 00/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

**FACTURA DE VENTA No. 89539084**

TOTAL A PAGAR
$ 72.150

Documento equivalente según artículo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 31/ENE/2026

FECHA DE LECTURA: 07/NOV/2025
FECHA SUSPENSIÓN: 16/ENE/2026
02/FEB/2026

## INFORMACIÓN CLIENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cliente | HERNEY ROJAS CLAROS | Nit CC | 83218856 |
| Dirección | VDA EL CARMEN | Ruta | 25030510890 |
| Municipio | OPORAPA | Ciclo | 064 |
| Clase Servicio | Residencial | Estrato | 1 |

## INFORMACIÓN TÉCNICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nivel Tension | 1 SECUNDARIA | Circuito | 8680049 |
| Carga Contratada | 58 | Nombre | |
| Grupo | 4 | Atrasos | 0 |

## INFORMACIÓN CONSUMO

| Contador | Marca | T.E | T.M | Obs | Lec.Actual | Lec.Ante. | Factor | Consumo (kwh) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 08151921 | KRI | A | S | 00 | 19889 | 19707 | 1 | 182 |

Promedio Cuenta 174 Consumo Año Anterior 163 Consumo Anterior 163

## ÚLTIMOS CONSUMOS




| Mes | Consumo |
|---|---|
| DIC | 182 |
| OCT | 180 |
| AGO | 199 |
| JUN | 145 |
| ABR | 200 |
| FEB | 187 |
| DIC | 163 |

## CALIDAD DEL SERVICIO

FIU: DIU: HC:
EC: VC: VCD:
VCF: CEC:
Valor Compensar

## ULTIMO PAGO

Fecha 19/11/2025
Valor $ 166320

## LIQUIDACIÓN

| Consumo(kwh) | Tarifa($/kwh) | Valor Total($) |
|---|---|---|
| 91.0 | 1024.324 = | 93213 |
| 91.0 | 1033.4827 = | 94047 |

## CONSUMO PERIODO

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

| | | |
|---|---|---|
| Valor Total Energía del Periodo | $ | 187.260 |
| Valor (Subsidio/Contribución %) | $ | - 108.219 |
| Valor Total Energía Facturado | $ | 79.041 |

## DETALLE DE CUENTA

| CONCEPTO | VALOR MES |
|---|---|
| CONSUMO PERIODO | $ 187.260 |
| IMPUESTO ALUM. PUBLICO | $ 7.904 |
| AJUSTE DECENA | $ 5 |
| ENERGIA SOCIAL FOES | $ - 14.800 |
| SUBSIDIO | $ - 108.219 |

| | | |
|---|---|---|
| OTROS CARGOS | $ | 0 |
| ALUMBRADO P | $ | 7.904 |
| VALOR ELECTROHUILA | $ | 64.246 |

TOTAL A PAGAR
$ 72.150

## ELECTRODOMÉSTICOS

| CONVENIO | C PEND | TOTAL CONV | SALDO |
|---|---|---|---|

## FINANCIACIONES

| FINANCIACION | C PEND | TOTAL FIN | SALDO FIN | CUOTA |
|---|---|---|---|---|

| FOES Consumo Kwh | $Kwh | Valor $ | No Factura |
|---|---|---|---|

## COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 398.0 Tm: 58.0 PRn,m: 83.0 Dn,m: 294.0 Rm: 26.0 Cv,m: 1
77.0 CUv,n,m: 1033.4827 ($/Kwh)

## CREDIVALORES

| SALDO | CAPITAL | INT. CORRIENTE | INT. MORA |
|---|---|---|---|

Powered by CamScanner

ADRES

# ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

nformación de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

## Resultados de la consulta

**formación Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | RC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1081735133 |
| NOMBRES | ERICK SANTIAGO |
| APELLIDOS | CLAROS REYES |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | HUILA |
| MUNICIPIO | OPORAPA |

**tos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | COOSALUD EPS S.A. | SUBSIDIADO | 06/09/2022 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 02/09/2026 11:49:28 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen ıbsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del nisterio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la )RES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones :nicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la dministradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

especto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de filiación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual e reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el égimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, stablece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya esentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

Powered by CamScanner

# CARNÉ DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL MENOR DE 10 AÑOS

Nombre: Erick Santiago.

Claros Reyes.

Fecha Nacimiento: 30/03/2022.

Registro Civil: 1081735133

Dirección: _____

Teléfono: _____

Responsable: _____

EPS: coosalud.

Tipo de Sangre: O+.

Peso al Nacer: 3,770

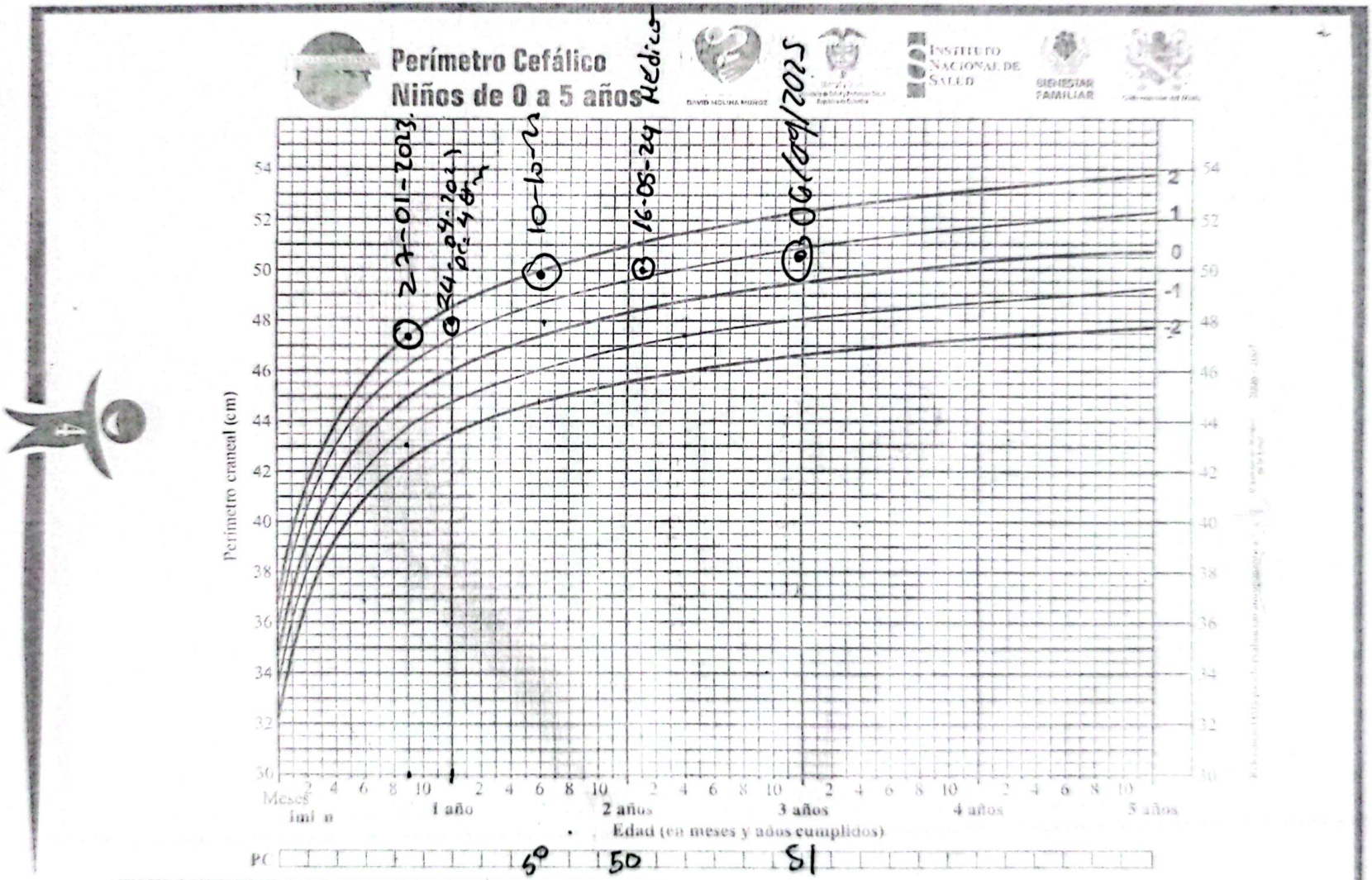
Talla al Nacer: 50

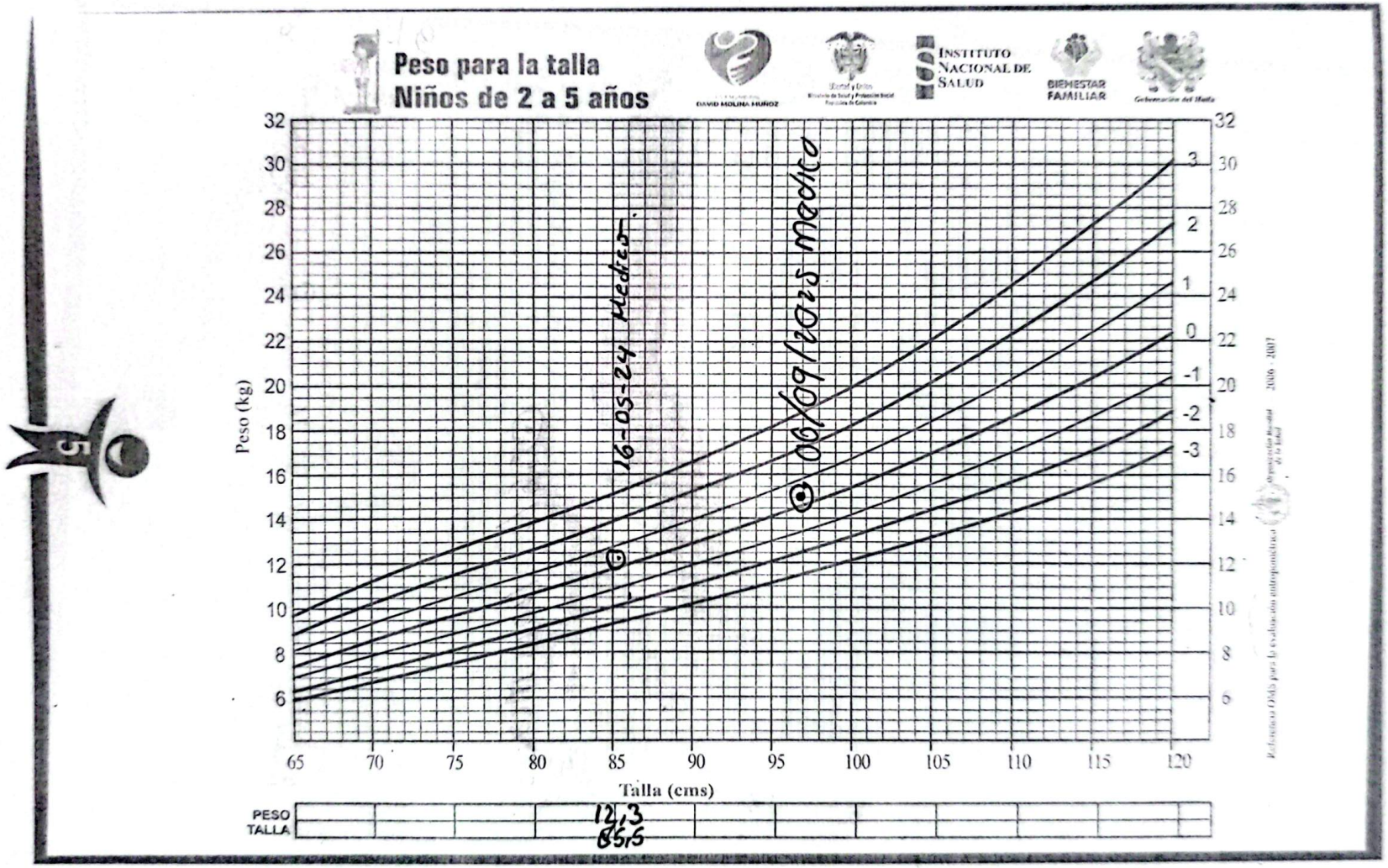


Powered by CamScanner

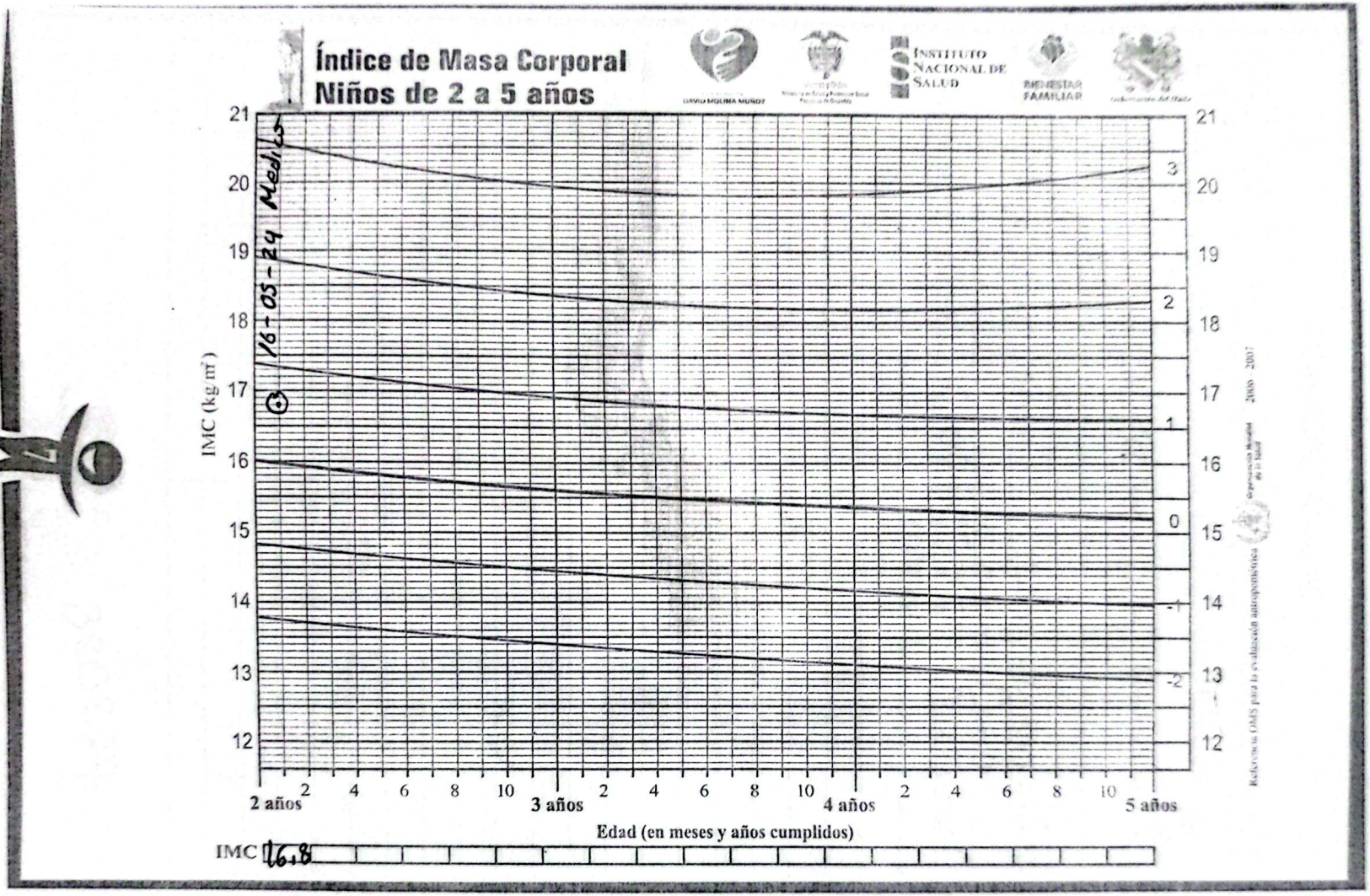
Talla para la edad
Niños de 0 a 2 años
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Talla (cm)
Edad (en meses y años cumplidos)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
2
1
0
-1
-2
10-15-25
24-01-23
24-04-2023 T=75cm
74cm
9m
82cm
18m.

Peso para la talla
Niños de 0 a 2 años
Peso (Kg)
Longitud (cm)
PESO
EDAD
9 lbs 11 oz.
4 M. 18 m.
21-01-2023.
24-04-2015 T=35c P: 10kg
10-10-2023


Perímetro Cefálico
Niños de 0 a 5 años
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
BIENESTAR FAMILIAR
Perímetro craneal (cm)
Meses
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
2-2-01-2023
24-04-2024
10-12-24
16-05-24
06/06/2025
Medida
50
50
51


Peso para la talla
Niños de 2 a 5 años
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
BIENESTAR FAMILIAR
Peso (kg)
Talla (cms)
3
2
1
0
-1
-2
-3
16-05-24 Medes.
06/09/2025 medico
PESO
TALLA
12,3
85,5

Talla para la edad
Niños de 2 a 5 años
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
BIENESTAR FAMILIAR
Talla (cm)
Edad (en meses y años cumplidos)
2 años
3 años
4 años
5 años
16-05-24 Medida
06 Septiembre Medida
Talla 85,6 g.6


Índice de Masa Corporal
Niños de 2 a 5 años
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
BIENESTAR FAMILIAR
16-05-24 Medlis
IMC (kg m²)
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
3
2
1
0
-1
-2
2 años
3 años
4 años
5 años
2 4 6 8 10 2 4 6 8 10 2 4 6 8 10
Edad (en meses y años cumplidos)
IMC 16.8

## CITAS PROGRAMADAS

| DIA | MES | AÑO | HORA | NOMBRE DE QUIEN ATENDIÓ |
|---|---|---|---|---|
| 29 | 04 | 2023 | | Hospital, Solo. L. Md. |
| 25 | 07 | 2023 | | |
| 10 | 10 | 23 | 3:10 pm | Julia Balanza A. |
| | 04 | 24. | | |
| Jueves | 16 | | | |
| 16 | Mayo | 2024 | 01:30 PM | P: 12,3 kg - T: 85,5 cm - PC: 50 - PB: 15 |
| | | | | Dayana Ospina |
| 06 | 09 | 2025 | 10:00 | Medico Ana Maria P. Contreras |

320277

3202779810

Powered by CamScanner

**PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO**

**IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA**

| | |
|---|---|
| Al momento de nacer | Fecha: |

**PRIMER CONTROL MÉDICO**

| | |
|---|---|
| Durante el primer mes de vida | Fecha: |

**SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA**

| Edad | Fecha de cita programada | Fecha en que asistió | Profesional que atendió |
|---|---|---|---|
| 1 a 3 meses | | | |
| 4 a 6 meses | | | |
| 7 a 9 meses | | | |
| 10 a 12 meses | | | |
| 13 a 16 meses | | | |
| 17 a 20 meses | | | |
| 21 a 24 meses | | | |
| 25 a 30 meses | | | |
| 31 a 36 meses | | | |
| 37 a 48 meses | | | |
| 49 a 60 meses | | | |
| 61 a 66 meses | | | |
| 67 a 72 meses | | | |
| 73 a 78 meses | | | |
| 79 a 84 meses | | | |
| 8 años (1) | | | |
| 8 años (2) | | | |
| 9 años | | | |

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI.

| Edad | Fecha | Edad | Fecha |
|---|---|---|---|
| 6 meses | | 42 meses | |
| 12 meses | | 48 meses | |
| 18 meses | | 54 meses | |
| 24 meses | | 60 meses | |
| 36 meses | | 66 meses | |

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

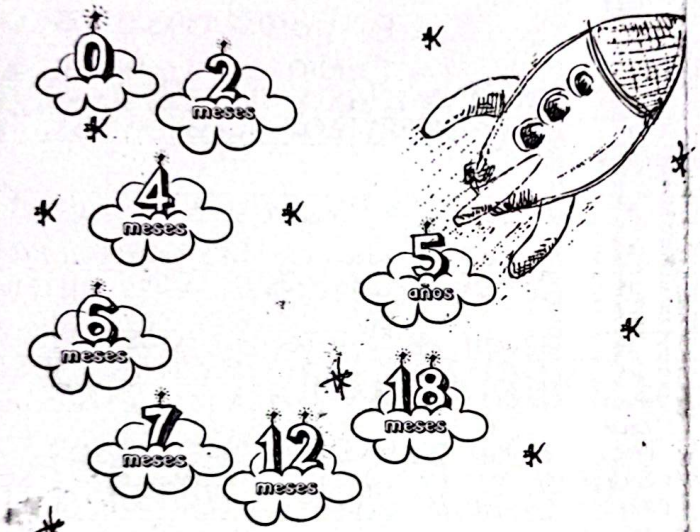
| | |
|---|---|
| Valor reportado TSH: | |
| Fecha verificación: | |
| Profesional que verificó: | |

**Exíjalo**

garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

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




- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**


República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25


AIEPI

de cero a Siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

# Vacunas al día, se la ponemos fácil

**CARNÉ DE VACUNACIÓN**

Nombre: Erick Santiago Clara Reyes
Fecha de nacimiento: [illegible]22
Nº de certificado de nacido vivo: [illegible]46
Registro civil: 1081735133
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 3270 gramos
Dirección: [illegible]
Teléfono: 3[illegible]27
Responsable: [illegible]
Municipio de residencia: Aipira
Departamento: Huila

24-JULIO/2022

## Recuerda:

**Estas vacunas son gratuitas**




PROSPERIDAD PARA TODOS


Powered by CamScanner

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Hepatitis B | Recién nacido | 20-09-2022 | Serum | | | | | |
| | Lactancia materna exclusiva | Sí ☐ No ☐ | | | | | | | |
| 2 Meses | Polio (Oral - IM) | 1ª | | Bilthoven | | | | | |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1ª | 31-05-2022 | Serum | | | | | |
| | Rotavirus | 1ª | | Glaxo | | | | | |
| | Neumococo | 1ª | | Glaxo | | | | | |
| 4 Meses | Lactancia materna exclusiva | Sí ☐ No ☐ | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 2ª | | Biltnoven | 2139003 | EE | Dmm | | |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2ª | 17 ENE 2023 | Serum | 2851X0210 | EE | Dmm | | |
| | Rotavirus | 2ª | | Glaxo | ARDUDS9AB | EE | Dmm | | |
| | Neumococo | 2ª | | Pfizer | EX8589 | EE | Dmm | | |
| 6 Meses | Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva. | | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 3ª | 10-03-23 | Bilthoven | 2206002 | HANU | | | |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 3ª | 10-03-23 | Serum | 2851H021E | HANU | | | |
| | Influenza | 1ª | 21-06-23 | Gripenvac | USDS23004 | HANU | | | |
| 7 Meses | Influenza | 2ª | | | | | | | |
| 12 Meses | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | 1ª | 12-04-23 | Serum | 0131N095A | | | | |
| | Fiebre Amarilla | 1ª | 16-02-24 | Sanofi | WC5QA | ESE | MCI | | |
| | Neumococo | Refuerzo | 12-04-23 | Pneuhar | FR4895 | | | | |
| | Influenza | Anual | | | | | | | |
| | Hepatitis A | ÚNICA | 12-04-23 | MSD | W004802 | | | 03 11 23 | |
| 18 Meses | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) Pentavalente | 1° Refuerzo | 16-02-24 | Serum | 2853003A | ESE | MCI | | |
| | Polio (Oral - IM) | 1° Refuerzo | 16-02-24 | Bilthoven | 2234002 | ESE | MCI | | |
| 5 Años | Polio (Oral - IM) | 2° Refuerzo | | | | | | | |
| | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2° Refuerzo | | | | | | | |
| | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | Refuerzo | 16-02-24 | Serum | 0153N001A | ESE | MCI | | |
| Niñas 9 Años o más | VPH | 1ª | | | | | | | |
| | VPH | 2ª | | | | | | | |
| | VPH | 3ª | | | | | | | |
| Vacunas complementarias y otras dosis | Varicela | Unica | 12-04-23 | MSD | W016948 | | | | |
| | Sarampión y Rubeola. | Unica | 30-09-23 | Serum | 01224108 | ESE | 5mm | | |

Estas vacunas son gratuitas

**La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.**

Powered by CamScanner

Huellas de Amor
Para Tu Vida

**LEY DE PROTECCIÓN DATOS PERSONALES**

uestra calidad de responsables del uso de la información de nuestros usuarios y grupos de interés, dando cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 de Protección de os Personales y el decreto reglamentario 1377 de 2013, poniendo a su disposición en www.funcamino.org el Aviso de Privacidad, Las Políticas de tratamiento de datos Personales y la Autorización del Uso de su Información Personal. Este último se pone a su disposición, para que, si está de acuerdo, sea diligenciado y egado.

**AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL**

orizo a la corporación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA, a realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, cenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

a) Para que la fundación pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Operador de Programas misionales del ICBF.
b) Facilitar los Documentos requeridos por los sistemas de información de las entidades autorizadas o las entidades gubernamentales que propenden por el desarrollo integral de las niñas y los niños de primera infancia, madres gestantes y bebes lactantes, bajo el compromiso de mantener la confidencialidad de la información.

**DECLARACIONES DEL TITULAR**

Yo ESTELA MUÑOZ MORALES Identificado con CC 26572495 Expedida en Saladoblanco Acudiente del menor ELICK SANTIAGO TORO CLARO Identificado con Registro Civil de Nacimiento Numero 2061736733

**DECLARO:**

a. Toda la información suministrada es verdadera.
b. Conozco los derechos y las condiciones para el tratamiento de datos, incluyendo de manera enunciativa:
Conocer íntegramente y de forma gratuita mis datos personales o de mi hijo(a) o acudiente, así como actualizarlos y rectificarlos frente a **la fundación** o los encargados del tratamiento.
Conocer el uso que se le ha dado a mis datos personales, previa solicitud de la fundación.
Para efectos de ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir información, revocar la autorización, entre otros, podré acudir a HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA como responsable del tratamiento de manera gratuita al Área de Gerencia, quienes estarán disponibles para la misma.

Estela Muñoz Morales
Firma Usuario y/o Acudiente

---

**LEY DE PROTECCIÓN DATOS PERSONALES**

uestra calidad de responsables del uso de la información de nuestros usuarios y grupos de interés, dando cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 de Protección de os Personales y el decreto reglamentario 1377 de 2013, poniendo a su disposición en www.funcamino.org el Aviso de Privacidad, Las Políticas de tratamiento de datos Personales y la Autorización del Uso de su Información Personal. Este último se pone a su disposición, para que, si está de acuerdo, sea diligenciado y egado.

**AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL**

orizo a la corporación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA, a realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, cenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

a) Para que la fundación pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Operador de Programas misionales del ICBF.
b) Facilitar los Documentos requeridos por los sistemas de información de las entidades autorizadas o las entidades gubernamentales que propenden por el desarrollo integral de las niñas y los niños de primera infancia, madres gestantes y bebes lactantes, bajo el compromiso de mantener la confidencialidad de la información.

**DECLARACIONES DEL TITULAR**

Yo _____ Identificado con CC _____ Expedida en _____ Acudiente del menor _____ Identificado con Registro Civil de Nacimiento Numero _____

**DECLARO:**

a. Toda la información suministrada es verdadera.
b. Conozco los derechos y las condiciones para el tratamiento de datos, incluyendo de manera enunciativa:
Conocer íntegramente y de forma gratuita mis datos personales o de mi hijo(a) o acudiente, así como actualizarlos y rectificarlos frente a **la fundación** o los encargados del tratamiento.
Conocer el uso que se le ha dado a mis datos personales, previa solicitud de la fundación.
Para efectos de ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir información, revocar la autorización, entre otros, podré acudir a HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA como responsable del tratamiento de manera gratuita al Área de Gerencia, quienes estarán disponibles para la misma.

_____
Firma Usuario y/o Acudiente

Huellas de Amor
Para Tu Vida

Powered by CamScanner

**ACTA DE COMPROMISO PARA PADRES DE FAMILIA**
**MODALIDAD HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR**

n mi calidad de padre (madre) de familia, usuario(a) del servicio prestado por el ICBF en el Hogar Comunitario de Bienestar os Pajaritos, en el cual labora la Madre Comunitaria Lili Carolina Cuellar, vinculada a Entidad Administradora del Servicio HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA. Manifiesto que he sido informado sobre las sponsabilidades que me asisten en el marco del Código de Infancia y Adolescencia contemplado en la Ley 1098 de 2006, el cual presa 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".*

atención a lo anterior, en el marco de las acciones de responsabilidad parental, es mi interés manifestar el compromiso en el oceso de educación inicial de mi hijo (a): ERICK SANTIAGO TORO CLAROS. Para ello me comprometo

1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al Hogar Comunitario, 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 la Madre Comunitaria, 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) Acompañar a mi hijo(a) a su llegada y salida segura del Hogar Comunitario, teniendo en cuenta el horario de atención establecido entre las 8:00 a.m. y las 4:00 p.m.
4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias entrego y recibo a mi hijo(a).
5) Entregar a la Madre Comunitaria, en un periodo inferior 1 mes, los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de mi hijo(a). Estos documentos son:
   1. Fotocopia de la cédula de los padres o responsables del niño.
   2. Fotocopia del registro civil del niño.
   3. Fotocopia del carné de vacunas.
   4. Fotocopia del carné de crecimiento y desarrollo
   5. Certificación de la clasificación del SISBÉN.

   NOTA: En caso de contar con alguno de los documentos mencionados, informar a la Madre Comunitaria 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 a la Madre Comunitaria y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de mi hijo(a) al Hogar Comunitario, adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si se cuenta con ellos).
9) Elegir o ser elegido en el comité de control o veedurías ciudadanas que se convoquen con el fin de velar por una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por el ICBF para la Modalidad Hogares Comunitarios de Bienestar.
10) Mantener relaciones interpersonales que promuevan la convivencia pacífica con los padres usuarios y con la Madre Comunitaria.
11) Cumplir con el pago de la cuota de participación, si esta ha sido acordada en Asamblea de Padres y si no pertenezco a una familia en situación de desplazamiento.
    NOTA: Los recursos recaudados por concepto de la cuota de participación, serán invertidos en pro de la calidad del servicio .
12) Informar al ICBF o a la Entidad Administradora del Servicio sobre situaciones que afecten el desarrollo integral o la permanencia de los niños y niñas en el Hogar Comunitario de Bienestar.
13) Suministrar información precisa, veraz, exacta y completa sobre mi hijo a la madre comunitaria.
14) Certifico que mi hijo solo está siendo atendido en el HCB, en ningún otro programa de primera infancia ni el sistema escolar.
15) Cumplir con los protocolos de bioseguridad dispuestos y socializados por la EAS.
16) Sé que mi hijo(a) cuenta con póliza de seguro y conozco sus beneficios y cubrimiento porque fue socializada por la madre comunitaria y me comprometo a activar la póliza cuando se presente cualquier accidente.

ESTELLA MUÑOZ MORALES

**Nombre y Firma del Padre (Madre) de Familia**

Powered by CamScanner

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA | F2.P2.CE | 11/07/2024 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN | Versión 5 | Página 1 de 1 |

**utorización – Uso de la imagen de menor de edad:**

uien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad LUCA Santiago Toro Cuos, identificado (a) con documento de identidad mero 1051735153, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos rsonales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al stituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

| Autorización | Fotos | X | Audios | X | Videos | X | Otros datos personales | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**utorización - Uso imagen del titular:**

, Estella Muñoz Morales, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con cumento de identidad número 26572495, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre otección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y ulgar:

| Autorización | Fotos | X | Audios | X | Videos | X | Otros datos personales | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 y adolescentes 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 y adolescentes, 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 HCB

**Suscriben:**

Firma: ESTELA MUÑOZ MORALES
Nombre: ESTELA MUÑOZ MORALES
Calidad - Titular: X Representante legal: Nuela
Teléfono de contacto: 322 708 28 92
Fecha: 16-02-2026
Municipio: Popayán Huila

COPIA



Powered by CamScanner

DAVID MOLINA MUÑOZ

Amor por Tu Salud!

| ESE MUNICIPAL DAVID MOLINA MUÑOZ<br>NIT. 813.012.946-3 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **CERTIFICADO ODONTOLOGICO** | | | | | | |
| Código | F-PE-CP | Versión | 01 | Fecha | 15-Abr-20 | Página 1 de 1 |

El Odontólogo de la Institución CERTIFICA que el paciente: Erick Santiago Claro Reyes

Identificado con T.I o R.C: 1081735133

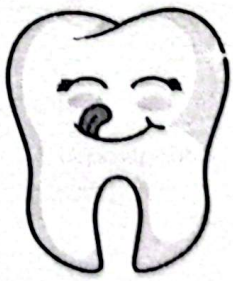
Asistió a cita odontológica, el cual su diagnóstico es: Paciente menor de edad de 3 años 10 meses que asiste a consulta odontológica se recomienda asistir a limpieza.

Certificado expedido a solicitud del interesado, a los 18 días del mes 02 de 2026

Lina María González Collazos
Odontólogo General
C.C. 1006130198

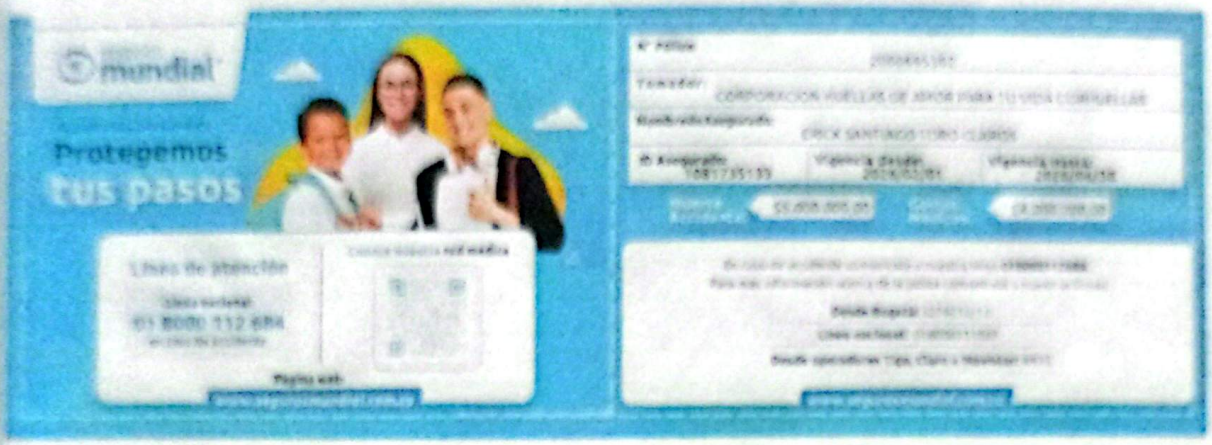
Dr. _____

ODONTOLOGO GENEREAL





Powered by CamScanner




Powered by CamScanner