

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1077255792

Indicativo Serial 62194031

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 8 6 0

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - HUILA - NEIVA NOTARIA 4 NEIVA

Datos del inscrito

Primer Apellido: ARCE
Segundo Apellido: PAEZ
Nombre(s): EITHAN FABIAN

Fecha de nacimiento: Año 2022 Mes JUL Día 16
Sexo (en letras): MASCULINO
Grupo sanguíneo: O
Factor RH: POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 173985285

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: PAEZ ROBLES MARIA ALEJANDRA
Documento de identificación (Clase y número): CC No. 1084900442
Nacionalidad: 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: ARCE CRUZ FABIAN MANUEL
Documento de Identificación (Clase y número): CC No. 1075310943
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ARCE CRUZ FABIAN MANUEL
Documento de Identificación (Clase y número): CC No. 1075310943
Firma: Fabian Manuel Arce

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:

COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN

Fecha de inscripción

Año 2022 Mes JUL Día 19

Nombre y firma del funcionario que autoriza

DEYANIRA ORTIZ CUENCA
Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **55.194.479**

ROBLES CARVAJAL

APELLIDOS

EDITH

NOMBRES

EDITH ROBLES C.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-AGO-1975**

OPORAPA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-OCT-1993 OPORAPA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1905100-00196169-F-0055194479-20091111 **0017940998A 1** 30991737

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 27/01/2026

Ficha: 41503003520600000209

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: EITHAN FABIAN

Apellidos: ARCE PAEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1077255792

Municipio: Oporapa

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 28/07/2023

Última actualización ciudadano: 08/08/2023

Última actualización vía registros administrativos: 25/11/2023

***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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

Powered by CamScanner

AUTORETENEDORA DE VENTA REGOL. No 24[illegible]
DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART. 4
RESOL. NUMERO DEL 14/MAY/16 DIAN BOGOTA GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA RESOLUCIÓN 4
DEL 09/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DEL HUILA

FACTURA DE VENTA No. 89537157

TOTAL A PAGAR
$ 38.760

...to equivalente según ...ecreto 3001/97

FECHAS DE LECTURAS
FECHA SUSPENSIÓN

03/NOV/2025
09/ENE/2026
25/ENE/2026

FECHA DE VENCIMIENTO 24/DIC/2025

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	FRANKLIN BERNAN VALENCIA	Nit CC	83042104
Dirección	VDA ALTO SAN FRANCIS	Ruta	25030200260
Municipio	OPORAPA	Ciclo	064
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	8680074
Carga Contratada	0	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (Kwh)
667732092	CHN	A	S	0	6762	6666	1	96

Promedio Cuenta 102 Consumo Año Anterior 94 Consumo Anterior 34

ULTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
DIC	96
OCT	102
AGO	98
JUN	106
ABR	96
FEB	90
DIC	94

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU: DIU: HC:
FEC: VC: VCD:
VCEE: TEC:
Valor Consensar

ULTIMO PAGO

Fecha 24/11/2025
Valor $ [illegible]

LIQUIDACIÓN CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)	Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
48.0	1024.334 =	49168			
48.0	1033.4827 =	49607			

Valor Total Energía del Periodo	$	98.775
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 57.083
Valor Total Energia Facturado	$	41.692

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR UNIT			
INTERES MORATORIO	$	2	$	0
CONSUMO PERIODO	$	98.775	[illegible] $	4.169
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$	4.169	[illegible] $	34.591
ENERGIA SOCIAL FOES	$	- 7.184		
SUBSIDIO	$	- 57.083		

TOTAL A PAGAR
$ 38.760

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: 53.0 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

ElectroHuila
Transformamos tu mundo de energía
Nit 900 160 037-1

Código de Cuenta : 858350215
Factura de Servicios Públicos No: 89537157
Periodo DIC 2025 Fecha de Vencimiento: 24 DIC 2025
Suspensión a partir del: 25 ENE 2026

Valor Total a Pagar $ 38.760

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	1077255792
NOMBRES	EITHAN FABIAN
APELLIDOS	ARCE PAEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	OPORAPA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/10/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	01/27/2026 15:16:25	**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

idime

IDIME S.A
Calle 14 No. 4-20
Neiva (Huila) Tel: 8631030 Ext. 227
CONTROL DE CITAS
Primera infancia, infancia, adolescencia
Resolucion 3280/2018

Por favor NO; romper, doblar, arruga
arañar, ensuciar o mojar estas hoja

NOMBRE:
DOCUMENTO DE IDENTIDAD
FECHA DE NACIMIENTO

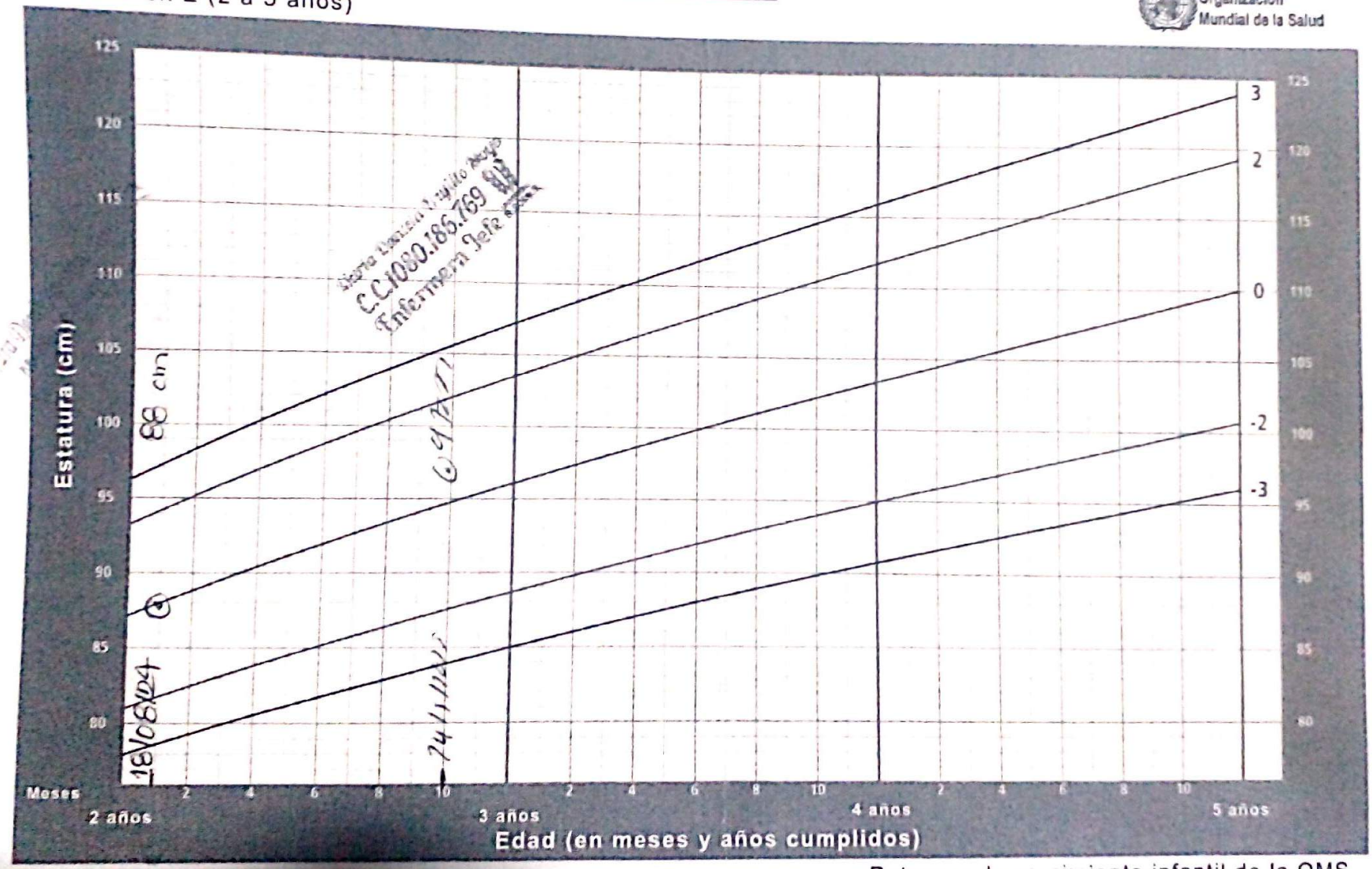
	Frecuencia según edad			Edad (meses-años)	Fecha cita del control			ANTROPOMETRIA			Cumplió		Firma del profesional q lo atendió
	Rango en meses y años		Profesional		Dia	Mes	Año	PESO	TALLA	PC	SI	NO	
PRIMERA INFANCIA	menores de 1 año	1m	Medicina										
		2-3m	enfermeria										
		4-5m	medicina										
		6-8m	enfermeria										
		9-11m	enfermeria										
	De 1 año	12-17m	medicina										
		18 - 23m	enfermeria										
	De 2 años	24 - 29m	medicina										
		30- 35m	enfermeria	34M	14	5	2025	14.1	97cm	49cm	✓		
	3 años	3 años	medicina										
	4 años	4 años	enfermeria										
	5 años	5 años	medicina										
INFANCIA	6 años	6 años	medicina										
	7 años	7 años	enfermeria										
	8 años	8 años	medicina										
	9 años	9 años	enfermeria										
	10 años	10 años	medicina										
	11 años	11 años	enfermeria										
ADOLESCENCIA	12 años	12 años	medicina										
	13 años	13 años	enfermeria										
	14 años	14 años	medicina										
	15 años	15 años	enfermeria										
	16 años	16 años	medicina										
	17 años	17 años	enfermeria										
OBSERVACIONES													

Powered by CamScanner

Estatura para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

Organización Mundial de la Salud



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

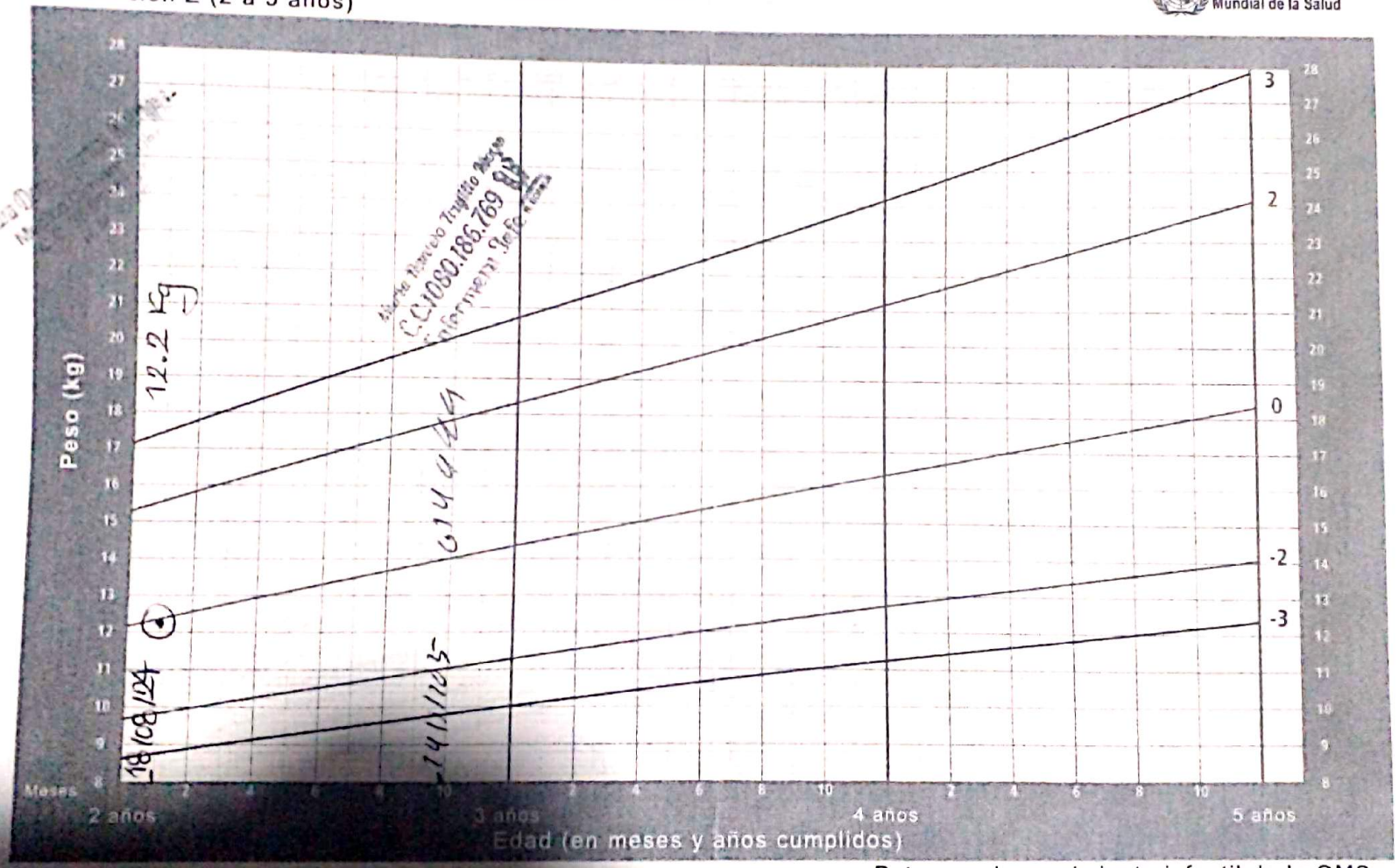
Nombre: EITHAN FABIAN ARCE PAEZ - ID: RC 1077255792 - F.N: 2022-07-16 - FecGen:2024-08-18 10:43:05 - Impreso por: SARA DENIS APARICIO RODRIGUEZ

Powered by CamScanner

Peso para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

Organizacion Mundial de la Salud



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

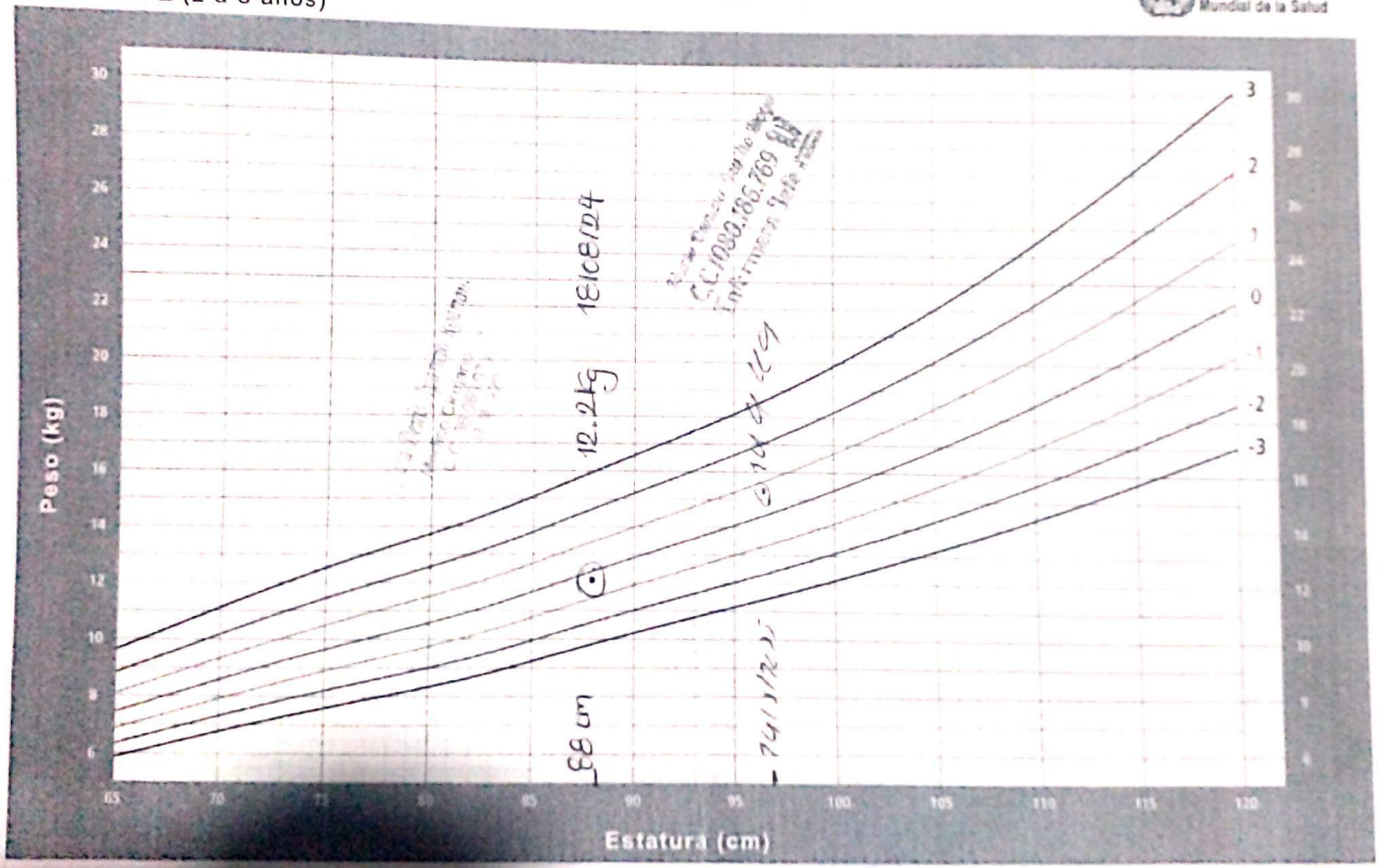
Nombre: EITHAN FABIAN ARCE PAEZ - ID: RC 1077255792 - F.N: 2022-07-16 - FecGen:2024-08-18 10:43:17 - Impreso por: SARA DENIS APARICIO RODRIGUEZ

Powered by CamScanner

Peso para la estatura Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

Organizacion Mundial de la Salud

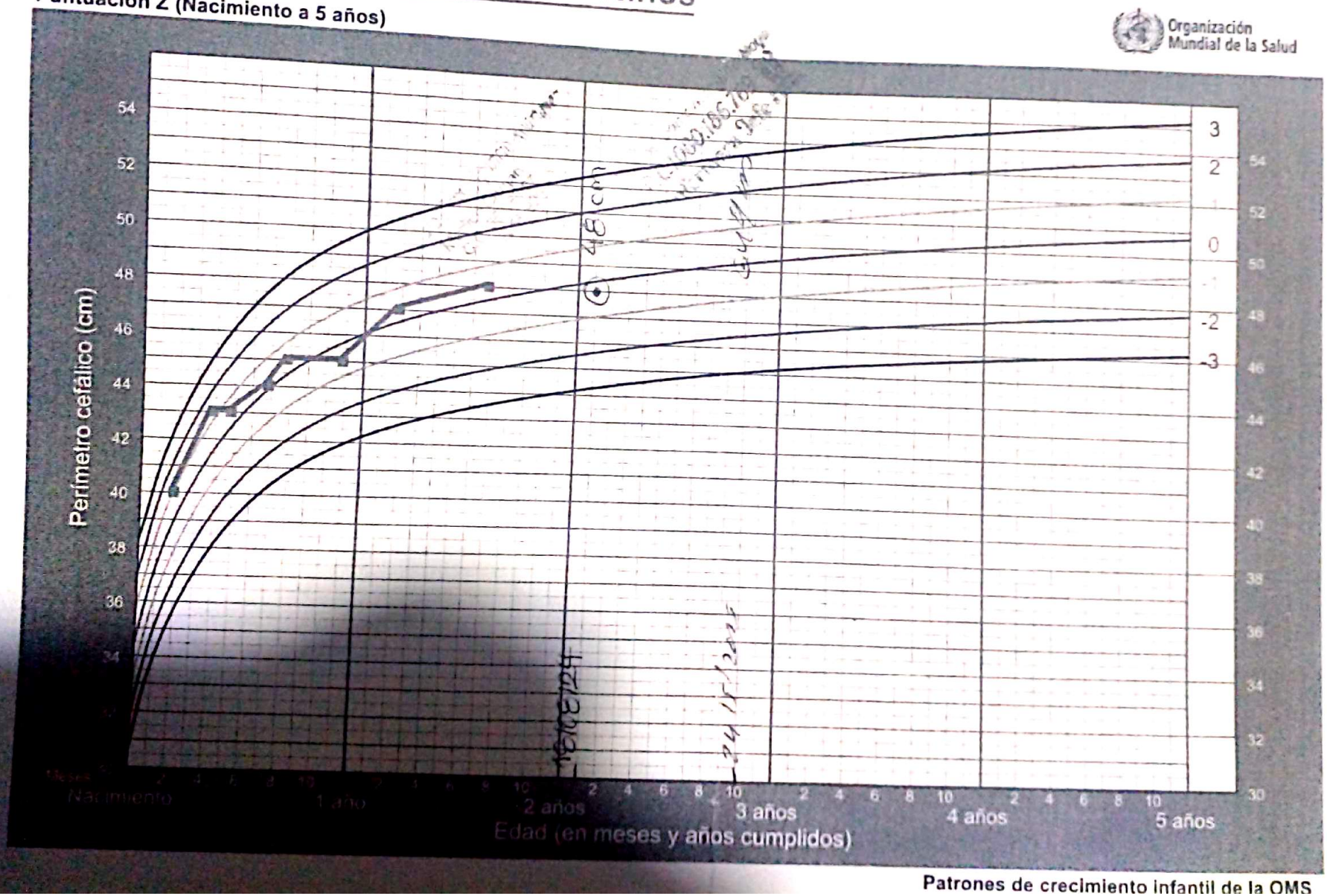


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Powered by CamScanner

Perímetro cefálico para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Powered by CamScanner

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

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

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

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	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			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

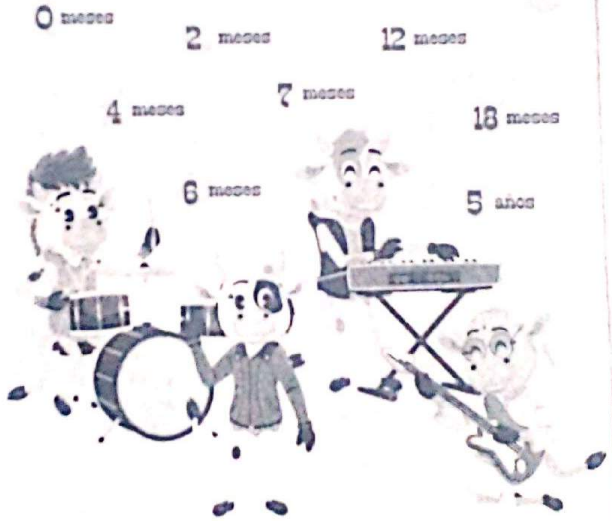
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis 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, 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:



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: Eithan Fabian Arce Páez
Fecha de nacimiento: 16 Julio 2022.
Nº de certificado de nacido vivo: 1077255792
Registro civil: 1739185285.
Sexo: Masculino 1077255792
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 3300 gr. Talla: 49 cm
Dirección:
Teléfono 1: 3204590930
Teléfono 2:
Responsable: Maria Alejandra Paez
Municipio de residencia: Neiva.
Departamento: Huila.
CC-1084900442

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

16 07 2022

Nombres y Apellidos: Ethan fabian Arce paez Tipo identificación: No. ID: 1077255792

Edad	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
Recién nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	16	07	2022	Serum	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ 0370mA090	HUN	—	—	—	Paola Lozada.
	Hepatitis B	Recien nacido	16	07	2022	Serum	0320X017E.	HUN	16	09	2022	paola lozada
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	21	09	2022	B.Haw	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ 214104	Idime				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	21	09	2022	Serum	285IX021E	Idime				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	21	09	2022	Serum	285IX021E.	Idime				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	21	09	2022	Serum	285IX021E.	Idime				
	Diarrea por rotavirus	1.ª	21	09	2022	GSK	ANTA97AA	Idime				
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	21	09	2022	pfizer	EX4897	Idime				
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	29	11	22	B.Haw	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ 2139003	Idime				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	29	11	22	Serum	285IX021D	Idime				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	29	11	22	Serum	285IX021D.	Idime				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	29	11	22	Serum	285IX021D.	Idime				
	Diarrea por rotavirus	2.ª	29	11	22	GSK	ANTA97AA	Idime				
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	29	11	2022	pfizer	EX8589	Idime				
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	15	02	23	Biltuaen	Lactancia materna exclusiva Si ☐ 2206 1cA	Idime	29	1	23	Viviana P
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	15	02	23	Serum	285IX040C	Idime				Viviana P
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	15	02	23	Serum	285IX040C	Idime				Viviana P
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	15	02	23	Serum	285IX040C	Idime				Viviana P
	Influenza estacional	1.ª	24	3	23	Glaxo	VSD22300LL	Iflu				Ethan Sinchez
7 meses	Influenza estacional	2.ª	18	7	23	Green cross	2505220094					Fanny
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	18	7	23	Serum	A132-1205820					Fanny
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	18	7	23	Pfizer	FA9913					Fanny
	Varicela	2.ª	18	7	23	Merck	U015078					Fanny
	Hepatitis A	Única	18	7	23	Sinovac	202206005	canamo				
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP☒ VOPb☐)	1.º refuerzo	14	2	24	B.Haw	3333901	IDC				Angie Sabrid
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	14	2	24	Serum	2023X0005	IDC				Angie Sabrid
	Fiebre amarilla	Única	14	2	24	Serum	443050					
5 años	Poliomielitis (VIP☐ VOPb☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.º	14	2	24	SERU	0153 NOOIA	IDC				Angie Sabrid.
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
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.

Powered by CamScanner

E.S.E MUNICIPAL
DAVID MOLINA MUÑOZ

Amor por Tu Salud!

ESE MUNICIPAL DAVID MOLINA MUÑOZ 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:

EITHAN FABIAN ARCE PAEZ Identificado con RC: 1077255792.

Asistió a cita a cita odontológica, el cual su diagnóstico es:

Paciente menor de edad asiste a consulta odontológica de control,

se recomienda seguir en control.

Certificado expedido a solicitud del interesado, a los 10 días del mes de ABRIL de 2026.

Lina María González Collazos
Odontólogo General
C.C. 1006130198



Dr._____

ODONTOLOGO GENERAL

Powered by CamScanner

LEY DE PROTECCIÓN DATOS PERSONALES

En nuestra 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 Datos 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 sus 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 entregado.

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

Autorizo a la corporación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA, a realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, 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 EDITH ROBLES CARVAJAL identificado con CC 55194470 Expedida en OROPAPA Acudiente del menor EITHAN FABIAN ARCE identificado con Registro Civil de Nacimiento Numero 1041255792.

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 integramente 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.

EDITH ROBLES C.

Firma Usuario y/o Acudiente

LEY DE PROTECCIÓN DATOS PERSONALES

En nuestra 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 Datos 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 sus 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 entregado.

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

Autorizo a la corporación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA, a realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, 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 integramente 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.

EDITH ROBLES C.

Firma Usuario y/o Acudiente

Powered by CamScanner

República de Colombia
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Huila
Centro Zonal Pitalito

BIENESTAR FAMILIAR

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

ACTA DE COMPROMISO PARA PADRES DE FAMILIA
MODALIDAD HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR
VIGENCIA 2026

En mi calidad de padre (madre) de familia, usuario(a) del servicio prestado por el ICBF en el Hogar Comunitario de Bienestar MIS PRINCIPITOS en el cual labora la Madre Comunitaria CEISA MOTTA B. 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 educación inicial de mi hijo (a): EITHAN FABIAN ARCE PAEZ . Para ello me comprometo a:

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, Integralidad, 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 a dos (2) meses, 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).

Powered by CamScanner

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 y de manera prioritaria se podrán invertir en la adquisición de la Póliza de Seguro para los niños y niñas beneficiarios.
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.

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el 02 del mes 02 del año 2026, en el Municipio de OPORAPA.

EDITH POBLES C.

Nombre y Firma del Padre (Madre) de Familia

Powered by CamScanner

	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	11/07/2024
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 5	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 EITHAN FABIAN ARCE PAEZ, identificado (a) con documento de identidad número 1077255792, 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, EDITH ROBLES CARVAJAL, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 55194479, 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 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 ICBF, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa H.C.B

Suscriben:

Firma: EDITH ROBLES C.
Nombre: EDITH ROBLES C.
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3115025051
Fecha: 02/02/2026
Municipio: OPORAPA

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad

Nombre completo de la niña o niño

Fecha de nacimiento Día Mes Año **N° Documento de Identidad**

Sexo Masculino ○ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día Mes Año

Primer 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)***

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 resgistro cualitativo Día Mes Año

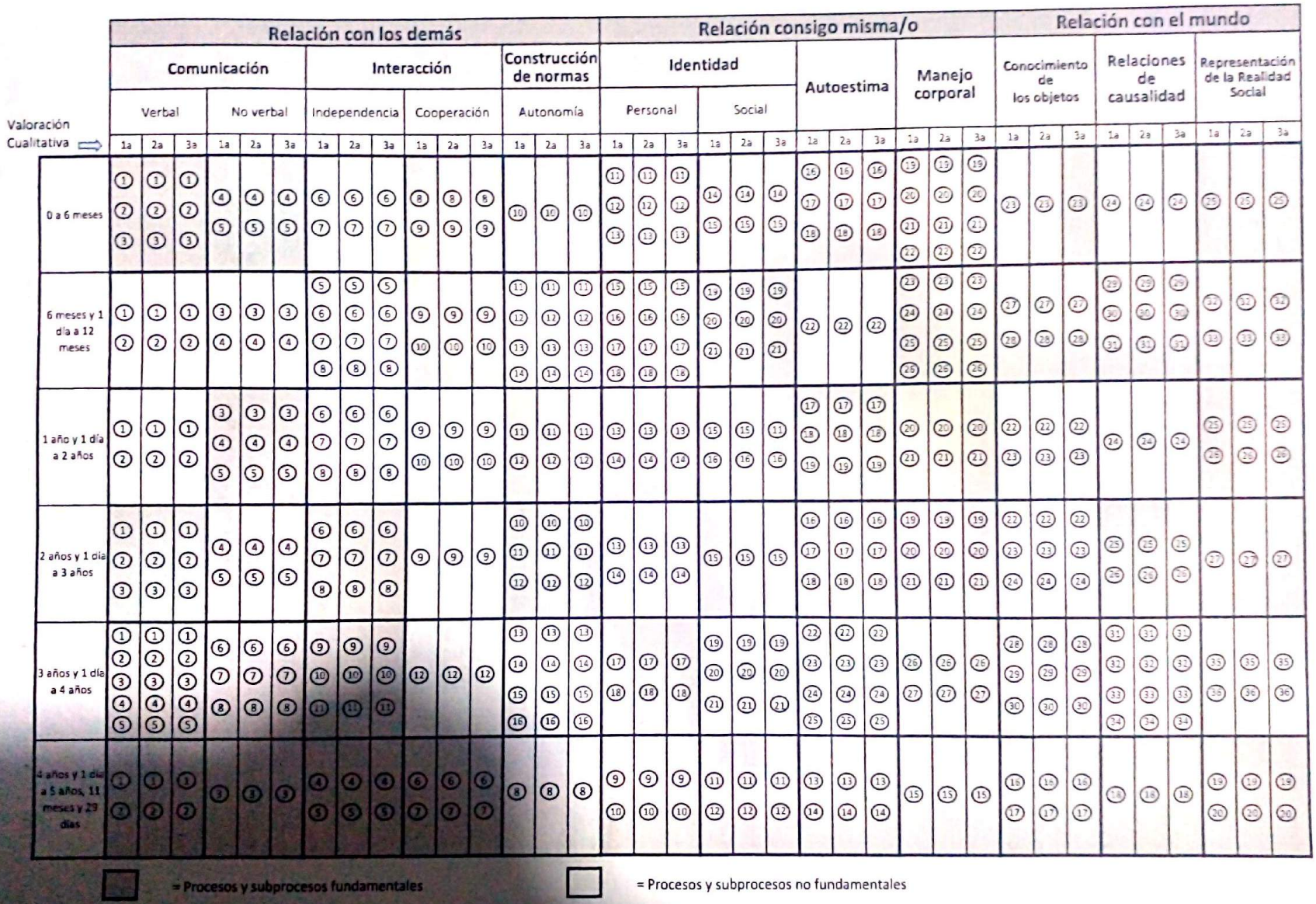
Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

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)***

Powered by CamScanner



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

Powered by CamScanner

seguros mundial

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.segurosmundial.com.co

Nº Póliza: 2000695302

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado: EITHAN ARCE PAEZ

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1077255792	2026/02/01	2026/06/30

Muerte Accidental $5.000.000,00

Gastos médicos $4.000.000,00

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

Desde Bogotá: 3274712713

Línea nacional: 018000111935

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

Powered by CamScanner