PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES

PROTEGEMOS TUS PASOS



Línea de Atención:

#899 desde celular | Bogotá: 327 4712 / 327 4713
Nacional: 01 8000 111 935

seguros mundial®

Nº Póliza: 2000505434

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado: JHON MIGUEL ROJAS YANDE

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1059608958	2025/02/01	2026/02/01

Muerte Accidental $10.000.000,00

Médicos $9.000.000,00

COBERTURAS:

- Muerte Accidental
- Gastos Médicos

En caso de accidente o para consultar términos y condiciones, comunicarse a nuestras líneas de atención

seguros mundial®

#899 desde celular | BOGOTÁ 3274712 /3274713 | NACIONAL 01 8000 111 935

Scanned with CamScanner

Para Tu Vida

LEY DE PROTECCIÓN DATOS PERSONALES

estra 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 s 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 regado.

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

utorizo 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 Gloria Yande Popayan Identificado con CC 1059594268 Expedida en Acudiente del menor Jhan Miguel Rojas Identificado con Registro Civil de Nacimiento Numero 1059608958

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.

Gloria Yande C.

Firma Usuario y/o Acudiente

Scanned with 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
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ACTA DE COMPROMISO PARA PADRES DE FAMILIA
MODALIDAD HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR
VIGENCIA 2025

En mi calidad de padre (madre) de familia, usuario(a) del servicio prestado por el ICBF en el Hogar Comunitario de Bienestar Los corazoncitos en el cual labora la Madre Comunitaria Evika Yohana Sanabria 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): Jhoan miguel Rojas Yanez. 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).

Scanned with CamScanner

6) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) asista al servicio médico y demás activida
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 Escola
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 03 del mes 02 del año 2025, en el Municipio de Oporapa.

Gloria Yande Camayo

Nombre y Firma del Padre (Madre) de Familia

Scanned with CamScanner

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Jhoan miguel Rojas Jonde, identificado (a) con documento de identidad número 1059609958, 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	x	Audios	x	Videos	x	Otros datos personales	x

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Gloria Jonde Camajo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 59454268, 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	x	Audios	x	Videos	x	Otros datos personales	x

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 Erika Johana Scarpetta, 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: Gloria Jonde Camajo
Nombre: Gloria Jonde Camajo
Calidad - Titular: x Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3209355130
Fecha: 03-02-2025
Municipio: Oporapa

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Scanned with CamScanner

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
27658683-9

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 1880233

NUIP 1.059.608.958

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
ROJAS YANDE JHOAN MIGUEL

Fecha de Nacimiento (Mes en letras): Año 2020 Mes OCT Día 13
Sexo (en letras): MASCULINO
Tipo Sanguíneo: O +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras): Año 2020 Mes OCT Día 20
Indicativo serial: 0061049341

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
YANDE CAMAYO GLORIA

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.059.694.268
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
ROJAS MENESES MIGUEL ANTONIO

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.007.308.343
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
ROJAS MENESES MIGUEL ANTONIO

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.007.308.343

Espacio para notas
VALIDO PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES - VIGENCIA PERMANENTE

Datos de la oficina de registro que expide el certificado
País - Departamento - Municipio: COLOMBIA CAUCA MORALES
Código: F 3 M

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras): Año 2020 Mes OCT Día 20

Nombre y firma del funcionario
DIEGO HERNANDO MANZANO URBANO
Registrador del Estado Civil

Scanned with CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 15/01/2025

Ficha: 41503030920600003532

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JHOAN MIGUEL

Apellidos: ROJAS YANDE

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1059608958

Municipio: Oporapa

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 28/08/2024

Última actualización ciudadano: 28/08/2024

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

Scanned with CamScanner

Huellas de Amor
Para Tu Vida

NIT 900.192.801-0

NOVEDAD Y COMPROMISO

En mi calidad de acudiente del usuario(a) Jhoan miguel Rojas Conde con documento de identidad 1059608958 del HCB los corazoncitos del municipio de Aporapa a cargo de la madre comunitaria Erika johana Scarpetta Trog de la corporación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA manifiesto que:

Me comprometo a realizar gestión y presentar la evidencia con un plazo no mayor a un mes de los siguientes documentos:

1. me comprometo a gestionar los tramites
2. necesarios para que puedan cambiar de
3. EPS en el municipio de Aporapa y asi
4. garantizar una mejor atención en
5. salud

Lo anterior en garantía de los derechos de mi hijo (a) y teniendo en cuenta el principio de corresponsabilidad.

Fecha inicial del compromiso: 07-04-2025
Fecha final del compromiso: 07-05-2025

Seguimiento: se le estara recordando a la madre que debe hacer cambio de la EPS del municipio de Aporapa.

Gloria Conde C.
Firma del padre de familia

firma de la madre comunitaria

Scanned with CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1059608958
NOMBRES	JHOAN MIGUEL
APELLIDOS	ROJAS YANDE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CAUCA
MUNICIPIO	MORALES

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA A.I.C. EPSI	SUBSIDIADO	13/10/2020	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	01/15/2025 09:32:57	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación,**

Scanned with CamScanner

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

FS 13336798

Surcolombiana de Gas S.A. E.S.P.
NIT:800510717-1
Neiva: Cr. 10 6-27 Altico, Pitalito: Cr. 1B 4-58, Mocoa: Km 2 vía Pitalito, Puerto Asís: Cr. 19 14-28 Américas,Cel: 3123512890 / 3213753539 / 3163973186, Email:

Código: 043335

No somos Grandes contribuyentes, Responsables de IVA
Resolucion de Facturación Electónica DIAN No. 18764081751512 de fecha 18/10/2024,
Desde No. 13049820 Hasta No.14264116 vigencia 18/10/2026

Nombre: WILMER CRUZ MIRANDA
Cédula de ciudadanía 1084897547 2
Dirección: ALTO SAN FRANCISCO FIN DEL PAVIMENTO
Barrio: VDA ALTO SAN FRANCISCO-OPORAPA
Municipio: OPORAPA
Medio de Pago:Consignación bancaria

Fecha y Hora de Generación: 13/01/2025 4:29 PM
Fecha de Validación DIAN: 13/01/2025 5:28 PM
Días Facturados: 31
Periodo Facturado: 5-dic-2024 / 4-ene-2025
Ultimo Pago: 2-oct-2024 / 17750
Condiciones de pago: CREDITO 18 DIAS

TOTAL A PAGAR: $38,660

Pagar antes de:31-ene-2025

La orden de suspension procederá en cualquier momento desde:

3-feb-2025

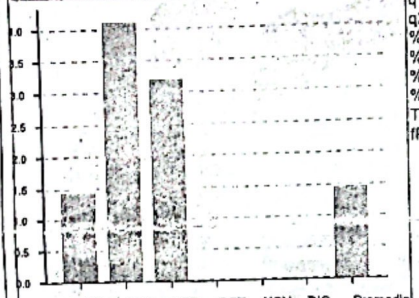
Estrato: 1
Clase de Uso: R
Ciclo: 01
No. Medidor: 201209298421
Ruta: 000100003500
Atraso: 0

Consumo mes: ENERO / 25
Causa Cobro Prom.
CONSUMO ALTO
Lectura Anterior: 599.66
Lectura Actual: 605.56
Consumo M3: 5.9
Factor: 0.98
Consumo Corregido: 5.78
Tipo de Gas: GLP

TARIFAS DE CONSUMO POR RANGOS

Rango	Cons. M3	Vr. M3	Vr. Parcial
0.01-7.26	5.78	13597.02	78591

CONSUMOS ANTERIORES



Intereses por Mora % 1.6695 %

COMPONENTES TARIFARIOS

Gm: 4102.32
Tm: 3843.88
TVm: 1087.94
%P: 2.25
Pm: 2.05
UR3729.25
UNR812.59
CUfm: 2925.18
UR12970.97
UNR9854.31
q113597.02
q213642.44
%S1: 50.81
%S2: 38.33
%C5y6: 20
%CnoRes: 8.9
TRM: 0
fPC: 1

DESCRIPCIÓN DEL COBRO

Concepto	Valor	Atraso	IVA
CONSUMO	78591	0	0
SUBSIDIO	-39932	0	0
AJUSTE DECENA	1	0	0

TOTAL IVA 0

TOTAL A PAGAR $38,660

SALDO CREDITO VIGENTES

CONCEPTO	SALDO CAPITAL ANTERIOR	DESCRIPCIÓN CUOTAS FACTURADAS			NUEVO SALDO CAPITAL	CUOTAS PEND.	INT. %
		Capital	Int. Fin.	Valor Cuota			

Mensaje de Importancia NINGÚN COLABORADOR DE LA EMPRESA ESTÁ AUTORIZADO EN RECIBIR DINERO, POR FAVOR REALIZAR SUS PAGOS SOLO EN LOS PUNTOS DE RECAUDO

Señor Usuario, es importante que considere lo dispuesto en el artículo 130 de la Ley 142 de 1994 lo cual establece; la responsabilidad solidaria que existe en el pago de las obligaciones contraídas por alguna de las partes del contrato de prestación de servicios SURCOLOMBIANA DE GAS S.A E.S.P vela por su seguridad y bienestar, por esta razón le informamos que su próxima REVISIÓN PERIÓDICA VENCE el 2025-11-17. El saldo acumulado CREG 048/20 del mes anterior es $363434 , su saldo acumulado CREG 048/20 actual es $363434.

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FS 13336798	Código 043335	Periodo Facturado 5-dic-2024 / 4-ene-2025	Pagar antes de: 31-ene-2025	TOTAL A PAGAR: $38,660

(415)7709998013193(8020)0013336798(3900)0000038660(96)20250209

QR DIAN

CUFE 828255e45627251bc6d4fd150d73df585f552a416c9018e80f9eaf764d46b3a245bb9f7ea7ac765138a369d56bdc6f55

Cualquier inconformidad con este extracto favor comunicarse a la Regional

- USUARIO -

- RECAUDADOR -

VIGILADO POR LA SIC SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS

Este producto puede consultarse gratuitamente, según Art. 130 Ley 142 de 1994

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.059.594.268

YANDE CAMAYO

APELLIDOS

GLORIA

NOMBRES



Gloria Yande Camayo

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-JUN-1999

MORALES
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.48 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

27-JUN-2017 POPAYAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1100100-00919472-F-1059594268-20170710 0056252730A 1 48323434

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.308.343

ROJAS MENESES

APELLIDOS

MIGUEL ANTONIO

NOMBRES

Miguel Rojas

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-JUN-2001

OPORAPA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

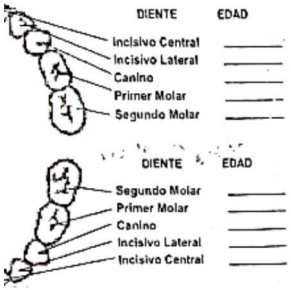
14-JUN-2018 OPORAPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1105200-01265851-M-1007308343-20211113 0076387892A 1 8502875283

Scanned with CamScanner

ERUPCION DE DIENTES ORALES (" DE LECHE")



COMENDACIONES

entos deben limpiartos con algodón o
da.

ites temporales estén completos debe
la forma correcta de cepillarse los dientes
ada dental, ayudandolo asta cuando
ien.

mir al niño con el biberón en la boca,
ar facilita la caries dental ,además el
riginar alteracion de la forma de los
osicion de los dientes.

dulces o caramelos entre comidas.

a al odontólogo debe hacerse a los dos
lamente.

GENERALES

os lo dias , lavele las manos y los
las uñas, pongale zapatos cuando
alcos ni chupos

para pulgarlos. evite que su niño se
fermos.

l niño , alcelo , abraselo y acaricielo
ño juegue y dedique tiempo para jugar

en las actividades de la familia , hable
ponda con amor a sus intentos de
mar la atención.

ño se mueva libre mente, no castigue,
e al niño para obligarlo a obedecer

iño las cosas que no debe hacer .

iño realice tareas que no puede hacer
siempre sincero con el .

RECOMENDACIONES

ALIMENTACIÓN

Dele a su niño leche materna hasta los 2 años de edad

Desde recién nacido hasta los 4 meses de edad el niño solamente necesita leche materna.

A los 4 meses, además de la leche materna, comience a darle frutas, no ácidas cereales y verduras en papilla, naco o puré y vísceras como hígado, bofe o pajarilla. Utilice taza y cuchara. Evite el uso del biberón.

Dele primero la leche materna y después los otros alimentos, haciendolos poco apoco mas sólidos para que comience al masticar.

A los 6 meses, ademas de la leche materna dele las frutas, los cereales , las verduras y las vísceras, dele frijoles, lentejas, alverjas, arracachas, papa y arroz, también puede darle huevo y carne molida.

A los 9 meses además de la leche materna el niño puede comer de todos los alimentos que come la familia, preparados con pocos condimentos, usando siempre sal yodada o fluorizada

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Intoxicaciones: No deje al alcance de los niños drogas o venenos que pueda tomar.

Quemaduras: No deje a su niño solo en la cocina; evite el contacto con los fósforos, cocinol, gasolina o pólvora.

Heridas o Fracturas: No deje al alcance objetos cortopunzantes, evítele juegos en lugares peligrosos.

Ahogamiento: No deje solo en la alberca, en pozos o quebradas.

VACUNACIÓN

Hágalo vacunar al cumplir el primer año de vida, debe tener completas todas vacunas con todas sus dosis. De esta manera, el niño no sufrirá de enfermedades prevenibles.

INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

Una neumonía no manejada a tiempo puede ser mortal.

La gripa en su niño puede llegar a ser una neumonía, por eso vigile la respiración de su hijo; Si este respira con dificultad, más rápido de lo normal, o el pecho se le hunde, llevelo inmediatamente al organismo de salud más cercano.

DIARREAS

Son peligrosas, porque el niño se pude deshidratar y morir. Cuando empiece la diarrea aumente los líquidos (sopa, jugos, colada y otros).

NO SUSPENDA LA ALIMENTACIÓN

REHIDRATACIÓN ORAL

SUERO ORAL



En un litro de agua hervida y fría mezcle todo el contenido de un sobre de suero oral, o también si no esta el sobre mezcle 4 cucharadas de azúcar y 1 una cucharada de sal

SI el niño NO ESTA DESHIDRATADO, dele con una cucharita 2 onzas de suero oral como mínimo, después de cada deposición

El suero se puede preparar con base en plantas medicinales (zanahoria, arroz tostado, linaza)

Si el niño presenta ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN acuda a la promotora de salud al medico tradicional, o al organismo de salud

FACTORES DE RIESGO PARA EL NIÑO

- ☐ Peso al nacer menor a 3.000 gramos.
- ☐ Gemelo o nacimiento múltiple
- ☐ No lactancia natural o destete precoz
- ☐ Hermanos desnutridos
- ☐ Muerte de hermanos menores de 5 años
- ☐ 4 o más hermanos vivos
- ☐ Menos de 2 años de diferencia con el hermano anterior
- ☐ Niño que permanece solo o al cuidado de otros niños
- ☐ Violencia al interior de la familia
- ☐ Ingreso familiar menor de un salario mínimo
- ☐ Carencia de agua en la casa
- ☐ Inadecuada disposición de excretas
- ☐ Inadecuada disposición de basuras.
- ☐ Presencia de insectos, roedores y otros animales domésticos en la casa.

REGISTRO DE VACUNACIÓN

VACUNAS	DOSIS				
	1a	2a		3a	
	Fecha	Fecha		Fecha	
		Cita	Vacuna	Cita	Vacuna
B.C.G					
polio					
Hepatitis B					
Pentavalente					
DTP					
sarampión					
fiebre amarilla					
MMR					
otras					

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DÍA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2021	Marzo	09.		✓	
2021	Junio	12	C y D.	✓	
2021	Septiembre	11	C y D	✓	
2022	marzo	05.	C y D.	✓	
2022	Junio	08	C y D	✓	
2022	Noviembre	16	C y D	✓	
2023	mayo	30	C y D	✓	
2023	Septiembre	2	C y D	✓	
2024	Junio	7	C y D	✓	
2025	Enero	29	C y D		
2025	Octubre		MMR		

SEDE
PROGRAMA DE SALUD
INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD



CARNET DE SALUD MENOR DE 5 AÑOS

Nombre: Joban Miguel Lopez
Fecha de nacimiento: 13-10-2020
Documento de identidad: 1055594268
Municipio:
Resguardo: Cañaveral
Barrio o vereda: Medellin.
Responsable:

Historia Clínica No.

ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO LOS AGENTES DE SALUD SE LO RECOMIENDE

Scanned with CamScanner

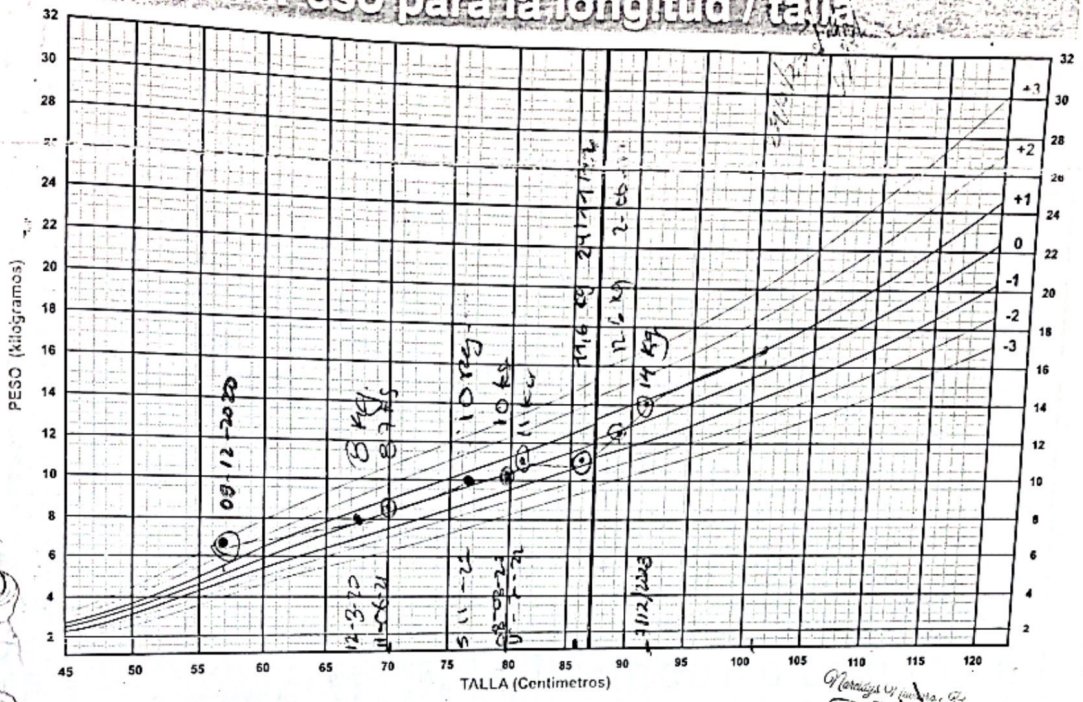
Scanned with CamScanner

PESO AL NACER 3480 GRS.

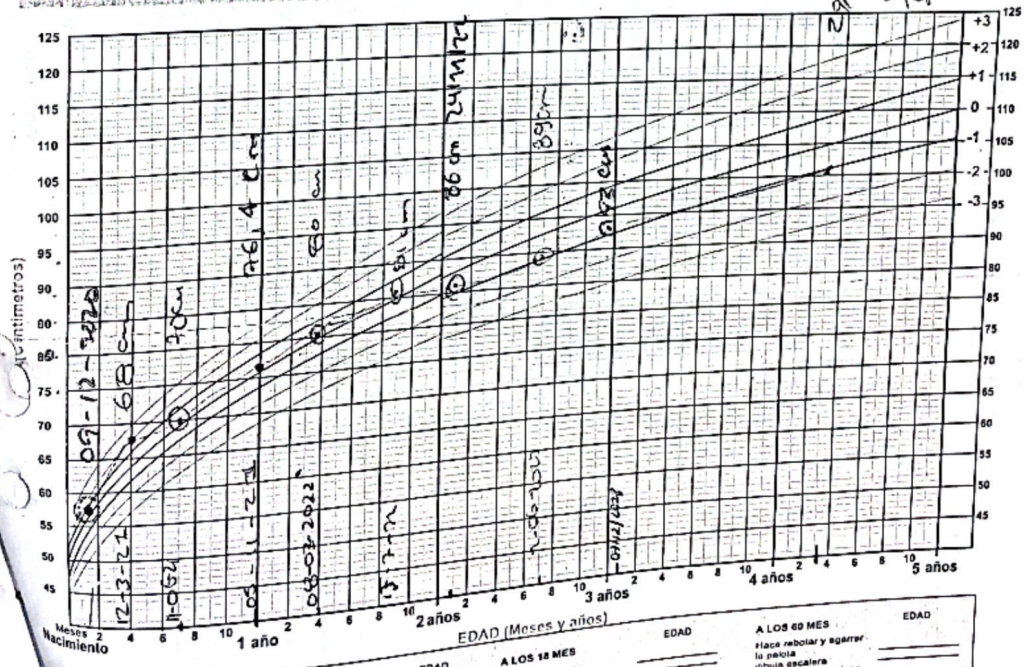
TALLA AL NACER 52 CMTS.

VALORACIÓN DEL CRECIMIENTO
para niños de 0 a 5 años

Peso para la longitud / talla



Longitud / Talla para la edad



AL MES
Patalea vigorosamente sigue con los ojos el movimiento de un objeto se sobresalta con el ruido sigue movimientos del rostro.

A LOS 3 MESES
Sostiene la cabeza
se lleva objetos a la boca
Balbucea con las personas
Se voltea cuando se le habla

A LOS 6 MESES
Intenta sostenerse solo
pasa objetos de una mano a otra
Reacciona cuando se llama
pone atención a la conversación

A LOS 9 MESES
Se sienta por sí solo
Agarra objetos con los dedos pulgar e índice
dice un palabra clara
imita aplauso

A LOS 12 MESES

A LOS 18 MES
Come
pasa hojas de un libro
Reconoce seis objetos
avisa cuando desea ir al baño

A LOS 24 MES
Salta en dos pies
Hace torre de cinco o mas cubos
Dice mas de veinte palabras claras
control diurno de orina

A LOS 36 MES
Camina hacia atrás
Separa objetos grandes y pequeños
Usa oraciones completas
se baña solo las manos y la cara

A LOS 48 MES
Lanza y agarra la pelota
Copia cuadro y círculo
describe bien un dibujo
tiene un amigo especial

A LOS 60 MES
Hace rebotar y agarrar la pelota
dibuja escalera
nombra cuadro o cinco colores
organiza juegos

A LOS 72 MES
Salta desde 50 cms de altura
dibuja casa
conoce días de la semana
comenta vida familiar

A LOS 84 MES
salta alternando los pies
copia una figura de líneas curvas
conoce ayer y hoy y mañana
conoce fechas especiales

EDAD

VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO
Por la Salud de su hijo, evite nuevo embarazo
Antes de los 2 años de edad del niño
Sede Morales: Carrera 2 No. 5-53 B/. Fatima
Cel.: Cel: 3148230646 - ipsmorales@gmail.com

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
3 meses			
6 meses			
9 meses			
a 12 meses			
a 16 meses			
a 20 meses			
a 24 meses			
5 a 30 meses			
1 a 36 meses			
7 a 48 meses			
9 a 60 meses			
1 a 66 meses			
7 a 72 meses			
3 a 78 meses			
9 a 84 meses			
años (1)			
años (2)			
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
neses		42 meses	
meses		48 meses	
meses		54 meses	
meses		60 meses	
meses		66 meses	

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

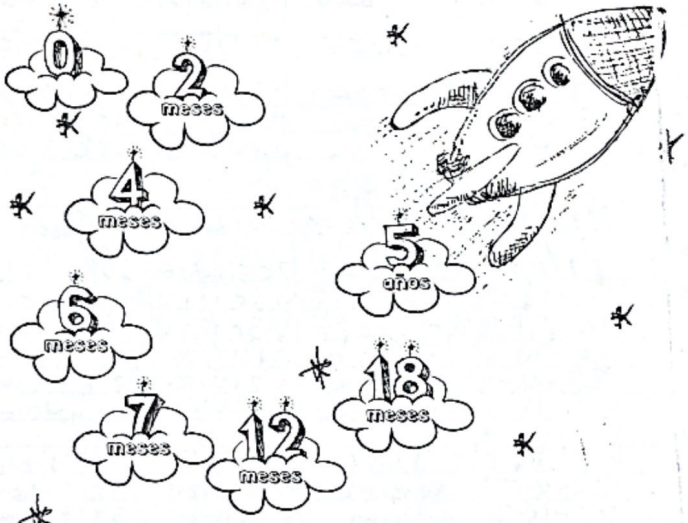
alor reportado TSH:	
echa verificación:	
rofesional que verificó:	

Exíjalo

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, 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

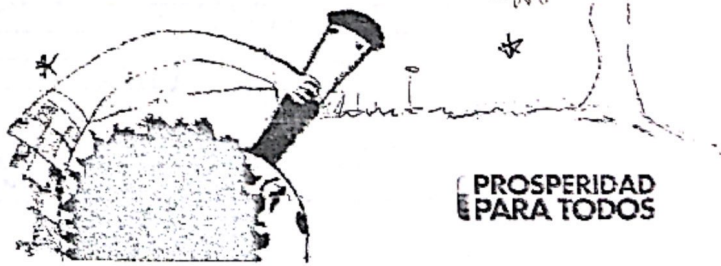
Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: JHOAN MIGUEL ROSAS YANDE
Fecha de nacimiento: 13 Octubre 2020
Nº de certificado de nacido vivo: 163921451
Registro civil: 1059608958
Sexo: MASCULINO
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3480g falta 52cm
Dirección: Verda Medellin
Teléfono:
Responsable: Gloria Yande Camayo
Municipio de residencia: Mauleo
Departamento: Cauca

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Scanned with CamScanner

Me protege de		Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única	13 OCT 2020	Serum	03786258			
	Hepatitis B	Recién nacido	13 OCT 2020	Serum	03794006D			
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª	13-12-20	Sanofi	R3L891V	ESE I Morales		
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	13-12-20	Serum	2959X031F	ESE I Morales		
	Rotavirus	1ª	13-12-20	Glaxo	AsolC426AA	ESE I Morales	13 DIC 2020	
	Neumococo	1ª	13-12-20	Glaxo	AspNB272BA	ESE I Morales		
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	19-02-21	Sanofi	T3D84	ESE I Morales		
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	19-02-21	Serum	2550402D	ESE I Morales	13 Feb 2020	
	Rotavirus	2ª	19-02-21	GSK	AR078CA	ESE I Morales		
	Neumococo	2ª	19-02-21	GSK	ASPNB078A	ESE I Mor		
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	21/04/21	Biotheran	2001700 A	Morales		Gustavo Pacheco
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	21/04/21	Serum	7850-10B	Morales	21 JUL 2021	Gustavo Pacheco.
	Influenza	1ª	06-10-21	VaxGrip	V3C13IV	ESE Morales		Yuri Velasco
7 Meses	Influenza	2ª	20-01-21	SanoFi	V3C13IV	ESE Morales	06 AGO 2021	Karla Fernandez
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	06-10-21	Serum	0130N08A	ESE I Morales		Yuri Velasco
	Fiebre Amarilla	1ª	28-4-22	BIO-manguinhos	211VR0732	ESE I Morales	21 04 2022	Karla Fernandez
	Neumococo	Refuerzo	06-10-21	GSK	ASPNB311B	ESE I Morales		Yuri Velasco
	Influenza	Anual						
	Hepatitis A	ÚNICA	06-10-21	MSD	T036268	ESE I Morales		Yuri Velasco
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1' Refuerzo	28-4-22	Serum	28219072B	ESI I Morales		Karla Fernandez
	Polio (Oral - IM)	1' Refuerzo	28-4-22	Serum	78071079	ESI Morales	21 Abril 2022	Karla Fernandez
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo					cita 13 Oct 2025	
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo					13 Oct 2025	
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	21-11-23	Serum	0131N10EB	ESE I Morales	13 Oct 2025	Karla S.
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	1ra	06-10-21	MSD	V006720	ESE I Morales		Yuri Velasco
	DOBLE Viral		28-4-22	Serum	0129W235	ESI I Morales		Karla Fernandez

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.

Scanned with CamScanner

Fecha de diligenciamiento: 30 | 01 | 2025

INFORMACIÓN DEL USUARIO

Tipo de usuario: (X) Niño/a entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante

Tipo de vinculación: (X) Usuario de nuevo ingreso ( ) Usuario de continuidad

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

Número de documento: 1059608958

Fecha nacimiento: 13 | 10 | 2020

Nombres: Jhoan migel

Apellidos: Rojas Jonde

Presenta 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 (X) No

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL USUARIO

Departamento residencia: Huila

Municipio de residencia: Oporapa

Zona: rural

Barrio: Alto sanfran (error)

Vereda: Alto santan (sico)

Sector:

Dirección:

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (X) Madre ( ) Padre ( ) Acudiente

Tipo documento identidad: ( ) Registro Civil ( ) Tarjeta de identidad ( ) Permiso de protección temporal ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial de permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta de movilidad fronteriza ( ) Sin documento

Número de documento: 1059594268

Nombres: Gloria

Apellidos: Jonde Camayo

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 12 | 06 | 1999

Correo electrónico:

Número de celular: 3209355130

Número de fijo: 3209355130

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

Autoriza el registro en sistema?: https://prematricula.icbf.gov.co ( ) Si ( ) No

Nombre y Firma del padre, madre y/o acudiente: Gloria Jonde

Nombre y Firma del profesional que diligencia:

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Scanned with CamScanner