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: DANER FABIAN ROJAS YANDE

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1059610435	2025/02/01	2026/02/01

Muerte Accidental $10.000.000,00

Gastos Médicos $9.000.000,00

COBERTURAS:

- Muerte Accidental
- Gastos Médicos

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

seguros mundial®

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

Scanned with CamScanner

Huellas de Amor
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 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 s 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 ntregado.

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 Gloria Yande Identificado con CC 1059594268 Expedida en popayan Acudiente del menor Danery Favian Yojes Identificado con Registro Civil de Nacimiento Numero 1059610435

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

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 Erika Johana Scarpetta 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): Doner Fabian Rojas Jonde. 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

Continuación: Acta de Compromiso para Padres de Fam

6) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) asista al servicio médico y demás ac
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 E
una vez haya cumplido los cinco (5) años.
8) Informar a la Madre Comunitaria y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia
hijo(a) al Hogar Comunitario, adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia
cuenta con ellos).
9) Elegir o ser elegido en el comité de control o veedurías ciudadanas que se convoquen con
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 Daner Fabian Rojas Jonde, identificado (a) con documento de identidad número 1059604435, 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 Camayo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1059694760, 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 Soarepta, 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 camayo
Nombre: Gloria Jonde Camayo
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3154350039
Fecha: 03-02-2025
Municipio: Popayan

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

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

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NA...

Número: N 2819233

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco A

NUIP 1.059.610.435

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos: ROJAS YANDE DANER FAVIAN

Tipo Sanguíneo:

Fecha de Nacimiento (Mes en letras): Año 2023 Mes ABR Día 21

Sexo (en letras): MASCULINO

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras): Año 2023 Mes JUN Día 01

Indicativo serial: 0063398806

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos: YANDE CAMAYO GLORIA

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.059.594.268

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

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA CAUCA MORALES

Código: P 3 N

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras): Año 2023 Mes JUN Día 01

Nombre y firma del funcionario

LINA TATIANA ARBOLEDA VELASCO

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: DANER FAVIAN

Apellidos: ROJAS YANDE

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1059610435

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) Daner Favian Reyes Yonde con documento de identidad 1059610435 del HCB los corazoncitos del municipio de Oporapa a cargo de la madre comunitaria Evilsa Johana Sarmiento 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 traimites
2. necesarios para que puedan cambiar de
3. EPS en el municipio de Oporapa 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: sele estava recordando a la madre que debe hacer cambio de la EPS alel municipio de Oporapa

Gloria Yonde Ramos
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	1059610435
NOMBRES	DANER FAVIAN
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	19/05/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	01/15/2025 09:31:59	**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

043335

FS 13336798

Surcolombiana de Gas S.A. E.S.P.
NIT: 830510717-1
Nelva: 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:

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 Generadón: 13/01/2025 4:29 PM
Fecha de Validadón DIAN: 13/01/2025 5:28 PM
Días Facturados: 31
Período 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 procedera en cualquier momento desde

3-feb-2025

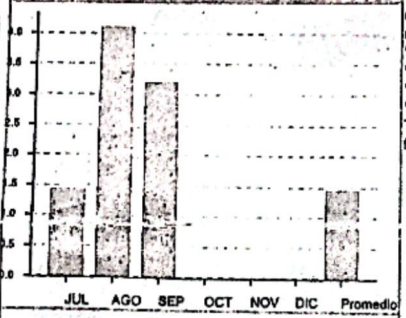
Estrato: 1
Clase de Uso: R
Ciclo: 01
No. Medidor: 201209298421
Ruta: 000100003500
Atraso: 0

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 %

SALDO CREDITO VIGENTE

Gm: 4102.32
Tm: 3843.88
TVm: 1087.94
%P: 2.25
Pm: 2.05
UR3729.25
UNR612.59
CUfm: 2925.18
UR12970.97
UNR9654.31
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

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

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

QR DIAN

CUFE 828255e45627251bc6d4fd150d73df585f552a416c9018e80f9eaf764d46b3a245bb9f7ea7ac765138a369d56bdc6f55

- USUARIO -

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS

- RECAUDADOR -

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 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
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
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
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **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-2019 OPORAPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1105200-0125851 M-1007308343-20211113 0076387892A 1 8502875283

Scanned with CamScanner

EDAD DE ERUPCION DE DIENTES TEMPORALES (DE LECHE)

SUPERIORES



DIENTE	EDAD
Incisivo Central	
Incisivo Lateral	
Canino	
Primer Molar	
Segundo Molar	

INFERIORES



DIENTE	EDAD
Segundo Molar	
Primer Molar	
Canino	
Incisivo Lateral	
Incisivo Central	

RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

Los primeros dientes deben limpiarlos con algodón o Una gasa húmeda.

Cuando los dientes temporales estén completos debe enseñar al niño la forma correcta de cepillarse los dientes y el uso de la seda dental, ayudándolo hasta cuando pueda hacerlo bien.

Nunca deje dormir al niño con el biberón en la boca, por que el azúcar facilita la caries dental, además el chupo puede originar alteración de la forma de los maxilares mal posición de los dientes.

Procure no dar dulces o caramelos entre comidas.

La primera visita del odontólogo debe hacerse a los dos años aproximadamente.

CUIDADOS GENERALES

Bañe al niño todas los días, lávele las manos y los dientes, córtele las uñas, póngale zapatos cuando camine, no use talcos ni chupos.

No le de aceites para purgarlos. Evite que su niño se acerque a los enfermos.

Exprese afecto al niño, alcelo, abráselo y acarícielo permita que el niño juegue y dedique tiempo para jugar con el.

Involucre al niño en las actividades de la familia, hable con el niño y responda con amor a sus intentos de comunicarse y llamar la atención.

Permita que el niño se mueva libre mente, no castigue, engañe, ni asuste al niño para obligarlo a obedecer.

Explique con cariño las cosas que no debe hacer.

No exija que el niño realice tareas que no puede hacer por su edad. Sea siempre sincero con el

RECOMENDACIONES

ALIMENTACION

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 dare frutas no acidas, cereales y verduras en papilla hasta o pure y vísceras como hígado, bofe o pajarilla, utilice taza y cuchara evite el uso de biberón.

Dele primero la leche materna y después los otros alimentos, haciéndolos poco a poco mas solidos para que inicie a masticar

A los 6 meses además de la leche materna dele las frutas, los cereales, las verduras y las vísceras, también lentejas, arvejas, arracacha, papa, arroz, también huevo y carne molida

A los 9 meses además de la leche materna, el niño puede comer los mismos alimentos que la familia preparados con poco condimento usando siempre sal yodada o fluorizada

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Intoxicaciones: No deje al alcance de los niños medicamentos venenos que puedan tomar

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

Heridas o Fracturas: No deje al alcance objetos corto punzantes y evite juegos en lugares peligrosos.

Ahogamiento: No lo deje solo en la bañera, en pozos o quebradas

VACUNACION

Hogar vacunar al cumplir el primer año de vida debe tener completo el esquema de vacunación incluyendo los refuerzos de esta manera el niño no sufrirá de enfermedades prevenibles.

INFECCION RESPIRATORIA AGUDA

Una neumonía no maneiada a tiempo puede ser mortal.

La gripe en un niño puede llegar a ser una neumonía por eso vigile la respiración de su hijo, si esta respira con dificultad, es decir, mas rapido de lo normal, o el pecho se le hunde llevelo de inmediato al organismo de salud mas cercano

DIARREAS

Son peligrosas ya que el niño se puede deshidratar y morir. Cuando pude la diarrea aumente los líquidos (sopas, 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 mescle 4 cucharadas de azúcar y 1 cucharada de sal

Si el niño NO ESTA DESHIDRATADO, dale con una cuchanta 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 médico tradicional, o al organismo de salud

FACTORES DE RIESGO PARA EL NIÑO

- ☐ Peso al nacer menor a 3.000 gramos.
- ☐ Gemelo o nacimiento multiple
- ☐ 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 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 domesticos en la casa

REGISTRO DE VACUNACIÓN

VACUNAS	DOSIS 1a Fecha	2a Fecha Cita	2a Fecha Vacuna	3a Fecha Cita	3a Fecha Vacuna
B.C.G					
Polio					
Hepatitis B					
Pentavalente					
DTP					
Sarampion					
Fiebre Amarilla					
MMR					
Otras					

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIO SI	CUMPLIO NO
2023	Dc	29	4:40		
2024	Abril	16	4:40	✓	
2024	julio	16	4:40		✓
2025	Enero	29	4:40	✓	
2025	Febrero	05	4:40		✓
2025	Abril		MD		

Scanned with CamScanner

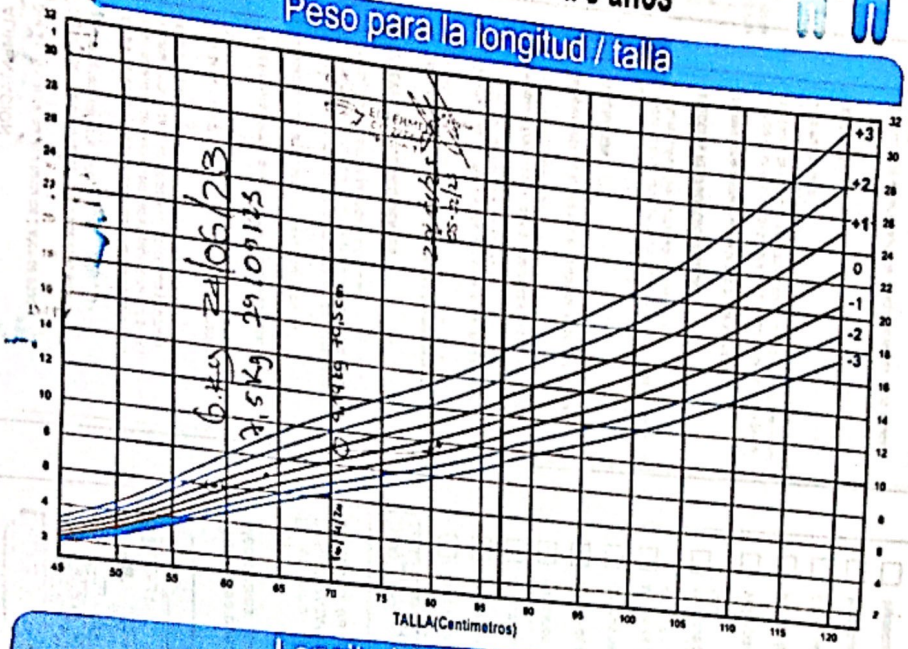
Scanned with CamScanner

PESO AL NACER ____ GRS.

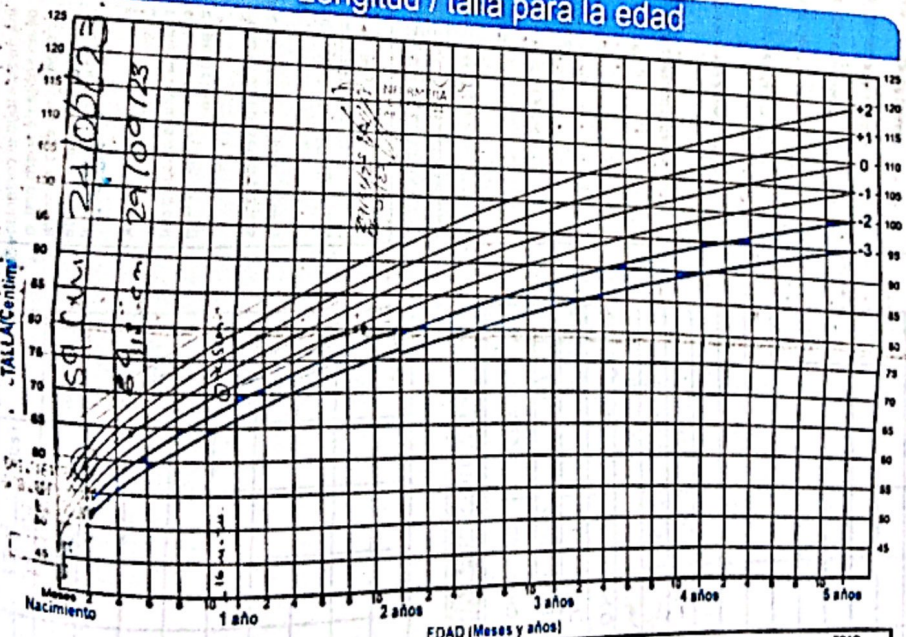
TALLA AL NACER ____ CMTS.

VALORACIÓN DEL CRECIMIENTO
para niños de 0 a 5 años

Peso para la longitud / talla



Longitud / talla para la edad



FECHA DE NACIMIENTO

DIA	MES	AÑO
TALLA	PESO	FECHA
50,2	4,14	16-4-14
60	8,7	29-04-15
62	9,40	25-5-2

AL MES — EDAD
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 una palabra clara
Imita aplauso

A LOS 12 MESES — EDAD
Camina
Pasa bajos de un libro
Reconoce solo objetos
Avisa deseos de ir al baño

A LOS 24 MESES
Bate en los pies
Hace torre de cinco o mas cubos
Dice mas de veinte palabras claras
Control diurno de orina

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

A LOS 48 MESES
Lanza y agarra la pelota
Copia y cuadro y círculo
Describe bien un dibujo
Tiene un amigo especial

A LOS 60 MESES — EDAD
Hace rebotar y agarrar la pelota
Dibuja escalera
Nombra cuatro o cinco colores
Organiza juegos

A LOS 72 MESES
Salta desde 40 cms de altura
Dibuja solo
Conoce días de la semana
Comenta vida familiar

A LOS 84 MESES
Salta alternando los pies
Copia una figura de líneas curvas
Conoce ayer y hoy y mañana
Conoce fechas especiales

VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO
Por la salud de su hijo, evite nuevo embarazo
antes de los dos años de edad del niño
Sede Morales. Carrera 2 N° 5-53 B/ Fátima
[illegible] - ipsmorales@gmail.com

Minsalud

Scanned with CamScanner

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO							
TSH neonatal	Normal		Alterado				
Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
Cardipopatía 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)

dad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
mes							
meses							
meses							
meses							
1 meses							
17 meses							
23 meses							
29 meses							
años							
años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

ª entrega			
.ª entrega			
.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

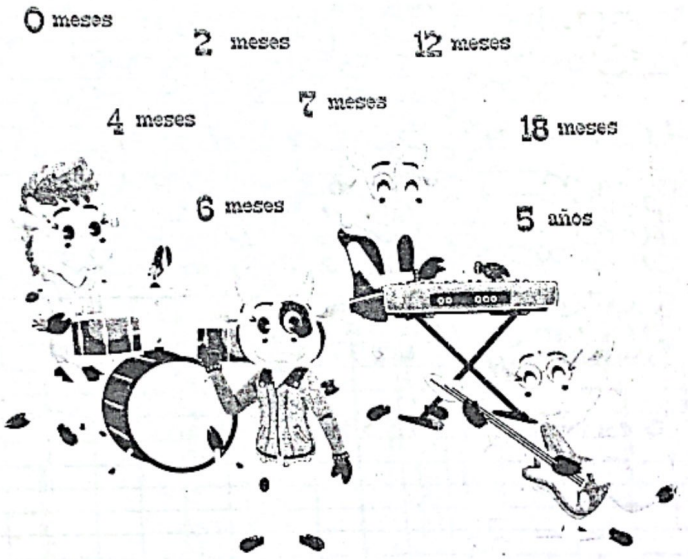
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, 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: DIANER TAVIANA ROJAS YANGUE
Fecha de nacimiento: 21 - Abril - 2023.
Nº de certificado de nacido vivo: 230410104 33404
Registro civil: 1059610435
Sexo: M.
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3390g. Talla: 49cm.
Dirección: Medellen.
Teléfono 1: 3154350034
Teléfono 2:
Responsable: Gloria yuneth Camayo
Municipio de residencia: Nataly
Departamento: Cauca.
CC. 1054594268

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Scanned with CamScanner

Tipo identificación: No. ID:

		Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y ap del vacunad
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única										
	Hepatitis B	Recién nacido	24	06	23	Serum	0371MA077.					
			24	06	23	Serum	0321QQ108.					
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	24	06	23	Bilthoben	2207064					
PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	24	06	23	Serum	2851403A	ESE I	21	06	23	
PENTAVALENTE	Hepatitis B	1.ª	24	06	23	Serum	2851403A		21	06	23	
PENTAVALENTE	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	24	06	23	Serum	2851403A					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	24	06	23	GSK	A201D093AA					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	24	06	23	Prevenar	F4489 23					
	Poliomielitis (VIP)	2.ª				B.Thoven	2234001.					
PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	29-sept			Serum	2851403D		cita			
PENTAVALENTE	Hepatitis B	2.ª				Serum	2851403D		24 Agosto 2023			
PENTAVALENTE	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª				Serum	2851403D					
	Diarrea por rotavirus	2.ª				GSK	A201D093AA					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	2023			Prevenar	F4489 23					
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	29	11	23	Bilthoven.	2234001.		cita			
PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	29	11	23	Serum.	2851403B	ESE Nortes	29. Noviembre 2023			
PENTAVALENTE	Hepatitis B	3.ª	29	11	23	Serum	2851403B					
PENTAVALENTE	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª						ESEDMM				
	Influenza estacional	1.ª	18	09	2024	Butantan	240097-9	ESEDMM	18	10	2024	
	Influenza estacional	2.ª						ESEDMM	21	04	24	
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	18	09	2024	Serum	01332N0044.	ESEDMM	21	04	24	
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	18 Agosto 2024			PFizer	9X1912	ESEDMM				
	Varicela	2.ª				Merck.	900445 1	ESEDMM.				
	Hepatitis A	Única				SINOVAC	20220704 5.					
	Influenza estacional	Anual										
	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	22	11	24	Bilthoven	2239003					
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	22	11	24	Serum	2853201D					
	Fiebre amarilla	Única	22	11	24	Biomanguinhos.	L2314FC0052.		29	11	2024	
	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.º	22	11	24	Serum	0133A010A		21	04	28.	
	Varicela	Refuerzo						Ese Norte.				
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐

Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐

Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐

Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐

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

Scanned with CamScanner

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MT1.PP	24/01/2025
FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA	Versión 1	Página 2 de 2
	Clasificación de la Información: Pública	

Fecha 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: 1059610435

Fecha nacimiento: 21 04 2023 A

Nombres: Daner Favian

Apellidos: Rojas Yonde

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 ( ) Víctima del conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL USUARIO

Departamento residencia: Huila

Municipio de residencia: Oporapa

Zona: rural

Barrio: Alto Sonfasito

Vereda: Alto Sonfasito

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: Yonde Campo

País de nacimiento: Cauca

Fecha nacimiento: 12 06 1999 A

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 Yonde

Nombre y Firma del profesional que diligencia:

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

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

Scanned with CamScanner