Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACIÓN HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025	Versión: 1

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS GESTANTES PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD EDUCACIÓN INICIAL EN EL HOGAR

UDS Padres Creciendo Juntos 2

PARTICIPANTE: Yuberina Vargas Son

TI _ CC X No. 1079508202



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotografía física, ésta ira sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Fotocopia del documento de identidad (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Fotocopia del criterio de focalización según la guía del ICBF. – o Acta de visita para criterios de focalización	Formalización del cupo	Actualización cada 3 meses	✓		
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo y Seguimiento	Cada 3 meses	✓		

Scanned with CamScanner

Fotocopia del control prenatal	Seguimiento	Cada vez que el participante asista a la valoración según esquema establecido	✓		
Copia del carnet de vacunación actualizado según la edad gestacional	Seguimiento	Cada vez que el participante asista según el PAI	✓		
Certificado de asistencia a consulta en salud bucal. (Copia del Carnet)	Formalización del cupo y seguimiento	Cada año	✓		
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Formato autorización uso de imágenes	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya novedades	✓		
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia	✓		

Scanned with CamScanner

Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA NIt 900.192.801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025	Versión: 1

ACTA DE COMPROMISO CON PADRES O CUIDADORES DE DOCUMENTOS FALTANTES Y/O DESACTUALIZADOS

Paicol, Huila Mayo - 06 2025

Yo Yuverica Vargas Son identificado (a) con Cedula y/o Tarjeta de Identidad N° 1079508202 gestante participante de la UDS Padre Creciendo Juntos 2 de la Modalidad Familiar y Comunitaria del servicio Educación Inicial en el Hogar, doy fe que desde el momento que solicite el cupo en la Modalidad Educación Inicial en el Hogar se me informó de manera clara los compromisos que se adquieren al participar de los programas de Primera Infancia, me comprometí a realizar todos los trámites necesarios para garantizar mis derechos en salud.

Me comprometo a tener y a garantizar la entrega de copia del documento faltante: (**Marcar con una X el o los documentos faltantes)**

- Afiliación a salud ☐
- Carné vacunas ☐
- Valoración integral ☐
- Documento identidad ☐
- Higiene oral ☒

Estando en mutuo acuerdo firman el acta de compromiso las dos partes comprometiéndose el padre/madre y/o acudiente a entregar los documentos faltantes con un plazo máximo el día 13 del mes 05 del año 2025.

En constancia firman,

Firma del Agente educativo

Yuverica Vargas Son

Firma del Padre/Madre y/o acudiente

2

Scanned with CamScanner

Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025	Versión: 1

ACTA DE COMPROMISO CON PADRES O CUIDADORES DE DOCUMENTOS FALTANTES Y/O DESACTUALIZADOS

Paicol, Huila Marzo 13 de 2025

Yo Yuberica Vargas Son identificado (a) con Cedula y/o Tarjeta de Identidad N° 1.079.508.202 gestante participante de la UDS _____ de la Modalidad Familiar y Comunitaria, del servicio Educación Inicial en el Hogar, doy fe que desde el momento que solicite el cupo en la Modalidad Educación Inicial en el Hogar se me informó de manera clara los compromisos que se adquieren al participar de los programas de Primera Infancia, me comprometí a realizar todos los trámites necesarios para garantizar mis derechos en salud.

Me comprometo a tener y a garantizar la entrega de copia del documento faltante: **(Marcar con una X el o los documentos faltantes)**

- Afiliación a salud ☐
- Carné vacunas ☒
- Valoración integral ☐
- Documento identidad ☐
- Higiene oral ☒

Estando en mutuo acuerdo firman el acta de compromiso las dos partes comprometiéndose el padre/madre y/o acudiente a entregar los documentos faltantes con un plazo máximo el día 06 del mes 04 del año 2025.

En constancia firman,

Firma del Agente educativo

Yuberica Vargas Son

Firma del Padre/Madre y/o acudiente

Scanned with CamScanner


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.079.508.202

VARGAS SON

APELLIDOS

YUVERICA

NOMBRES

Yuberica Vargas S

FIRMA



4

Scanned with CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 06/11/2023

Ficha: 41518003503500000179

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: YUVERICA

Apellidos: VARGAS SON

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1079508202

Municipio: Paicol

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/03/2022

Última actualización ciudadano: 09/03/2022

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:	**MARIA LIZETH MENDEZ CERQUERA**
Dirección:	**Calle 4 No 6 - 74**
Teléfono:	**3154610988 - 3206315508**
Correo Electrónico:	**sisben@paicol-huila.gov.co**

5

Scanned with CamScanner

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Yuverica Vargas Son** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **1079508202**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1079508202
NOMBRES Y APELLIDOS	Yuverica Vargas Son
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	25/03/1987
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	16/05/2013
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/05/2024
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 900148626 CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DE PAICOL - HUILA Desde 01/05/2024 - Vigente

Generado por carestrepo 06/03/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

6

Scanned with CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
SANTA ROSA DE LIMA DE PAICOL
NIT 813.011.027-6 - CODIGO IPS: 4151900840
Calle 8 Cra 7 Esq. Telefax: 8378037

HISTORIA CLINICA MATERNO - PERINATAL - CLAP - OBSTETRICIA

Yuveisa Vargas Sor

Rural

3102864874

25/03/87

1479 308 202

Santos

10/11/19

Fecha de la Consulta	1 9:30 17-10-2024	2 9:00 15-11-2024	3 9:30 20-12-24	4 9:00 24-01-25	5 10:30 28/02/25	6 28/03/25	7 29/04/25	8	9	10
Semanas de amenorrea	8.2S.	13.3.	17.6.	23 2.	27	31 2	35.5.			
Peso (kg)	60Kg	63.1	64.9	66.	68	70	72kg			
Tensión arterial (mmHg)	100/60	100/60	106/66	110/70	110/70	100/70	110/70			
Glicemia (mg/dl) / Proteinuria	— / —	— / —	16 / Ind	23 / Cef	27 / Trau	31 / Cef	32 / Cef			
PCP (mg/dl) / Hcto (%)	— / —	— / —	141 / ++	146 / ++	136 / +	147 / +	150 / +			
Edema / Inmunoglobina	NO / 36	NO / 30	NO / 36	NO / 36	NO / 36.2	SI / 26	SI / 26.5			
Fe / Folatos / Calcio	✓ / ✓ / NO	✓ / ✓ / NO	✓ / + / ✓	✓ / X / ✓	✓ / X / ✓	✓ / — / ✓	✓ / — / ✓			
Signos de alarma / Examenes / Incapacidad	✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓			
Firma Profesional	Tania Durán H. R.M. 1.079.508.776 Médico - USCO	Tania Durán H. R.M. 1.079.508.776 Médico - USCO			SUMA C.		Danna Osorio M.			

INGRESO

FECHA DE INGRESO: Día / Mes / Año

CONSULTAS PRE-NATALES Total

HOSPITALIZACION en EMBARAZO Días

CORTICOIDES PREVIOS: Ciclo único completo / Ciclo único incompleto / Semana inicio qc

TOCOLISIS: Inducido / Cesar. Elect.

RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: Integras / Rotas — Día / Mes / Año — Hora / Min — < 37 sem / 12 hrs / temp 38°C — Semana ruptura

TOMAS ENTRE RUPTURA Y PARTO

EDAD GEST. AL PARTO: Semanas / Días — Por FUM / por ECO

PRESENTACION: Cefálica / Podálica / Transversa

NACIMIENTO

ASISTENTE: Partera / Auxiliar / Gine / Ninguno

NACIMIENTO VIVO: Antepartо / Parto / Ignora momento

FECHA: Hora / Min — Día / Mes / Año

MULTIPLE: Orden fetos — 0= Unico

TERMINACION: Espontánea / Fórceps / Cesárea / Espátula

INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO — INDUCCION / OPERATORIO

POSICION PARTO: Sentada / Cuclillas / Acostada

EPISIOTOMIA: No / Si

ENEMA / TRASFUNDIDO: Sólo enema / Sala restaurado / Enema y restaurado

PLACENTA: Completa / Retenida

DESPRENDIMIENTO PREMATURO

ANESTESIA: Anestesia General / Sulfato de magnesio / Transfusión: Sangre, Derivados, Ninguno

Detractores en la P / Antiulcerosa Analgesia / Epidural Anestesia / Regional

COMPLICACIONES: HTA Crónica / HTA Gestacional / Preeclampsia / Eclampsia / Cardiopatía / Nefropatía / Diabetes / Anemia

Infec. urinaria / Amenaza parto Pretérmino / R.C.I.U. / Ruptura prem. de membranas / Corio-amnionitis / Otras graves

PUERPERIO: 1er Tanc / 2do Tanc / 3er Tanc / Postparto / Infección Puerperal

RECIEN NACIDO

SEXO: F / M / No definido

PESO AL NACER: g — Menor 2500 g

TALLA AL NACER: mm

PERIMETRO CEFALICO: mm

EDAD GESTACIONAL CONFIABLE: Semanas / Días EG — FUM / ECO / ESTIMADA

PESO EDAD GESTACIONAL: Adec / Peq / Grande

APGAR: 1er min / 5° min

REANIMACION: Llanto / FC / Ventilación / Succión / Oxígeno / Ninguna

MALFORMACIONES CONGENITAS

VITAL: normal / anormal / no se hizo

TSH: normal / anormal / no se hizo

Audición: normal / anormal / no se hizo

Hiperbilir: normal / anormal / no se hizo

Metabolico Tamiz: SI / No

Red Arabis: SI / No

Ventilación prolong. / Bradicardia OT / Masaje cardiaco / Adrenalina / Flujo Extra O2

FALLECE EN SALA DE PARTO: No / Si

ALOJADO: Mamá dando conjunta / Hospitalizado / Otro (cuál)

DEFECTOS CONGENITO: No / Si — Menor / Mayor

ENFERMEDADES: diagnóstico / CIE10

NOMBRE O CODIGO DEL PROFESIONAL

VITAMINA K: SI / No

Profilaxis Oftálmica: Si / No

Día / Mes

Vivo / Con patología / Traslado referido / Fallece / Fallece después / Sale después

Scanned with CamScanner

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de *riesgo*.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Yuberica

Apellidos: Vargas Soa.

Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 1079508202

Fecha de nacimiento: Día 25 Mes 03 Año 1987

Powered by CamScanner

Scanned with CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Tuberculosis - Bacilo de Calmette y Guerin (BCG)	Única			
Fiebre Amarilla	Única	25-07-12	119VFC0317	Nelly.
Rotavirus	1	26-06-11	0241222	Nelly
Rotavirus	2	25-07-12	024L900	Nelly
Neumococo Conjugada - Diftérico (DT)	3	9-07-14	024L900	Nelly
Neumococo Conjugada - Diftérico (DT)	4	17-01-18	221521316A	Paul
Neumococo Conjugada - Diftérico (DT)	5	20-12-24	233360376	Ester
Influenza estacional	Anual	28-02-25	C5489AB	Nelly R
Influenza estacional	Anual			
VPH	1			
VPH	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
Hepatitis B	2			
Hepatitis B	3			
Antirrábica	1			
Antirrábica	2			
Antirrábica	3			
Antirrábica	4			
Influenza estacional	Anual	20-12-24	VS052400 3	Ester
Otras				
Otras				

Powered by CamScanner

Scanned with CamScanner

HISTORIA CLINICA
ESE SANTA ROSA DE LIMA PAICOL HUILA
NIT [illegible]
Dir CALLE 5 CARRERA 7 ESQUINA - Tel [illegible]

1

SANTA ROSA DE LIMA

Codigo Plantilla 88
Fecha Historia 18/10/2024 14:33
Lugar y Fecha PAICOL HUILA 18/10/2024 14:33
Documento y Nombre del Paciente CC 1078818202 YULERICA VARGAS SON
Administradora ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A. Convenio EVPODOCONTRIB Tipo de Usuario COTIZANTE A
No Historia 1078818202 Cons Historia 300665
Atencion Ambulatoria

Plantilla
HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA

Plantilla
Datos Generales
Fecha 18/10/2024
Nombre: YULERICA VARGAS SON
Edad: 37 Años
Ocupacion: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Direccion: REGULO SUAREZ
E.A.P.B.: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.
Hora: 14:33
Fecha Nacimiento F: 25/03/1987
Sexo: Femenino
Estado Civil: Union Libre
Telefono: 3102564874

MOTIVO DE CONSULTA
Motivo: VENGO PORQUE ME ENVIARON PARA PASAR POR PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA DURANTE MI EMBARAZO" REFIERE LA PACIENTE

Antecedentes Medicos
1. Tratamiento Medico Actual
1. Tratamiento Medico Actual: Si
Observaciones: CONTROL PRENATALES DESDE EL DIA 17/10/2024
2. Ingestion de Medicamentos
2. Ingestion de Medicamentos: Si
Observaciones: ACIDO FOLICO Y SULFATO FERROSO CON INICIO DE TRATAMIENTO EL 18/10/2024
3. Reacciones Alergicas
3. Reacciones Alergicas: No
4. Emorragias
4. Emorragias: No
5. Irradiaciones
5. Irradiaciones: No
6. Sinusitis
6. Sinusitis: No
7. Enfermedades Respiratorias
7. Enfermedades Respiratorias: No
8. Cardiopatias
8. Cardiopatias: No
9. Diabetes
9. Diabetes: No
10. Fiebre Reumatica
10. Fiebre Reumatica: No
11. Embarazo
11. Embarazo: Si
Observaciones: GESTACION DE APROXIMADAMENTE 8 SEMANAS
12. Hepatitis
12. Hepatitis: No
13. Hipertensión Arterial
13. Hipertensión Arterial: No
14. Epilepsia
14. Epilepsia: No
15. Cirugias
15. Cirugias: No
16. Habitos Nocivos
16. Habitos Nocivos: No
17. Habitos Saludables
17. Habitos Saludables: Si
18. Otros
18. Otros: No
Antecedentes familiares
Observaciones: HERMANA DE HIPERTENSION
DIABETES POR PARTE DE LA MADRE

Tejido Blando
1. Labio Superior
1. Labio Superior: Normal.
2. Labio Inferior
2. Labio Inferior: Normal.
3. Comisuras
3. Comisuras: Normal.
4. Mucosa Oral
4. Mucosa Oral: Normal.
5. Surcos
5. Surcos: Normal.
6. Frenillos
6. Frenillos: Normal.
7. Paladar
7. Paladar: Normal.
8. Lengua

9

Powered by CamScanner

Scanned with CamScanner

11. Glandulas Salbales: Normal.
12. Orofaringe
12. Orofaringe: Normal.
13. Otros Hallazgos
13. Otros Hallazgos: Normal.

ATM

1. Dolor Muscular 1. Dolor Muscular: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
2. Dolor Articular 2. Dolor Articular: No.	
3. Ruido Articular 3. Ruido Articular: Si.	Observaciones:: RUIDO 2
4. Alteración de Movimiento 4. Alteración de Movimiento: No.	Observaciones:: NO REFIERE
5. Maloclusiones 5. Maloclusiones: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
6. Crecimiento Desarrollo 6. Crecimiento Desarrollo: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
7. Otros Hallazgos 7. Otros Hallazgos: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES

Tejidos Dentales

1. Cambio de Forma 1. Cambio de Forma: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
2. Cambio de Número 2. Cambio de Número: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
3. Cambio de Tamaño 3. Cambio de Tamaño: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
4. Cambio de Color 4. Cambio de Color: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
5. Cambio de Posición 5. Cambio de Posición: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
6. Impactados 6. Impactados: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
7. Supernumerarios 7. Supernumerarios: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES

Examen Periodontal

1. Sangrado 1. Sangrado: No.	Observaciones:: NO PRESENTA.
2. Movilidad 2. Movilidad: No.	Observaciones:: NO PRESENTA.
3. Recesiones 3. Recesiones: No.	Observaciones:: NO PRESENTA.
4. Bolsa Periodontal 4. Bolsa Periodontal: No.	Observaciones:: NO PRESENTA.
5. Calculos 5. Calculos: Si.	Observaciones:: PRESENTA PLACA CALCIFICADA
6. Absceso 6. Absceso: No.	Observaciones:: NO PRESENTA.
7. Inflamación de Encia 7. Inflamación de Encia: Si.	Observaciones:: PRESENTA INFLAMACION DE LAS ENCIAS
8. Otros Hallazgos. 8. Otros Hallazgos.: No.	Observaciones:: NO PRESENTA.

Examen Pulpar

1. Alteración de la Vitalidad 1. Alteración de la Vitalidad: No.	Observaciones:: SIN ALTERACION
2. Dolor de la Percusión 2. Dolor de la Percusión: No.	Observaciones:: SIN ALTERACION
3. Movilidad Dentaria 3. Movilidad Dentaria: No.	Observaciones:: SIN ALTERACION
4. Sensibilidad 4. Sensibilidad: No.	Observaciones:: SIN ALTERACION
5. Fistula 5. Fistula: No.	Observaciones:: SIN ALTERACION
6. Diente Tratado 6. Diente Tratado: No.	Observaciones:: SIN ALTERACION
7. Otros Hallazgos. 7. Otros Hallazgos.: No.	Observaciones:: SIN ALTERACION

Habitos Orales

1. Respirador Oral 1. Respirador Oral: No.	Observaciones:: NO REFIERE
2. Succión Digital 2. Succión Digital: No.	Observaciones:: NO REFIERE
3. Fumar 3. Fumar: No.	Observaciones:: NO REFIERE
4. Uso de palillos 4. Uso de palillos: No.	Observaciones:: NO REFIERE
5. Onicofagia 5. Onicofagia: No.	Observaciones:: NO REFIERE

6. Otros
Observaciones:: CEPILLADO 3 VECES AL DIA, USO DE LA SEDA DENTAL 2 VECES AL DIA
Diagnostico y Pronostico

Powered by CamScanner

Scanned with CamScanner

--mula: No

Técnica: NO REQUIERE APLICACION DE ANESTESIA

[illegible] asiste a odontología en buen estado de salud, por sí sola con comportamiento positivo ante el tratamiento odontológico, asintomática, motivo de consulta "ESTOY EN EMBARAZO", se procedió a realizar consulta gestante primera vez por odontología, donde se le explica los cambios hormonales que enfrentara su cuerpo, así mismo, la formación del nuevo ser que lleva consigo, siendo un complejo proceso que empieza con la unión de dos células y pasa por una serie de transformaciones que concluirán en el nacimiento del bebe. además, que todos estos cambios pueden afectar su cavidad oral directamente como: hallitosis, movilidad dental leve, caries dental, gingivitis, periodontitis, pulpitis, es por eso que se hace importante la revisión odontológica para poder diagnosticar desde el inicio de su embarazo cualquier afectación que pueda comprometer su bebe y poder prevenirla a tiempo. Igualmente, se le dan indicaciones sobre la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses del bebe ya que no sólo tiene enormes beneficios nutritivos, inmunológicos y emocionales para el bebé,
además favorece el correcto posicionamiento de las arcadas dentarias y con ello, una buena oclusión dentaria (buena mordida entre los dientes superiores e inferiores)
Se recomienda una alimentación balanceada, no consumir muchos alimentos con altos contenidos de azúcar, sodio y desarrollar las capacidades para la lectura de etiquetado tendiente a seleccionar alimentos saludables; reducción del consumo de alimentos procesados.
Todos los bebés nacen con una mandíbula "pequeña" en comparación con el maxilar superior. la succión del pecho ayuda a que la mandíbula "avance" en su posición y con ello se obtiene una mejor relación entre el maxilar y la mandíbula.
Se explica que es de vital importancia su higiene oral mínimo 3 veces al día, así como la utilización de seda dental y enjuague bucal. todo esto combinado con hábitos saludables, como el descanso, no preocupaciones, y una de las más importantes como es el aporte nutricional, ya que este permite la correcta formación saludable del bebe dentro del vientre materno. durante las diferentes etapas del desarrollo fetal las exigencias de nutrientes se van incrementadas y finalmente se consumirán más elementos de los que se utilizan normalmente durante períodos sin embarazo. por ejemplo, la energía adicional que se necesite durante el embarazo puede ser compensada en gran parte por la reducción en la actividad física. El hierro, las proteínas, el calcio y las vitaminas son fundamentales en estos momentos. las deficiencias nutricionales que perfectamente pueden ser prevenidas, pueden tener consecuencias graves e irreversibles sobre el niño, por eso se invita a continuar tratamiento y que asista a todos sus controles prenatales para poder darle seguridad al bebe y así nacerá con muy buena salud.
• En los primeros seis meses, o antes de que salgan los primeros dientes, se debe realizar la limpieza y masajes de la encía del niño.
• Después de que le salga el primer diente procure asistir a la primera consulta odontológica para que aprenda los métodos preventivos y de higiene oral
• Para aliviar las molestias de la salida de los dientes, dé un rasca encías de caucho, un paño previamente hervido y humedecido en agua fría o algún tipo de legumbre limpia y grande (zanahoria) para evitar que se la trague.
¿Cuáles son las consecuencias del uso prolongado del biberón y los chupetes en la salud bucal de los niños?
dificultad para enseñar al niño a controlar los movimientos de su lengua
dificultades en el inicio de lactancia materna
maloclusiones dentarias
infecciones del oído
infecciones de la boca
dificultades en el habla
caries en los dientes

Firma Consentimiento Informado
Firma Consentimiento Informado: Si:
Plan de Tratamiento
Cirugía Oral: NO
Medicina Oral: NO
Ortodoncia: NO
Prótesis: NO

Cual:: EXAMEN CLINICO DE PRIMERA VEZ

Endodoncia: NO
Operatoria: NO
Periodoncia: NO
Otro.: NO

DR. JULIANA ANDREA MOSSO TORRES
CC 106181953
Especialidad. PROMOCION Y PREVENCION
Registro. 106181953

Powered by CamScanner

Scanned with CamScanner

Huellas de Amor Para tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA NIt 900.192.801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025	Versión: 1

ACTA DE COMPROMISO Y CORRESPONSABILIDAD CON PADRES DE FAMILIA Y/O CUIDADORES

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS Padres Creando Juntos 2 vinculada a la Entidad Administradora del Servicio CORHUELLAS. Manifiesto que he sido informado sobre las responsabilidades que me asisten en el marco del Código de Infancia y Adolescencia contemplado en la Ley 1098 de 2006, el cual expresa con relación al sentido de corresponsabilidad de la familia lo siguiente:

"Artículo 14. La responsabilidad parental. La responsabilidad parental es un complemento de la patria potestad establecida en la legislación civil. Es además, la obligación inherente a la orientación, cuidado, acompañamiento y crianza de los niños, las niñas y los adolescentes durante su proceso de formación. Esto incluye la responsabilidad compartida y solidaria del padre y la madre de asegurarse que los niños, las niñas y los adolescentes puedan lograr el máximo nivel de satisfacción de sus derechos. En ningún caso el ejercicio de la responsabilidad parental puede conllevar violencia física, psicológica o actos que impidan el ejercicio de sus derechos".

En atención a lo anterior, en el marco de las acciones de responsabilidad parental, es mi interés manifestar el compromiso en el proceso de atención a la primera infancia de mi hijo (a): Yuverlis Vargas Son con RC No 1079508207 Para ello me comprometo a:

1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al Unidad de Servicio, teniendo en cuenta que es un servicio que me presta el Estado en el marco de la garantía de los derechos de los niños y las niñas.
2) Participar de las actividades que sean convocadas por UDS, la Entidad Administradora del Servicio o el ICBF, con el fin de promover el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas.
3) Cumplir el horario de atención establecido en la UDS
4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias ingresa y se retira a mi hijo(a) de la UDS.
5) Entregar los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de mi hijo(a) Estos documentos son:

   1. Certificado de afiliación a salud.
   2. Fotocopia del registro civil del niño.
   3. Fotocopia del carné de vacunas actualizado
   4. Fotocopia del carné de crecimiento y desarrollo actualizado
   5. Certificación de SISBÉN.

12

Scanned with CamScanner

NOTA: En caso de no contar con alguno de los documentos mencionados, informar en la UDS para activar la Ruta Interinstitucional que contribuya a garantizar una atención integral para mi hijo(a).

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 y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de mi hijo(a), adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si se cuenta con ellos).
9) Elegir o ser elegido en el comité de control social que se convoquen con el fin de velar por una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por el ICBF para la Modalidad Comunitaria

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el día 6 del mes Marzo del año 2025, en el Municipio de Pasto.

Yoberica Vargas San

PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

AGENTE EDUCATIVA

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 4	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:
Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad _____, identificado (a) con documento de identidad número _____, 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, Yuberina Vargas Son, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1079508207, 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, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por_____, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa _____

Suscriben:

Firma: Yuberina Vargas Son
Nombre: Yuberina Vargas Son
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 6-03-2025
Municipio: Paipa

13

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

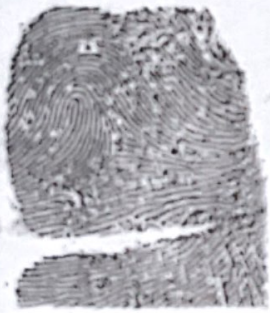
NUMERO 1.079.408.948

CASTILLO FIERRO
APELLIDOS

FABIO ANDRES
NOMBRES

Fabio Andres Castillo
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-MAY-1988
TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.81
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

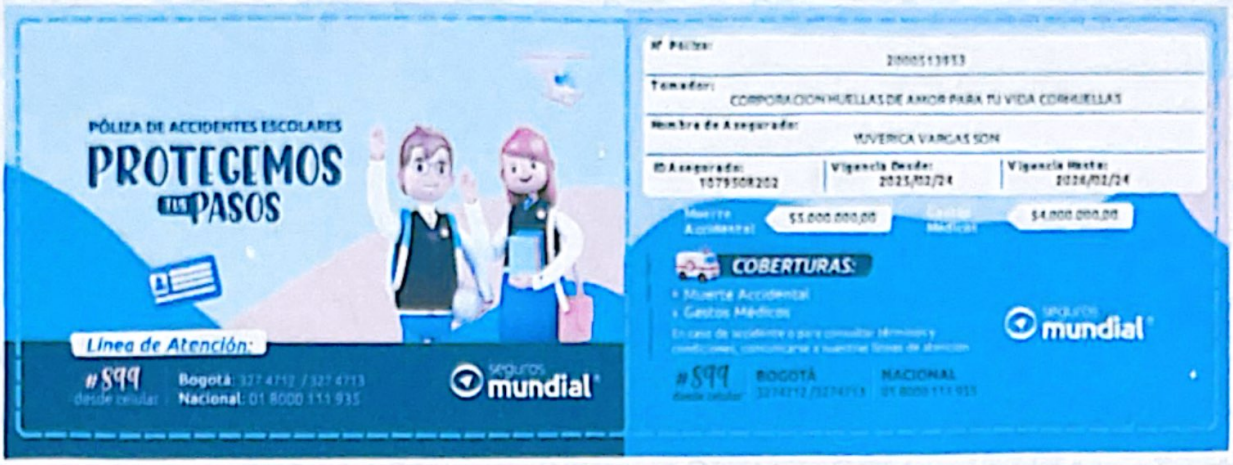
14-AGO-2006 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

P-1902500-50152612-M-1079408948-20061121 07402 06324A 02 189117725

14

Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner