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: Hasio Victoria Vaguara

TI _ CC X No. 1079508391



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 Maria Victoria Yagars identificado (a) con Cedula y/o Tarjeta de Identidad N° 1079508341 gestante participante de la UDS Padres 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

Firma del Padre/Madre y/o acudiente

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 18 de 2025

Yo Ma Victoria Yaguara identificado (a) con Cedula y/o Tarjeta de Identidad N° 1079508391 de Paicol gestante participante de la UDS Pasos 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 06 del mes 04 del año 2025.

En constancia firman,

Firma del Agente educativo

Firma del Padre/Madre y/o acudiente

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.079.508.391**

YAGUARA CARDENAS

APELLIDOS

MARIA VICTORIA

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO **14-NOV-1987**

PAICOL
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA **O-** G.S. RH **F** SEXO

09-OCT-2009 PAICOL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1905200-01263992-F-1079508391-20211108 0076186386A 1 8502130826

4

Scanned with CamScanner

Sisbén

[redacted]

Fecha de consulta: 25/03/2025

Ficha: 41518053803600000055

A3

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA VICTORIA

Apellidos: YAGUARA CARDENAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1079508391

Municipio: Paicol

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 13/10/2023

Última actualización ciudadano: 13/10/2023

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 No pobre ni vulnerable

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

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) MARIA VICTORIA YAGUARA CARDENAS identificado(a) con CC 1079508191 se encuentra afiliado a la EPS

Fecha de Activación de Servicios: 03/09/2022

Estado de la Afiliación: Vigente

IPS: SUBSIDIADO-E.S.E. SANTA ROSA DE LIMA PAICOL

Categoría: SISBEN_1

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 6 días del mes 3 del año 2025

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación

Observaciones:

ESTA CERTIFICACION NO APLICA PARA SERVICIOS MEDICOS NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

6

Scanned with CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
SANTA ROSA DE LIMA DE PAICOL
NIT 813 011 027-6 - CODIGO IPS 415180008 40
Calle 3 Cra 7 Esq. Telefax. 8378037

HISTORIA CLINICA MATERNO - PERINATAL - CLAP - OPS/OMS

Maria Victoria Yaguara
Blas Palmeras
Paicol
Nueva EPS

ANTECEDENTES

GESTACION ACTUAL

Fecha de la Consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	17/01/24	21/04/24	21/07/25	25/07/25	31/08/25	26/09/25				
Semanas de amenorrea	8.3	13.3	17.5	22.4	26.4	32.1				
Peso Kgs	64	69	69	71	75	76				
Tensión arterial mmHg (TAM PAD)	111/75	137/80	100/70	110/60	110/70	110/70				
Altura uterina / Frecuencia cardiaca fetal	- / -	- / -	1 / -	- / -	29 / cef	32 / cef				
FCF (Fetal) / Peso fetal	- / -	- / -	156 / 5'	/ 195	147 / +	142 / +				
Edema / Temperatura	- / -	- / -	- / -	- / -	- / -	- / 36.				
Fx / Posición / Calce	- / - / -	✓ / ✓ / ✓	- / - / -	✓ / ✓ / ✓	- / - / ✓	✓ / ✓ / ✓				
Signos de alarma / Exámenes / Tratamiento	- / - / -	✓ / ✓ / ✓	- / - / -	- / - / -	✓ / ✓ / -	- / - / -				
Firma Profesional										

RECIEN NACIDO

Powered by CamScanner

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: Maria Ucdoria

Apellidos: Yaguara

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 1019508391

Fecha de nacimiento: Día 14 Mes 11 Año 1987

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3	21-03-25	2333X043B.	
	4	MAYO 20 2016		
	5			
TdaP acelular	1	28-5-25	sanofi AC37646AA	ESE POLICO
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	20-5-25	GC V505525003	ESE POLICOL
Otras				

8

Scanned with CamScanner

HISTORIA CLINICA
ESE SANTA ROSA DE LIMA PAICOL-HUILA
Nit. [illegible]
Dir. CALLE 3 CARRERA 7 ESQUINA - Tel. [illegible]

Código Plantilla 48
Fecha Historia 25/06/2025 09:51
Lugar y Fecha PAICOL HUILA 25/06/2025 09:51
Documento y Nombre del Paciente CC 1[illegible]381 MARIA VICTORIA YAGUARA CARDENAS
Administradora NUEVA EPS Consumo SUBSIDIADO Tipo de Usuario SISBEN 1
No Historia 1[illegible]381 Cons. Historia 334198
Atención: Ambulatoria

Plantilla
HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA:

Plantilla
Datos Generales
Fecha 25/06/2025
Hora: 09:50
Nombre: MARIA VICTORIA YAGUARA CARDENAS
Fecha Nacimiento F: 14/11/1987
Edad: 37 Años
Sexo: Femenino
Estado Civil: Soltero
Direccion: BARRIO EULOGIO
Telefono: 3127029870-3156930271
E.A.P.B.: NUEVA EPS
MOTIVO DE CONSULTA
Motivo: "PARA UNA CALZA"

Antecedentes Medicos
1. Tratamiento Medico Actual
1. Tratamiento Medico Actual: Si — Observaciones: CONTROLES PRENATALES
2. Ingestion de Medicamentos
2. Ingestion de Medicamentos: Si
3. Reacciones Alergicas
3. Reacciones Alergicas: No — Observaciones: SIN ALTERACIONES
4. Emorragias
4. Emorragias: No — Observaciones: SIN ALTERACIONES
5. Irradiaciones
5. Irradiaciones: No — Observaciones: SIN ALTERACIONES
6. Sinusitis
6. Sinusitis: No — Observaciones: SIN ALTERACIONES
7. Enfermedades Respiratorias
7. Enfermedades Respiratorias: No — Observaciones: SIN ALTERACIONES
8. Cardiopatias
8. Cardiopatias: No — Observaciones: SIN ALTERACIONES
9. Diabetes
9. Diabetes: No — Observaciones: SIN ALTERACIONES
10. Fiebre Reumatica
10. Fiebre Reumatica: No — Observaciones: SIN ALTERACIONES
11. Embarazo
11. Embarazo: Si — Observaciones: PACIENTE DE 32 SEMANAS DE GESTACION
12. Hepatitis
12. Hepatitis: No — Observaciones: SIN ALTERACIONES
13. Hipertensión Arterial
13. Hipertension Arterial: No — Observaciones: SIN ALTERACIONES
14. Epilepsia
14. Epilepsia: No — Observaciones: SIN ALTERACIONES
15. Cirugias
15. Cirugias: No — Observaciones: SIN ALTERACIONES
16. Habitos Nocivos
16. Habitos Nocivos: No — Observaciones: SIN ALTERACIONES
17. Habitos Saludables
17. Habitos Saludables: No — Observaciones: SIN ALTERACIONES
18. Otros
18. Otros: No — Observaciones: SIN ALTERACIONES
Antecedentes familiares
Observaciones: SIN ALTERACIONES

Tejido Blando
1. Labio Superior
1. Labio Superior: Normal — Observaciones:: SIN ALTERACIONES
2. Labio Inferior
2. Labio Inferior: Normal — Observaciones:: SIN ALTERACIONES
3. Comisuras
3. Comisuras: Normal — Observaciones:: SIN ALTERACIONES
4. Mucosa Oral
4. Mucosa Oral: Normal. — Observaciones:: SIN ALTERACIONES
5. Surcos
5. Surcos: Normal. — Observaciones:: SIN ALTERACIONES
6. Frenillos
6. Frenillos: Normal. — Observaciones:: SIN ALTERACIONES
7. Paladar
7. Paladar: Normal. — Observaciones:: SIN ALTERACIONES
8. Lengua
8. Lengua: Normal — Observaciones:: SIN ALTERACIONES
9. Piso de Boca
9. Piso de Boca: Normal. — Observaciones:: SIN ALTERACIONES

Powered by CamScanner

Scanned with CamScanner

Código Plantilla 48
Fecha Historia 17/01/2025 11:25
Lugar y Fecha PAICOL_HUILA 17/01/2025 11:25
Documento y Nombre del Paciente CC 1079508391 MARIA VICTORIA YAGUARA CARDENAS
Administradora NUEVA EPS Convenio SUBSIDIADO Tipo de Usuario SUBSIDIADO NIVEL 1
No Historia 1079508391 Cons. Historia 317965
Atención Ambulatorio

Plantilla
HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA:

Plantilla
Datos Generales
Fecha: 17/01/2025 **Hora**: 11:24
Nombre: MARIA VICTORIA YAGUARA CARDENAS **Fecha Nacimiento F**: 14/11/1987
Edad: 37 Años **Sexo**: Femenino
Estado Civil: Soltero **Direccion**: BARRIO EULOGIO
Telefono: 3127028670 **E.A.P.B.**: NUEVA EPS
MOTIVO DE CONSULTA
Motivo: "CONTROL PRENATAL"

Antecedentes Medicos
1. Tratamiento Medico Actual
1. Tratamiento Medico Actual: Si
Observaciones: SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO MEDICO, CONTROLOES PRENATALES
2. Ingestion de Medicamentos
2. Ingestion de Medicamentos: Si — **Observaciones**: INGIERE SULFATO FERROSO 300 MG
3. Reacciones Alergicas
3. Reacciones Alergicas: No — **Observaciones**: NO PRESENTA
4. Emorragias
4. Emorragias: No — **Observaciones**: NO PRESENTA
5. Irradiaciones
5. Irradiaciones: No — **Observaciones**: NO PRESENTA
6. Sinusitis
6. Sinusitis: No — **Observaciones**: SIN ALTERACIONES
7. Enfermedades Respiratorias
7. Enfermedades Respiratorias: No — **Observaciones**: NO PRESENTA
8. Cardiopatias
8. Cardiopatias: No — **Observaciones**: NO PRESENTA
9. Diabetes
9. Diabetes: No — **Observaciones**: NO PRESENTA
10. Fiebre Reumatica
10. Fiebre Reumatica: No — **Observaciones**: NO PRESENTA
11. Embarazo
11. Embarazo: Si
Observaciones: PACIENTE EN ESTADO DE EMBARAZO DE (9 SEMANAS DE EMBARAZO)
12. Hepatitis
12. Hepatitis: No — **Observaciones**: NO PRESENTA
13. Hipertensión Arterial
13. Hipertensión Arterial: No — **Observaciones**: NO PRESENTA
14. Epilepsia
14. Epilepsia: No — **Observaciones**: NO PRESENTA
15. Cirugias
15. Cirugias: No — **Observaciones**: NO REFIERE
16. Habitos Nocivos
16. Habitos Nocivos: No — **Observaciones**: NO PRESENTA
17. Habitos Saludables
17. Habitos Saludables: No — **Observaciones**: NO REFIERE
18. Otros
18. Otros: No — **Observaciones**: SIN ALTERACIONES
Antecedentes familiares
Observaciones: SIN ALTERACIONES

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

10

Scanned with CamScanner

10. Paladares: Normal.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
11. Glandulas Salibales 11. Glandulas Salibales: Normal.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
12. Orofaringe 12. Orofaringe: Normal.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
13. Otros Hallazgos 13. Otros Hallazgos: Normal.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
ATM	
1. Dolor Muscular 1. Dolor Muscular: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
2. Dolor Articular 2. Dolor Articular: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
3. Ruido Articular 3. Ruido Articular: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
4. Alteración de Movimiento 4. Alteración de Movimiento: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
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
8. Otros Hallazgos 8. Otros Hallazgos: Si.	Observaciones:: CARIES ACTIVA
Examen Periodontal	
1. Sangrado 1. Sangrado: Si.	Observaciones:: SANGRADO DE ENCIAS
2. Movilidad 2. Movilidad: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
3. Recesiones 3. Recesiones: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
4. Bolsa Periodontal 4. Bolsa Periodontal: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
5. Calculos 5. Calculos: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
6. Absceso 6. Absceso: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
7. Inflamación de Encia 7. Inflamación de Encia: Si.	Observaciones:: INFLAMACION GENERALIZADA DE ENCIAS
8. Otros Hallazgos. 8. Otros Hallazgos.: Si.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
Examen Pulpar	
1. Alteración de la Vitalidad 1. Alteración de la Vitalidad: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
2. Dolor de la Percusión 2. Dolor de la Percusión: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
3. Movilidad Dentaria 3. Movilidad Dentaria: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
4. Sensibilidad 4. Sensibilidad: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
5. Fistula 5. Fistula: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
6. Diente Tratado 6. Diente Tratado: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
7. Otros Hallazgos. 7. Otros Hallazgos.: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
Habitos Orales	
1. Respirador Oral 1. Respirador Oral: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
2. Succión Digital 2. Succión Digital: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
3. Fumar 3. Fumar: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
4. Uso de palillos 4. Uso de palillos: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
5. Onicofagia 5. Onicofagia: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES
6. Otros 6. Otros: No.	Observaciones:: SIN ALTERACIONES

Scanned with CamScanner

Tipo de Diagnostico Principal: CHOP ALGUNAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Aplicación de Anestesia

Aplicación de Anestesia: No

Tarifa: NO SE REALIZA

Evolución

GESTANTE ,
USUARIA ASINTOMATICA ASISTE A CONSULTA ODONTOLOGICA DE (9) SEMANAS DE GESTACION SE LE REALIZA EXAMEN CLINICO ODONTOLÓGICO DE GESTANTE AL EXAMEN CLINICO INTRAORAL PRESENTA DENTICION PERMANENTE, GINGIVITIS ASOCIADA A PLACA BACTERIANA Y A HORMONAS PROPIAMENTE DICHAS, SE BRINDA EDUCACION EN SALUD ORAL, SE EXPLICA LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA HIGIENE ORAL (TECNICA DE CEPILLADO DENTAL, USO DE HILO DENTAL Y ENJUAGUE ORAL) Y UNA BUENA ALIMENTACION DURANTE LA ETAPA DE EL EMBARAZO (CONSUMO DE AGUAS EMBOTELLADAS, DISMINUCION DE CONSUMO DE SAL, PARA PREVENIR FLUOROSIS DENTAL EN EL BEBE, ALTO CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS BIEN LAVADAS, CARNES BIEN COCINADAS ENTRE OTRAS) SE EXPLICA LOS CUIDADOS DE SALUD ORAL, PARA EL BEBE EN CAMINO DURANTE SUS PRIMER AÑO DE VIDA Y EL CONTROL DEL INFANTE AL PRIMER AÑO DE EDAD, SE REMITE A PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD ORAL, SE RECOMIENDA CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO ODONTÓLOGICO

Firma Consentimiento Informado

Firma Consentimiento Informado: SI

Cual: EXAMEN CLINICO DE PRIMERA VEZ

Plan de Tratamiento

Cirugia Oral: NO
Medicina Oral: NO
Ortodoncia: NO
Protesis: NO

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



DR. SERGIO ALEJANDRO CABRERA MUNOZ
C[redacted]7897652
Especialidad: PROMOCION Y PREVENCION
Registro: 10

Scanned with CamScanner

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 Creciendo 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): Maria Victoria Yaguara con RC No 1079508391 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.

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 Paipa.

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, María Victoria Yaguara Cardenas, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1079508391, 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: _____
Nombre: María Victoria Yaguara Cardenas
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: Marzo 6 de 2025
Municipio: Paicol

14

Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner