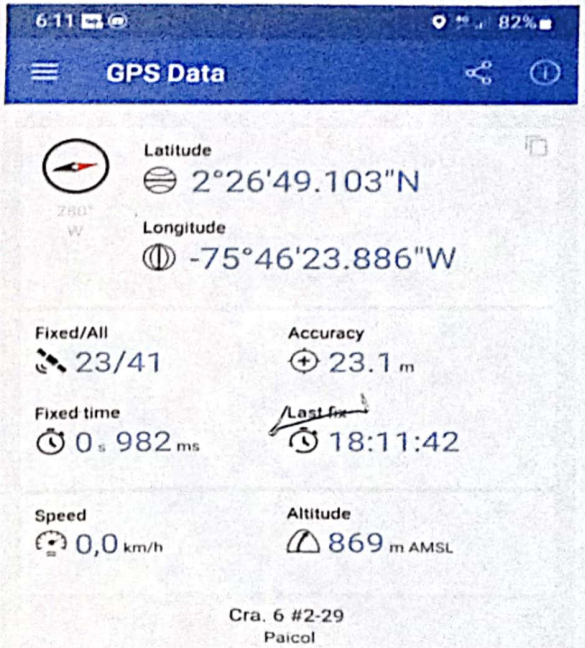




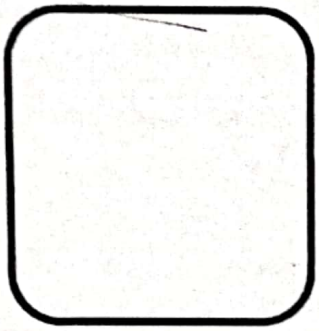
LISETH DAYANA RAMIREZ BOLAÑOS

Powered by CamScanner

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 3
PARTICIPANTE: LISETH DAYANA RAMIREZ BOLAÑOS
TI _ CC X No. 1083907664



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	x		
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo y Seguimiento	Cada 3 meses	/		

2

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.083.907.664
RAMIREZ BOLAÑOS
APELLIDOS
LISETH DAYANA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 21-JUN-1994
PITALITO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
24-JUL-2012 PITALITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

A-1906100-00999062-F-1083907664-20180419 0060893229A 1 6684911573

Powered by CamScanner

Hb 14.1.

Tono IgG (+)
Tono IgM (-)

CARNET PRENATAL

1er APELLIDO Zamora 2do APELLIDO Bolaños

NOMBRE Lisith Dayana

DIRECCIÓN Vda Río Negro Rancul

CIUDAD Rancul TEL 3125013794

EDAD AÑOS 30 — menores de 15 / mayores de 45

ALFA BETA: Si / No

ESTUDIOS: Ning. / Prim. / Sec. (Años Aprob.) / Univ.

ESTADO CIVIL: CASADA / ESTABLE / SOLTERA / OTRO

LUGAR DE CONTROL PRENATAL (ORIGEN)

LUGAR DE PARTO ESTABLECIMIENTO

NUMERO H.C. 1088392766

ANTECEDENTES

FAMILIARES (No / Si): Diabetes; TBC Pulmonar; Hipertensión; Gemelares; Otros

PERSONALES (No / Si): TBC; Diabetes; Hipertensión; Toxemia; Otros

Cirugía; Pélvica; Infertilidad; VIH +

OBSTETRICOS: Gestas 01 — Abortos — Vaginales — Nacidos vivos — Viven

Ninguno o mas de tres partos; Algun RN menor de 2.500g; Gemelares

Partos — Cesareas — Nacidos Muertos (muertos 1 sem; despues 1 sem)

Menos de 12 meses; Mas de 5 años

Fin Anterior Gestación (mes / año)

RN con mayor peso ____ g

GESTACIÓN ACTUAL

PESO ANTERIOR 58 Kg — TALLA (cm) 160 — ? Kg

	día	mes	año
FUM	21	11	24
FPP	06	09	25

DUCAS: No / Si

ANTITETANICA: Previa Si / No — Actual 1 2 R — mes gesta

ANTIRUBEOLA: Previa / No Sabe — Gestacion / No

GRUPO O — RH + / - — Sensibil. No / Si — Gama Globulina No / Si

CIGARRILLO POR DIA (3 = NO FUMA)

ALCOHOL Si / No X

DROGAS Si / No X

HOSPITALIZACION EN GESTACION: No / Si — Lugar de Traslado — Traslado No: Envio / Recepcion

	EX. CLINICO normal	EX. MAMAS normal	EX. ODONT. normal	PELVIS normal	CITOLOGIA normal	CERVIX normal	1er VDRL	2do VDRL	FTA	Prueba Elisa VIH	Hb	Hb
	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	Si X / No	- / +	- / +	- / +	No		

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Fecha de la Consulta	13-02-25	7/3/25	4/04/25	2/5/25	6.6.25.	04.07.25	01.08.25.		
Semanas de amenorreas	9	13.1 sem	17-1.	21.1 sem	26.1 sem	30.1 sem	34.1 sem		
Peso (Kg)	58 Kg	58.8	61.9.	65.2	69 Kg.	71 Kg.	73 Kg.		
Tension arterial maxima / minima (mm Hg)	90/60	100/70	90/60	100/60	105/70.	110/70.	105/70.		
Alt. Uterina / Pres. Cef. Pelv. Tr.	9 /	13 / —	14 / —	26 / Ced	26 / Trans	29. / Cef.	32. / Cef.	/	/
F.C.F. (lat. mm.) / Mov. Fetal	— / —	142 / -	145 / —	152 / -	149 / ++	139 / ++	147 / ++	/	/
Bacteriuria / Proteinuria	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Glicosuria / Hemo. Cetonuria	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Edemas / Otros	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Valores Tension arterial	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0

Estudios Bachillar.

ESE SAN SEBASTIAN
IAMI — INSTITUCIÓN AMIGA DE LA MUJER Y LA INFANCIA

32

IAMI

San Sebastián

Powered by CamScanner

IDENTIFICACIÓN

Paciente :	LISETH DAYANA RAMIREZ BOLAÑOS	**Documento:**	CC No. 1083907664	**FN**	21/jun/1994
País: COLOMBIA	**Departamento** HUILA	**Ciudad:**	PAICOL	**Edad:**	30 Años **Sexo:** F
Dirección:	VERDA PEÑA NEGRA (RURAL)	**Teléfonos:**	3125013794		

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta

PACIENTE FEMENINA GESTANTE DE 14,1 SEMANAS QUE INGRESA POR CONSULTA ODONTOLOGICA, REFIERE: "PARA CALZA"

Historia Enfermedad Actual

PACIENTE FEMENINA GESTANTE ASINTOMÁTICA, QUE NO REFIERE NINGUNA SINTOMATOLOGÍA EN CAVIDAD ORAL, SOLICITA CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.
PACIENTE SE ENCUENTRA SISTEMICAMENTE SANA, ESTÁ TOMANDO MICRONUTRIENTES DEL EMBARAZO.
ÚLTIMA VISITA AL ODONTÓLOGO REGISTRADA EN: 07-03-2025

Antecedentes

PERSONALES
- Tuberculosis NIEGA
- Diabetes Tipo I NIEGA
- Preeclampsia NIEGA
- Hipertensión NIEGA
- [illegible]rtilidad NIEGA
- [illegible]betes Tipo II NIEGA
- Nefropatias NIEGA
- Trauma ocular NIEGA

FAMILIARES
- Preeclampsia NIEGA
- Eclampsia NIEGA
- Tuberculosis NIEGA
- Diabetes NIEGA
- Hipertension NIEGA
- Cancer de seno NIEGA

PATOLOGICOS
- NIEGA

FARMACOLOGICOS
- NO REFIERE

HOSPITALARIOS
- NO REFIERE

QUIRURGICOS
- POR PTERIGION EN OJO IZQUIERDO

TRAUMATICOS
- NO REFIERE

OBSTETRICOS
- Número de Gestas
- Cuantos Viven
- Número de Partos Vaginales
- [illegible]idos Muertos 1a Sem
- [illegible]mero de Cesareas
- Nacidos Muertos > 1a Sem
- Número de Abortos
- Da Leche Materna Exclusiva
- Nacivos Vivos
- Nacidos Muertos
- Ultimo Previo < 2500 Gr
- Ultimo Previo > 4000 Gr
- Fin Gestación Anterior
- Ultima Menstruación CICLO REGULAR (27-11-2024)
- Qx Genito-Urinaria
- Gemelos
- Abortos expontaneo consecutivo
- ¿Lactó a sus hijos.?"
- ¿Reemplazo Hormonal y cual?

TOXICOS
- NO REFIERE

ALERGICOS
- ++++ FENCAFEN ++++

ODONTOLOGICOS
- Ultima Visita PRIMERA VEZ

Powered by CamScanner

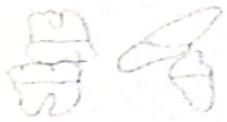
- Usa Seda dental NO
- Abrasión NO
- Frecuencia Cepillado 3-4 VECES AL DIA
- Manchas FLUOROSIS LEVE
- Concepto NO
- Estado periodontal NORMAL
- Patologia pulpar NO
- Placa blanda SI
- Placa calcificada NO
- Supernumerarios
- Usa seda dental
- Tratamiento Recibido NO
- Previa FLUOR y SELLANTES NO
- Aparatos en Boca NO

OTROS
- G1P0A0C0V0M0

ULTIMA CCV EXTERNA (13/10/2024) CON RTDO.....NORMAL
ITS.....NIEGA
MENARQUIA.....13 AÑOS
INICIO DE LA VS.....27 AÑOS
DE COMPAÑEROS SEXUALES.....1
VIDA SEXUAL ACTIVA
RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCION DE BARRERA.....SI
ACTUALMENTE NO CONOCE SUS DERECHOS SEXUALES NI REPRODUCTIVOS
PRESENCIA DE TRASTORNOS EN SU SEXUALIDAD.....NO
ORIENTACION SEXUAL: HETEROSEXUAL
RELACIONES HOMOSEXUALES.....NUNCA
ACTUALMENTE TIENE PAREJA SENTIMENTAL.....SI
ANETECDENTES FAMILIARES: CA DE ESTOMAGO
ANTECEDENTES GENETICOS: NIEGA
TRANSFUSIONES: NIEGA

EXPLORACIÓN BUCAL

TIPOS DE OCLUSION



Clase II (Distal) Cubierta

- Hábitos Orales

Respiración Bucal: NO, Succión Digital: NO, Lengua Protráctil: NO, Queilosfagia: NO, Fumador: NO, Bebedor: NO

- Examen Estomatológico

Extraoral ATM
Ruidos: NO, Desviación: NO, Limitación apertura: NO, Dolor articular: NO, Dolor muscular: NO,

Examen Dental
Abrasión: NO, Atrisión: NO, trauma: NO, Abfracción: NO, Alteraciones de posición: NO, Alteraciones de erupción: NO, Alteraciones del color: NO, Alteraciones del desarrollo: NO, Alteraciones del tamaño: NO, Alteraciones de la forma: NO

EVOLUCIÓN

PACIENTE FEMENINO GESTANTE DE 14,1 SEMANAS APROXIMADAMENTE QUE TIENE 30 AÑOS DE EDAD, INGRESA A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA ASINTOMÁTICO SIENDO LAS 04:20 P.M.
LA PACIENTE REFIERE QUE SISTEMICAMENTE SE ENCUENTRA SANA Y NO ES ALÉRGICA A NINGÚN MEDICAMENTO.
SE ATIENDE A LA PACIENTE APLICANDO TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y PROTECCIÓN PERSONAL EN ODONTÓLOGA, AUXILIAR Y ENTORNO ODONTOLÓGICO SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS PROTOCOLARIOS DE LA INSTITUCIÓN.

AL EXAMEN CLÍNICO SE OBSERVA: DIENTE 34 CON CARIES (O) LOCALIZADA A NIVEL DE ESMALTE DENTARIO.

SE LE EXPLICA A LA PACIENTE LAS CONDICIONES EN QUE SE ENCUENTRA EL DIENTE A TRATAR Y EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, LA CUAL ENTIENDE Y ACEPTA.
LA PACIENTE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO.
DIENTE: 34 (O)
TRATAMIENTO: OBTURACIÓN EN RESINA DE FOTOCURADO.
SIN REQUERIMIENTO DE ANESTESIA, CON PIEZA DE ALTA VELOCIDAD SE REALIZA REMOCION DE TEJIDO AFECTADO E INFECTADO, SE PREPARA CAVIDAD CON FRESA REDONDA PEQUEÑA, AISLAMIENTO PARCIAL DEL CAMPO OPERATORIO CON ROLLOS DE ALGODÓN, SE ESCOGE COLOR A3 DE LA RESINA , SE DESMINERALIZA CON ACIDO ORTOFOSFORICO AL 37% SOBRE ANGULO CAVOSUPERFICAL POR 15", SE LAVA PROFUSAMENTE POR 20" SE AISLA NUEVAMENTE CON ROLLOS DE ALGODÓN, SE AIREA LA PREPARACION, SE APLICA AGENTE DE UNION Y SE FOTOPOLIMERIZA POR 20", SE OBTURA CON RESINA DE FOTOCURADO TECNICA INCREMENTAL DE FOTOPOLIMERIZACION EN CAPAS DE APROXIMADAMENTE 2 MM POR 40 ".

Powered by CamScanner

SE REALIZA CONTROL DE OCLUSION CON PAPEL DE ARTICULAR, SE PULE.
SI LLEGA A PRESENTAR DESALOJO DE LA OBTURACION DEBE DE CONSULTAR NUEVAMENTE EN EL MENOR TIEMPO POSIBLE.

SE LE INDICA PEDIR CITA EN 10 DÍAS PARA CONTINUAR EL TRATAMIENTO.
SI LLEGA A PRESENTAR SINTOMATOLOGÍA PEDIR CITA DE URGENCIA.
PACIENTE SALE CONCIENTE Y ENTENDIENDO EL PROCEDIMIENTO REALIZADO.
HORA DE FINALIZACIÒN DE LA CONSULTA Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA A LAS 04:40 P.M

PLAN DE TRATAMIENTO

OBTURACIÓN EN RESINA DE FOTOCURADO DEL DIENTE 34 (O)

ESTADO DEL TRATAMIENTO: Activo

DIAGNÓSTICO

- Principal (K020) CARIES LIMITADA AL ESMALTE

LAURA JULIANA ROJAS SERRATO
ODONTOLOGA
Registro Medico No. 1075315150

Powered by CamScanner

TRATAMIENTO EN CURSO





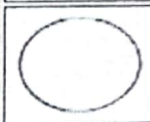
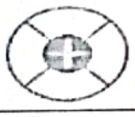
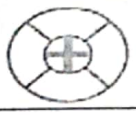
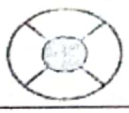
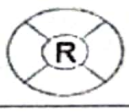
ODONTOGRAMA INICIAL

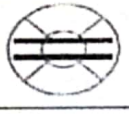




Observaciones Odontograma AL EXAMEN CLINICO SE OBSERVA: DIENTE 34 CON CARIES (O) LOCALIZADA A NIVEL DE ESMALTE DENTARIO.

CONVENCIONES ODONTOGRAMA

								
No presente	Diente Sano	Caries Cavitacional	Caries no Cavitacional	Amalgamas	Resinas	Corona	Diente extraido	Diente en erupción

							
Endodoncia Indicada	Extracción Indicada	Sin Erupcionar	Endodoncia	Protesis	Fractura en Diente	Obturación otra causa	Extracción otra causa

COP: 060016070229
Fluorosis: LEVE

LAURA JULIANA ROJAS SERRATO
ODONTOLOGA
Registro Medico No. 1075315150

Powered by 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: Lizeth Dayana

Apellidos: Ramirez B

Documento de identidad: C.C. ~~X~~ Pasaporte No. 1083907666

Fecha de nacimiento: Día 21 Mes 06 Año 1994

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Triple viral - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2	Pendiente tetano		
	3	26 Junio 2025		
	4			
	5			
TdaP acelular	U	26/05/25	AC31B466AA	Yoany Velasco
	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	7-05-25	V505250003 SC	~~Espanol~~
Otras					

9

Powered by CamScanner

IDENTIFICACIÓN

Paciente :	LISETH DAYANA RAMIREZ BOLAÑOS	**Documento:**	CC No. 1083907664	**FN**	21/jun/1994
Pais: COLOMBIA	**Departamento** HUILA	**Ciudad:**	PAICOL	**Edad:**	30 Años **Sexo:** F
Dirección:	VERDA PEÑA NEGRA (RURAL)	**Teléfonos:**	3125013794		

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta
PARA CALZAS
Historia Enfermedad Actual
CARIES CAVITACIONAL
Antecedentes
PERSONALES
- Diabetes Tipo I NIEGA
- Hipertensión NIEGA
- Trauma ocular NIEGA
- Tuberculosis NIEGA
- Preeclampsia NIEGA
- Infertilidad NIEGA
- Diabetes Tipo II NIEGA
- [illegible]efropatias NIEGA

FILIARES
- Preeclampsia NIEGA
- Eclampsia NIEGA
- Tuberculosis NIEGA
- Diabetes NIEGA
- Hipertension NIEGA
- Cancer de seno NIEGA

PATOLOGICOS
- NIEGA

FARMACOLOGICOS
- MICRONUTRIENTES

HOSPITALARIOS
- NO REFIERE

QUIRURGICOS
- POR PTERIGION EN OJO IZQUIERDO

TRAUMATICOS
- NO REFIERE

OBSTETRICOS
- Abortos expontaneo consecutivo
- ¿Lacto a sus hijos ?"
- ¿Reemplazo Hormonal y cual?
- Nacidos Muertos 1a Sem
- Nacidos Muertos > 1a Sem
- Número de Gestas
- [illegible]mero de Partos Vaginales
- [illegible]mero de Cesareas
- Número de Abortos
- Da Leche Materna Exclusiva
- Nacivos Vivos
- Nacidos Muertos
- Ultimo Previo < 2500 Gr
- Ultimo Previo > 4000 Gr
- Fin Gestación Anterior
- Ultima Menstruación CICLO REGULAR (27-11-2024)
- Qx Genito-Urinaria
- Gemelos
- Cuantos Viven

TOXICOS
- NO REFIERE

ALERGICOS
- **** FENCAFEN ****

ODONTOLOGICOS
- Abrasión NO
- Manchas FLUOROSIS LEVE
- Concepto NO
- Estado periodontal NORMAL

Powered by CamScanner

- Patologia pulpar NO
- Placa blanda SI
- Placa calcificada NO
- Supernumerarios
- Usa seda dental
- Ultima Visita PRIMERA VEZ
- Tratamiento Recibido NO
- Previa FLUOR y SELLANTES NO
- Aparatos en Boca NO
- Usa Seda dental NO
- Frecuencia Cepillado 3-4 VECES AL DIA

OTROS
- NIEGA ANTECENETES FAMILIARES

NIEGA TRANSFUSIONES
G1P0A0C0V0M0
ULTIMA CCV EXTERNA (13/10/2024) CON RTDO.....NORMAL
ITS.....NIEGA
MENARQUIA.....13 AÑOS
INICIO DE LA VS.....27 AÑOS
DE COMPAÑEROS SEXUALES.....1
VIDA SEXUAL ACTIVA
RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCION DE BARRERA.....SI
ACTUALMENTE NO CONOCE SUS DERECHOS SEXUALES NI REPRODUCTIVOS
PRESENCIA DE TRASTORNOS EN SU SEXUALIDAD.....NO
ORIENTACION SEXUAL: HETEROSEXUAL
RELACIONES HOMOSEXUALES.....NUNCA
ACTUALMENTE TIENE PAREJA SENTIMENTAL.....SI
ANETECDENTES FAMILIARES: CA DE ESTOMAGO
ANTECEDENTES GENETICOS: NIEGA
TRANSFUSIONES: NIEGA

CONTROLES DE SALUD ORAL Y ACUDIO

EXPLORACIÓN BUCAL

- Hábitos Orales

Respiración Bucal: NO, Succión Digital: NO, Lengua Protráctil: NO, Queilosfagia: NO, Fumador: NO, Bebedor: NO

- Examen Estomatológico

Extraoral ATM
Ruidos: NO, Desviación: NO, Limitación apertura: NO, Dolor articular: NO, Dolor muscular: NO,

Examen Dental
Oclusión: NO, Atrisión: NO, trauma: NO, Abfracción: NO, Alteraciones de posición: NO, Alteraciones de erupción: NO, Alteraciones del color: NO, Alteraciones del desarrollo: NO, Alteraciones del tamaño: NO, Alteraciones de la forma: NO

TIPOS DE OCLUSION



Clase II (Distal) Cubierta

EVOLUCIÓN

DIENTE 21 PALATINA
PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO. SIN ANESTESIA. SE DESFOCALIZA CARIES CON FRESA REDONDA MEDIANA. SE PREPARA SUPERFICIE. AISLAMIENTO RELATIVO CON ALGODONES. DESMINERALIZACION POR 15 SEGUNDOS. LAVADO POR 30 SEGUNDOS. SECADO SIN DESECAR. APLICACIÓN DE ADHESIVO Y FOTOPOLIMERIZO, OBTURACION CON RESINA DE FOTOCURADO. FOTOPOLIMERIZACION, CONTROL DE OCLUSION CON PAPEL DE ARTICULAR. SE PULE. RECOMENDACIONES E INDICACIONES. PACIENTE SE RETIRA SIN COMPLICACIONES. SE CITA DE NUEVO PARA CONTINUAR TRATAMIENTO

PLAN DE TRATAMIENTO

SE CITA NUEVAMENTE

ESTADO DEL TRATAMIENTO: Activo

DIAGNÓSTICO

- Principal (K021) CARIES DE LA DENTINA

Powered by CamScanner

MARIA IVONNE CASTRO RAMIREZ
ODONTOLOGA
Registro Medico No. 159

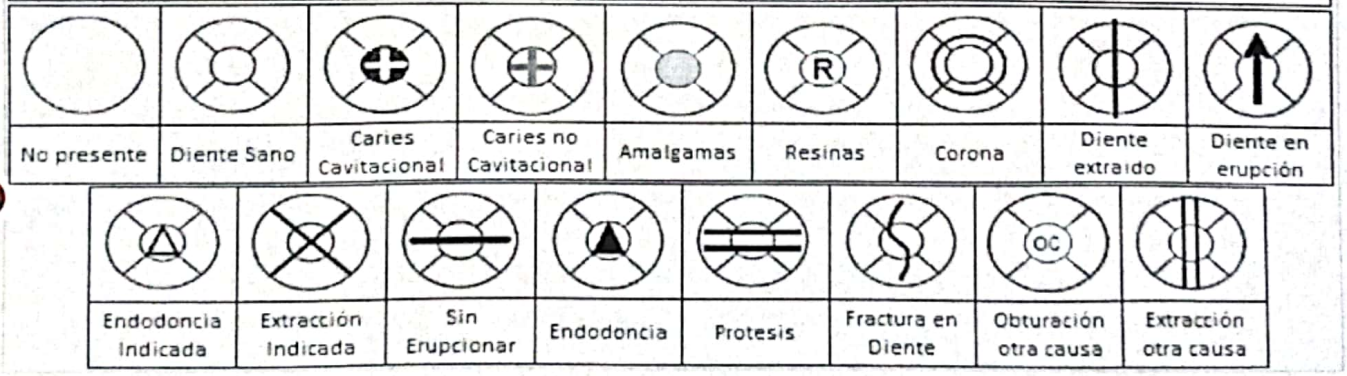
Powered by CamScanner

TRATAMIENTO EN CURSO

ODONTOGRAMA INICIAL

Observaciones Odontograma AL EXAMEN CLINICO SE OBSERVA: DIENTE 34 CON CARIES (O) LOCALIZADA A NIVEL DE ESMALTE DENTARIO.

CONVENCIONES ODONTOGRAMA



COP: 060015080229
Fluorosis: LEVE

MARIA IVONNE CASTRO RAMIREZ
ODONTOLOGA
Registro Medico No. 159

Powered by 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: Lizeth Dayana

Apellidos: Ramirez B

Documento de identidad: C.C. ~~CE~~ Pasaporte No. 1083907662

Fecha de nacimiento: Día 21 Mes 06 Año 1994

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	04 JUL. 2025	333XD 43 B	RAMIRO [illegible]
	2	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	3			
	4			
	5	11-07-2025 IX	22150731 CH	PITALITO
TdaP acelular	U	26/05/25	AC31B466AA	Yoany Velasco
	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	7-05-25	V505250 CC 03	~~Espal~~
Otras				

Powered by 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 Creciendo Juntos 3, 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): Madre Gestante: Liseth Dayana Ramirez Bolaños con RC No CC: 1083907664 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.

Powered by 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, Liseth Dayana Ramirez Bolaños quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1083907664 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos		Audios		Videos		Otros datos personales	
		✓		✓		✓		

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas, 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.

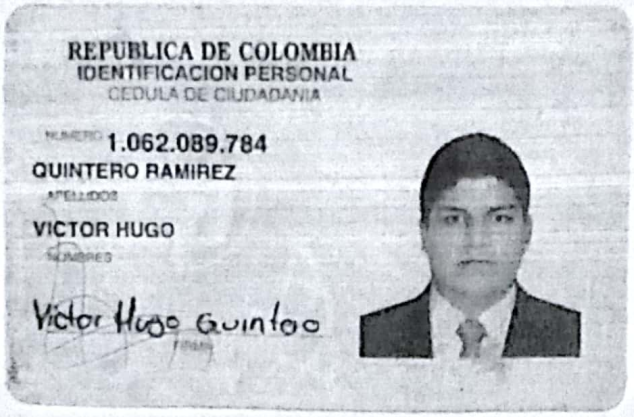
Los productos autorizados son originados por Huellas de Amor Para tu Vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Modalidad familiar Comunitaria

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: Liseth Dayana Ramirez Bolaños
Calidad - Titular: x Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3125013794
Fecha: 6-03-2025
Municipio: Paicol Huila

16

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.062.089.784
QUINTERO RAMIREZ
APELLIDOS
VICTOR HUGO
NOMBRES
Victor Hugo Quintero
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-SEP-1997
PAEZ (BELALCAZAR)
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
29-SEP-2015 PAEZ (BELALCAZAR)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
P-1105500-00772166-M-1062089784-20151207 0047622114A 1 44761650

17

Powered by CamScanner