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

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS NIÑO/A PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR

UDS: Estrellitas Nacientes 2

PARTICIPANTE: Valery Ramirez Chavarro

RC _ No. 1039413950



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotografía física, va 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. – ó 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	✓		
Fotocopia de la valoración integral en salud/ control de crecimiento y desarrollo	Seguimiento	Cada vez que el participante asista a la valoración según esquema establecido	✓		

Scanned with CamScanner

Copia del carnet de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el participante asista según el PAI	/		
Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)	Seguimiento	Una sola vez, solo para las situaciones que aplique.			
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 escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año			
Formato autorización uso de imágenes	Formalización del cupo	Una sola vez	/		
ormato 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

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.079.413.950

Indicativo Serial 64188707

•64188707•

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código K Z Y

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE TESALIA - COLOMBIA - HUILA - TESALIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMIREZ	CHAVARRO

Nombre(s)

VALERY

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes JUL Día 28	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	25073210246451

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CHAVARRO YARA ANGELA MARIED

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.007.490.286	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ BUSTOS JHON FREDI

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.075.200	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ BUSTOS JHON FREDY

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.004.075.200	Jhon Fredy Ramirez B

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2025 Mes AGO Día 05	DIOGENES ORTIZ BRAND - REGISTRADO Nombre y firma

dispapeles 61457

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

3

Scanned with CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 26/10/2025

Ficha: 41797123640200002473

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: VALERY

Apellidos: RAMIREZ CHAVARRO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079413950

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 20/09/2022

Última actualización ciudadano: 29/08/2025

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: DANIELA VALENTINA MUÑOZ LOPEZ

Dirección: Carrera 9 No 6 - 11

Teléfono: 8377022 - 3144647676

Correo Electrónico: sisben@tesalia-huila.gov.co

Scanned with CamScanner

Fecha de diligenciamiento: 01 | 08 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: ○ Niño/a entre 0 y menor de 5 años ○ Persona Gestante

Tipo de vinculación: ● Participante de nuevo ingreso ○ Participante de continuidad

Unidad de Servicio sugerida:

Tipo documento identidad: ● Registro Civil ○ Tarjeta de identidad ○ Cédula de ciudadanía ○ Pasaporte ○ Permiso especial permanencia ○ Partida o Acta de nacimiento ○ Visa ○ Tarjeta movilidad fronteriza ○ Permiso de protección temporal ○ Cédula extranjería ○ Sin documento

Nacionalidad:

Número de documento: 1.079.413.950

Fecha nacimiento: 28 | 07 | 2025

Nombres: Valery

Apellidos: Ramirez

¿Presenta discapacidad? ○ Sí ○ No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? ○ Sí ○ No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ○ Sí ○ No

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

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

Indique cuales aplican: ○ Migrante ○ Campesinado ○ Firmante de paz ○ Víctima conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Huila

Municipio de residencia: Tesalia

Zona: Rural

Barrio:

Vereda: Palmito

Sector:

Dirección:

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: ● Madre ○ Padre ○ Cuidador/a

Tipo documento identidad: ○ Tarjeta identidad ● Cédula de ciudadanía ○ Cédula de extranjería ○ Pasaporte ○ Permiso especial permanencia ○ Partida o Acta de nacimiento ○ Visa ○ Tarjeta movilidad fronteriza ○ Permiso de protección temporal ○ Sin documento

Nacionalidad:

Número de documento: 1.007.490.286

Nombres: Angela Maited

Apellidos: chavarro Yara

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 17 | 05 | 1996

Correo electrónico:

Número de celular: 3134055797

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

Autoriza el registro en sistema?: ○ Sí ○ No
https://prematricula.icbf.gov.co

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Angela M chavarro

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Johana A. B

Observaciones:

Scanned with CamScanner

ADRES

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	1079413950
NOMBRES	VALERY
APELLIDOS	RAMIREZ CHAVARRO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	TESALIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. -CM	SUBSIDIADO	28/07/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/26/2025 13:01:24	**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**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

Scanned with CamScanner

HOSPITAL SANTA TERESA DE TESALIA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NI 891103689
TESALIA - HUILA

Atención No. 10135933
25-sept-2025 11:35 PM
Historia Clínica No.
1079413950

CONSULTA EXTERNA

IDENTIFICACION

Paciente : VALERY RAMIREZ CHAVARRO
Entidad: NUEVA EPS
Pais: COLOMBIA **Departamento** HUILA
Dirección: (EL PALMITO)
Grupo poblacional: No definido
Nivel Educación: No Definido
Acompañante:

Documento: RC No. 1079413950
F. Nacimiento: 28 - jul. - 2025 **Edad:** 1 Meses
Ciudad: TESALIA **Sexo:** F
Teléfonos: 3134065799
Etnia: OTRO
Ocupacion: No aplica
Parentesco:

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta

INGRESO AL PROGRAMA A RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD- CONTROL DE PRIMERA INFANCIA

Historia Enfermedad Actual

PACIENTE DE 1 MESES Y 25 DIAS DE VIDA , EN BRAZOS DE SU MADRE PRODUCTO DE EMBARAZO DE 39 SEMANAS VIA VAGINAL, SIN COMPLICACIONES EN EL PARTO NI EN LA ADAPTACION NEONATAL CON UN APGAR ADECUADO EN LA PLATA HUILA CON PESO AL NACER DE 2700 GR TALLA 44 CM HEMOCLASIFICACION O + MANIFIESTA SIN COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO, EL CUAL PRESENTO INCOMPATIBILIDAD DE GRUPO Y TRATAMIENTO CON LUZ ULTRAVIOLETA. REFIERE EMBARAZO PLANEADO Y DESEADO, PRODUCTO DE LA 2 GESTACION, PARACLINICOS E INFECCIOSOS NEGATIVOS DURANTE EL CONTROL PRENATAL DE LA MADRE Y EN EL PARTO, NIEGA PATOLOGIAS DURANTE EL EMBARAZO NIEGA ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA SIN ALTERACION EN EL TAMIZAJE DE ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO SIN ALTERACION EN EL TAMIZAJE DE CARDIOPATIA CONGENITA QUE ASISTE A CONSULTA DE ATENCION INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA. ACTUALMENTE ASINTOMATICO (NIEGA FIEBRE, DIARREA, EMESIS, SINTOMAS RESPIRATORIOS, HIPOREXIA, DISNEA NIEGA SINTOMAS OTOLOGICOS, Y OTROS), MADRE REFIERE VACUNAS AL DÍA (TRAE CARNE). EL MENOR VIVE CON SU MADRE, PADRE Y HERMANO CON BUENAS RELACIONES INTERPERSONALES ENTRE ELLOS Y EL MENOR SIN ALTERACION EN EL ESTADO MENTAL DE FAMILIARES NI EXPOSICION A CONSUMO DE SPA O HUMO TANTO DE TABACO COMO DE LEÑA CON BUENA RELACION CON SU ENTORNO COMO COMPLEMENTO DE SU FAMILIOGRAMA, SIN ANIMALES DOMESTICOS, NO INSECTOS O ROEDORES SIN CONSULTA EN URGENCIAS EN LOS ULTIMOS MESES, SIN SIGNOS DE MALTRATO INFANTIL O VIOLENCIA DOMESTICA REFERIDA POR ACUDIENTE Y DURANTE EL CONTROL
ALIMENTACION: RECIBE ALIMENTACION DE FORMULA CON NESTOGENO, TECNICA ADECUADA, BUENA SUCCION Y AGARRE DEL SENO CON QUE FRECUENCIA CADA 2 HORAS
O ALIMENTACION LACTANCIA EXCLUSIVA.
ANTECEDENTES FAMILIARES: NEGATIVOS
SUEÑO: DUERME SOLO EN CUNA, EN HABITACION DE SUS PADRES, APROXIMADAMENTE 12 HORAS
HABITO URINARIO Y FECAL: CAMBIO DE PAÑAL 4 VECES AL DIA, CARACTERISTICAS DE LA ORINA NORMAL, MATERIA FECAL BRISTOL 6.
SIN CONTROL DE ESFINTERES, SE PRESENTA POR PARTE DE CUIDADOR LAVADO DE MANOS POSTERIO A CAMBIO DE PAÑAL
USO DE DISPOSITIVOS TECNOLOGICOS: 0 HORAS
HOSPITALIZACIONES: NIEGA
ODONTOLOGIA: NA
PROXIMA VACUNA: A LOS 6 MESES
TAMIZAJE AUDITIVO: SI, RESULTADO NORMAL REFERIDO POR ACUDIENTE NO TRAE REPORTE
TAMIZAJE OFTALMOLOGICO: SI, RESULTADO NORMAL REFERIDO POR ACUDIENTE NO TRAE REPORTE
REPORTE DE TSH NEONATAL: NEGATIVO
PAI COMPLETO PARA LA EDAD

Antecedentes

7

Scanned with CamScanner

CONSULTA EXTERNA

APGAR FAMILIAR: BUENA FUNCION FAMILIAR.
CUESTIONARIO VALE: 0 PUNTOS

REVISION POR SISTEMAS

Sintomatología General: No Refiere, Cabeza Cuello: No Refiere, Neurológico: No Refiere, Endocrino: No Refiere, Respiratorio: No Refiere, Cardiovascular: No Refiere, Gastrointestinal: No Refiere, Genitourinario: No Refiere, Locomotor: No Refiere, Piel y Faneras: No Refiere, Osteomuscular: No Refiere,

EXAMEN FISICO

Signos vitales:

Tension Arterial: 90/60 Frecuencia Cardiaca: 110 Frecuencia Respiratoria: 35 Temperatura: 36 Talla: 50 Peso: 4.5 IMC: 18 Saturacion Oxigeno: 99%
Perimetro cefálico: 39 PAM: 70
- Clasificación Antropométrica -
Peso para la talla: Sobrepeso Peso para la edad: Peso adecuado para la Edad Talla para la edad: Riesgo de Talla Baja IMC para la edad: Sobrepeso
Perimetro cefálico para la edad: Factor de riesgo para el Neurodesarrollo
¿Relaciones sexuales sin protección.?: No indagado. ¿Consume alcohol.?: No indagado. ¿Consume sustancias psicoactivas.?: No indagado
¿Fuma.?: No aplica. ¿Realizó examen de mama.?: No indagado. ¿Realizó examen de prostata.?: No aplica ¿Realizó examen de agudeza visual.?: Si.
Vacunado(a) por COVID.?: No. Dosis: N/A Formula desparasitoario: No Entrega sumplemento: No indagado
Estado General: Buenas condiciones generales, Cabeza y Cuello: Normocefalo, escleras anictericas, conjuntivas normocromicas, cuello simétrico sin adenopatias, Neurológico: Alerta, consciente orientado, pupilas isocoricas reactivas a la luz, no asimetría facial, no signos meningeos, no déficit motor ni sensitivo, no focalización., Ocular: Normal, Otorrinolaringológico: Normal, Torax: Simétrico con adecuada expansión de ambos campos pulmonares, sin presencia de tirajes sub costales, Cardiopulmonar: ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, pulmones normoventilados sin agregados, Dorso - Lumbar: Normal, Abdominal: Normal, Extremidades: Normal, Piel y faneras: Normal, Genitourinario: Normal, Tacto rectal: Normal, Mamas: Normal, Locomotor: Normal, Ganglionar: Normal, Signos Vitales: Normal,

Sintomatico Respiratorio: NO **Sintomatico Piel:** NO **Sintomatico Sistema Nervioso:** NO

IMPRESION DIAGNOSTICA

Dx Principal: Z000 EXAMEN MEDICO GENERAL
Dx Relacional 1
Dx Relacional 2
Dx Relacional 3
Dx Relacional 4

PACIENTE QUE ACUDE CON MADRE AL CONTROL DE PRIMERA INFANCIA SEGUN LA PERCEPCIÓN DE LOS PADRES ES ADECUADA NO HAY PREOCUPACIONES AL RESPECTO,ASINTOMATICO SEGUN LA ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO-3 CON DESARROLLO ESPERADO PARA LA EDAD/ NIEGA RIESGO DE PROBLEMAS DEL DESARROLLO/ NO EVIDENCIA SEGÚN ESCALA DE TEST M CHAT SIGNOS DE AUTISMO/ NIEGA SOSPECHA DE PROBLEMAS DEL DESARROLLO INFANTIL, CON PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS NORMALES PARA LA EDAD, NO IDENTIFICO SIGNOS DE VIOLENCIAS FISICA Y SEXUAL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL A LA VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL EL EXAMEN OFTALMOSCÓPICO SIN ALTERACION DE LAS ESTRUTURAS OCULARES, A LA VALORACIÓN DE LA SALUD AUDITIVA Y COMUNICATIVA SIN ALTERACION ENCUENTRO INSPECCIÓN VISUAL Y OTOSCOPIA BILATERAL NORMALES, IGUALMENTE LAS FUNCIONES DE LA ARTICULACIÓN, VOZ, HABLA Y DESEMPEÑO COMUNICATIVO SIN ALTERACIONES VALE SIN ALTERACION NO ALTERACION A NIVEL DE ESTRUCTURAS DENTOMAXILOFACIALES, ESTRUCTURAS DENTALES NORMOCEFALO CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS NO EVIDENCIA DE CRECIMIENTO TIROIDEO, NO HALLAZGOS OROFARINGERO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS AL EXAMEN ABDOMINAL SIN ALTERACION NO HEPATOMEGAIA NI ESPLENOMEGALIA, NO MASAS, NO HERNIAS NO EVIDENCIA DE DEFORMIDAS NI LESIONES EN EXTREMIDADES, NO ALTERACION A NIVEL DE COLUMNA VERTEBRAL NO SE ENCUENTRA NINGUNA ALTERACION AL EXAMNES FISICO, SE VERIFICA ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO, SE DILIGENCIA CARNET DE PRIMERA INFANCIA MANUAL Y , CURVAS CYD SE LE ENTREGA AL ACUDIENTE DONDE SE LE EXPLICA ACEPTA Y ENTIENDE SE CITA A SEGUIMIENTO DE CONTROLES
MEDIDAS ANTROPOMETRICAS CALCULADAS POR APP ANTHRO DE LA OMS E INTERPRETADAS SEGUN RESOLUCION 2465 DE 2016:
PESO/TALLA 0.09 PESO ADECUADO PARA LA TALLA
- PESO/EDAD: -0.01 PESO ADECUADA PARA LA EDAD
- TALLA/EDAD: -0.10 TALLA ADECUADA PARA LA EDAD.
- IMC / EDAD: 0.04 NORMAL
- PERIMETRO CEFALICO/EDAD: 0.65 NORMAL

Conducta a Seguir

- ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO DE LA LACTANCIA MATERNA.
- ATENCION POR HIGIENE ORAL Y ODONTOLOGIA
- PROXIMO CONTROL A LOS 6 MESES CON JEFE
- VACUNACIÓN: DEBE REALIZARSE DE ACUERDO CON EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN VIGENTE Y EL ANTECEDENTE VACUNAL.

Conducta educativa

- BRINDO INDICACIONES PERTINENTES Y EDUCACION INFORMANDO SOBRE PUERICULTURA, PAUTAS DE CRIANZA, PREVENCION DE ACCIDENTES DOMESTICOS, MALTRATO, ABUSO SEXUAL, IMPORTANCIA DE LAS VACUNAS.

Scanned with CamScanner

Oportunamente con todas las
s hijos, **Garantiza la Protección**
enfermedades como:

is meningea, **Hepatitis B, Poliomielitis,**
y otras enfermedades causadas por
us influenzae tipo B, **Difteria, Tosferina,**
Diarrea por rotavirus; **Neumonia, Otitis,**
bacteriemia causada por Neumococo,
d respiratoria causada por el virus de
a, **Sarampión, Rubéola, Parotiditis,**
Hepatitis A, **Fiebre Amarilla y Virus del**
Humano.

sca ya
is vacunas
gratis, hazlo de una!

terio de Salud y Protección Social
irección de Promocion y Prevención
irección de Enfermedades Transmisibles
de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
rama Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

insalud.gov.co @MinSaludCol

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

	D	M	A
1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			
4.ª entrega			
5.ª entrega			

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

	D	M	A
3 años			
4 años			
5 años			

	SIN	CON*	NO*

*Menor o igual a 20 normal

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

	D	M	A

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO

Resultado Tamizaje Neonatal									
TSH neonatal	Normal		Alterado						
Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado						
Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado						
Visual	Normal		Alterado						

ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA

	D	M	A

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

	D	M	A
1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

	D	M	A
A partir de 6m			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha Día	Fecha Mes	Fecha Año	Valoración Nutricional Peso	Valoración Nutricional Talla	Puntuación Z	Atención en salud por
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Valery Ramirez Chavarro

CNV 250732102464J1

X | | | 1079413950

Tipo de Documento | No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 28 | 07 | 2025

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: O+

Peso al nacer: 2690 Talla: 44

Dirección: Vda El Palmito

Teléfono 1: 3134065799

Teléfono 2:

Responsable: Angela Maried Chavarro

Municipio de residencia: Tesalia

Departamento: Huila

CC: 1007470286.

Scanned with CamScanner

y Apellidos: _____ Tipo de Indentificación _____ No. ID: _____

Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y ape del vacunad
Tuberculosis meningea (BCG)	Única				Lactancia materna exclusiva Si [ ] No [ ]						Johana Mildred Ber
Hepatitis B	Recien nacido	20	01	2025	Serum	0 3 1 2 7 1 1 1 7 / 0 3 2 3 Ø 0 2 4 D	H.O.S.A.P. 1a Placa	—	—	—	C.C. 57.460 Vacunador
Poliomielitis (VIP)	1ª	21	10	25	Biological	2 4 2 3 0 0 → A.					
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	21	10	25	Serum	2 8 J 4 X 0 1 3 E.					
Hepatitis B	1ª	21	10	25	Serum	2 8 J 4 X 0 1 3 E.					
Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	21	10	25	Serum	2 8 J 4 X 0 1 3 E.					
Diarrea por rotavirus	1ª	21	10	25	Cor	A P O L E 1 4 3 HA					
Neumonia, otitis, Meningitis y ateriemia causada por Neumococo PCV 10 [ ] PCV 13 [ ]	1ª	21	10	25	Pfizer	L E J 7 7 J.					
Poliomielitis (VIP)	2ª				Lactancia materna exclusiva Si [ ] No [ ]						
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª										
Hepatitis B	2ª										
Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª										
Diarrea por rotavirus	2ª										
Neumonia, otitis, Meningitis y ateriemia causada por Neumococo PCV 10 [ ] PCV 13 [ ]	2ª										
Poliomielitis (VIP)	3ª				Lactancia materna exclusiva Si [ ] No [ ]						
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª										
Hepatitis B	3ª										
Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª										
Influenza estacional	1ª										
Influenza estacional	2ª										
mpión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª										
Neumonia, otitis, Meningitis y ateriemia causada por Neumococo PCV 10 [ ] PCV 13 [ ]	Refuerzo										
Varicela	1ª										
Hepatitis A	Unica										
*Influenza estacional	Anual										
Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo										
Difteria, Tosferina y Tétano DPT [ ] Pentavalente [ ]	1er Refuerzo										
**Fiebre Amarilla	Unica										
mpión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª										
omielitis (VIP) [ ] (VOPb) [ ]	2do Refuerzo										
Difteria, Tetanos, Tosferina	2do Refuerzo										
Varicela	Refuerzo										
s del papiloma humano (VPH)	1ª										
	2ª										
	3ª										
Covid-19	1ª										
	2ª										
	1er Refuerzo										
	2do Refuerzo										

E.S.E. Hospital SANTA TERESA VACUNACION Paicol - Huila

CITA = 23 - Diciembre / 25

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.007.490.286**

CHAVARRO YARA

APELLIDOS

ANGELA MARIED

NOMBRES

Angela M chavarro yara

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-MAY-1996**
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

14-AGO-2014 LA PLATA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1904900-00648341-F-1007490286-20141128 0041480844A 2 42812593

11

Scanned with CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.004.075.200
RAMIREZ BUSTOS

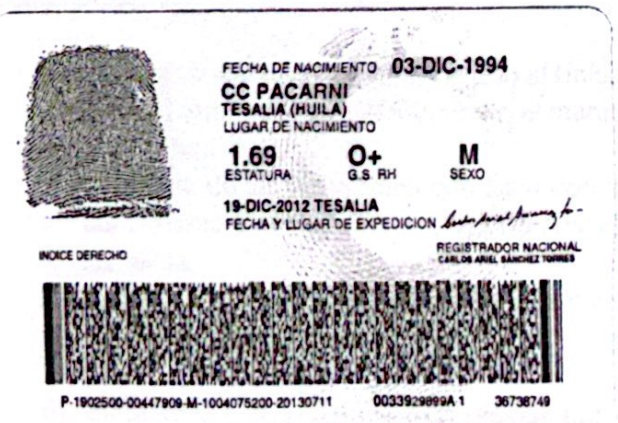
APELLIDOS
JHON FREDY

NOMBRES

REPUBLICA DE COLOMBIA

Yhon Fredy Ramirez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-DIC-1994
CC PACARNI
TESALIA (HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

19-DIC-2012 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1902500-00447909-M-1004075200-20130711 0033929899A 1 36738749

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 Estrellitas Nacientes 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): Valery Ramirez Chavarro con RC No 1079413950 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 Tesalia.

Jhon fredy Ramirez
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Sandra P. Bravo
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 Valery Ramirez chavarro, identificado (a) con documento de identidad número 1079413950, 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, Angela Maired Chavarro Yara, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1007490286 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 CORHUELLAS, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Educación Inicial en el hogar.

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: Jhon Fredy
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 6 Marzo de 2025
Municipio: Tesalia (H)

¡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

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Angela Maried Chavarro, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1007490286 de la plata, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Valery Ramirez Chavarro, identificados con NUIP No. 1079413950, usuario de la unidad de servicio Estrellitas Nocientes 2, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en Tesalia Huila, a los 21 días del mes Marzo de 2025

Datos del padre o acudiente de la/el/los niño(as)

Nombre: Angela Maried Chavarro

Firma: Angela Maried Chavarro

CC. No. 1007490286

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Sondra Patricia Brand

Firma: Sondra Patricia Brand

CC. No. 26.471.459

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

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

FORMALIZACION DEL PACTO DE CONVIVENCIA

Yo Angela Maried chavarro ,identificado con la cédula de ciudadanía N° 1007490286 expedida en La plata como padre de familia y/o cuidador del niño o niña Valery Ramirez Chavarro con RC 1079413960 manifiesto que de manera voluntaria acepto y me adscribo al pacto de convivencia que hemos socializado y construido de manera conjunta en la UDS ESTRELLITAS NANCIENTES 2 en el cual se establecen los siguientes acuerdos.

LOS ACUERDOS ESTABLECIDOSSE RESUMEN EN

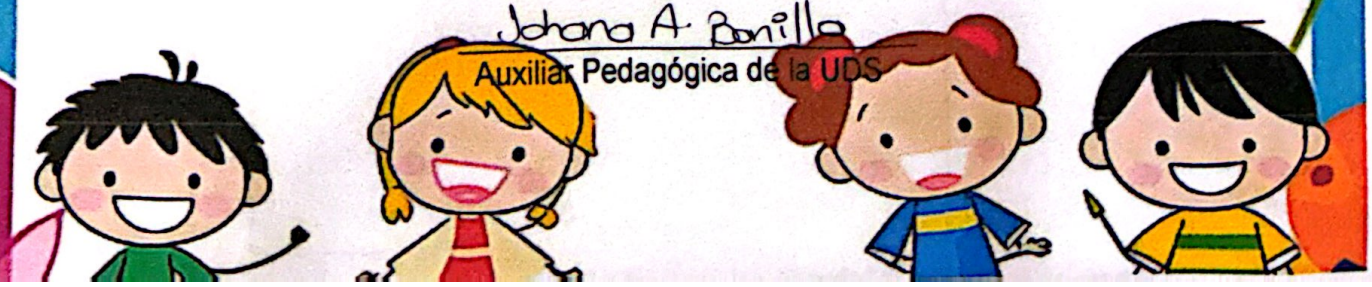
1. Derechos y deberes de los niños y las niñas usuarias
2. Derechos y deberes de padres de familia y/o cuidadores
3. Gratuidad del servicio brindado en la UDS
4. Derechos y deberes del Talento Humano de la UDS
5. Mantener relación de respeto entre los usuarios de la UDS y con el talento humano de la UDS.

El presente acuerdo se da por formalizado el día 15 del mes 09 del año 2025 en el municipio de TESALIA con la firma de las partes que en el intervienen

Angela chavarro
Padre de familia o usuario

Sandra P. Brand.
Docente de la UDS

Johana A. Bonilla
Auxiliar Pedagógica de la UDS



Scanned with CamScanner

ElectroHuila

NIT 891.180.091-4

AUTORETENEDORES DE RENTA RESOL. No 547/2002
DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART. 4
RESOL. 000055 DEL 14 DE 16 DIAN SOMOS GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTO RETENEDORES ICA CIRCULAR 4
DEL 00/01/99 SECRETARÍA DE HACIENDA DE NEIVA

FACTURA DE VENTA No. 74985466

Documento equivalente según artículo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 28/DIC/2022

SU CODIGO CUENTA NIU

293853870

Para cualquier consulta y pago electrónicos www.electrohuila.com.co

FT -CFE -05 -001

TOTAL A PAGAR

$ 25.460

FECHAS DE LECTURAS	11/OCT/2022 08/DIC/2022
FECHA SUSPENSIÓN	30/DIC/2022

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	BUSTOS CUADRADO FLOR MARINA	Nit CC	23497183
Dirección	VDA PALMITO	Ruta	6080540415
Municipio	TESALIA	Ciclo	094
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

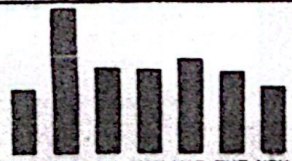
Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6580170
Carga Contratada	302	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	I.E	I.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
5857299	KRI	A	S	0	13029	12952	1	77

Promedio Cuenta 184 Consumo Año Anterior 86 Consumo Anterior 86

ULTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
NOV	77
SEP	178
JUL	103
MAY	101
MAR	115
ENE	98
NOV	79

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU:69 DIU:197.356928HC:0
EC:0 VC:0 VCD:0
VCF:0 CEC:0
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 24/10/2022
Valor $ 32560

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
38.5	794.8427 =	30601
38.5	794.8427 =	30601

CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)

Valor Total Energía del Periodo	$	61.202
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 36.720
Valor Total Energía Facturado	$	24.482

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES		OTROS CARGOS		
Consumo Periodo	$	61.202		$	0
Impuesto Alum. Publico	$	979	ALUMBRADO P	$	979
Ajuste Decena	$	- 1	VALOR ELECTROHUILA	$	24.481
Subsidio	$	- 36.720			

TOTAL A PAGAR

$ 25.460

ELECTRODOMÉSTICOS

NOMENIO	C PEND	TOTAL CON/	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

FOES: Consumo Kwh $/Kwh Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 291.0 Tm: 46.0 PRn,m: 64.0 Dn,m: 251.0 Rm: 27.0 Cv,m: 1
12.0 CUv,n,m: 794.8427 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA

Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad Tesalia.

Nombre completo de la niña o niño Valery chavarro yara

Fecha de nacimiento 28 09 2025 **N° Documento de Identidad** 1079413 950

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** 1 09 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Johana Andrea Bonilla.

Fecha de registro cualitativo 11 11 2025

Rango de edad
0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ● 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa ■ **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales
Valery es una bebé que cumple con los ítem estimados para su rango de edad. que la ubica en un nivel Esperado para su desarrollo

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo Día Mes Año

Rango de edad
0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa ☐ **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

Rango de edad
0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa ☐ **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

Scanned with CamScanner

Relación con los demás																		Relación consigo misma/o												Relación con el mundo									
Comunicación				Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social								
Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social																					
1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a						
Valoración Cualitativa ⇨																																							
0 a 6 meses																																							
6 meses y 1 día a 12 meses																																							
1 año y 1 día a 2 años																																							
2 años y 1 día a 3 años																																							
3 años y 1 día a 4 años																																							
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días																																							

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

Scanned with CamScanner