REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.080.268.137

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60366232

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1 2 8

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

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA --- COLOMBIA -- HUILA -- LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LOPEZ	RODRIGUEZ

Nombre(s): MAHIA VIOLETTA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes DIC Día 04	FEMENINO	A	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	160285373

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: LOPEZ RODRIGUEZ YUVERICA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.262.175	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:

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: LOPEZ RODRIGUEZ YUVERICA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.080.262.175	

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 2020 Mes DIC Día 16	MANUEL JESUS LATORRE ADARME - REG Nombre y firma

Reconocimiento notarial	Nombre y firma del funcionario que autoriza el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL — Adhesivo Copia Registro Civil 27718284-9

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

16 DIC 2020

REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

OFIXPRES

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.080.262.175

LOPEZ RODRIGUEZ
APELLIDOS

YUVERICA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-AGO-1990
LA ARGENTINA (PLATA VIEJA)
LA ARGENTINA (HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

15-AGO-2008 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1904700-00155339-F-1080262175-20090428 0011107137A 1 28299852

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A1

Fecha de consulta: 27/05/2025

Ficha: 41378011505300000098

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MAHIA VIOLETTA

Apellidos: LOPEZ RODRIGUEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268137

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 20/11/2018

Última actualización ciudadano: 27/04/2021

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: CARLOS ANDERSON ACOSTA VALDEZ

Dirección: Calle 6 No 3 - 52

Teléfono: 3176617965

Correo Electrónico: administradorsisben@laargentina-huila.gov.co

Powered by CamScanner

Nit: 891.180.001-1

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía
Nit 89 180 001-1

SU CODIGO CUENTA NIU
835890575

Para cualquier consulta y pago electrónicos
www.electrohuila.com.co PI -CRE -05 -021

AUTOMETENEDORES DE RENTA, RESOL. No 247/2002 DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART 4 RESOL. 000005 DEL 14/07/10 DIAN GRANDES CHARDLES CONTRIBUYENTES AUTOMETENEDORES (CA CIRCULAR 4 DEL 09/01/99 SECRETARÍA DE HACIENDA DE NEIVA

TOTAL A PAGAR
$ 22.130

FACTURA DE VENTA No. 84684582

Documento equivalente según artículo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 27/ENE/2025

FECHAS DE	09/NOV/2024
LECTURAS	07/ENE/2025
FECHA SUSPENSIÓN	29/ENE/2025

Cliente	YUVERICA LOPEZ RODRIGUEZ	Nit CC	1080262175
Dirección	VDA BETANIA LA ARGENTINA CS	Ruta	6926530240
Municipio	LA ARGENTINA	Ciclo	070
Clase Servic.		Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

Tens.	[illegible]ARIA	Circuito	6500327
Carga Contratada		Nombre	
Grupo		Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Mes	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
23012319	POW	A	S	8	252	201	1	51

Promedio Cuenta: 52 Consumo AF: Ante...: 0 Consumo Anterior: 0

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
DIC	51
OCT	51
AGO	56
JUN	49
ABR	34
FEB	8
	0

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU: DIU: MC:
EC: VC:
ACF:
Valor Cons

ULTIMO PAGO
Fecha 09/...
Valor $ 67318

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
25.5	982.574 =	25056
25.5	982.5245 =	25054

CONSUMO PERIODO

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

Valor Total Energía del Periodo	$	50.110
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 29.085
Valor Total Energía Facturado	$	21.025

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
INTERES MORATORIO	$ 57
CONSUMO PERIODO	$ 50.110
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ 1.051
AJUSTE DECENA	$ - 3
SUBSI...	$ - 29.085

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P	$	1.051
VALOR ELECTROHUILA	$	21.079

TOTAL A PAGAR
$ 22.130

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

Cuota Contrato Num Cuot... Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 419.0 Tm: 55.0 PRn,m: 96.0 Dn,m: 263.0 Rm: 3.0 Cv,m: 14 5.0 CUv,n,m: 982.5245 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía
Nit:891.180.001-1

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía
Nit: 891.180.001-1

Código de Cuenta : 835890575
Factura de Servicios Públicos No: 84684582
Periodo DIC 2024 Fecha de Vencimiento: 27/ENE/2025
Suspensión a partir de: 29/ENE/2025

Valor Total a Pagar $ 22.130

(415)7707274499679(8020)0835890575(3900)0000022130(96)20250127

Señor cajero favor dejar libre de sellos tanto el frente como el reverso de esta factura

SAM1 Version 1.2.1 24081217 Lector 7483

Powered by 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	1080268137
NOMBRES	MAHIA VIOLETTA
APELLIDOS	LOPEZ RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA ARGENTINA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	24/04/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 05/27/2025 17:03:06 | **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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Powered by CamScanner

EDAD DE ERUPCIÓN DE DIENTES TEMPORALES (DE LECHE)



RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

los primeros dientes debe limpiarlos con un algodón o una gasa húmeda cuando los dientes temporales estén completos enseñar al niño la forma correcta de cepillarse los dientes y el uso de seda dental, ayudando hasta cuando pueda hacerlo bien.

Nunca deje dormir al niño con el biberón en la boca porque azúcar facilita la caries dental, además el chupón puede originar de la forma de los maxilares y mal posición de los dientes. Procure no dar dulces o caramelos entre comidas.

La primera visita al odontologia debe hacerse antes del primer año.

CUIDADOS GENERALES

Baño al niño todos los días, lávé las manos y los dientes, córtele las uñas Póngale zapatos cuando camine. NO USE TALCOS NI CHUPOS.

No le de aceite para púrgalos. Evite que su niño se acerque a los enfermos. No le de aceite para púrgalos Evite que su niño se acerque a los enfermos

Expresé afecto al niño, álcelo, abráceio y acarícielo. Permita que el niño Juegue y dedique tiempo para jugar con él. Involucre el niño en las actividades de la familia. Hable con el niño y responda con amor a sus intentos de comunicarse y llamar la atención. Permita que el niño se mueva libremente. No castigue, engañe, ni asusta al niño para obligarlo a obedecer.

Expliquele al niño las cosas que no debe hacer. No exija que el niño realice tareas que no puede hacer por su edad. Sea Siempre sincero con él.

MAMÁ SI MI HIJO ESTÁ ENFERMO, DEBO REVISAR SI PRESENTA LAS SEÑALES DE PELIGRO QUE ME OBLIGAN A LLEVARLO AL SERVICIO DE URGENCIAS O VALORACIÓN INMEDIATA POR MÉDICO

- Mi hijo no puede beber ni tomar el pecho.
- Vomita todo lo que come.
- Ha tenido convulsiones o ataques.
- Esta letárgico (Muy Dormido) o Inconsciente (sin sentido).
- Le chilla el pecho o respira con dificultad.
- Respira más de 60 veces por minuto.
- Presenta deposiciones diarreicas o liquidas.
- Presenta fiebre alta(mayor a 39° o liquidas.
- Presenta Fiebre más de 3 dias.

EDAD	TIPO DE VACUNA		1a DOSIS O UNICA Fecha	2da DOSIS Fecha Cita	2da DOSIS Fecha Vacuno	3ra DOSIS Fecha Cita	3ra DOSIS Fecha Vacuno	A los 12 meses de edad Fecha Cita	A los 12 meses de edad Fecha Vacuno
Recién Nacido	Antituberculosa - BCG								
	Hepatitis B (Recién Nacido)								
A partir de los 2 Meses	PENTAVALENTE	Difteria - Tos ferina - Tetanos (DPT)							
		Haemophilus influenzae - TIPO b							
		Hepatitis B							
	Vacuna oral de polio - VOP								
	Vacuna oral de rotavirus								
	Vacuna contra el neumococo								
A partir de los 4 Meses	PENTAVALENTE*								
	Vacuna contra polio - VOP								
	Vacuna oral de rotavirus								
	Vacuna contra el neumococo								
A partir de los 6 Meses	PENTAVALENTE*								
	Vacuna oral de polio - VOP								
De 6 Meses a 23 meses	Vacuna de Influenza (De 6 meses a 23 meses)								
A Los 12 meses	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)								
	Fiebre Amarilla (FA)								
	Vacuna contra el neumococo								

		año de la 3ra DOSIS	A los 5 Años de edad	ADICIONALES
Al año de las terceras dosis	Difteria - tos ferina - tétanos(DPT)			
	Vacuna oral de polio - VOP			
Al año 5 años de edad	Difteria - tos ferina - tétanos(DPT)			
	Vacuna oral de polio - VOP			
	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)			
Adicionales				

REHIDRATACIÓN ORAL SUERO ORAL



En un litro de agua hervida y fría, mezcle todo el contenido de un sobre de suero oral.

al el niño NO ESTA DESHIDRATADO dele con cucharita y vaso dos onzas como mínimo, después de cada deposición.

Si el niño presenta ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN acuda a la Promotora de salud, ala Unidad de Rehidratación Oral UROCS más cercana, o al Hospital.

AL NACER	EDAD	A LOS 24 HORAS	EDAD
Piquete reglamentario		Baño en los días pares	
Seguir con los ojos el movimiento de un objeto.		Pesar bien de 2 a 3 más antes.	
Se sobresalta con el ruido.		Dice más de 20 palabras diarias.	
Sigue movimientos del rostro.		Camina dentro de casa.	
A LOS 2 MESES		A LOS 36 MESES	
Sostiene la cabeza.		Camina hacia atrás.	
Se lleva objetos a la boca.		Empieza saltos grandes y pequeños.	
Saludos con las personas.		Sus oraciones completas.	
Se voltea cuando oye la madre.		Se baña solo las manos y la cara.	
A LOS 4 MESES		A LOS 48 MESES	
Intenta sentarse solo.		Cepilla y aseo la cabeza.	
Pasa objetos de una mano a otra.		Lapiz cuaderno y colores.	
Reconoce cuando se la llama.		Escribe bien un dibujo.	
Para alcanzar y la conversación.		Tiene un amigo especial.	
A LOS 6 MESES		A LOS 60 MESES	
Se sienta por si solo.		Pasa solando y aparte la pelota.	
Agarra objetos con los dedos.		Juegos peligrosos.	
Pulgar y índice.		Números 1 a 5 colores.	
Dice una palabra diaria.		Dibujando Juegos.	
Pinta aplicadas.			
A LOS 12 MESES		A LOS 72 MESES	
Se para solo.		Sabe decenas 60 años de edad.	
Busca objetos escondidos.		Dibuja cosas.	
Primeras ondas sencillas.		Camina dos de la escuela.	
Bebe en la taza sola.		Camina más familia.	
A LOS 18 MESES		A LOS 84 MESES	
Corre.		Sabe diferencia los años.	
Pone hojas de un libro.		Copia una figura de formas iguales.	
Reconoce sus objetos.		Camina sumar, leer y escribir.	
Avisa cuando se ha hecho.		Camina fechas importantes.	

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2021	Enero	23	7:00	X	
2021	Marzo	13	9:00		
2021	Mayo	21	9:00		
2021	Agosto	14	9:00		
2021	Noviembre	26	9:00		
2022	Abril	9	9:00		
2022	Abril	20	9:00		
2022	Octubre	21	9:00		
2023	Marzo	28	9:00		
2023	Abril	4	9:00		
2023	Noviembre	14	9:00		
2024	Enero	15	9:00		
2024	Diciembre	20	9:00		
2025	Diciembre	26	9:00		

Nuestro Compromiso ! la Humanización del Servicio!

E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS
NIT 813.010.966-1 Tel 8311607
Código del Prestador 41378003821
La Argentina - Huila



CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

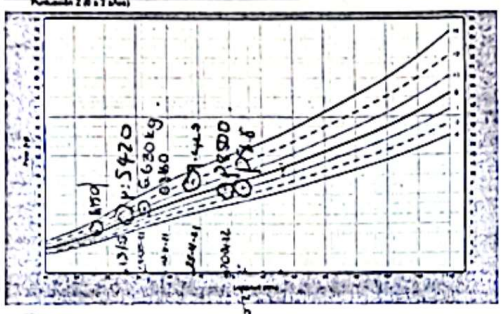
Nombre: Mahia Videtta Lopez Rodr
Fecha de nacimiento: 04-DIC-2020
Registro Civil: 1080268137
Teléfono: 3218803509
Dirección:
Barrio o Vereda: Betania.
Nombre Responsable del Niño: Yuverica Lopez R.
EPS afiliación: Ecoopsos - Nueps
Sitio de atención: ES. J.R.N.P.

ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO LOS AGENTES DE SE LO RECOMIENDE.

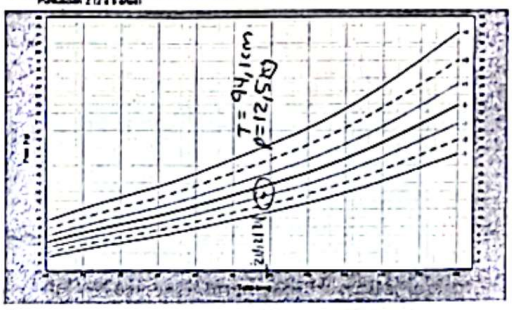
Powered by CamScanner

INTERPRETACIÓN DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

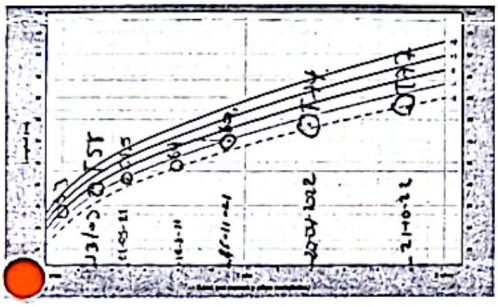
Peso para la Talla Niñas



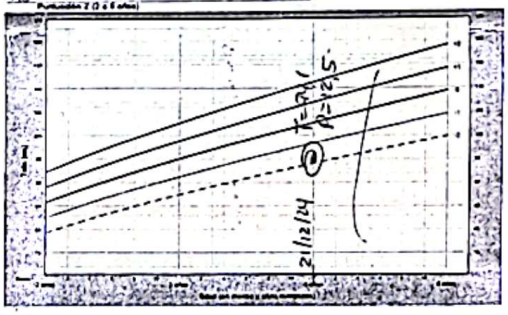
Peso para la Talla Niñas



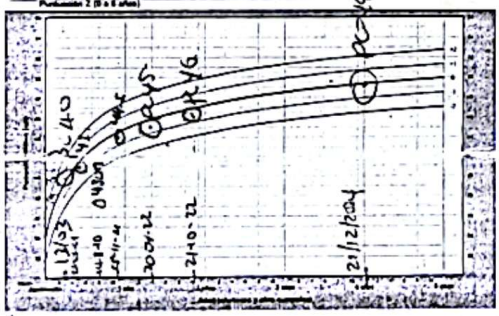
Talla para la Edad Niñas



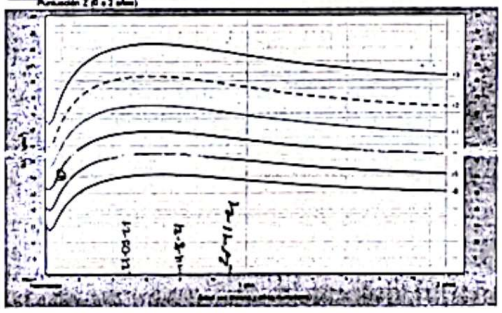
Talla para la Edad Niñas



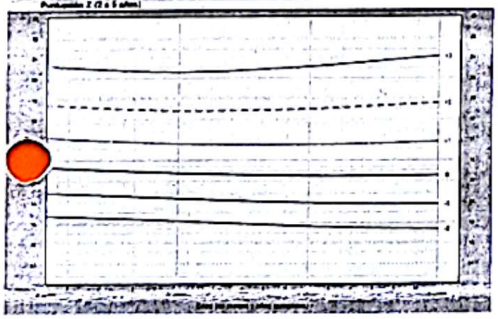
Perimetro Cefálico Niñas



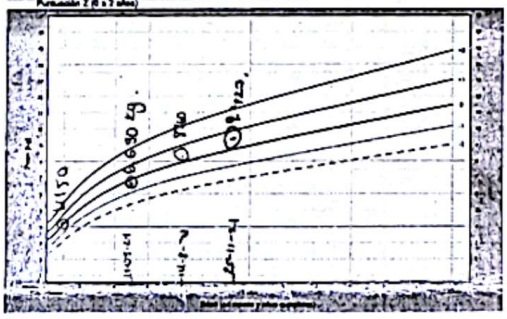
IMC para la Edad Niñas



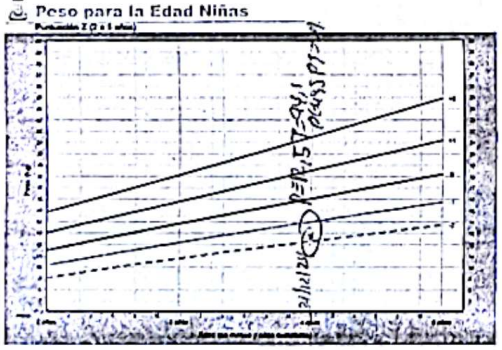
IMC para la Edad Niñas



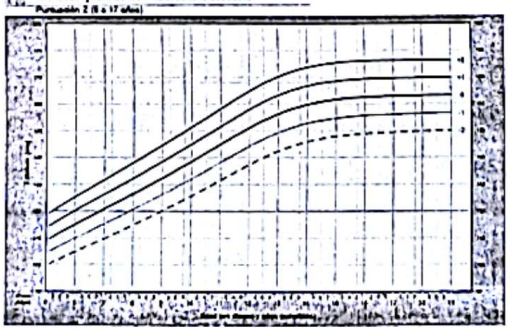
Peso para la Edad Niñas



Peso para la Edad Niñas



Talla para la Edad Niñas



DISEÑO E IMPRESIÓN ANDRES PUBLIK SAS TEL 311-215-7663

Powered by CamScanner

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer — Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida — Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

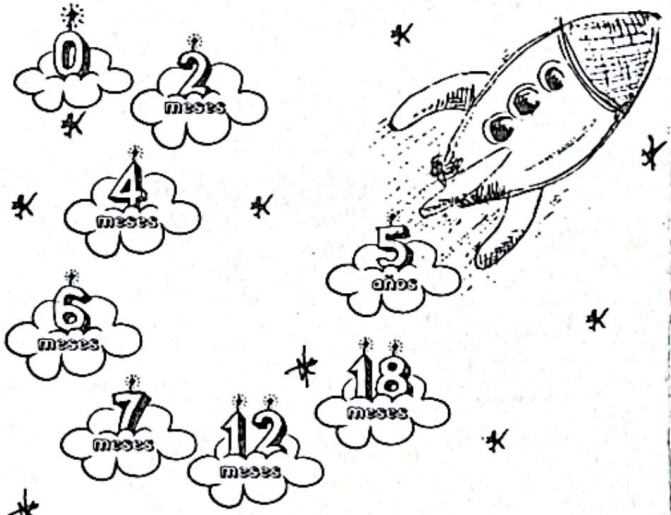
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI — de cero a siempre

MinSalud

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Mahío Violetta López R.
Fecha de nacimiento: 01-Diciembre 2020
Nº de certificado de nacido vivo: 1602853733
Registro civil: 1080268137
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 2610 grams Talla: 46cm
Dirección: Betania - Acosmu
Teléfono: 3213803509. - Ecops
Responsable: yuverica Lopez Rodriguez
Municipio de residencia: La Argentina
Departamento: Huila CC: 1080262175

Cita.

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Powered by CamScanner

Nombre: Maria violeta lopez Registro C: 1080268137

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☑ No ☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única	05-12-20	Serum	0379965	HUN	— — —	Paola Loaiza
	Hepatitis B	Recién nacido	05-12-20	Serum	0320600268	HUN	05 02 21	Paola Loaiza
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☑ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª	04-02-21	Sanofi pasteur	T3D841V	ESE Juan Ramon	06 04 21	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	04-02-21	Serum	285CN058C	ESE Juan Ramon	06 04 21	Leidy Robayo
	Rotavirus	1ª	04-02-21	GlaxoSmith	ARCC634AA	ESE Juan Ramon	06 04 21	Leidy Robayo
	Neumococo	1ª	04-02-21	GlaxoSmith	A3PB125SIA	ESE Juan Ramon	06 04 21	Leidy Robayo
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	06-04-21	Sanofi P.	T3D591V	E.S.E.	06 06 21	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	06-04-21	Serum	285CN058C	Juan Ramon	05 06 21	Leidy Robayo
	Rotavirus	2ª	06-04-21	GlaxoSmith	ARCC634AA		— — —	Leidy Robayo
	Neumococo	2ª	06-04-21	GlaxoSmith	A3PNB268B		04 12 21	Leidy Robayo
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	05-06-2021	Sanofi Pasteur	T308911V	ESE Juan Ramon		Leidy Robayo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	05-06-2021	SERUM	282CN058C	ESE Juan Ramon		Leidy Robayo
	Influenza	1ª	03-07-21	Sanofi Pasteur	U3B781V	ESE JRNP	04 08 21	Leidy Robayo
7 Meses	Influenza	2ª	14-08-21	Sanofi pasteur	U3B581V	ESE J.R.N.P	— — —	Leidy Robayo
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	15-dic-21	Serum	0130N178A	ESE J R N P	04 12 25	Leidy Robayo.
	Fiebre Amarilla	1ª	17-06-22	Biomanguinhos	1212FEC152	ESE J R N P	— — —	Leidy Robayo.
	Neumococo	Refuerzo	15-12-21	GlaxoSmith	A3NB315BA	ESE J R N P	— — —	Leidy Robayo
	Influenza	Anual	11-06-22	Greenvacc	USC222CC	ESE J. R N P	— — —	Leidy Robayo.
	Hepatitis A	ÚNICA	15-12-21	MERCK sharp	U009725	ESE J R N P.	— — —	Leidy Robayo.
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª Refuerzo	17-06-22	Serum	282CCC19	ESE J. R N P	04 12 25	Leidy Robayo
	Polio (Oral - IM)	1ª Refuerzo	17-06-22	Biomanguinhos	2114CCCA	ESE J-R N P	04 12 25	Leidy Robayo
5 Años	Polio (Oral - IM)	2ª Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	9-04-24	Serum	0133NCCA	ESE Juan Ramon	— — —	Leidy Robayo
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela.	1ª	15-12-21.	MERCK sharp	U006722	ESE J. R N P.	04 12 25	Leidy Robayo
	Varicela.	1 12.						
	Refuerzo DPT - Polio	1 Año	27-01-22	Serum	0121W235	ESE J. R N P	— — —	Leidy Robayo

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Powered by CamScanner

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Mahe Violetta Lopez R	**DOCUMENTO:** 1.080.268.137.
CONTROL DE PLACA **FECHA DE ATENCIÓN:** 03 Octubre 2025.	**PROXIMO CONTROL:** 20 febrero 2026
EXPEDIDO POR: Lina Mayerly Lasso H. Auxiliar en Salud Oral C.C. 1.080.263.132 T.P. # 073	

Powered by CamScanner

de cero a siempre

Ciudad La Argentina Huila

Nombre completo de la niña o niño Mahia Violetta Lopez Rodriguez

Fecha de nacimiento Día 04 Mes Dic Año 20 **N° Documento de Identidad** 1.080.268.137

Sexo Masculino ○ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 03 Mes 02 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Lina Vanessa Muñoz Tapiero

Fecha de registro cualitativo Día 28 Mes 04 Año 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 [yellow]

Perfil de desarrollo
Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Lina Vanessa Muñoz

Fecha de registro cualitativo Día 26 Mes 07 Año 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 [blue]

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 Lina Vanessa Muñoz

Fecha de resgistro cualitativo Día 29 Mes 10 Año 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 ●

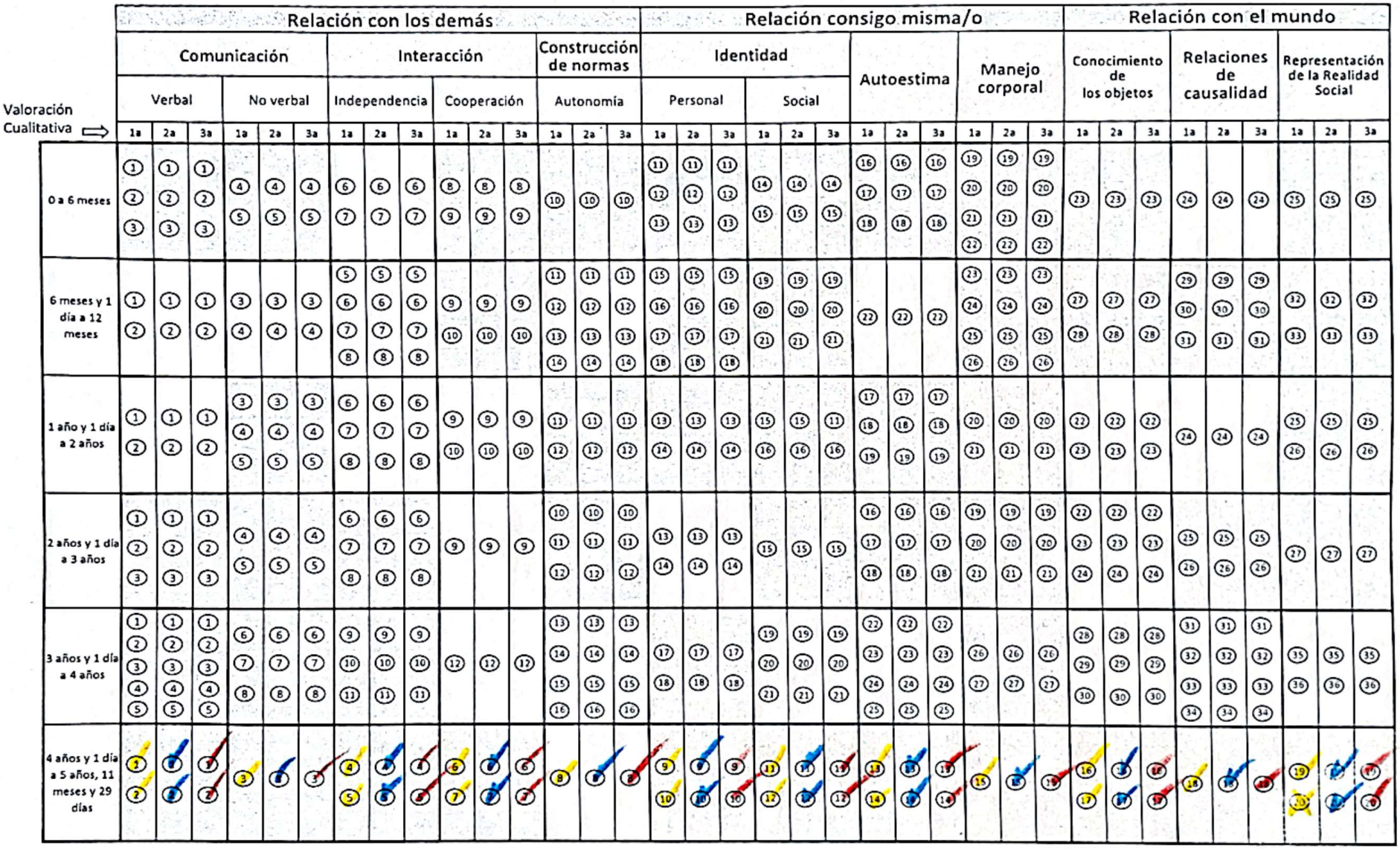
Color de registro valoración cualitativa [red]

Perfil de desarrollo
Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

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

Powered by CamScanner



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	**NIT. 900027451-0**
	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 La Inmaculada, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio F. Grupo libertad. 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 Violetta Lopez R. con RC No 1080268137 Para ello me comprometo a:

1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al HCB, 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.

   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).

Powered by CamScanner

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 03 del mes Febrero del año 2025, en el Municipio de La Argentina.

Yuvericar Lopes Rodrigues
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Lina Vanessa Muñoz Tapiero
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD NIT. 900027451-0	CÓDIGO: AG-DP-001	
	FORMATO DE AUTORIZACION ENTREGA Y RECOGIDA	Versión: 2	Pág. 1 - 1

la Argentina, 03-Febrero-2025

Señores
Fundacion Grupo Libertad
La ciudad

ASUNTO: AUTORIZACION PARA LA ENTREGA Y RECOGIDA DE MI HIJO

Cordial saludo,

Yo, yuvenca lopez Rodriguez como madre de familia, identificada con la cédula de ciudadanía número 1080267775 y _____ como padre de familia, identificado con la cédula de ciudadanía número _____; **AUTORIZO** a las siguientes personas:

caroline castillo c.c. 1080266684
_____ C.c. _____
_____ C.c. _____

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) mahia violetta lopez Rodriguez de la profesora Lina Vanessa Muñoz Tapiero

Se entrega copia de las cedulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

Yubenca lopez Rodriguez

carrera 2 No 2 sur-14
contabilidadgrupolibertad@gmail.com
CEL: 3116328780
Tarqui Huila

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 Maria Violetta lopez Rodriguez, identificado (a) con documento de identidad número 1080268137, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Yuvenca lopez Rodriguez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1080267775, 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_ **CORPORACION PARA EL DESARROLLO DE LAS CIENCIAS, LA INVESTIGACION E INNOVACION** ___, 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_.

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: Yuvenca lopez Rodriguez
Calidad - Titular: X Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3183474614
Fecha: 03-Febrero-2025
Municipio: la Argentina huila

¡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.

Powered by CamScanner