REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1145832262

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59573766

59573756

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradur	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de	Código	D	U	W
X									

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

COLOMBIA - HUILA - LA PLATA LA PLATA H.D. S.A DE PADUA **********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LOPEZ **********	VEINTEMILLO **********

Nombre(s)

EMILI DANIELA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes MAR Día 09	FEMENINO	A	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 **********	162812835 ********

Datos de 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

VEINTEMILLO ERRENUMA LINA CONSTANZA **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1080264907 **********	COLOMBIA ********

Datos de padre o madre (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

LOPEZ RUIZ YEIMI FAVIAN **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1080261221 **********	COLOMBIA ********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

LOPEZ RUIZ YEIMI FAVIAN **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1080261221 **********	Fabian Lopez Ruiz

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 2021 Mes MAR Día 11	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Fabian Lopez Ruiz Firma	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 65;11/03/2021

NÚMERO DE PREPARACIÓN 15493712

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
28031530-4

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.080.264.907**

VEINTEMILLO ERRENUMA

APELLIDOS

LINA CONSTANZA

NOMBRES



Lina Constanza Veintemillo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **09-NOV-1995**

LA PRIMAVERA
(VICHADA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.45 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

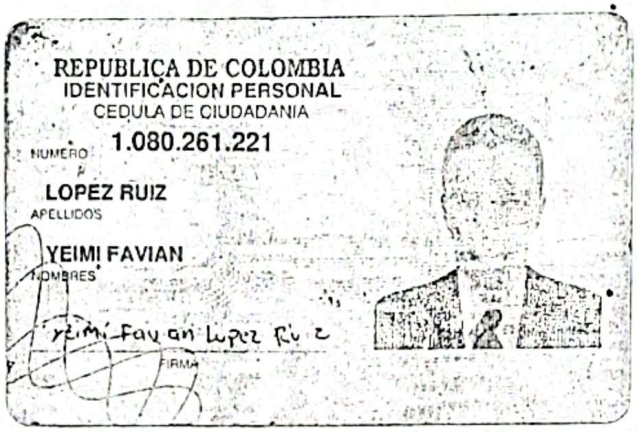
21-ENE-2014 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1904700-00563829 F-1080264907-20140415 0037932296A 1 41052708

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.080.261.221

LOPEZ RUIZ
APELLIDOS

YEIMI FAVIAN
NOMBRES

Yeimi Favian Lopez Ruiz
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-MAR-1988
MESETAS
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA | A+ G.S RH | M SEXO

30-AGO-2006 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

P-1904700-50152731-M-1080261221-20061120 0687106321A 02 194388316

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 21/01/2025

Ficha: 41378012504400000201

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: EMILI DANIELA

Apellidos: LOPEZ VEINTEMILLO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1145832262

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/11/2018

Última actualización ciudadano: 20/03/2021

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

ElectroHuila

SU CODIGO CUENTA NIU

834444221

Para cualquier consulta y pago electrónicos www.electrohuila.com.co FT-CFE-05-881

AUTORETENEDORES DE RENTA RESOL. No 547/2002 DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART. 4 RESOL. 000055 DEL 14/07/16 DIAN GORAB GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4 DEL 04/05/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

TOTAL A PAGAR

$ 44.150

FACTURA DE VENTA No. 84684568

Documento equivalente según articulo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 27/ENE/2025

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

INFORMACION CLIENTE

Cliente	YEIMI FAVIAN LOPEZ RUIZ	Nit CC	1080261221
Dirección	CS VDA BETANIA	Ruta	6920530183
Municipio	LA ARGENTINA	Ciclo	070
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	8500165
Carga Contratada	0	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
22336863	HIK	A	S	0	705	603	1	102

Ecredio Cuenta 138 Consumo Año Anterior 0 Consumo Anterior 0

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
DIC	102
OCT	127
AGO	69
JUN	194
ABR	78
FEB	133
	0

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU:14 DIU:88.66332HC:15.84332
EC:0 VC:1997 VCD:1997
XCF:0 CEC:35.78499
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 26/11/2024
Valor $ 54988

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
51.0	982.574 *	50111
51.0	982.5245 *	50129

CONSUMO PERIODO

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

Valor Total Energía del Periodo	$ 100.220
Valor (Subsidio/Contribución %)	$ - 58.170
Valor Total Energía Facturado	$ 42.050

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VR.	$
CONSUMO PERIODO	$	88.228
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$	2.103
AJUSTE DECENA	$	- 3
SUBSIDIO	$	- 58.178

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P	$	2.103
VALOR ELECTROHUILA	$	42.047

TOTAL A PAGAR

$ 44.150

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN CUOTA

OBS: Consumo Kwh Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

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

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía

ElectroHuila
Transmitimos buena energía
Nit 891 180 001-1

Código de Cuenta : 834444221
Factura de Servicios Públicos No: 84684568
Periodo DIC 2024 Fecha de Vencimiento: 27/ENE/2025
Suspensión a partir de: 29/ENE/2025

Valor Total a Pagar $ 44.150

(415)7707274493673(8020)0834444221(3900)0000044150(96)20250127

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

SAMI Version 1.2.1 24091217 Lector 7403

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	1145832262
NOMBRES	EMILI DANIELA
APELLIDOS	LOPEZ VEINTEMILLO
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	01/09/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

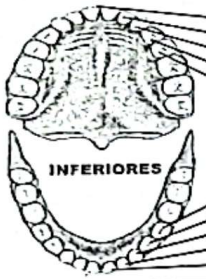
Fecha de Impresión:	01/21/2025 16:05:11	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Powered by CamScanner

EDAD DE ERUPCIÓN DE DIENTES TEMPORALES ("DE LECHE")



DIENTE	EDAD
Incisivo Central	
Incisivo Lateral	
Canino	
Primer Molar	
Segundo Molar	

DIENTE	EDAD
Segundo Molar	
Primer Molar	
Canino	
Incisivo Lateral	
Incisivo Central	

RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

los primeros dientes debe limpiarlos con un algodón o una gasa húmeda cuando los dientes temporales están 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

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

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

Exprese afecto al niño, álcalo, abrácalo y acarícielo. Permita que el niño Juegue y dedique tiempo para jugar con él. Involucre al 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.

Explíquele al niño las cosas que no debe hacer. No aúja 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 líquidas.
- Presenta fiebre alta(mayor a 38º o líquidas.
- Presenta Fiebre más de 3 días.

EDAD	TIPO DE VACUNA		1 a DOSIS o UNICA Fecha	2da DOSIS Fecha Cita	2da DOSIS Fecha Vacuna	3ra DOSIS Fecha Cita	3ra DOSIS Fecha Vacuna	A los 11 meses de edad Fecha Cita	A los 11 meses de edad Fecha Vacuna
Recién Nacido		Antituberculosa - BCG							
		Hepatitis B (Recién Nacido)							
A partir de los 2 Meses	PENTAVALENTE	Difteria - Tos ferina - Tetanos (DPT)							
		Haemophilus influenze - 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							

		A 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.

si el niño NO ESTA DESHIDRATADO dele con cucharita y vasa dos cruzas 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 MES	EDAD	A LOS 3 MESES	EDAD
Pestaña regresivamente		Sube en los dos pies	
Sigue con los ojos el		Hace torre de 3 o más cubos.	
movimiento de un objeto.		Dice más de 20 palabras claras.	
Se sobresalta con el ruido.		Controla orina de noche.	
Sigue momentos del objeto.			
		A LOS 24 MESES	
A LOS 1 MESES		Camina hacia atrás.	
Sostiene la cabeza.		Separa objetos grandes y	
Se lleva objetos a la boca.		pequeños.	
Sostiene con las piernecitas.		Une oraciones completas.	
Se voltea cuando se le habla.		Se baña solo los dientes y la cara.	
A LOS 4 MESES		A LOS 48 MESES	
Intenta sentarse solo		Lanza y agarra la pelota.	
Pasa objetos de una mano a otra.		Copia cuadrados y círculos.	
Reconoce cuando se le llama.		Describe bien un dibujo.	
Pone atención a la conversación.		Tiene un amigo especial.	
A LOS 5 MESES		A LOS 60 MESES	
Se sienta por si solo.		Hace rebote y agarra la pelota.	
Agarra objetos con los dedos		Dibuja personas.	
Pregunta y Habla.		Identifica 4 o 5 colores.	
Dice una palabra clara.		Organiza Juegos.	
Imita sonidos.			
A LOS 12 MESES		A LOS 72 MESES	
Se para solo.		Salta desde 60 cms de altura.	
Busca objetos escondidos.		Dibuja casa.	
Entiende ordenes sencillas.		Cuenta 5 cosas de la semana.	
Habla de la taza sola		Comienza vida familiar.	
A LOS 18 MESES		A LOS 84 MESES	
Camina		Salta alternando los pies.	
Pone bloque en un libro.		Copia una figura en forma correcta.	
Reconoce sus objetos		Cuenta ayer, hoy y mañana.	
Avisa cuando se ve al baño.		Conoce fechas importantes.	

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2021	mayo	15	7am	Vacunada	
2021	Agosto	13	8:00		
2021	Noviembre	19	7am		
2022	Enero	18	7:00	Hoy	
2022	Junio	25	8:00		
2022	Septiembre	27	7:00		
2023	Marzo	10	7:00		
2023	Noviembre	24	8:00		
2024	Enero	9	8:00		
2024	Mayo	14	8:00		
2024	Marzo	19	8:00		
2025	Marzo	22	8:00		
2026	Marzo	13	7am		

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: Emily Daniela Lora V.
Fecha de nacimiento: 01 Marzo - 2021
Registro Civil: 1147832267
Teléfono: 3157058563
Dirección: La Argentina
Barrio o Vereda: Betania
Nombre Responsable del Niño: Lina C Bertonillo
EPS afiliación: Comf
Sitio de atención: E.S.E JRNP

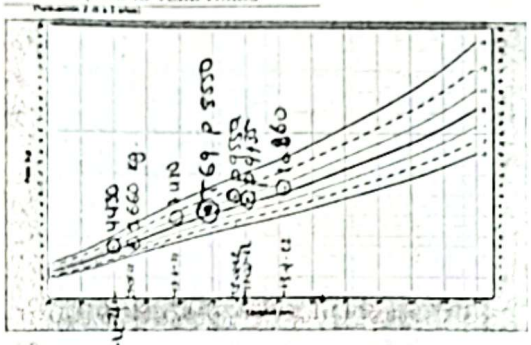
CUIDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO LOS AGENTES DE SE LO RECOMIENDE

56 37.5 pol: 3040 talla: 98

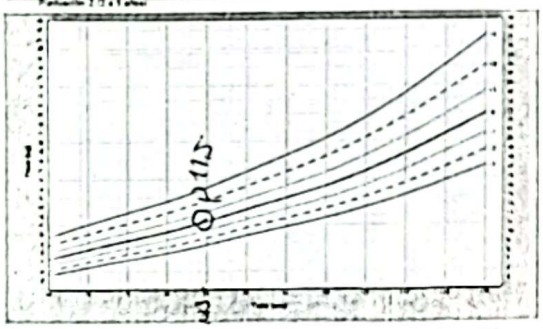
Powered by CamScanner

INTERPRETACION DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

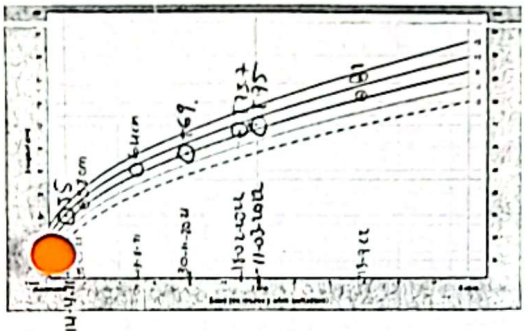
Peso para la Talla Niñas



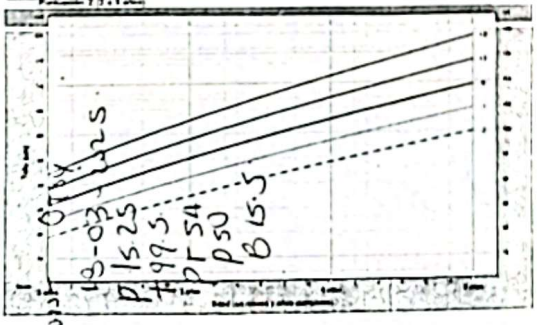
Peso para la Talla Niñas



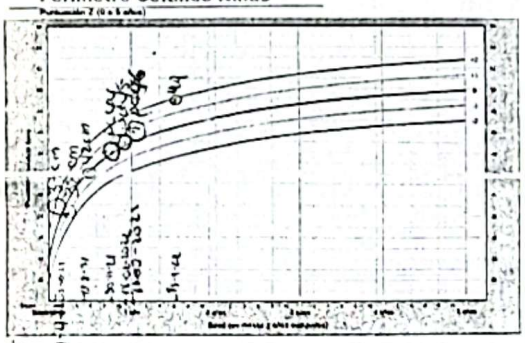
Talla para la Edad Niñas



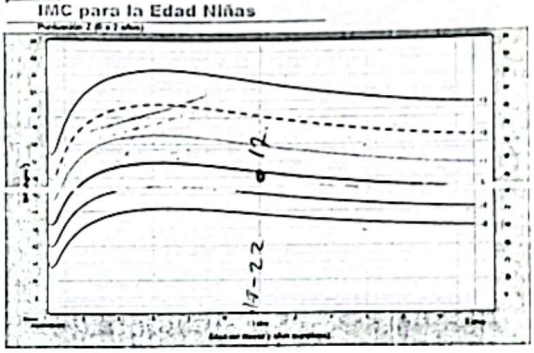
Talla para la Edad Niñas



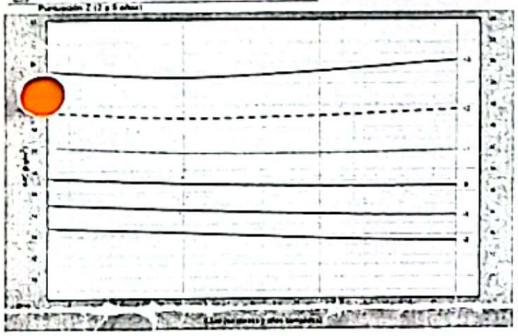
Perímetro Cefálico Niñas



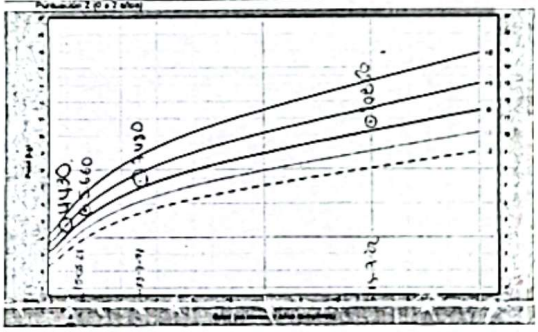
IMC para la Edad Niñas



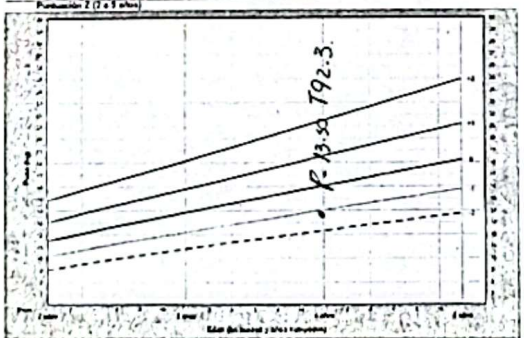
IMC para la Edad Niñas



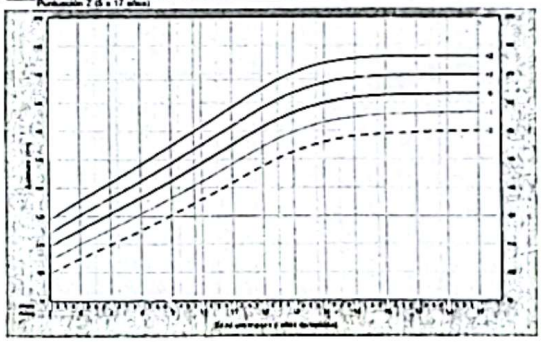
Peso para la Edad Niñas



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.

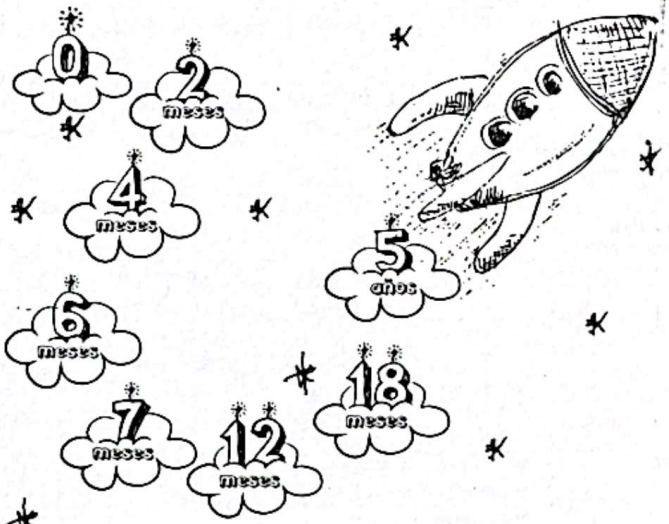
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

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
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Emily Daniela Lopez Montenegro
Fecha de nacimiento: 09-03-21
Nº de certificado de nacido vivo: 162812835
Registro civil: A 145832262
Sexo: femenino
Grupo sanguíneo: A+
Peso al nacer: 3040 gr. 375
Dirección: V/ Betania - Sotodeague
Teléfono: 3157058563 - compañ
Responsable: Lina Constanza Montenegro
Municipio de residencia: La Argentina
Departamento: Huila 1082664907

Cita: 13-Marzo-2026

Recuerda: Son
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Powered by CamScanner

Nombre: Emily Daniela Lopez Ventmilla Registro Civil: 1145-832-762

Edad	Me protege de		Dosis	Fecha de Aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombre de Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☒ No ☐											
	Tuberculosis B.C.G.		Única	10	03	21	Serum	03796215	HDSAP	—	—	—	Alejandra P
	Hepatitis B		Recién nacido	09	03	21	Serum	03202130	HDSAP	09	05	21	Jefe Eduardo
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐											
	Polio (Oral - IM)		1°	15	05	21	Sanofi pasteur	T3D3941U	ESE J RNP	15	07	21	Leidy Rebaylo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1°	15	05	21	Serum	28SCY0180	ESE J-RN-P	15	07	21	Leidy Rebaylo
	Rotavirus		1°	15	05	21	GlaxoSmith	AHC194AM	ESE J-RN P	15	07	21	Leidy Rebaylo
	Neumococo		1°	15	05	21	GlaxoSmith	ASPN33CBA	ESE J-RN O	15	07	21	Leidy Rebaylo
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐											
	Polio (Oral - IM)		2°	15	07	21	Biotheon Bion	2C2J0C1A	ESE J-R N-P	15	09	21	Leidy Rebaylo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2°	15	07	21	Serum	28SC1C21C	ESE J-RN-P	15	09	21	Leidy Rebaylo
	Rotavirus		2°	15	07	21	GlaxoSmith	AHC194AM	ESE J-RN-P	—	—	—	Leidy Rebaylo
	Neumococo		2°	15	07	21	GlaxoSmith	ASPN83C0D	ESE J-RN-P	—	—	—	Leidy Rebaylo
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.												
	Polio (Oral - IM)		3°	17	09	21	Biotheon Bion	2C2J0C1A	ESE J-R N-P	—	—	—	Leidy Rebaylo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		3°	17	09	21	Serum	28SC1C23C	ESE J-R-N-P	—	—	—	Leidy Rebaylo
	Influenza		1°	17	09	21	Sanofi pasteur	U3Q431U	ESE J-RNP	20	10	21	Leidy Rebaylo
7 Meses	Influenza		2°	20	10	21	Sanofi pasteur	U3Q431U	ESE J-RNP		2022		Leidy Rebaylo
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		1°	11	03	22	Serum	U130N120H	ESE J RNP	—	—	—	Milena Bravo
	Fiebre Amarilla		1°	14	09	21	Sanofi P.	U3E37	ESE J R	—	—	—	Leidy Rubio
	Neumococo		Refuerzo	11	03	22	GlaxoSmithKline	ASPNB31CA	ESE J RNP	—	—	—	Milena Bravo
	Influenza		Anual	19	05	22	GreenCross	V502220D6	ESE J RNP	—	—	—	Leidy Rubio
	Hepatitis A		ÚNICA	11	03	22	Heiskamp Pharma	U014285	ESE J RNP	—	—	—	Milena Bravo
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1° Refuerzo	14	04	22	Serum	2321Q016A	ESE J R	13	03	26	Leidy Rubio
	Polio (Oral - IM)		1° Refuerzo	14	04	22	Biotheon	2141014	ESE J R	13	03	26	Leidy Rubio
5 Años	Polio (Oral - IM)		2° Refuerzo										
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2° Refuerzo										
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		Refuerzo	14	03	23	Serum	0131N107B	ESE J R	—	—	—	Milena Bravo
Niñas 9 Años o más	VPH		1°										
	VPH		2°										
	VPH		3°										
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela		1A	11	03	22	Merkshorp dhme	U006722	ESE J RNP	-	-	-	Milena Bra
	Sarampion- rubeola		1 DA	19	05	22	Serum	02NC52	ESE J-RNP	—	—	—	Leidy Rebaylo

Estas vacunas son gratuitas

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: Emil. Daniela lopez V.	**DOCUMENTO:** 1145832282.
CONTROL DE PLACA **FECHA DE ATENCIÓN:** Agosto 2023	**PROXIMA FECHA:** febrero 2024
EXPEDIDO POR: Karina Garzón Martinez Auxiliar en Salud Oral CC 1004154284	

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 Fundacion 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): Emili Daniela lopez V. con RC No 1145832262 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.

Lina Vaintemilla
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Lina Vanessa Muñoz T.
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Argentina

Nombre completo de la niña o niño Emili Daniela Lopez Veintemillo

Fecha de nacimiento Día 09 Mes Mar Año 21 **N° Documento de Identidad** 1145832262

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 [■]

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 [■]

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 ●

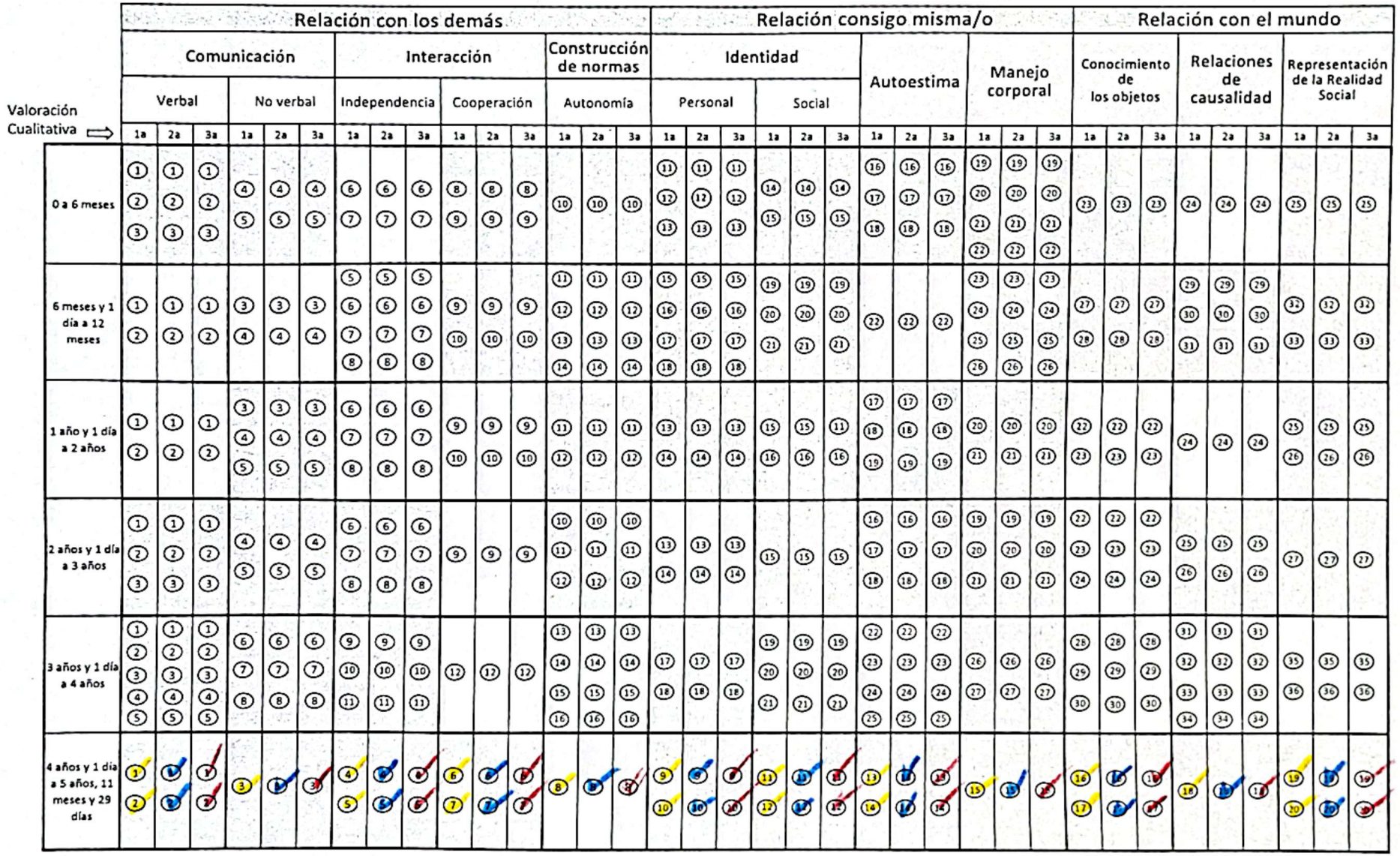
Color de registro valoración cualitativa [■]

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	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, Lina Constanza Veintemillo como madre de familia, identificada con la cédula de ciudadanía número 1080264907 y Fabian lopez como padre de familia, identificado con la cédula de ciudadanía número 1080261221; **AUTORIZO** a las siguientes personas:

Jho Alex lopez c.c. _____
Jose Danel Lopez C.c. _____
_____ C.c. _____

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) Emili Daniela lopez V. de la profesora Lina Vanessa Muñoz Tapiero

Se entrega copia de las cedulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

Lina Veintemillo

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 Emili Daniela Lopez Veintemillo, identificado (a) con documento de identidad número 1145832262, 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, Lina Constanza Veintemillo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1080264907, 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: Lina Constanza Veintemillo
Nombre: Lina Constanza Veintemillo
Calidad - Titular: X Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3157058563
Fecha: 03 - Febrero - 2025
Municipio: La Argentina

¡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