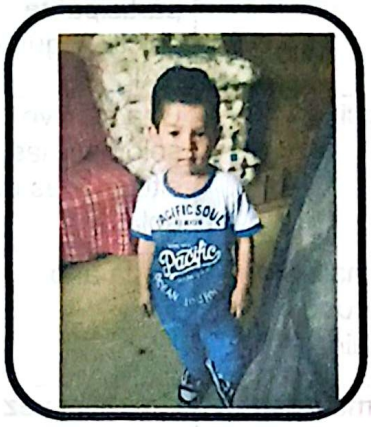
Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025	Versión: 1

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS NIÑO/A PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD INSTITUCIONAL

UDS: CDI LA ARGENITNA
PARTICIPANTE: MIGUEL ANGEL GUTIERREZ PAJAJOY
R.C: 1063820106



8. f23.mo12.pp_format 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	✓		

Powered by CamScanner

153

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 30857916-9

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 2879067

NUIP 1.063.820.106

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

GUTIERREZ PAJAJOY MIGUEL ANGEL

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	2	Mes	S	E	P	Día	0	1	MASCULINO	O +

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

COLOMBIA CAUCA POPAYAN

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	2	Mes	S	E	P	Día	2	1	0059072919

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

PAJAJOY MORENO YANETH MELINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.004.153.980	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

GUTIERREZ MENESES BELISARIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 76.342.781	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

GUTIERREZ MENESES BELISARIO

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 76.342.781

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA CAUCA TIMBIO	H 4 D

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)											Nombre y firma del funcionario
Año	2	0	2	2	Mes	S	E	P	Día	2	1	JAIRO ANTONIO CORREDOR CUELLAR

Registrador del Estado Civil

Powered by CamScanner

Huellas de Amor Para tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025	Versión: 1

ACTA DE COMPROMISO CON PADRES O CUIDADORES DE DOCUMENTOS FALTANTES Y/O DESACTUALIZADOS

La Argentina, Huila 04 - Octubre 2025

Yo Melina Pajaloy Moreno identificado (a) con N. de Cedula y/o Tarjeta de Identidad 1004153980 participante de la UDS la Argentina CDI de la Modalidad familiar y comunitaria del servicio Educación Inicial en el Hogar, teniendo en cuenta que como madre/Padre y/o cuidadora del participante: Miguel Angel Gutierrez identificado con N° RC: 1063820106, doy fe que desde el momento que solicite el cupo en la Modalidad Educación Inicial en el Hogar se me informó de manera clara los compromisos que se adquieren al participar de los programas de Primera Infancia, comprometiendo a realizar todos los trámites necesarios para garantizar los derechos en salud de mi hijo (a), me comprometo a tener y a garantizar la entrega de copia del documento faltante:

Se compromete a realizar el cambio del Sisbén al municipio de La Argentina, Huila, lugar de residencia actual del niño(a).

Se compromete a entregar la papelería faltante requerida para la formalización de la matrícula e ingreso del niño(a) al Centro de Desarrollo Infantil (CDI) de La Argentina, Huila.

Reconoce que este compromiso es requisito indispensable para garantizar la adecuada prestación del servicio y permanencia del niño(a) en el CDI.

El incumplimiento de lo aquí pactado puede generar retrasos o imposibilidad en la prestación del servicio.

Estando en mutuo acuerdo firman el acta de compromiso las dos partes comprometiéndose el padre/madre y/o acudiente a entregar los documentos faltantes con un plazo máximo el día 30 del mes 10 del año 2025.

En constancia firman,

Firma del Agente educativo

Yaneth Melina Pajaloy

Firma del Padre/Madre y/o acudiente

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

B1

Fecha de consulta: 11/09/2025

Ficha: 19807017567700000232

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MIGUEL ANGEL

Apellidos: GUTIERREZ PAJAJOY

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1063820106

Municipio: Timbío

Departamento: Cauca

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/10/2024

Última actualización ciudadano: 16/10/2024

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: NUBIA AMPARO URREA TUQUERR

Dirección: Calle 15 Carrera 17 Esquina Barrio Boya

Teléfono: 60284140

Correo Electrónico: sisben@timbio-cauca.gov

Powered by CamScanner

156

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	1063820106
NOMBRES	MIGUEL ANGEL
APELLIDOS	GUTIERREZ PAJAJOY
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	01/11/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/11/2025 20:01:41	**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

Powered by CamScanner

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DÍA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2023	febrero	01			
2023	Abril	17	12:20		
2023	Junio	01.			
2023	Sep	01			
2024	Abr	19.			
2024	Sep	01			X
2025	MAYO	16	2pm		
2025	Diciemb	20	9AM		

Gobernación del Cauca
Secretaría de Salud

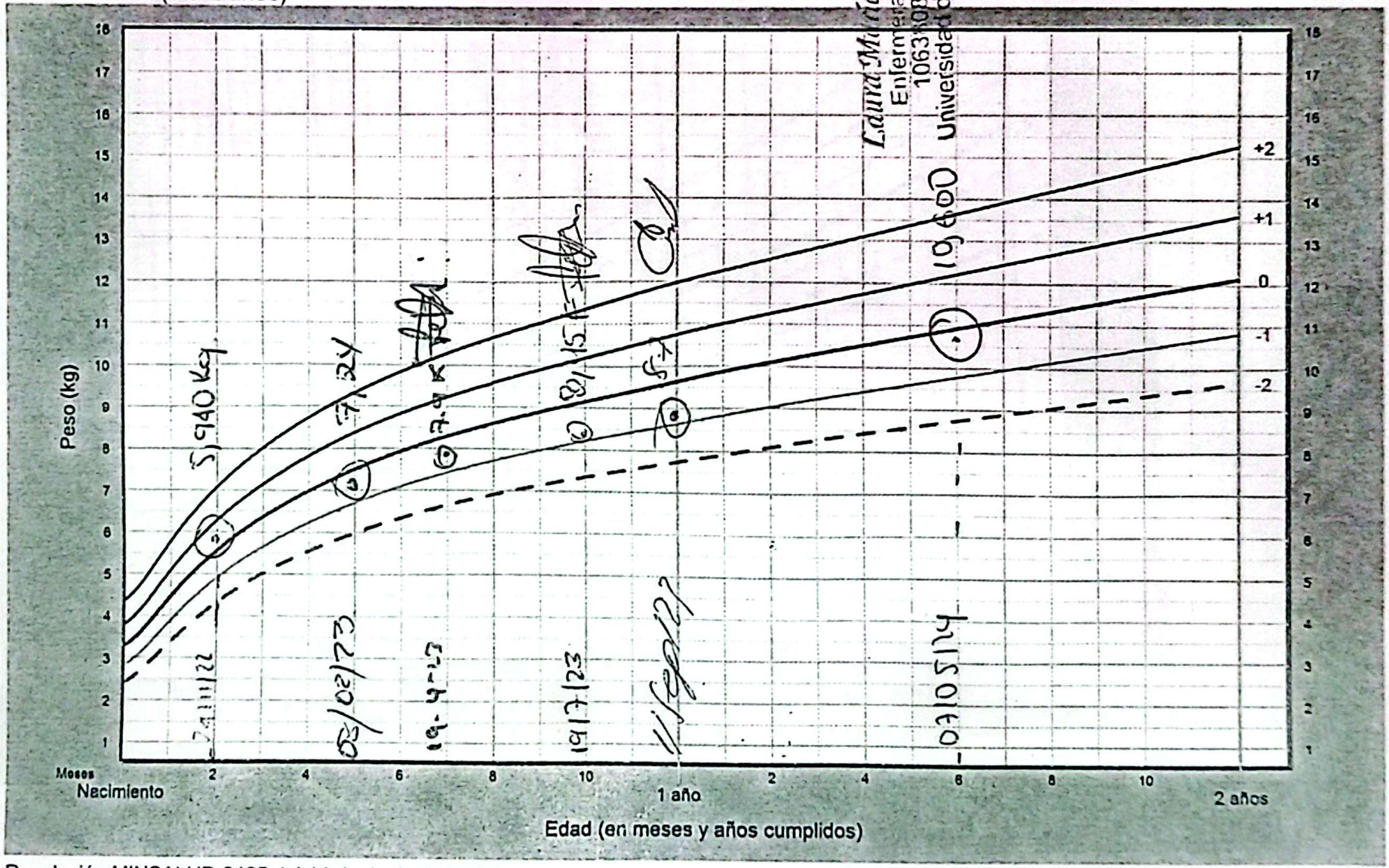
Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

HOSPITAL TIMBIO
Empresa Social del Estado
Tu salud en nuestras manos

Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



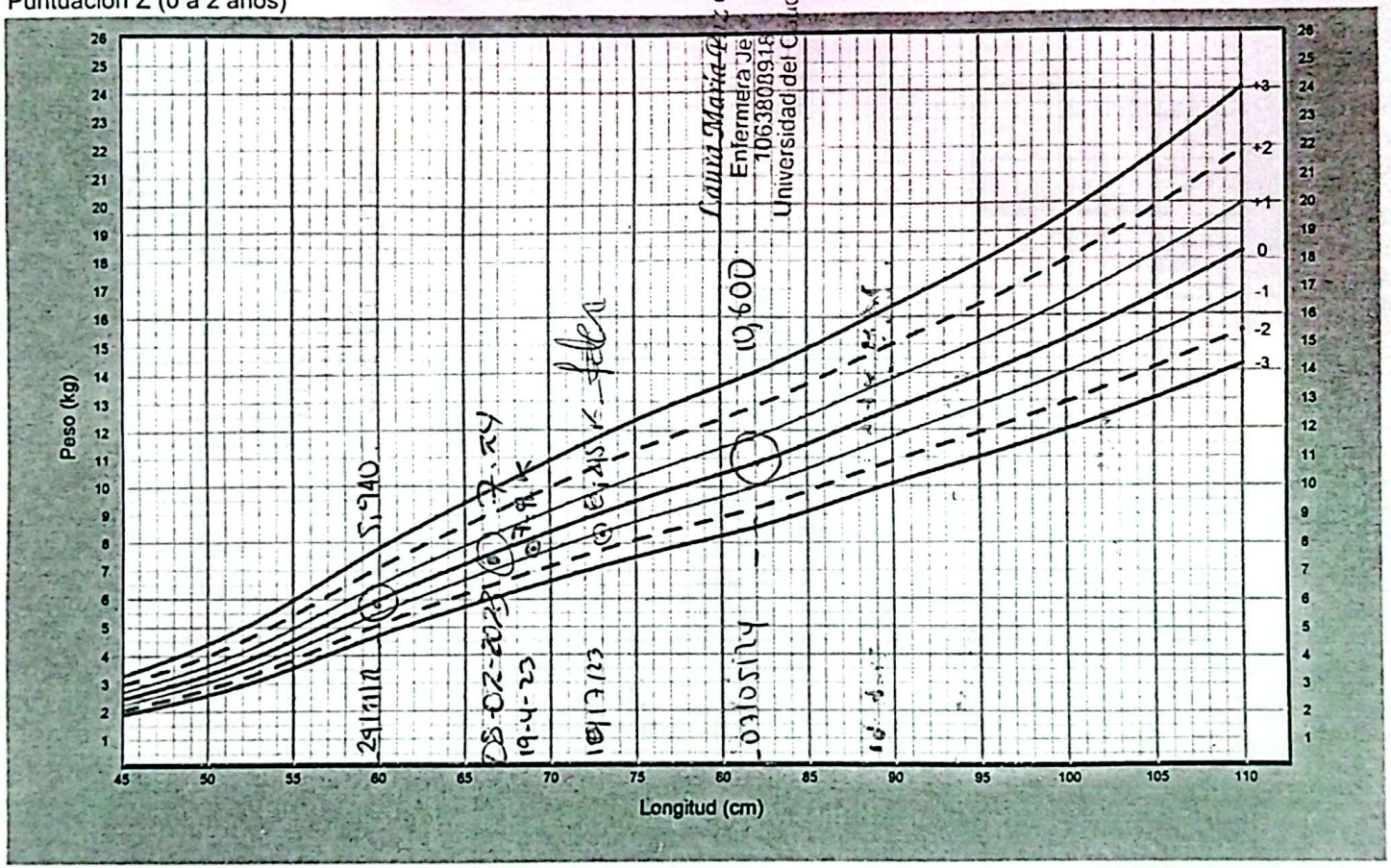
Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
publicada en el diario oficial numero 49926 el 06/07/2016.

159

Peso para la Talla Niños

HOSPITAL TIMBIO
Empresa Social del Estado
Tu salud en nuestras manos

Puntuación Z (0 a 2 años)



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
publicada en el diario oficial numero 49926 el 06/07/2016.

Powered by CamScanner

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

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								

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

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
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							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega						
2.ª entrega						
3.ª entrega						
4.ª entrega						
5.ª entrega						

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Miguel Angel Gutierrez Fajardo
Fecha de nacimiento: 01-09-2022
Nº de certificado de nacido vivo: 1063820106
Registro civil: 1063820106
Sexo: M
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3.810 gr Talla: 49 cm
Dirección:
Teléfono 1:
Teléfono 2:
Responsable: Yanetin Melina Fajardo Ramos
Municipio de residencia:
Departamento: Cauca

Busca ya las vacunas ¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Tipo identificación: No. ID:

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	01	9	22	Serum	03 3 1 1 A 00 6	IHJU				
	Hepatitis B	Recién nacido	01	9	22	Serum	03 2 1 1 A 01 B					
2 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.°	15	11	22	Bilthoven	21 0 0 0 4 3					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°	15	11	22	Serum	28 5 1 X 0 0 7 E	HOSPITAL TIMBIO				Elana Jimena Agredo Enfermera Registro Nº 6815
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.°	15	11	22	Serum	28 5 1 X 0 0 7 E					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°	15	11	22	Serum	28 5 1 X 0 0 7 E	VACUNACIÓN				
	Diarrea por rotavirus	1.°	15	11	22	Glaxo	AR 0 L 0 0 4 5 4 C					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	15	11	22	Prevenar	FR 4 8 9 7					
4 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.°	24	01	23	Bilthoven	21 1 0 1 0 4					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	24	01	23		28 5 1 X 0 2 D	HOSPITAL TIMBIO				Elana Jimena Agredo Enfermera Registro Nº 6815
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.°	24	01	23	Sp						
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°	24	01	23	Serum	Anadourse					
	Diarrea por rotavirus	2.°	24	01	23	Glaxo	ARA 0 L 0 0 4					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	24	01	23	Prevenar	FR 4 8 9 7					
6 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.°	29	3	23	Bilthoven	21 0 1 0 0 4					Elana Jimena Agredo Enfermera Registro Nº 6815
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.°	29	3	23	Serum	28 5 1 X 0 2 8 E	HOSPITAL TIMBIO				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.°	29	3	23	Serum	28 5 1 X 0 2 8 E					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°	29	3	23	Serum	28 5 1 X 0 2 8 E					
	Influenza estacional	1.°	06	04	23	Cress	V50 S2 10 04					
7 meses	Influenza estacional	2.°	06									
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	06	04	23	Serum	0X3 1 10 8 6	HOSPITAL TIMBIO				Elana Jimena Agredo Enfermera Registro Nº 6815
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	06	04	23	Prevenar	FR 4 8 9 7					
	Varicela	2.°	06	04	23	Merk	W0 52 6 8 7					
	Hepatitis A	Única	06	04	23	Sinuvac	20220 10 05					
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	6	4	24	Bilthoven	22 3 3 0 0 8	HOSPITAL TIMBIO				Johana Andrade
	Petravel	1.er refuerzo	6	4	24	Serum	28 3 2 7 0 1 L C	VACUNACIÓN				
	Fiebre amarilla	Única	6	4	24	Sanofi	W3 E2 b C V					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.° refuerzo	1									
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	6	4	24	Serum	0133 NO 14 A	HOSPITAL TIMBIO				Johana A.
	Varicela	Refuerzo						VACUNACIÓN				
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
Vacunas complementarias y otras dosis												

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

161

Powered by CamScanner

NE2

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
MIGUEL	ANGEL	GUTIERREZ	PAJAJOY

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
HUILA	LA ARGENTINA

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
	X						

Número de documento de identidad: 1063820106

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	2025	7	9

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	813010966

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI		NO	X
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

. Codigos Funciones Corporales

b7100.3 b740.3 b770.4

. Codigos Estructuras Corporales

s750.382

. Codigos Actividades y Participación

d415.3 d450.4 d455.3

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
DIANA MARCELA TORRES ARIAS	Psicología	CC-1075219091
DIANA PAOLA VARGAS TOVAR	Enfermería	CC-1080260003
JEFERSON DAVID BOTINA ERAZO	Medicina	CC-1085322318

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales d
Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

Powered by CamScanner

Folio: 14 . Fecha de Registro: 20/02/2025 7:55:50 a. m. Ingreso: 2052141 N° Historia Clinica: 1063820106

Area de Servicio: CONSULTA EXTERNA - MEDICINA ESPECIALIZADA 20/02/2025 07:57

ACORTAMIENTO DE FEMUR IZQUIERDO.

Conciliación Medicamentosa

NO "EN LA ENTREVISTA CON EL PACIENTE SE REFIERE NO CONSUMO DE MEDICAMENTOS PREVIOS A ESTA VALORACIÓN."

Análisis

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HEMIMELIA PERONEA PIERNA IZQUIERDA CON AGENESIA DE DOS DEDOS DE PIE IZQUIERDO Y ACORTAMIENTO DE FEMUR IZQUIERDO QUE SE ENVIA A FUNDACIÓN CASA COLOMBIA PARA SOLICITAR CONCEPTO Y SE CITA EN DOS MESES PARA DEFINIR CONDUCTA A SEGUIR. SE EXPLICA SITUACIÓN AL PADRE DEL PACIENTE, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Plan

SE ENVÍA A FUNDACIÓN CASA COLOMBIA BUGA PARA SOLIICTAR CONCEPTO. CONTROL POR ORTOPEDIA INFANTIL EN 2 MESES.

Diagnósticos

Q742	OTRAS MALFORMACIONES CONGENITAS DEL (DE LOS) MIEMBRO(S) INFERIOR (ES), INCLUIDA LA CINTURA PELVIANA	☑ Principal

****Indicaciones Medicas****

SE ENVÍA A FUNDACIÓN CASA COLOMBIA BUGA PARA SOLIICTAR CONCEPTO. CONTROL POR ORTOPEDIA INFANTIL EN 2 MESES.

****Procedimientos No Quirúrgico****

Código	Descripción	Cantidad
890381	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA	1

Observacion: CONTROL POR ORTOPEDIA INFANTIL EN 2 MESES.

Profesional: *JENNY PATRICIA HOLGUIN PRIETO* ***Registro Profesional:*** *19226/05*

Especialidad: *ORTOPEDIA INFANTIL*

Powered by CamScanner

Folio: 14 Fecha de Registro: 20/02/2025 7:55:50 a. m. Ingreso: 2052141 N° Historia Clinica: 1063820106

Area de Servicio: CONSULTA EXTERNA - MEDICINA ESPECIALIZADA 20/02/2025 07:57

Alérgicos	Ninguno	20/02/2025 7:55:50 a. m.
Traumáticos	Ninguno	20/02/2025 7:55:50 a. m.
Psiquiátricos	Ninguno	20/02/2025 7:55:50 a. m.
Farmacológicos	Ninguno	20/02/2025 7:55:50 a. m.
Familiares	Ninguno	20/02/2025 7:55:50 a. m.
Psicológicos	Ninguno	20/02/2025 7:55:50 a. m.
Otros	No_Refiere	20/02/2025 7:55:50 a. m.
Medicamento_Contraindicado	Ninguno	20/02/2025 7:55:50 a. m.
Pediátricos	Ninguno	20/02/2025 7:55:50 a. m.
Psicosociales	Ninguno	20/02/2025 7:55:50 a. m.
Personales	Ninguno	20/02/2025 7:55:50 a. m.

Motivo de Consulta

"VENIMOS A CONTROL"

Enfermedad Actual

PACIENTE CON HEMIMELIA PERONEA PIERNA IZQUIERDA CON AGENESIA DE DOS DEDOS PIE IZQUIERDO Y ACORTAMIENTO DE FEMUR IZQUIERDO QUE ACUDE A CONTROL CON PADRE Y RESULTADOS. REFIERE QUE NO SE QUEJA DE DOLOR, CORRE, BRINCA, JUEGA, NIEGA CAMBIOS INFLAMATORIOS, NO FIEBRE, NO OTRA SINTOMATOLOGIA.

Revision Por Sistemas

13/12/2024 RX PIES: PIE DERECHO CON PIE PLANO. PIE IZQUIERDO CON HIPOPLASIA DEL NÚCLEO EPIFISIARIO DISTAL DE LA TIBIA, ASTRÁGALO Y ESCAFOIDES. ELONGACIÓN DE LA SUTURA DEL CALCÁNEO SIN EVIDENCIA DE NÚCLEOS DEL CUBOIDES O LAS CUÑAS. AUSENCIA DE LOS HUESOS CORRESPONDIENTES A 4TO Y 5TO DEDOS, NÚCLEOS DE OSIFICACIÓN DE 1ER A 3ER DEDOS DE APARIENCIA NORMAL, HEMIMELIA PERONEA IZQUIERDA. RX TOBILLOS: TOBILLO DERECHO NORMAL. TOBILLO IZQUIERDO CON AUSENCIA DEL PERONE, 4TO Y 5TO DEDOS, SE OBSERVA MARCADA HIPOPLASIA DEL NÚCLEO EPIFISIARIO DISTAL DE LA TIBIA Y DEL NÚCLEO DEL ASTRÁGALO Y ESCAFOIDES. EL NÚCLEO DEL CALCÁNEO PRESENTA ELONGACIÓN DE SU ESTRUCTURA CON APARENTE FUSIÓN CON EL HUESO CUBOIDES. HEMIMELIA FIBULAR. 16/12/2024 RX PANORAMICA MSIS: GENU VALGO, HEMIMELIA DE PERONE CON ASIMETRIA DE TIBIA DE 5 CM.

Signos Vitales

T.A: 101 / 56 mmHg F:C: 106 lpm F.R: 26 rpm T°: 36 °C Peso: 11,00 kg Talla: 82,00 cm I.M.C: 16

Paciente con Dolor? No

Exámen Físico

Estado General

BUEN ESTADO GENERAL

Hallazgos Positivos

HEMIMELIA PERONEA PIERNA IZQUIERDA CON AGENESIA DE DOS DEDOS PIE IZQUIERDO,

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Susana	Historia Clínica de Consulta Ambulatoria	SLV-GC-03 -F16-V17 HC0070 PAGINA: 1/5

166

Folio: 14 Fecha de Registro: 20/02/2025 7:55:50 a. m. Ingreso: 2052141 N° Historia Clínica: 1063820106

Area de Servicio: CONSULTA EXTERNA - MEDICINA ESPECIALIZADA 20/02/2025 07:57

Datos Personales

Nombre Paciente: MIGUEL ANGEL GUTIERREZ PAJAJOY Identificación: 1063820106 Sexo: Masculino

Fecha Nacimiento: 01/septiembre/2022 Edad Actual: 2 Años / 5 Meses / 20 Días Estado Civil: Soltero

Dirección: VEREDA SAN PEDRO Teléfono: 3218315223

Procedencia: TIMBIO Ocupación: MENOR DE EDAD

Datos de Afiliación

Régimen: Subsidiado

Plan Beneficios: EPS SANITAS S.A.S COMN 0310 01 OCT 2000 OTROSI 003 01 MAR 2023 SUBSIDIADO Nivel - Estrato: NIVEL UNO

Datos del Ingreso *FOLIO N° 14* *(Fecha: 20/02/2025 07:55 a. m.)*

Resp. / Acomp: JIMENA GUTIERREZ Tel Resp/Acom:

Dir Resp/Acom: Nº Ingreso: 2052141 Fecha: 20/02/2025 7:22:32 a. m.

Finalidad Consulta: Tratamiento Causa Externa: Enfermedad_general

Antecedentes

Médicos	NIEGA	28/09/2023 9:38:43 a. m.
Alérgicos	NIEGA	28/09/2023 9:38:43 a. m.
Familiares	NIEGA	28/09/2023 9:38:43 a. m.
Quirúrgicos	NIEGA	28/09/2023 9:38:43 a. m.
Familiares	- RETINOBLASTOMA EN OJO IZQUIERDO DEL HERMANO MAYOR- LEUCEMIA EN HERMANO MAYOR	7/12/2023 11:09:53 a. m.
Médicos	ANTECEDENTE DE HEMIMELIA PERONEA PIERNA IZQUIERDA CON AGENESIA DE DOS DEDOS PIE IZQUIERDO	29/02/2024 11:40:05 a. m.
Otros	SIN CAMBIOS	12/09/2024 8:45:06 a. m.
Médicos	ANTECEDENTE DE HEMIMELIA PERONEA PIERNA IZQUIERDA CON AGENESIA DE DOS DEDOS PIE IZQUIERDOPACIENTE DE 2 AÑOS 3 MESES CON DATOS DE PREMATUREZ PESO ADECUADO ASIMETRIA DE MS INF CON MICROMIELIA EN PIERNA IZQ EN SEFGUIMIENTO POR FISIATRIA Y ORTOPEDIA . P/ CIRUGIA ANTECEDENTE AL NTYO: PESO:2640GRAMOS, TALLA:49CM, PC:33CM, PT:30CM, PA:29CM, NO VIGOROSO, HIPOTONICO, REQUIRIO MANEJO CON VPP POR 30 SEG, CON LEVE RECUPERACION PERSISTE HIPOTONIA . ADEMAS REFIERE ANEMIA EN AGOSTO 2023 RECIBIO TTO CO HEMOGRAMA CONTROL NOV 2023. HB; 11,6 HTO: 37 VCM: 76 (70--- 84) MCH: 23 (22 - 29)	6/12/2024 11:53:09 a. m.
Médicos	Ninguno	20/02/2025 7:55:50 a. m.
Quirúrgicos	Ninguno	20/02/2025 7:55:50 a. m.
Transfusionales	Ninguno	20/02/2025 7:55:50 a. m.
Tóxicos	Ninguno	20/02/2025 7:55:50 a. m.
Inmunológicos	Ninguno	20/02/2025 7:55:50 a. m.

E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS
LA ARGENTINA - H

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Miguel Angel Gutierrez R	**DOCUMENTO:** 1063820106
CONTROL DE PLACA **FECHA DE ATENCIÓN:** 08 sept 2025	**PROXIMO CONTROL:** 6 Marzo 2026
EXPEDIDO POR: Karina Garcia Auxiliar en Salud Oral CC 1004154284	

167

Powered by CamScanner

168

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
813010966 - 1

CERTIFICACION MEDICA

Certificado No.: **10000780**
Fecha de Registro: 30-sept-2025
Historia No.: 1063820106

Entidad Administradora: **NUEVA EPS**

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	MIGUEL ANGEL GUTIERREZ PAJAJOY	No.identificación :	RC: 1063820106
Sexo:	M	Edad :	3 Años
Ciudad de residencia:	LA ARGENTINA, HUILA	Estado civil:	MENOR DE EDAD
Dirección residencia:	, LAS BRISAS	Teléfono:	3105175698

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso : 13 Kg Talla : 87.3 cm

CAMPO VISUAL

Ojo Derecho : Visión normal Ojo Izquierdo : Visión normal

OBSERVACIONES GENERALES

MENOR DE 3 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA DE PARTO POR CESAREA, EN EL MOMENTO CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, AFEBRIL, HIDRATADO, ORIENTADO, SIN SEÑALES DE MALTRATO EVIDENTES, ADECUADO DESARROLLO PSICOMOTOR PARA LA EDAD, SE REALIZA TAMIZAJE VISUAL CON RESULTADO NORMAL (20/20) EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO, SE REALIZAN PREGUNTAS AL MENOR LAS CUALES RESPONDE ADECUADAMENTE POR LO CUAL SE PUEDE CERTIFICAR QUE PUEDE ESCUCHAR CORRECTAMENTE; MENOR QUE NO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE LE IMPIDAN VIVIR Y RELACIONARSE EN COMUNIDAD, MENOR QUE PUEDE ESTAR EN ENTORNO ESCOLAR BAJO LA SUPERVISION DE UN ADULTO RESPONSABLE. PRESENTA LIMTACION AL CORRER.

VARGAS TOVAR DIANA PAOLA
ENFERMERIA
Registro Medico No. 1840
Documento Medico No. CC 1080260003

Firma del profesional de la salud

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Argentino Huila

Nombre completo de la niña o niño Miguel Angel Gutierrez Poppal

Fecha de nacimiento 01 09 2022 **N° Documento de Identidad** 1063820106

Sexo Masculino ○ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 01 09 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Yurany Alexandra Lopez M

Fecha de registro cualitativo 29 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
Miguel Angel ha cumplido con los items de la escala es un niño muy alegre maneja bien su autoestima, comunicacion y relacion con el mundo su discapacidad fisica no le impide realizar ninguna actividad

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)***

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

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 CDI La Argentina, 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): Miguel Angel Gutierrez con RC No 1063820106 Para ello me comprometo a:

1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al Unidad de Servicio, teniendo en cuenta que es un servicio que me presta el Estado en el marco de la garantía de los derechos de los niños y las niñas.
2) Participar de las actividades que sean convocadas por UDS, la Entidad Administradora del Servicio o el ICBF, con el fin de promover el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas.
3) Cumplir el horario de atención establecido en la UDS
4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias ingresa y se retira a mi hijo(a) de la UDS.
5) Entregar los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de mi hijo(a) Estos documentos son:

   1. Certificado de afiliación a salud.
   2. Fotocopia del registro civil del niño.
   3. Fotocopia del carné de vacunas actualizado
   4. Fotocopia del carné de crecimiento y desarrollo actualizado
   5. Certificación de SISBÉN.

Powered by CamScanner

172

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

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 01 del mes septiembre del año 2025, en el Municipio de LA ARGENTINA.

Meling Pajajoy
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

AGENTE EDUCATIVO

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 Miguel Angel Gutierrez Pajajoy, identificado (a) con documento de identidad número 1063820106, 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, Melina Pajajoy Morales, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004153980, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por_____, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa CDI - La Argentina Huila.

Suscriben:

Firma: Janeth Melina Pajajoy
Nombre: Janeth Melina Pajajoy
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 310 817 3698
Fecha: 1-09-2025
Municipio: La Argentina

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.	F17.MO12.PP	11/05/2018
		Versión 2	Página 1 de 1

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Melina Yaneth Pajajoy Moreno identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1004153980 de la Argentina, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Miguel Angel Gutierrez P, identificados con NUIP No. 1063820106, usuario de la unidad de servicio CDI la Argentina manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en la Argentina, a los 01 días del mes 09 de 202(5)

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

Nombre: Yaneth melina Pajajoy

Firma: Yaneth melina Pajajoy

CC. No. 1.004153980

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Yuranny Alexandra lopez M

Firma: Yuranny Alexandra Lopez M.

CC. No. 1004153738

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN PEDAGÓGICA PARA LA ATENCIÓN A NIÑAS Y NIÑOS CON DISCAPACIDAD O ALERTAS EN EL DESARROLLO EN LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN INICIAL	F20.MO12. PP	24/03/2023
		Versión 2	Página 1 de 5

1. DATOS GENERALES

Fecha de diligenciamiento (dd/mm/aaaa):

Marque con una X el servicio de educación inicial al que asiste la niña o el niño con discapacidad

Institucional	Centros de Desarrollo Infantil (CDI)	X	Hogares Empresariales	
	Hogares Infantiles (HI)		Hogares Comunitarios de Bienestar Múltiples (HCB Múltiples)	
	Jardines Sociales		Desarrollo Infantil en Establecimientos de Reclusión (DIER)	
Comunitaria	Hogares Comunitarios de Bienestar - HCB			
	Hogares Comunitarios de Bienestar Agrupados - HCB Agrupados			
	Hogares Comunitarios de Bienestar Integrales – HCB Integrales			
Familiar	Desarrollo Infantil en Medio Familiar (DIMF)			
	Educación Inicial en zona rural y rural dispersa. (EIR)			
	Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar – Familia, Mujer e Infancia (HCB FAMI).			
Propia e intercultural	Propia e intercultural			

Regional: HUILA

Centro Zonal: LA PALTA

Nombre de la Unidad de Servicio: **CDI LA ARGENTINA**

Dirección: LOTE 4 VDA. SANTA HELENA-CASA **Municipio: LA ARGENTINA HUILA**

Zona: Urbano X Rural ____ **Teléfono contacto de UDS: 3232942322**

Correo electrónico:

Nombre del Agente Educativo y/o madre/padre comunitario: YURANY ALEXANDRA LOPEZ MEDINA

2. DATOS DE LA NIÑA O EL NIÑO

Nombre de la niña o niño: **MIGUEL ANGEL GUTIERREZ PAJAJOY**	**Documento de Identificación:** **1063820106**
	Edad (Años y meses): 3 AÑOS 9 DIAS

Grupo de atención (para los casos que aplique)

Tipo de Discapacidad (Marque con una X)	Motora	X	Visual	
	Auditiva		Sordoceguera	
	Psicosocial		Intelectual	
	múltiple			

Alertas en el desarrollo (Marque con una x cuando aplique) **Nota:** aplica solo cuando una niña o un niño según la escala	**PROCESOS O SUBPROCESOS**		**DESCRIPCIÓN**
	Cognitivo		

Powered by CamScanner

de valoración cualitativa del desarrollo (EVCD-R) se valora con dos o más procesos o subprocesos del desarrollo en alerta	Personal social		
	Comunicativo		
	Corporal	X	

3. CARACTERÍSTICAS DE LA NIÑA O NIÑO / FACILITADORES PARA LA PARTICIPACIÓN

A partir de los ítems establecidos en el siguiente apartado, realice una descripción de la niña o el niño con relación a sus procesos de desarrollo y aprendizaje, tenga en cuenta, que podrá observar estas características en el desarrollo de las experiencias pedagógicas e interacciones que acontecen en la UDS, UA y/o UCA.

a. Gustos e intereses.	Jugar, Pintar y Actividades Artisticas
b. Habilidades y capacidades.	Inteligente. Habilidades Juegos Didacticos
c. Ambientes, materiales y experiencias que favorecen su participación.	Los Padres aportan al Fortalecimiento de estas habilidades Cuando lo llevan al CDI a que se divierta con sus Compañeros
d. Acceso a otros servicios (terapéuticos, culturales y /o deportivos).	Terapias
e. Sobre lo anterior, que aportes tiene la familia y/o cuidadores de la niña o el niño.	La Familia esta Pendiente en el Cuidado y Cumplimiento de los derechos en su Salud.

4. BARRERAS QUE SE EVIDENCIAN PARA LA PARTICIPACIÓN

Se consideran como barreras aquellas condiciones, prácticas, concepciones y escenarios fuera y dentro de la UDS, UA y/o UCA que dificultan el desarrollo de prácticas inclusivas. Las barreras pueden visibilizarse durante el acceso, permanencia y tránsito de las niñas y los niños con discapacidad.

a. Espacios físicos de la UDS, UA y/o UCA.	
b. Ubicación geográfica de la UDS, UA y/o UCA.	

Powered by CamScanner

c. Mecanismos de comunicación (auditivos, visuales, táctiles u otros)	
d. Ambientes, materiales y/o experiencias en la UDS, UA y/o UCA.	
e. Imaginarios, discursos y actitudes que generan exclusión (por parte del talento humano, la comunidad, familias, autoridades, entre otros).	Se puede observar como barrio personas de su circulo social que lo consideran diferente e incluso ellos mismos les ponen los limites a los niños

5. AJUSTES RAZONABLES PARA LA INCLUSIÓN

Son comprendidos como aquellas modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas en las condiciones físicas, relaciones sociales y actitudinales, que no impongan una carga desproporcionada o indebida cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las niñas y niños su participación en la UDS, UA y/o UCA.

Estos ajustes se pueden generar a partir de las expresiones de las niñas y los niños, el análisis de la información registrada en las diversas herramientas de seguimiento al desarrollo, observaciones de los equipos interdisciplinarios y la corresponsabilidad de las familias.

Para la selección de los tipos de apoyo tenga en cuenta las siguientes definiciones:

1. **Intermitentes(I)**: apoyos que son necesarios durante periodos cortos conforme a las necesidades del usuario.
2. **Limitados(L)**: esta intensidad de apoyo se caracteriza por su consistencia en el tiempo, por un tiempo limitado, pero no intermitente. Puede exigir un coste inferior y menos personal que otros niveles más intensos de apoyo.
3. **Extensos(E)**: se definen por la implicación continua y regular, en relación a algunos entornos y sin límite de tiempo.
4. **Generalizados(G)**: constante y de alta intensidad, se proporciona en distintos entornos y son, potencialmente, para toda la vida. Normalmente son más intrusivos y exigen más atención personal que las otras intensidades de apoyo.

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN PEDAGÓGICA PARA LA ATENCIÓN A NIÑAS Y NIÑOS CON DISCAPACIDAD O ALERTAS EN EL DESARROLLO EN LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN INICIAL	F20.MO12. PP	24/03/2023
		Versión 2	Página 4 de 5

Condiciones para la participación	Ajuste razonable	Tipo de apoyo				Seguimiento
		I	L	E	G	
a. Espacios físicos de la UDS, UA y/o UCA.						
b. Ubicación geográfica de la UDS, UA y/o UCA.						
c. Imaginarios, discursos y actitudes que generan exclusión (por parte del talento humano, la comunidad, familias, autoridades, entre otros).	Retroalimentar y Sensibilizar al talento humano con actividades inclusivos y participativos			X		Todos los días en el CDI, estar atentos a las actitudes de los personas.
d. Mecanismos de comunicación (auditivos, visuales, táctiles u otros)						
e. Ambientes, materiales y/o experiencias en la UDS, UA y/o UCA.	Especial cuidado en las actividades pedagogicos q campo abierto			X		Crear en los días de actividad física juegos mas practicos para realizar.

PUBLICA

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN PEDAGÓGICA PARA LA ATENCIÓN A NIÑAS Y NIÑOS CON DISCAPACIDAD O ALERTAS EN EL DESARROLLO EN LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN INICIAL	F20.MO12. PP	24/03/2023
		Versión 2	Página 5 de 5

6. VINCULACIÓN DE ACTORES PARA FAVORECER LA INCLUSIÓN

Este ítem hace referencia a las personas que se comprometerán a la gestión con enfoque diferencial en la UDS, UA y/o UCAS incluyendo a la Familia como corresponsable del proceso. En la consolidación de estos compromisos, se hace necesaria la participación del equipo interdisciplinario del servicio.

ACTORES	ACCIONES/ COMPROMISOS	FECHA
FAMILIA, CUIDADORES O CON QUIENES VIVE	La Familia se Compromede a Permitir que el niño tenga una educacion adecuado al igual que una buena salud para su necesidad	Siempre
PROFESIONALES DE EQUIPO INTERDICIPLINAR	se compromeden a hacer del niño Cada dia una mpende para q bonitonde sintiendo fuerte, colroso y amado	Siempre
MADRE O PADRE COMUNITARIO / AGENTE EDUCATIVA	Educar en el aula de manera inclusiva para que el niño se sienta querido y respetado.	Siempre
EAS	garantizar una buena educacion de inclusion al menor	Siempre
CENTRO ZONAL	Derecho a la Educacion	Siempre
REGIONAL	Derecho a la Educacion	Siempre

Firmas de quienes aportan a la construcción de esta ficha

NOMBRE	N° DE IDENTIFICACIÓN	ACTOR (Familia, talento humano, EAS, ICBF)	CARGO	FIRMA
Yeneth Rojas	1.004153980	Madre	ama de casa	Yeneth Rojas
Yeroni A Lopez M	1004153738	A. Educativa	A. Educativa	Yeroni A Lopez M.
Sandra	36320721	Psicologa	Psicologa	Sandra.

Powered by CamScanner

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F18.GO6.PP	5/06/2025
FORMATO FICHA PARA LA ACTIVACIÓN DEL PROTOCOLO DE RIESGO DEL DERECHO A LA EDUCACIÓN EN SERVICIOS DE PRIMERA INFANCIA CENTROS DE APOYO A LA INCLUSIÓN	Versión 1	Página 1 de 1
	Clasificación de la información: Clasificada	

1. DATOS GENERALES

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 06-10-2025 NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA: Yurany Alexandra lopez

SEÑALE CON UNA X, EL SERVICIO DE EDUCACIÓN INICIAL AL QUE ASISTE LA NIÑA, NIÑO O MUJER O PERSONA GESTANTE O EN PERIODO DE LACTANCIA CON DISCAPACIDAD

Institucional	X	Centros de Desarrollo Infantil (CDI)		Desarrollo Infantil en establecimientos de reclusión (DIER)		Hogares Infantiles (HI)		Centros de educación inicial (CEI)					
Familiar y Comunitaria		HCB Familia, Mujer e Infancia HCB FAMI		HCB FAMI Semivivo		Educación Inicial en el Hogar		Hogar comunitario de Bienestar HCB		Jardines comunitarios			
Propia e Intercultural		Proyectos propios y autónomos de educación inicial		Educación Inicial Campesina		Educación Inicial Propia e Intercultural		Espacios interculturales					

Regional: HUILA Centro Zonal: LA PLATA Nombre de la Unidad de Servicio: CDI LA ARGNEITNA

Dirección: LOTE 4 VRD SANTA ELENA- CASA Municipio: LA ARGENITNA Zona: Urbana [ ] Rural [X] Teléfono UDS: 3 2 3 2 9 4 2 3 2 2

Correo electrónico: Nombre del Agente Educativo y/o madre/padre comunitario: YURANY ALEXANDRA LOPEZ MEDINA

2. DATOS DEL POTENCIAL PARTICIPANTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MIGUEL ANGEL GUTIERREZ PAJAJOY TIPO IDENTIFICACIÓN: RC NÚMERO DOCUMENTO: 1 0 8 3 8 2 0 1 0 6

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD 3 AÑOS 1 MES GEMANA DE GESTACIÓN (SI APLICA): MESES DEL LACTANTE (SI APLICA)

GRUPO DE ATENCIÓN (SI APLICA): CATEGORIA DE DISCAPACIDAD: Auditiva [ ] Física [X] Intelectual [ ] Múltiple [ ] Psicosocial [ ] Sordoceguera [ ] Visual [ ]

Diagnóstico médico relacionado con la categoría:

3. RESUMEN DE LA CARACTERIZACIÓN DE APOYOS Y PRODUCTOS

Tipo de apoyo que requiere para su participación: INTENSIDAD DEL APOYO: INTERMITENTE [X] GENERALIZADO [ ] LIMITADO [ ] EXTENSO [ ] DESCRIBA EL APOYO

3.1 Productos de apoyo para garantizar la participación con equidad en la modalidad o servicio (diligencia esta sección si requiere el uso de productos)

NOMBRE DEL PRODUCTO	OBJETIVO DEL PRODUCTO	DESCRIPCION DEL USO DEL PRODUCTO	INTENSIDAD	
			INTERMITENTE	GENERALIZADO
			LIMITADO	EXTENSO
			INTERMITENTE	GENERALIZADO
			LIMITADO	EXTENSO
			INTERMITENTE	GENERALIZADO
			LIMITADO	EXTENSO
			INTERMITENTE	GENERALIZADO
			LIMITADO	EXTENSO

4. BARRERAS IDENTIFICADAS EN EL PROCESO DE INCLUSIÓN EN EL SERVICIO DE EDUCACIÓN INICIAL O EN EL TRANSITO

FÍSICAS [X] ACTITUDINALES [X] COMUNICATIVAS [ ] BARRERAS EN AJUSTES RAZONABLES [ ] BARRERA PRODUCTOS DE APOYO-AYUDAS TÉCNICAS [ ] BARRERAS FAMILIARES [ ]

BARRERA EN ATENCIÓN INTEGRAL A SALUD [ ] BARRERAS EN EL PROCESO DE TRANSICIÓN [ ] BARRERA EN AJUSTES PEDAGÓGICOS [ ] OTRAS [ ] ¿CUALES?

4.1 . DESCRIPCION DE LA ALERTA (RIESGO DEL DERECHO A LA EDUCACIÓN)

6. ACCIONES Y/O ESTRATEGIAS QUE SE HAN DESARROLLADO PARA MITIGAR O ELIMINAR LA BARRERA

Se realizan conversaciones guiadas en lenguaje sencillo para enseñar que todos los personas tienen diferentes capacidades y merecen el mismo trato.

6. INFORMACIÓN DE QUIENES PARTICIPAN EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA FICHA

1 NOMBRE — ACTOR Familia [ ] Equipo humano [ ] EAS [ ] Otro [ ] FIRMA
N° DE IDENTIFICACIÓN — CARGO — Tel.
Correo electrónico:

2 NOMBRE — ACTOR Familia [ ] Equipo humano [ ] EAS [ ] Otro [ ] FIRMA
N° DE IDENTIFICACIÓN — CARGO — Tel.
Correo electrónico:

3 NOMBRE — ACTOR Familia [ ] Equipo humano [ ] EAS [ ] Otro [ ] FIRMA
N° DE IDENTIFICACIÓN — CARGO — Tel.
Correo electrónico:

4 NOMBRE — ACTOR Familia [ ] Equipo humano [ ] EAS [ ] Otro [ ] FIRMA
N° DE IDENTIFICACIÓN — CARGO — Tel.
Correo electrónico:

5 NOMBRE — ACTOR Familia [ ] Equipo humano [ ] EAS [ ] Otro [ ] FIRMA
N° DE IDENTIFICACIÓN — CARGO — Tel.
Correo electrónico:

6 NOMBRE — ACTOR Familia [ ] Equipo humano [ ] EAS [ ] Otro [ ] FIRMA
N° DE IDENTIFICACIÓN — CARGO — Tel.
Correo electrónico:

Powered by CamScanner

Huellas de Amor Para Tu Vida

ACTA DE ACUERDOS Y COMPROMISOS DE LAS FAMILIAS BENEFICIARIAS DENTRO DEL PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

BIENESTAR FAMILIAR

Fecha 01-09-2015 *Por medio de la presente acta Yo* Melina Pajaloy Moreno *identificada con* C.C *número* 1004153980, *acudiente o responsable del beneficiario* Miguel Angel Gutierrez P, *apruebo los acuerdos y compromisos establecidos dentro del pacto de convivencia de la Modalidad Institucional Servicio CDI La Argentina, acatando los lineamientos que rigen la ley de Cero a Siempre.*

DERECHOS DE LAS FAMILIAS

Todas las familias tienen derecho a:

- *Recibir un trato, respetuoso, justo y equitativo por parte del personal que presta los servicios.*
- *Recibir atención oportuna por parte del equipo interdisciplinario.*
- *Conocer toda la información referente a la prestación del servicio.*

DEBERES DE LAS FAMILIAS Y PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD

Son deberes ***Las familias***

- *Respetar a los docentes y demás equipo interdisciplinario.*
- *Desarrollar acciones que promuevan entre los niños y niñas el auto cuidado y el cuidado mutuo.*
- *Entregar toda la documentación de manera física y actualizada para la carpeta del niño o la niña de manera oportuna.*
- *Participar activamente en la conformación del comité de control social y en el desarrollo de la participación ciudadana, mediante las estrategias implementadas por la corporación.*
- *Informar a las agentes educativas en caso de cambiar de lugar de residencia.*
- *Informar a los agentes educativos, cualquier novedad, accidentes o situación que haya afectado la salud y la integridad del participante o algún miembro de la familia.*
- *En los grupos de WhatsApp creados para brindar información sobre el desarrollo de la modalidad, no se debe enviar información diferente a la establecida para el programa.*
- *Verificar que los niños y niñas asistan con las normas de higiene, autocuidado (uso de tapabocas) y cuidados básicos como (baño corporal, cepillado de dientes, limpieza de uñas, ropa limpia) sin golpes ni afecciones en su cuerpo.*
- *Bajo el principio de confidencialidad Informar a la EAS CORHUELLAS y su equipo Interdisciplinario cualquier caso de vulneración de derechos o sobre situaciones que afecten o pongan en riesgo el desarrollo integral de los niños y las niñas, dependiendo el caso activar rutas.*
- *Acatar las sanciones frente al incumplimiento del presente acuerdo, según las regulaciones construidas propias de cada.*
- *Prohibido del ingreso de alimentos externos a la unidad de servicio tales como (galletas, dulces y demás)*
- *En caso que el participante llegue a casa con alguna prenda u objeto que no le pertenezca devolverlo inmediatamente o avisar a la docente, el padre de familia deberá realizar el proceso de reflexión y acompañamiento en el momento de hacer la devolución.*
- *Inculcar el sentido de pertenencia, respeto y responsabilidad al cuidado de los objetos personales y de la institución, al usuario incurrir en algún daño será el padre, madre o cuidador el responsable de reparar el daño en un tiempo estimado de 3 días.*
- *Informar al agente educativo, auxiliar pedagógico, auxiliar de enfermería y/o apoyo psicosocial cualquier evento sucedido por el cual el participante no pueda asistir al CDI y enviar la respectiva excusa justificada.*
- *Cumplir los Horarios establecidos por la Modalidad de Atención CDI La Argentina, comprendidos de 8:00 am hasta las 8:15 am para el ingreso de participante y de 4:00 pm a 4:15 pm para la salida y entrega de cada usuario a sus padres o cuidadores.*
- *Se realiza la entrega de los participantes solo al Padre, Madre, y/o Cuidador MAYOR DE EDAD, registrado en el CDI, con el fin de garantizar el cuidado y protección de los Beneficiarios.*

Yoneth Melina Pajaloy

Firma Madre/Padre/Cuidador

C.C 1.004153980

Firma Equipo Agente Educativo

C.C 1004153980

Huella niño o niña

Powered by CamScanner

CO

0194323 60

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

I C C O L 0 1 9 4 3 2 3 6 0 0 1 9 0 4 7 < < < < < < < < < < <
8 7 1 2 2 4 2 F 3 3 0 3 1 7 1 C O L 1 0 0 4 1 5 3 9 8 0 < 6
P A J A J O Y < M O R E N O < < Y A N E T H < M E L I N A <

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.004.153.980

Apellidos
PAJAJOY MORENO

Nombres
YANETH MELINA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.61	F

Fecha de nacimiento
24 DIC 1987

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
LA ARGENTINA (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
05 DIC 2006, LA ARGENTINA

Firma

Fecha de expiración
17 MAR 2033

Powered by CamScanner

183

FAVER SANCHEZ JIMENEZ
83241061
4
78 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780030090
stal:
ector:3-LIBRETIN 3 DE LA ARGENTINA

Su código de cuenta NIU
295219002
Para cualquier consulta y pago electrónico

Factura de venta No.
86460676

Pago total	Pago mínimo	Periodos vencidos
$58,850	$58,850	1 meses

Costo unitario prestación del servicio

MPONENTES ELECTROHUILA	
omercialización	155.69
+	
istribución	293.26
AL ELECTROHUILA =	448.95
CADO ENERGÍA MAYORISTA	
eneración	385.91
+	
ansmisión	56.28
+	
estricciones	20.75
+	
érdidas	91.05
AL MERCADO MAYORISTA =	553.99
sto unitario = (troHuila + Mercado)	1002.94

Histórico de consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	4	32	2024	10	5
2025	3	3	2024	9	4
2025	2	2	2024	8	4
2025	1	13	2024	7	4
2024	12	9	2024	6	5
2024	11	3	2024	5	3

Promedio de la cuenta	Consumo mes año anterior
10	3

Cálculo actual del consumo

ntador	Marca	Tipo Medidor	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-7147501	KRI	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	26782	26718	1	64

Liquidación de consumo

Concepto	Desde	Hasta	Consumo	Tarifa	Valor Item	Subsidio/Contr	ValorCobrar
	1	30	64 KWh	$529.5494	$64.186	-47%	$33.891

TOTAL

790812e8eec7af3a47a41ede67e1e2ae3fef9325dae1dbafc25937159c0811cd0647barba3e2b86292741a

CUFE Numero de Factura Electronica EH-3146513 Numero de factura: 86460676

ciación ElectroHuila
escripcion Saldo
e interes 0%

Fecha de emisión	Mi último pago fue	Tengo plazo de pagar hasta	Me quedo sin servicio a partir de
16/05/2025	$1,810 27/03/2025	PAGO INMEDIATO	PAGO INMEDIAT
		Vencimiento	Suspensión

lor Energía ectroHuila $50,733 + Valor Servicio de Aseo + Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía) $8,117 + Valor Otros Cobros $0 = $58,850 TOTAL A PAGAR

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN
orta cualquier novedad relacionada con la prestación del servicio
01 8000 952 115 | 3134354436
PQR: radicacion@electrohuila.co
www.electrohuila.com.co
24/7

¡Escanea! paga en línea

Pag: 7'75

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

15)7207274499679(8020)029521900(3900)0000058850(96)20250526

FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO EN VIRTUD DEL ARTICULO 130 DE LA LEY 142 DE 1994 MODIFICADA ART 18 LEY 689 DE 2001

Powered by CamScanner

seguros mundial®

Accidentes personales

Protegemos tus pasos

Línea de atención

Línea nacional:
01 8000 112 684
en caso de accidente.

Conoce nuestra **red médica**

Página web:
www.segurosmundial.com.co

Nº Póliza: 2000514572

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado: MIGUEL ANGEL GUTIERREZ PAJAJOY

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1063820106	2025/09/01	2026/02/24

Muerte Accidental	$5.000.000,00	Gastos Médicos	$4.000.000,00

En caso de accidente comunicate a nuestra linea **018000112684.**
Para más información acerca de la póliza comunicate a nuestras líneas:

Desde Bogotá: 3274712/13

Línea nacional: 018000111935

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

www.segurosmundial.com.co

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA	F2.MT1.PP	30/01/2025
			Página 2 de 2
		Clasificación de la Información Pública	

Fecha de diligenciamiento: 01 | 09 | 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: CDI La Argentina

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: 1.063.820.106

Fecha nacimiento: 01 | 09 | 2022

Nombres:

Apellidos:

Presenta discapacidad? ● Si ○ No

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

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ○ Si ● 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: La Argentina

Zona:

Barrio: Las Brisas

Vereda:

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: 1.004.153.980

Nombres: Yaneth Melina

Apellidos: Pajaloy Moreno

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 24 | 12 | 1987

Correo electrónico:

Número de celular: 3105175698

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Yaneth Melina Pajaloy

Nombre y Firma del profesional que diligencia:

Observaciones:

Powered by CamScanner