

 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 ARGENTINA
PARTICIPANTE: IAN MATEO LOPEZ TRUJILLO
RC X No. 1.080.268.481



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotografía física, va sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Fotocopia del documento de identidad (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Fotocopia del criterio de focalización según la guía del ICBF. – ó Acta de visita para criterios de focalización	Formalización del cupo	Actualización cada 3 meses	✓		
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo y Seguimiento	Cada 3 meses	✓		
Fotocopia de la valoración integral en salud/ control de crecimiento y desarrollo	Seguimiento	Cada vez que el participante asista a la valoración según esquema establecido	✓		

 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

Copia del carnet de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el participante asista según el PAI	✓		
Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)	Seguimiento	Una sola vez, solo para las situaciones que aplique.			
Certificado de asistencia a consulta en salud bucal. (Copia del Carnet)	Formalización del cupo y seguimiento	Cada año	✓		
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año	✓		
Formato autorización uso de imágenes	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya novedades			
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia	✓		

400
171



Sistema de Identificación de
Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A4

Fecha de consulta:

11/09/2025

Ficha:

41378044503400000364

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: IAN MATEO

Apellidos: LOPEZ TRUJILLO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268481

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

07/09/2023

Última actualización ciudadano:

07/09/2023

Última actualización vía 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 VALD

Dirección:

Calle 6 No 3 -

Teléfono:

31766179

Correo Electrónico:

administradorsisben@laargentina-huila.gov



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	1080268481
NOMBRES	IAN MATEO
APELLIDOS	LOPEZ TRUJILLO
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: 09/11/2025 19:56:48 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

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

SEGUIMIENTO REGIÓN NACIDO			
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			
Resultado Tamizaje Neonatal			

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	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					

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL

- AGUDEZA VISUAL

3 años					
4 años					
5 años					

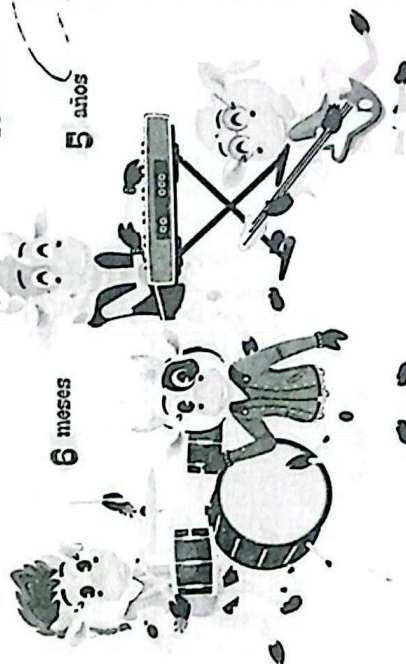
*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meningea, 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:

0 meses 2 meses 12 meses
4 meses 7 meses 18 meses
5 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)



Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Juan Mateo Lopez Trujillo
 Fecha de nacimiento: 05 noviembre 2021
 Nº de certificado de nacido vivo: 16042619
 Registro civil: 1-080-268-481
 Sexo: masculino

Grupo sanguíneo: A+ positivo. confirm
 Peso al nacer: 3280 Talla: 40cm
 Dirección: 41 primitivo luisa
 Teléfono 1: 3123 0100
 Teléfono 2: 313 232 244
 Responsable: Yeny yhanuillo ayala
 Municipio de residencia: La Plata
 Departamento: Vila CC 36-294-213

Cita: 5 noviembre 2026

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

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.



CONTROL ODONTOLÓGICO DE PROMOCION
Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL

NOMBRE:	DOCUMENTO:
Ian Mateo Lopez Tryjillo	1080258 481
CONTROL DE PLACA	
FECHA DE ATENCIÓN: 4 Septiembre 2025	PROXIMO CONTROL: 4 Mayo 2026
EXPEDIDO POR: <u>Martina Garcia. Marina</u> <u>Marino Garcia. Salud Oral</u> <u>CC 1004</u>	



MC CONSULTORIO
Dra. Mery Cristina Triviño Mejía
Médica General
R.M. 1310.07

CERTIFICADO MÉDICO VISUAL

NOMBRES Y APELLIDOS: IAN MATEO LOPEZ TRUJILLO

IDENTIFICACIÓN: R.C. 1.080.268.481 EDAD: 3 AÑOS

Síntomas oculares o visuales?: Sin antecedentes de importancia.

Exploración física: se observa cejas delgadas sin alteraciones. Pestañas largas y dispuestas hacia afuera. Párpados simétricos para el globo ocular, borde palpabral sin signos procesos inflamatorios, glándulas de Meibomio normales. Conjuntivas de color rosadas e hidratadas, sin hiperemia; esclera sin alteraciones; ojos simétricos y sin protrusión o depresión de globos oculares. Iris de color café y pupilas isocóricas. Reflejos oculomotor normal; reflejo fotomotor, presente y reflejo consensual sin ninguna anormalidad. El examen de los movimientos oculares, sin alteraciones.

Agudeza visual: Visión cercana normal y lejana, difíci de evaluar, por colaboración de la paciente

CONCLUSIÓN: Menor sin signos clínicos de disminución o pérdida visual, al momento del examen.

Fecha de expedición: Sábado, 22 de Febrero de 2025

Médico que certifica

Mery Cristina Triviño M.
MD. GENERAL
1310 - 17
Mery Cristina Triviño Mejía
R.M. 1310-07

Calle 5 #5-32 La Argentina, Huila. Cel. 313 2529933



MC CONSULTORIO
Dra. Mery Cristina Triviño Mejía
Médica General
R.M. 1310.07

CERTIFICADO MÉDICO AUDITIVO

NOMBRES Y APELLIDOS: IAN MATEO LOPEZ TRUJILLO

IDENTIFICACIÓN: R.C. 1.080.268.481

EDAD: 3 AÑOS

Síntomas auditivos?: Sin antecedentes de importancia.

Exploración física: se observan pabellón auricular derecho e izquierdo de tamaño y posición usual. No se observan fístulas ni apéndices. Trago sin dolor a la palpación. Helix sin protuberancias. Antihelix, concha y lóbulos normales. Palpación de la prominencia mastoidea no dolorosa. Conducto auditivo externo derecho e izquierdo sin secreciones, con visualización de membrana timpánica normal, con presencia cerumen bilateral, no impactado.

Agudeza auditiva: Sin déficit auditivo, al momento del examen.

CONCLUSIÓN: Menor sin signos clínicos de disminución o pérdida auditiva, al momento del examen.

Fecha de expedición: Sábado, 22 de Febrero de 2025

Médico que certifica

Mery Cristina Triviño M.
MD. GENERAL
1310 - 17
Mery Cristina Triviño Mejía
R.M. 1310-07

Calle 5 #5-32 La Argentina, Huila. Cel: 313 2529933

 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 Huila, 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): Ton Maza Lopez Trujillo con RC No 1030268481 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.

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

Jenny Yonana Trujillo
 PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Juan Carlos Lopez M.
 AGENTE EDUCATIVO

Ciudad

La Argentina Huila

Nombre completo de la niña o niño Ian Mateo Lopez Trujillo

Fecha de nacimiento

05 11 2021

N° Documento de Identidad

1080268481

Sexo

Masculino ☒Femenino ☐

Fecha de 1er día de atención en el año

03 03 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Yurany Alexandra Lopez Medina

Fecha de registro cualitativo

06 06 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



Perfil de desarrollo

valoración cualitativa

Alerta ☐Esperado ☒Avanzado ☐Observaciones generales

En este primer trimestre se logra evidenciar que Mateo es un niño muy alegre y sonro, tiene buen manejo corporal y de su comunicación aprende cada actividad muy rápido.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Yurany Alexandra Lopez

Fecha de registro cualitativo

02 10 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



Perfil de desarrollo

valoración cualitativa

Alerta ☐Esperado ☒Avanzado ☐Observaciones generales

En este segundo trimestre se logra evidenciar que Mateo tiene buen desarrollo en las dimensiones que la escala evalúa.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Yurany Alexandra Lopez

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



Perfil de desarrollo

valoración cualitativa

Alerta ☐Esperado ☒Avanzado ☐Observaciones generales

En este trimestre Mateo evolucionó mucho en las dimensiones y temas a evaluar. genera un ambiente amoroso le gusta jugar con sus compañeros tiene buen manejo del cuerpo y con el medio

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

Valoración Cualitativa ➡	Relación con los demás												Relación consigo mismo/o												Relación con el mundo																							
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social														
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social			1a			2a			3a			1a			2a			3a			1a			2a			3a		
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a									
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3						
0 a 6 meses	1	1	1	4	4	4	6	6	6	8	8	8	10	10	10	11	11	11	14	14	14	16	16	16	19	19	19	23	23	23	24	24	24	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25			
6 meses y 1 día a 12 meses	1	1	1	3	3	3	5	5	5	9	9	9	11	11	11	15	15	15	19	19	19	22	22	22	23	23	23	27	27	27	29	29	29	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32			
1 año y 1 día a 2 años	1	1	1	3	3	3	6	6	6	9	9	9	11	11	11	13	13	13	15	15	15	17	17	17	20	20	20	22	22	22	24	24	24	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26		
2 años y 1 día a 3 años	1	1	1	4	4	4	6	6	6	9	9	9	10	10	10	13	13	13	15	15	15	16	16	16	19	19	19	22	22	22	25	25	25	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	
3 años y 1 día a 4 años	1	1	1	6	6	6	9	9	9	12	12	12	13	13	13	17	17	17	19	19	19	22	22	22	26	26	26	28	28	28	31	31	31	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1	1	1	3	3	3	4	4	4	6	6	6	8	8	8	9	9	9	11	11	11	13	13	13	15	15	15	16	16	16	18	18	18	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	

	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	F2.P2.CE	15/07/2021
		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 Ion Hakeo Lopez Trujillo, identificado (a) con documento de identidad número 630268461, 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, Yeny Johanna Trujillo Aguado, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 36294213, 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 Yenny Alexandra Lopez M, 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: Yenny Yonono Trujillo
 Nombre: Yeny Johanna Trujillo
 Calidad - Titular: Representante legal: Madre
 Teléfono de contacto: 3188437918
 Fecha: 03-03-2025
 Municipio: la Argentina Huila

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 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.

Ion Mado Lopez

Yo Yenny Johanna Trujillo Agudelo, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 36294213 de la Argentina H, padre / madre o acudiente de la / el/los niño(s) Ion Mado Lopez Trujillo, identificados con NUIP No. 1080268481, usuario de la unidad de servicio CDI la Argentina H manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en Morzo, a los 05 días del mes 03 de 202(5)

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

Nombre: Yenny Johanna Trujillo Agudelo

Firma: Yenny Trujillo

CC. No. 36294213

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Yenny Alexandro Lopez Medina

Firma: Yenny A Lopez M.

CC. No. 1004153738

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

Este documento es propiedad de la Secretaría de Bienestar Familiar y no debe ser utilizado para fines comerciales sin el consentimiento expreso de la misma.

Fecha 27-03-2025 Por medio de la presente acta Yo Jenny Yohana Trujillo
identificada con C.C. número 36294213, acudiente o responsable del beneficiario
Ton Mado Lopez T, 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.

Jenny Yohana Trujillo
Firma Madre/Padre/Cuidador
C.C. 36294213

Anton M. Lopez T.
Firma Equipo Agente Educativo
C.C. 1004153738

Huella niño o niña



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 36.294.213
TRUJILLO AGUDELO

APELLIDOS
YENY YOHANNA

NOMBRES
YENY TRUJILLO



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-AGO-1983
LA ARGENTINA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56

ESTATURA

O+

G. S. RH

F

SEXO

26-SEP-2001 PITALITO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1906100-00962445-F-0036294213-20171214

0058779952A 1

9902525101

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.080.262.829

LOPEZ SANTANA

APELLIDOS

JUAN CARLOS

NOMBRES

Juan Carlos Lopez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-DIC-1991

LA ARGENTINA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61

ESTATURA

AB+

O S RH

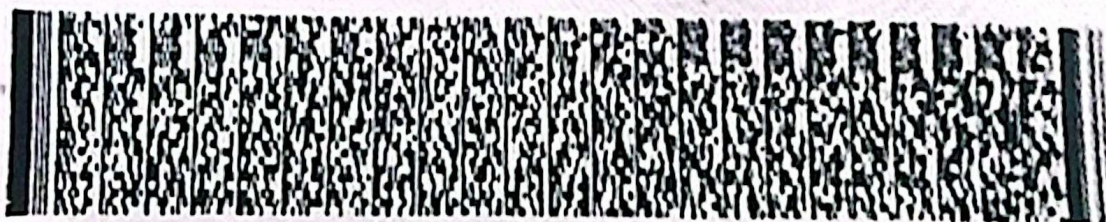
M

SEXO

06-ENE-2010 LA ARGENTINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRACION NACIONAL
CARLOS LUIS MORALES TORRES



P-1804700-00216456-M-1080262829-20100220

0021096643A 1

33610460

Periodo:	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
1/ 2025	14/12/24-14/01/25	\$23,420	\$23,420	0 meses

Datos de la Cuenta				
Clase Servicio:	Residencial	Nivel Tensión:	1-Secundaria	Tipo Liqui.: lectura
Estrato:	1-Bajo Bajo	Carga Instalada:	900 W	
Zona:	OCCIDENTE	Nodo:	T09532-GL1P	

COSTO UNITARIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO	
Generación	419.14
Transmisión	55.37
Distribución	263.15
Restricciones	3.47
Pérdidas	96.01
Comercialización	145.39
Costo Unitario	982.52
Tarifa Aplicada	982.5245

Cálculos del Consumo							
Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-60696804	ISK	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	11513	11464	1	49

Conceptos ElectroHuila			Últimos Consumos		
Concepto	Descripción	Valor	Año	Mes	Consumo
21	Consumo Periodo	48,144	2024	12	65
607	Ajuste Decena	3	2024	11	48
995	Subsidio	<27,957>	2024	10	53
			2024	9	55
			2024	8	65
			2024	7	62

Promedio Cuenta	Consumo Año Anterior
58	94

Liquidación de Consumo					
No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	130	49.0	411.9816	\$20.187

Financiación ElectroHuila			
Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total
Tasa de Interés			0.00 %

Total cuota Financiación 0

CUFE f6aa3abdaaacbcd383e1df9b00bedcdd27bc8b67ab3ff3bfc3efb82e46acc8bbae57ec6162f839316c3332d81f33a1d1

FOES

Kwh\$/Kwh Total N. Fact

Último Pago

\$31,100

27/12/2024

Emitida Por:

YULIETH.CEBALLESB

Pag: 1718

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento:

27/01/2025

Suspensión a Partir del:

Resumen Cuenta

Saldo Financiado

\$0

Total Electrohuila

\$20,190

Total Servicio de Aseo

Total Alumbrado Público

\$3,230

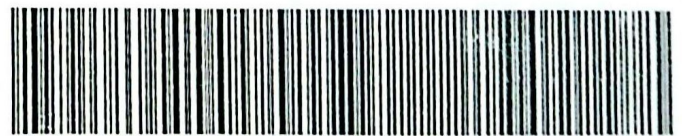
Total Otros Cobros

Total a Pagar

\$23,420

Línea de transparencia

Reporta en la línea de transparencia todos los presuntos actos de soborno, corrupción o comportamientos indebidos de nuestros trabajadores y/o contratistas.
Línea gratuita 018000 117766
Correo electrohuila@lineatransparencia.com
Accede directamente escaneando el Código QR.



(415)7707274499679(8020)0593424599(3900)0000023420(96)20250127

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

PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES
PROTEGEMOS
TUS PASOS



Línea de Atención:

#899
desde celular

Bogotá: 327 4712 / 327 4713
Nacional: 01 8000 111 935



N° Póliza:

2000514572

Tomador:

CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado:

IAN MATEO LOPEZ TRUJILLO

ID Asegurado:

1080268481

Vigencia Desde:

2025/02/24

Vigencia Hasta:

2026/02/24

Muerte
Accidental

\$5.000.000,00

Gastos
Médicos

\$4.000.000,00



COBERTURAS:

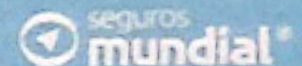
- Muerte Accidental
- Gastos Médicos

En caso de accidente o para consultar términos y condiciones, comunicarse a nuestras líneas de atención

#899
desde celular

BOGOTÁ
3274712 / 3274713

NACIONAL
01 8000 111 935



 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2 MT1 PP 30/01/2025
		Versión 2 Página 2 de 2
	Clasificación de la Información: Pública	

FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA

Fecha de diligenciamiento:

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: ☒ Niño/a entre 0 y menor de 5 años Tipo de vinculación: ☒ Participante de nuevo ingreso Unidad de Servicio sugerida: GOL 10 Argentina H
☐ Persona Gestante ☐ Participante de continuidad

Tipo documento identidad: ☒ Registro Civil ☐ Tarjeta de identidad ☐ Cédula de ciudadanía Número de documento: 680268481 Fecha nacimiento: 05 11 2021
☐ Pasaporte ☐ Permiso especial permanencia ☐ Partida o Acta de nacimiento
☐ Visa ☐ Tarjeta movilidad fronteriza ☐ Permiso de protección temporal
☐ Cédula extranjera ☐ Sin documento Nacionalidad: Nombres: IAN Nolasco Apellidos: LOPEZ TRUJILLO

¿Ha discapacidad? ☐ Sí ☒ No ¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? ☐ Sí ☒ No ¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ☐ Sí ☒ No

Indique cuales aplican: ☐ Física ☐ Visual ☐ Auditiva Seleccione la que aplique: ☐ Afrocolombiano ☐ Indígena ☐ No se autoreconoce Indique cuales aplican: ☐ Migrante ☐ Campesinado
☐ Intelectual ☐ Psicosocial (mental) ☐ Comunidad negra ☐ Rom / Gitano ☐ Firmante de paz ☐ Víctima conflicto armado
☐ Múltiple ☐ Sordoceguera ☐ N/A ☐ Palenquero (a) ☐ Raizal

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Huila Municipio de residencia: La Argentina Zona: Urbana Barrio: P. Locada Vereda:
 Sector: Dirección:

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: ☒ Madre Tipo documento identidad: ☐ Tarjeta identidad ☒ Cédula de ciudadanía ☐ Cédula de extrajjería Número de documento: 36294213
☐ Padre ☐ Pasaporte ☐ Permiso especial permanencia ☐ Partida o Acta de nacimiento
☐ Cuidadora ☐ Visa ☐ Tarjeta movilidad fronteriza ☐ Permiso de protección temporal
☐ Sin documento Nacionalidad:

Nombres: Henny Yohano Apellidos: Trujillo Aguado País de nacimiento: Colombia Fecha nacimiento: 18 08 1983
 Correo electrónico: Número de celular: 318843718 Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

Autoriza el registro en sistema?: ☐ Sí ☒ No Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Henny Trujillo Nombre y Firma del profesional que diligencia: [Firma]
<https://prematricula.lcbf.gov.co>

Observaciones:

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento es inexistente como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PRESENTADOS DEBÁN TRATARSE DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL RUP Y A LA LEY 1581 EN 2013