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

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

UDS: CDI LA ARGENTINA
PARTICIPANTE: JUANSEL FABIAN PERAFAN RODRIGUEZ
RC _ No. 1.081.426.432



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			

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: 23 | 02 | 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 lo 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: 1081426452

Fecha nacimiento: 29 | 03 | 2021

Nombres: Juansel fabian

Apellidos: Perafan Rodriguez

¿Presenta discapacidad? ( ) Sí (●) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? ( ) Sí (●) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ( ) Sí (●) No

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Huila

Municipio de residencia: La Argentina

Zona: Rural

Barrio:

Vereda: Pescador

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: 1005087947

Nombres: Linda Yatmin

Apellidos: Rodriguez Rodriguez

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 29 | 12 | 2001

Correo electrónico:

Número de celular: 3176772303

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Sandra Rodriguez

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Sonia Medina

Observaciones:

267

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: N 2422279

NUIP 1 081 426 432

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
PERAFAN RODRIGUEZ JUANSEL FABIAN

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	1	Mes	M	A	R	Día	2	9	MASCULINO	O +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	1	Mes	A	B	R	Día	0	9	0061162561

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
RODRIGUEZ RODRIGUEZ LINDA YAZMIN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.005.087.947	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
PERAFAN MUÑOZ JESUS HERNAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 83.241.574	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
PERAFAN MUÑOZ JESUS HERNAN

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 83.241.574

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA HUILA LA PLATA	L 5 B

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2 0 2 1 Mes A B R Día 0 9

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
28031896-9

Nombre y firma del funcionario
OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO
Registrador del Estado Civil

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

263

Registro válido

A3

Fecha de consulta: 03/06/2025

Ficha: 41378009505000000252

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JUANSEL FABIAN

Apellidos: PERAFAN RODRIGUEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1081426432

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/11/2018

Última actualización ciudadano: 12/03/2025

Última actualización via registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: CARLOS ANDERSON ACOSTA VALD

Dirección: Calle 6 No 3 -

Teléfono: 31766179

Correo Electrónico: administradorsisben@laargentina-huila.gov

269

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	1081426432
NOMBRES	JUANSEL FABIAN
APELLIDOS	PERAFAN RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA ARGENTINA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/05/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	06/04/2025 18:15:32	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

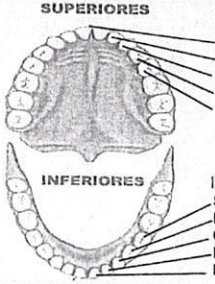
Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

3166920172.

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



RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

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

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

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

CUIDADOS GENERALES

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

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

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

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

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

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

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

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

REHIDRATACIÓN ORAL SUERO ORAL



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

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

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

AL MES	EDAD	A LOS 24 MESES	EDAD
Patalea vigorosamente		Salta en los dos pies	
Sigue con los ojos el movimiento de un objeto.		Hace torre de 5 o más cubos.	
Se sobresalta con el ruido.		Dice más de 20 palabras claras.	
Sigue movimientos del rostro.		Controla chupo de orina.	
A LOS 3 MESES		A LOS 36 MESES	
Sostiene la cabeza.		Camina hacia atrás.	
Se lleva objetos a la boca.		Separa objetos grandes y pequeños.	
Balbucea con las personas.		Usa oraciones completas.	
Se voltea cuando se le habla.		Se baña solo las manos y la cara.	
A LOS 6 MESES			
Intenta sentarse solo.		A LOS 48 MESES	
Pasa objetos de una mano a otra.		Lanza y agarra la pelota.	
Reacciona cuando se le llama.		Copia cuadrado y círculo.	
Pone atención a la conversación.		Describe bien un dibujo.	
		Tiene un amigo especial.	
A LOS 9 MESES			
Se sienta por sí solo.		A LOS 60 MESES	
Agarra objetos con los dedos		Hace rebota y agarra la pelota.	
Pulgar e índice.		Dibuja escalera.	
Dice una palabra clara.		Nombra 4 o 5 colores.	
Imita aplausos.		Organiza Juegos.	
A LOS 12 MESES		A LOS 72 MESES	
Se para solo.		Salta desde 60 cms de altura.	
Busca objetos escondidos.		Dibuja casa.	
Entiende orden sencilla.		Conoce días de la semana.	
Bebe en la taza sola.		Comenta vida familiar.	
A LOS 15 MESES		A LOS 84 MESES	
Corre.		Salta alternando los pies.	
Pasa hojas de un libro.		Copia una figura de líneas curvas.	
Reconoce seis objetos.		Conoce ayer, hoy y mañana.	
Avisa deseos de ir al baño.		Conoce fechas especiales.	

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2021	Mayo	14	8:00	Natalia	
2021	Julio	10	8:00	Reprogramar	
2021	Julio	23			
2021	Noviembre	19	9am	Reprogramar	
2022	Febrero	12		Viviana	
2022	Mayo	6	9:00		
2022	Octubre	21	8:00		
2023	Marzo	07	8:00		
2025	Agosto	15	8:00	Yarledy	
2026	Marzo	16	8am		X
2025	MAYO	09	8AM	Maxmy	
2026	mayo	06	8AM		

Nuestro Compromiso ! la Humanización del Servicio!

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



PN = 3080
5g = 1089

CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

Nombre: Jeansel Fabian Perafan R.
Fecha de nacimiento: 29- Marzo - 2021.
Registro Civil: 1081426432
Teléfono: 3112393428 - 3136490444.
Dirección: Pescador
Barrio o Vereda:
Nombre Responsable del Niño: Linda Yazmin Rodriguez.
EPS afiliación: AIC
Sitio de atención: ESE JRNP.

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

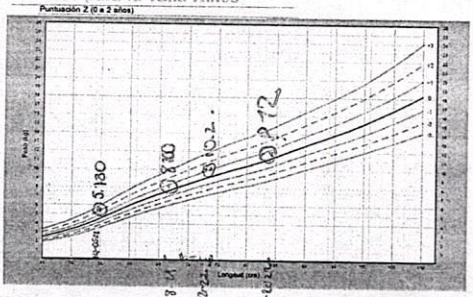
Sedestación = 9 mes
Bipedo = 12 mes

220

INTERPRETACIÓN DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

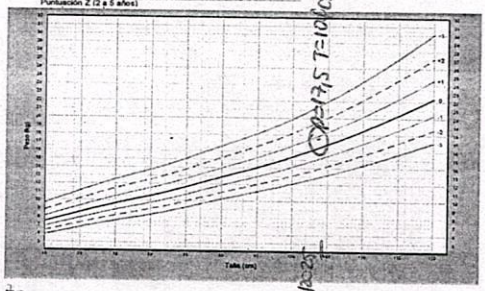
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



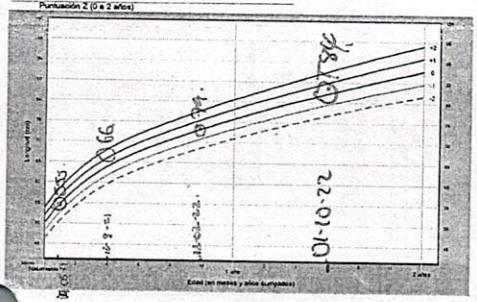
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



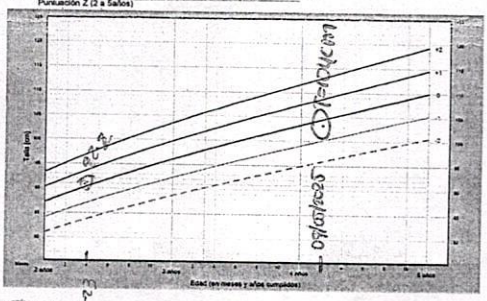
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



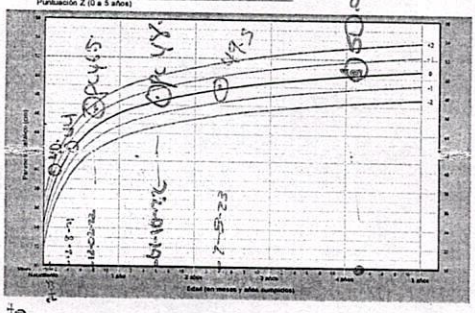
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



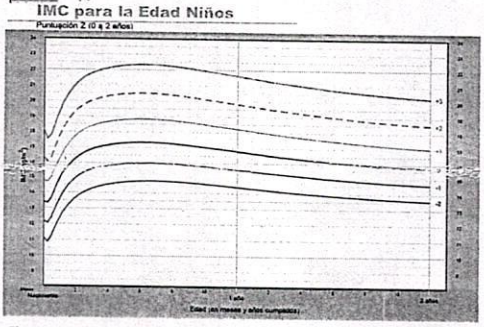
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



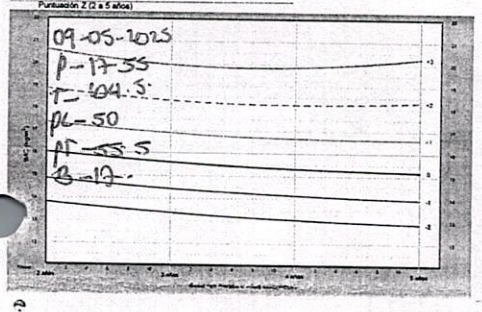
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



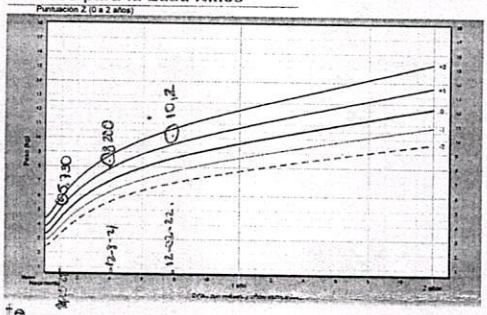
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



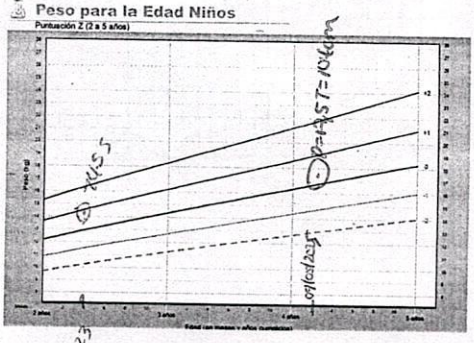
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



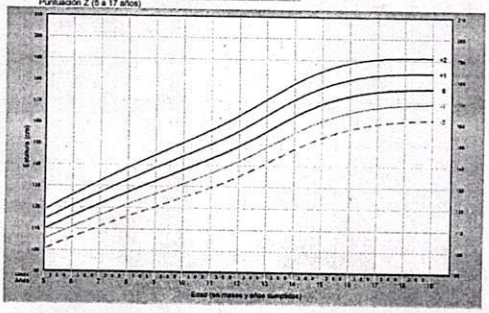
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (5 a 17 años)



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

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO			
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA			
Al momento de nacer	Fecha:		
PRIMER CONTROL MÉDICO			
Durante el primer mes de vida	Fecha:		
SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA			
Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

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

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

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

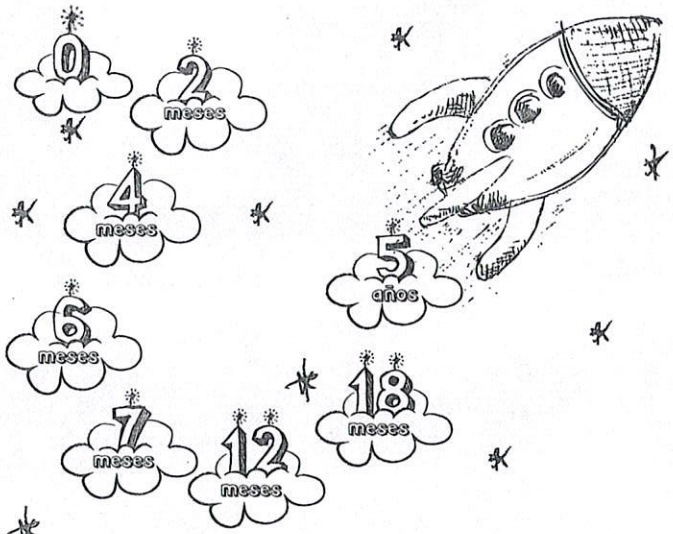
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

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

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



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

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

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

AIEPI
Porque mi vida hay que protegerla hoy

de cero a siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

Cavid 3 años de edad

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

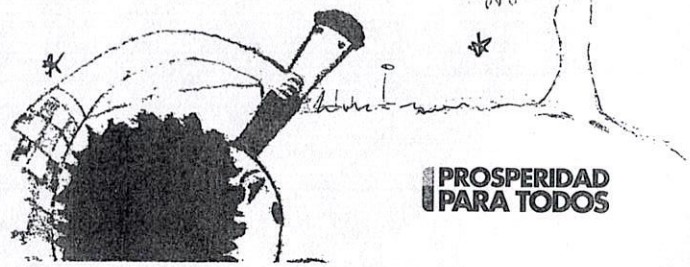
CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Juansel Fabian peralta Rodrigue
Fecha de nacimiento: 29.03.21
Nº de certificado de nacido vivo: 163625016
Registro civil: 1091 426 432
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 3080 Gramo
Dirección: Vda Descada
Teléfono: 3112393429
Responsable: Linda Rodriguez
Municipio de residencia: La Argentina
Departamento: Huila

Cita: 31 Marzo - 202
5 años

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: Yuriel Tainor. Perez D. Rodriguez. Registro C 1081.426.432.

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva Sí ☒ No ☐							
	Tuberculosis B.C.G.	Única	29.03.21	Serum	037966 15	HOSP		Nini Vega
	Hepatitis B	Recién nacido	29.03.21	Serum	032040131	HOSP	29 03 21	Jefe M- Edith
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	1ª	02.06.21	Sanofipaste	T3D591U	ESEJ-R.N-P	31 03 21	Teidy Rebayo.
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	02.06.21	Serum	2852A0180	ESEJ-R.N-P	31 03 21	Teidy Rebayo
	Rotavirus	1ª	02.06.21	Glaxosmith	ARCW773AE	ESEJ-R.N-P	31 03 21	Teidy Rebayo
	Neumococo	1ª	02.06.21	Glaxosmith	ASPNB321EA9	ESEJ-R.N-P	31 03 21	Teidy Rebayo
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	2ª	12-8-21	BitHaven Biolo	2027ECJA	ESEJ-R.N-P	12 10 21	Teidy Rebayo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	12.08.21	Serum	2852A021C	ESEJ-R.N-P	12 10 21	Teidy Rebayo
	Rotavirus	2ª	12.08.21	Glaxosmith	ARCW774AA	ESEJ-R.N-P	- - -	Teidy Rebayo
	Neumococo	2ª	12.08.21	Glaxosmith	ASPNB321EB	ESEJ-R.N-P	- - -	Teidy Rebayo
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	3 01 21	BitHaven Biolo	2027EC1A	ESE Juan Ramo	- - -	Teidy Rebayo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	3 01 21	Serum	2852A021A	ESE Juan Ramo	- - -	Teidy Rebayo
	Influenza	1ª	3 01 21	Sanofipaste	U3C93 1U	ESE Juan Ramo	2 10 21	Teidy Rebayo
7 Meses	Influenza	2ª	27-12-21	Sanofipaste	U3C93 1U	ESE Juan Ramo	al año	Teidy Rebayo
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP) MSD	1ª	31-3-22	Serum	0130N122A 9/23	Patios		Paola C
	Fiebre Amarilla	1ª	14.10.22	Serum Pu	V3E39	ESE Juan R	- - -	Teidy Rebayo.
	Neumococo MSI	Refuerzo	31-3-22	GSK	ASPNB321EA 9/24	Patios		Paola C
	Influenza	Anual	01-10-22	Greencross	V5022226A	ESE Juan Ramon	- - -	Teidy Rebayo.
	Hepatitis A MSI	ÚNICA	31-3-22	MSD	V019226 1/24	Patios		Paola C.
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1r Refuerzo	14-10-22	Sanofi	2141014	ESE Juan R	31 03 26	Teidy Rebayo
	Polio (Oral - IM)	1r Refuerzo	14-10-22	BitHaven B	2821Q016A	ESE Juan R	30 09 22	Teidy Rebayo
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo	Al cumplir 5 años					
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	24-5-33	Serum	0131N023	Ips Sanitas		Mamá Luz Vargas
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela MSD	1d.	31-3-22	Merck	V019279 6/23	Patios		Paola C.
	Sarampión Rubeola	12	14-10-22	Serum	0122W016	ESE Juan R	- - -	Teidy Rebayo
	Influenza	D.U	19-01-24	Bitaotan	2300446	Hilab		Teidy prieto

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

Influenza -19-01-25

E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS
MUNICIPIO DE LA ARGENTINA HUILA
NIT. 813.010.966-1

LA ARGENTINA HUILA, 21 FEBRERO DE 2025

CERTIFICADO MEDICO

MENOR DE 3 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, 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.

PESO: 17.6 KG

TALLA: 103.2

Mercedes Yulieth Farfán M.
Medico General
R.M. 1.080.264.891

MEDICO GENERAL

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Juandel fabian perafan R.

DOCUMENTO: 1081426432.

FECHA DE ATENCION: Mayo 2025

PROXIMO CONTROL: 09 NOV 2025.

EXPEDIDO POR:

Dr. Sterm... Eduardo Rojas
...CO
Rural U... ...ala San Martin

Huellas de Amor	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): Juansel fabian perafan R. con RC No 1081426432 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	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 3 del mes Marzo del año 2025, en el Municipio de la Argentina,

Sandra Torres
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Sonia Medina
AGENTE EDUCATIVO

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad La Argentina

Nombre completo de la niña o niño Juansel fabian perafan Rodriguez

Fecha de nacimiento Día 29 Mes 03 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 1081426432

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 03 03 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Sonia Medina

Fecha de registro cualitativo Día 05 Mes 06 Año 2025

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

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

Observaciones generales

le agrada saltar ala cuerda intenta saltar con unolo pie es atento alas diferentes actividades a desarrollar.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Ludivia Hernández ortíz

Fecha de registro cualitativo 30 09 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

Realiza diferentes trazos libres, se desplaza con seguridad y cordinación en diferentes espacios, clasifica los objetos segun el uso y resuelve situaciones sencillas, Participa en juegos con sus amigos.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Ludivia Hernández Ortíz

Fecha de resgistro cualitativo 20 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

Disfruta de juegos simbolicos, se le dificulta interactuar con sus compañeros ya que es agresivo con ellos, Maneja colores y lapiz pero tiene mal agarre de ellos.

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

Valoración Cualitativa ⇨	Relación con los demás																Relación consigo misma/o												Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas				Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía				Personal			Social																	
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a		1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10		11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21 22	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14		15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12		13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	11 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12		13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24	22 23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16		17 18	17 18	17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2	1 2	1 2	3	3	3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8	8	8		9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17	16 17	16 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

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 Juansel fabian Peñafiel Rodriguez, identificado (a) con documento de identidad número 1081426432 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, Sandra Torres, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 55212520, 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 C. Huellas de Amor para la Vida en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa C-D-I - LA ARGENTINA

Suscriben:

Firma: Sandra Torres
Nombre: Sandra
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3176772307
Fecha: 03- Marzo- 2025
Municipio: La Argentina.

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 Sandra torrez, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 55212520 de la Argentina, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Jhamsel fabian peralta R., identificados con NUIP No. 1081426432, 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 3 días del mes 3 de 202(5)

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

Nombre: Sandra

Firma: Sandra Torres

CC. No. 55212520

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Sonia Yoneive

Firma: Sonia Medina

CC. No. 1080265215

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

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 27-03-2023 *Por medio de la presente acta Yo* Sandra torres *identificada con* CC *número* 55212520, *acudiente o responsable del beneficiario* Juansel fabian, *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.*

Sandra torres

Firma Madre/Padre/Cuidador

C.C 55212520

Sonia Medina

Firma Equipo Agente Educativo

C.C 1030265215

Huella niño o niña



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **55.212.520**

TORRES LASSO

APELLIDOS

SANDRA

NOMBRES

Sandra Torres

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-OCT-1981**

LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

03-MAR-2001 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1904700-00980075-F-0055212520-20180219 0059553941A 1 49422014

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.005.087.947**
RODRIGUEZ RODRIGUEZ

APELLIDOS
LINDA YAZMIN

NOMBRES

Linda Yazmin R.R

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-DIC-2001**
ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

07-ENE-2020 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1904700-01129056-F-1005087947-20200127 **0069**834729A 1 53249502

ElectroHuila
Transmitimos buena energía
Nit 891.180.001-1

SU CODIGO CUENTA NIU
290388810

Para cualquier consulta y pago electrónicos
www.electrohuila.com.co FT -CFE -05 -001

AUTORETENEDORES DE RENTA, RESOL. No 547/2002
DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART.4
RESOL. 000055 DEL 14/07/16 DIAN SOMOS GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4
DEL 08/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

TOTAL A PAGAR
$ 125.350

FACTURA DE VENTA No. 84685420

Documento equivalente según
articulo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO PAGO INMEDIATO

FECHAS DE LECTURAS: 09/NOV/2024 — 09/ENE/2025
FECHA SUSPENSIÓN: 31/ENE/2025

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	PERAFAN MUÃÃOZ JESUS HERNAN	Nit CC	211599
Dirección	VDA EL PESCADOR	Ruta	6920580200
Municipio	LA ARGENTINA	Ciclo	070
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

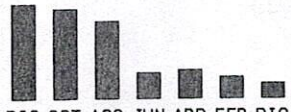
Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6500134
Carga Contratada	26	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	2

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
18284511	HIK	A	S	00	3650	3432	1	218

Promedio Cuenta 170 Consumo Año Anterior 95 Consumo Anterior 95

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
DIC	218
OCT	210
AGO	191
JUN	111
ABR	115
FEB	105
DIC	95

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU: DIU: HC:
EC: VC: VCD:
VCF: CEC:
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 23/11/2024
Valor $ 60330

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
109.0	982.574 =	107101
109.0	982.5245 =	107095

CONSUMO PERIODO

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

Valor Total Energía del Periodo	$ 214.196
Valor (Subsidio/Contribución %)	$ - 124.325
Valor Total Energía Facturado	$ 89.871

DETALLE DE CUENTA

ElectroHuila Transmitimos buena Energía Nit:891.180.001-1

CONCEPTO	VALOR MES
DEUDA CAPITAL	$ 26.359
INTERES MORATORIO	$ 262
INTERES MES ALUMBRADO	$ 42
DEUDA ALUMBRADO Y OTROS	$ 4.321
CONSUMO PERIODO	$ 214.196
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ 4.494
AJUSTE DECENA	$ 1
SUBSIDIO	$ - 124.325

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P	$	8.857
VALOR ELECTROHUILA	$	116.493

TOTAL A PAGAR
$ 125.350

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN CUOTA

FOES: Consumo Kwh $Kwh Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

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

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA

PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES

PROTEGEMOS TUS PASOS



Línea de Atención:

#899 desde celular | Bogotá: 327 4712 / 327 4713 Nacional: 01 8000 111 935

seguros mundial®

Nº Póliza: 2000514572

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado: JUANSEL FABIAN PERAFAN RODRIGUEZ

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1081426432	2025/02/24	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, comunícarse a nuestras líneas de atención

seguros mundial®

#899 desde celular | BOGOTÁ 3274712 /3274713 | NACIONAL 01 8000 111 935