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: 26 | 02 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: (X) 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 (H)

Tipo documento identidad: (X) 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: 1112500527

Fecha nacimiento: 26 | 09 | 2020

Nombres: Erily Thaliana

Apellidos: Bolaños Peña

¿Presenta discapacidad? ( ) Si (X) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? ( ) Si (X) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ( ) Si (X) No

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

Seleccione la que aplique: ( ) Afrocolombiano ( ) Indígena (X) 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: La primavera

Vereda:

Sector:

Dirección: Carrera 1 - 22.

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (X) 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: 55.212844

Nombres: Diana Patricia

Apellidos: Peña Ordoñez

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 18 | 08 | 1984

Correo electrónico:

Número de celular: 3227672537

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Diana Peña G

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Ludivia H

Observaciones:

285

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: EVELY THALIANA BOLAÑOS PEÑA
RC ___ **No:** 1112500527

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	X		
Fotocopia del documento de identidad (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
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	X		
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	X		
Copia del carnet de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el participante asista según el PAI	X		

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 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	X		
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año			
Formato autorización uso de imágenes	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya novedades	X		
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia	X		

4/a/5m

77

286

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.112.500.527

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60366548

60366548

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código LA2B

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

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BOLAÑOS	PEÑA

Nombre(s): EVILY THALIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes SEP Día 26	FEMENINO	O	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
SOLICITUD ESCRITA	

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: PEÑA ORDOÑEZ DIANA PATRICIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 55.212.844	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: BOLAÑOS ORTIZ JOSE RAFAEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.265.681	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: PEÑA ORDOÑEZ DIANA PATRICIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 55.212.844	Diana Patricia Peña Ordoñez

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2021 Mes SEP Día 07	MANUEL JESUS LATORRE ADARME- REGI Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

07 SEP 2021 - SERIAL REEMPLAZA A - 05001194274 - 05 OCT 2020. RECONOCIMIENTO PATERNO O MATERNO - MEDIANTE AUDIENCIA DE RECONOCIMIENTO VOLUNTARIO DE PATERNIDAD ANTE LA COMISARIA DE FAMILIA DE LA ARGENTINA - HUILA. APLICACION AL ARTICULO 18 DE LA LEY 1385 DEL 12 DE JULIO DE 2010.

OFIXPRES 100238573

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

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	1112500527
NOMBRES	EVILY THALIANA
APELLIDOS	BOLAÑOS PEÑA
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	01/08/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	06/04/2025 19:48:52	**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

288

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: **03/06/2025**

Ficha: **41378053503400000589**

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: EVILY THALIANA

Apellidos: BOLAÑOS PEÑA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1112500527

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **11/11/2020**

Última actualización ciudadano: **28/12/2021**

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: CARLOS ANDERSON ACOSTA VALDEZ

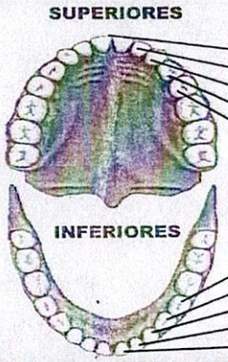
Dirección: Calle 6 No 3 - 52

Teléfono: 3176617965

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

26/09/21 - 25/03/22
26/09/23

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



SUPERIORES	DIENTE	EDAD
	Incisivo Central	
	Incisivo Lateral	
	Canino	
	Primer Molar	
	Segundo Molar	

INFERIORES	DIENTE	EDAD
	Segundo Molar	
	Primer Molar	
	Canino	
	Incisivo Lateral	
	Incisivo Central	

RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

los primeros dientes debe limpiarlos con un algodón o una gasa húmeda cuando los dientes temporales 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, láve 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 O 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 (Recién Nacido)							
A partir de los 2 Meses	PENTAVALENTE: Difteria - Tos ferina - Tetanos (DPT)							
	PENTAVALENTE: Haemophilus influenze - TIPO b							
	PENTAVALENTE: 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						
	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)						
Adicionales							

REHIDRATACIÓN ORAL SUERO ORAL



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

si el niño NO ESTA DESHIDRATADO dele con cucharita y vaso dos onzas como minimo, 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.		Control diurno 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		**A LOS 48 MESES**	
Intenta sentarse solo.		Lanza y agarra la pelota.	
Pasa objetos de una mano a otra.		Copia cuadrado y circulo.	
Reacciona cuando se la lisma.		Describe bien un dibujo.	
Pone atención a la conversación.		Tiene un amigo especial.	
A LOS 9 MESES		**A LOS 60 MESES**	
Se sienta por si solo.		Hace rebota y agarra la pelota.	
Agarra objetos con los dedos Pulgar e indice.		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 dias de la semana.	
Bebe en la taza sola.		Comenta vida familiar.	
A LOS 18 MESES		**A LOS 84 MESES**	
Corre.		Salta alterando los pies.	
Pasa hojas de un libro.		Copia una figura de lineas 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	Febrero	20	8:00	Pierdia	
2021	Mayo	28	8:00	Maki	
2021	Octubre	30	8:00		
2021	noviembre	19	7am	Kelly	
2022	mayo	23	7am	Yuli	
2022	Octubre	07	8:00	Yuli M	
2023	Abril	22	8:00	Yuli	
2023	Octubre 20	8:00	7:00		
2024	Septiembre	27	8:00	Yuli M	
2025	Septiembre	23	8:00		
2025	OCTUBRE	01	7AM	Yuli M	
2026	Octubre	02			

Nuestro Compromiso ! la Humanización del Servicio!

E.S.E JUAN RAMÓN NUÑEZ PALACIOS

E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS

NIT 813.010.966-1 Tel 8311607
Código del Prestador 41378003821
La Argentina - Huila



SG= 3370
PN= 37.2
T= 46cm
PH= 04

CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

Nombre: Evily Thaliana Baños ASP
Fecha de nacimiento: 26 sep 2020
Registro Civil: 1.112.500.527
Teléfono:
Dirección: 3227672537.
Barrio o Vereda: El porvenir
Nombre Responsable del Niño:
Diana patricia peña
EPS afiliación:
Sitio de atención: E.S.E

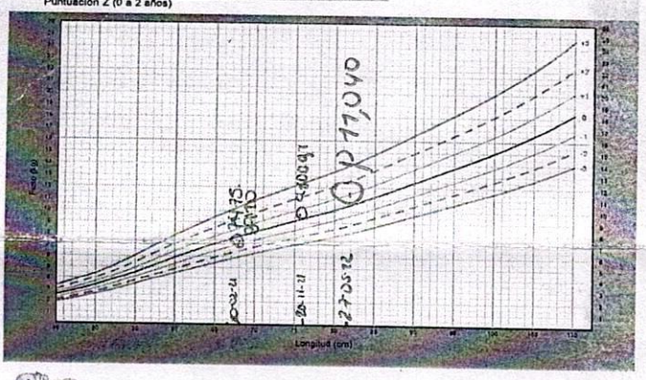
ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO LOS AGENTES DE SE LO RECOMIENDE.

288

INTERPRETACIÓN DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

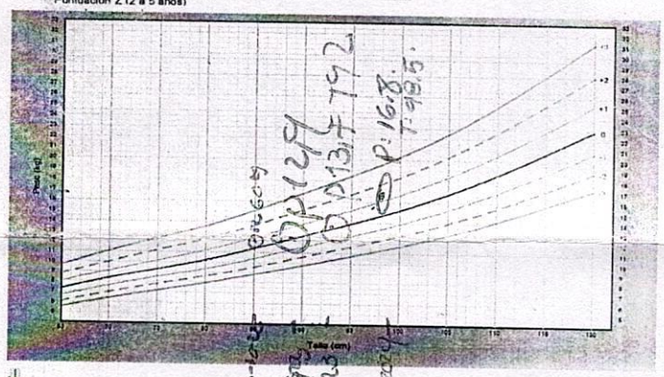
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



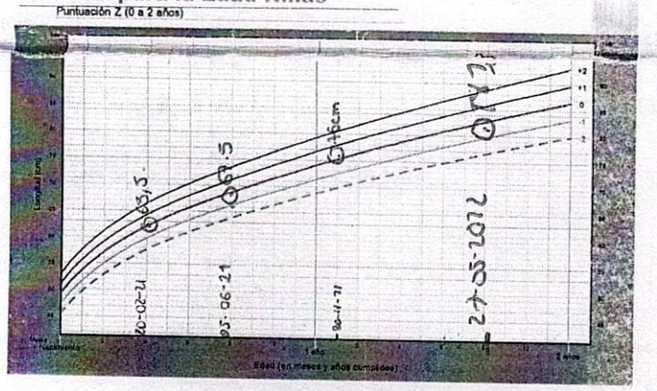
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



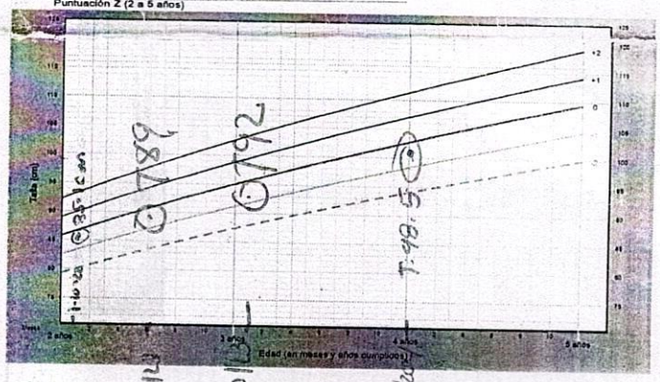
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



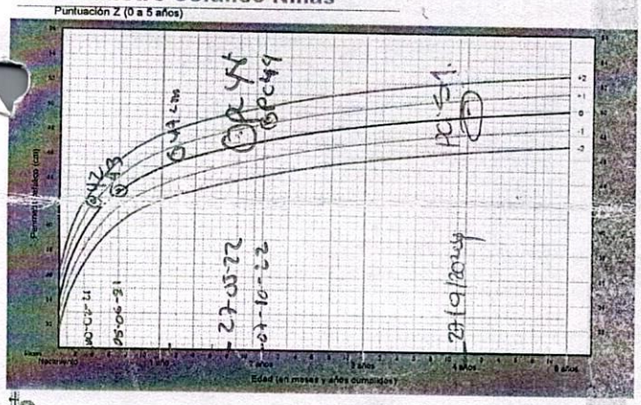
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



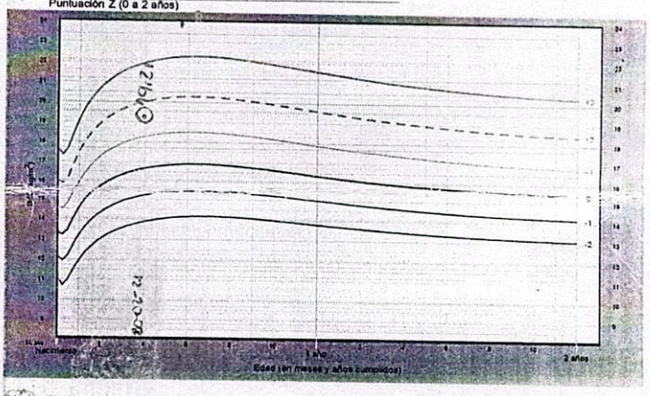
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



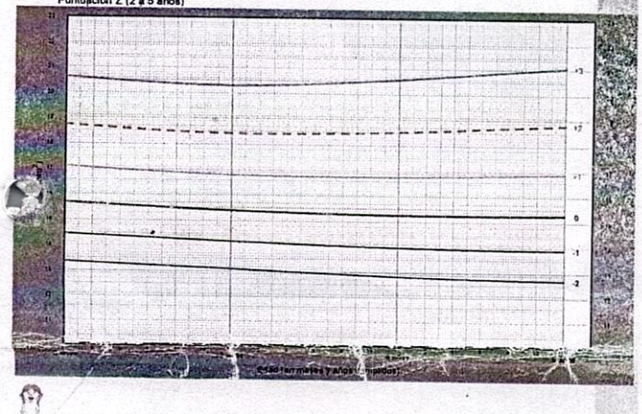
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



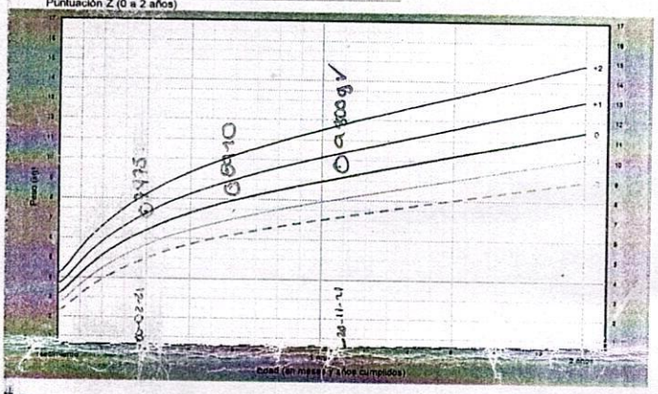
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



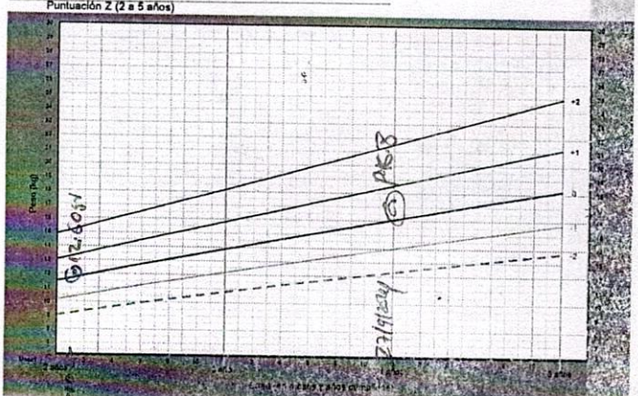
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



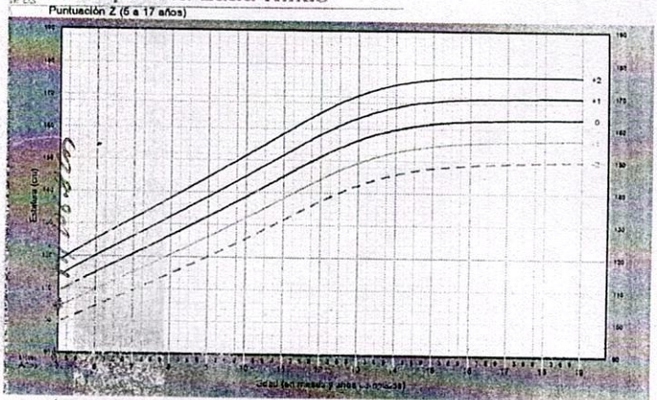
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (5 a 17 años)



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.

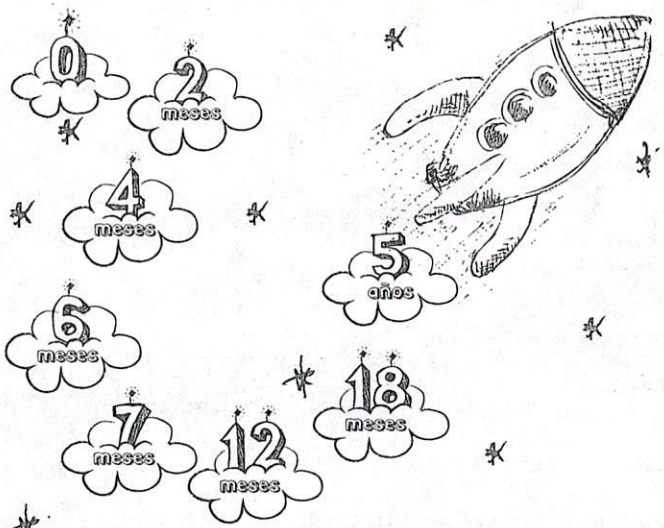
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

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 hoy que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

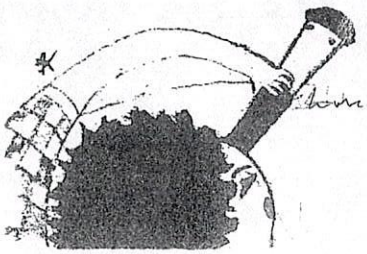
Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Evelyn Thylana Palencia Pena
Fecha de nacimiento: 26/09/2020
Nº de certificado de nacido vivo: 1639024[illegible]
Registro civil: 1 412 500 523
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: O+ Positivo
Peso al nacer: 3800gr 38 [illegible]
Dirección: Pardomar Comfor
Teléfono: 3145342093
Responsable: Diana P. Pena
Municipio de residencia: La Apartada
Departamento: Huila cc 55212944

Cita. UPH 9 [illegible] edad

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: Emily Thaliana Ramírez 82 **Registro Civil** 1 112 500522

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	26/09/20			Serum	0572425A	Tradicional				Estefanía Rebollo
	Hepatitis B	Recién nacido	26/09/20			Serum	0229 0031	SIS				
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí☐ No☐											
	Polio (Oral - IM)	1ª	26-11-20			Sanofi pasteur	U3E9P31C	ESE Juan RN	26	01	21	Leidy Rebollo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	26-11-20			Serum	2ES1C32A	ESE Juan R.N	26	01	21	Leidy Rebollo
	Rotavirus	1ª	26-11-20			Glaxosmith	ARLL42SAA	ESE Juan R.N	26	01	21	Leidy Rebollo
	Neumococo	1ª	26-11-20			Glaxosmith	ASAN329BA	ESE Juan R.N	26	01	21	Leidy Rebollo
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí☐ No☐											
	Polio (Oral - IM)	2ª	26-01-21			Sanofi pasteur	T3D5C1V	ESE Juan R.N	26	03	21	Leidy Rebollo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	26-01-21			Serum	2BS0X008C	ESE Juan R.N	26	03	21	Leidy Rebollo
	Rotavirus	2ª	26-01-21			Glaxosmith	ARLL3ESAA	ESE Juan R.N	26	03	21	Leidy Rebollo
	Neumococo	2ª	26-01-21			Glaxosmith	ASAN3288A	ESE Juan R.N	26	03	21	Leidy Rebollo
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.											
	Polio (Oral - IM)	3ª	26-3-21			Sanofi Pasteur	T3D8Q1V	E.S.E JUAN	26	3	21	Cristian Vargas
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	26-3-21			Serum	2BS0X008C	E.S.E JUAN	26	3	21	Cristian Vargas
	Influenza	1ª	29-09-21			Sanofi pasteur	U2C13CV	ESE Juan Ra	29	10	21	Leidy Rebollo
7 Meses	Influenza	2ª	30-10-21			Sanofi pst	U3C13CV	ESE Juan R	-	-	-	Leidy Rebollo
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	29-09-21			Serum	0Z8N1C39	ESE Juan Rem	26	09	25	Leidy Rebollo
	Fiebre Amarilla	1ª	31-03-21			Sanofi pasteur	T3J56	ESE JUAN R NP	-	-	-	Milena Bravo
	Neumococo	Refuerzo	29-09-21			Glaxosmith	ASPN83107A	ESE Juan Rem	—	—	—	Leidy Rebollo
	Influenza	Anual	26/05/22			Ercenbras	U5E2726E6	ESE Juan Rem	—	—	—	Leidy Rebollo
	Hepatitis A	ÚNICA	29-09-21			Merckshop	T3626E8	ESE Juan Rem	—	—	—	Leidy Rebollo
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo	31-03-21			Serum	2820X008B	Est Juan RN	-	-	-	Milena Bravo
	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo	31-03-21			Serum	1891P002	Est J R N	-	-	-	Milena Bravo
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo	26-09-25			Sanofi pasteur	2423E03A	ESE Juan Rem	—	—	—	Leidy Rebollo
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo	26-09-25			Serum	2201C03AA	ESE Juan Rem	—	—	—	Leidy Rebollo
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	05-05-23			Serum	0131N032A	ESE Juan Rem	-	-	-	Leidy Rebollo
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª										
	VPH	2ª										
	VPH	3ª										
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	1ª	29-09-21			Merckshop	C006190	ESE Juan Rem	26	09	25	Leidy Rebollo
	Sarampión - rubéola	1 DA	30-10-21			Serum	0172N033	ESE Juan Rem	-	-	-	Leidy Rebollo
	Varicela	1REF	26-09-25			Merckshop	Y0K5816	ESE Juan Rem	-	-	-	Leidy Rebollo

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.

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

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE:	DOCUMENTO:
Evely Thaliana Bolaños P.	1112500527
CONTROL DE PLACA	
FECHA DE ATENCIÓN: 06 septiembre 2025	PROXIMA FECHA: 06 Marzo 2026
EXPEDIDO POR: Carolina Bolaños Vargas Aux. Salud Oral C.C. 1080266471	

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
813010966 - 1

CERTIFICACION MEDICA

Certificado No.: **10000667**
Fecha de Registro: 20-feb-2025
Historia No.: 1112500527

Entidad Administradora: **NUEVA EPS**

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	EVILY THALIANA BOLAÑOS PEÑA	No.identificación :	RC: 1112500527
Sexo:	F	Edad :	4 Años
Ciudad de residencia:	LA ARGENTINA, HUILA	Estado civil:	MENOR DE EDAD
Dirección residencia:	, PRIMITIVO LOSADA	Teléfono:	3227672537

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso : 16.9 Kg Talla : 102 cm

CAMPO VISUAL

Ojo Derecho : Visión normal Ojo Izquierdo : Visión normal

OBSERVACIONES GENERALES

MENOR DE 4 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, EN EL MOMENTO CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, AFEBRIL, HIDRATADA, ORIENTADA, 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.

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

Paola Vargas Tovar
Enfermera Jefe
T.P. 1080260003

Nathalie Acardo Valdes
Medico General
R.M. 282 254

Firma del profesional de la salud

Dirección: Calle 7 No. 4-90
Teléfonos: (98) 831-16-07, (98) 831-18-63

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 Diana Patricia peña Ordoñez, 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): Evily thaliana Bolaños peña con RC No 1112500527 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.

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

Diana patricia peña
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Ludivia Hernández
AGENTE EDUCATIVO

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Argentina Huila

Nombre completo de la niña o niño Evelyn Thaliana Bolaños Peña

Fecha de nacimiento 26 09 2020 **N° Documento de Identidad** 1112500527

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Ludivia Hernández Ortiz

Fecha de registro cualitativo 03 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 valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

Evelyn Thaliana es una niña Cariñosa, pero le gusta ser muy manipuladora con sus compañeros, le gusta dar ordenes. Pero para realizar las actividades que se le ponen. es demasiado perezoso.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Ludivia Hernández ortiz

Fecha de registro cualitativo 29 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

Comparte materiales y juegos con sus compañeros, expresa con palabras lo que siente y quiere, utilita el material de acuerdo a lo que se neseci ta, da muestras de afecto cuando se requiere.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Ludivia Hernández Ortiz

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

Reconose rutinas diarias del aula, reconose colores primarios, une figuras, corre, salta y sube escaleras sin ninguna dificultad.

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

Valoración Cualitativa ⇨	Relación con los demás																																	
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Relación consigo misma/o																				
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
																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	①②③	①②③	①②③	④⑤	④⑤	④⑤	⑥⑦	⑥⑦	⑥⑦	⑧⑨	⑧⑨	⑧⑨	⑩	⑩	⑩	⑪⑫⑬	⑪⑫⑬	⑪⑫⑬	⑭⑮	⑭⑮	⑭⑮	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑲⑳㉑㉒	⑲⑳㉑㉒	⑲⑳㉑㉒	㉓	㉓	㉓	㉔	㉔	㉔	㉕	㉕	㉕
6 meses y 1 día a 12 meses	①②	①②	①②	③④	③④	③④	⑤⑥⑦⑧	⑤⑥⑦⑧	⑤⑥⑦⑧	⑨⑩	⑨⑩	⑨⑩	⑪⑫⑬⑭	⑪⑫⑬⑭	⑪⑫⑬⑭	⑮⑯⑰⑱	⑮⑯⑰⑱	⑮⑯⑰⑱	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	㉒	㉒	㉒	㉓㉔㉕㉖	㉓㉔㉕㉖	㉓㉔㉕㉖	㉗㉘	㉗㉘	㉗㉘	㉙㉚㉛	㉙㉚㉛	㉙㉚㉛	㉜㉝	㉜㉝	㉜㉝
1 año y 1 día a 2 años	①②	①②	①②	③④⑤	③④⑤	③④⑤	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑨⑩	⑨⑩	⑨⑩	⑪⑫	⑪⑫	⑪⑫	⑬⑭	⑬⑭	⑬⑭	⑮⑯	⑮⑯	⑪⑯	⑰⑱⑲	⑰⑱⑲	⑰⑱⑲	⑳㉑	⑳㉑	⑳㉑	㉒㉓	㉒㉓	㉒㉓	㉔	㉔	㉔	㉕㉖	㉕㉖	㉕㉖
2 años y 1 día a 3 años	①②③	①②③	①②③	④⑤	④⑤	④⑤	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑨	⑨	⑨	⑩⑪⑫	⑩⑪⑫	⑩⑪⑫	⑬⑭	⑬⑭	⑬⑭	⑮	⑮	⑮	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	㉒㉓㉔	㉒㉓㉔	㉒㉓㉔	㉕㉖	㉕㉖	㉕㉖	㉗	㉗	㉗
3 años y 1 día a 4 años	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑨⑩⑪	⑨⑩⑪	⑨⑩⑪	⑫	⑫	⑫	⑬⑭⑮⑯	⑬⑭⑮⑯	⑬⑭⑮⑯	⑰⑱	⑰⑱	⑰⑱	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	㉒㉓㉔㉕	㉒㉓㉔㉕	㉒㉓㉔㉕	㉖㉗	㉖㉗	㉖㉗	㉘㉙㉚	㉘㉙㉚	㉘㉙㉚	㉛㉜㉝㉞	㉛㉜㉝㉞	㉛㉜㉝㉞	㉟㊱	㉟㊱	㉟㊱
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	✓①②	①②	①②	✓③④⑤	③④⑤	③④⑤	✓④⑤	④⑤	④⑤	⑥✓⑦	⑥⑦	⑥⑦	✓⑧	⑧	⑧	✓⑨⑩	⑨⑩	⑨⑩	⑪✓⑫	⑪⑫	⑪⑫	✗⑬⑭	⑬⑭	⑬⑭	✓⑮	⑮	⑮	⑯✗⑰	⑯⑰	⑯⑰	✓⑱	⑱	⑱	✗⑳	⑳	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 Evily thaliana Bolaños peña, identificado (a) con documento de identidad número 1112500527, 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, _____, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número _____, 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 Corhuellas, 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: Diana Patricia Peña Ordoñez
Nombre: Diana patricia peña ordoñez
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3227672537
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.

Yo Diana patricia peña ordoñez, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 55212844 de La Argentina H, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Evily Thaliana Bolaños peña, identificados con NUIP No. 1112500527, 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 La Argentina H, a los 03 días del mes 03 de 2025

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

Nombre: Diana patricia peña ordoñes

Firma: Diana patricia peña ordoñes

CC. No. 55212844

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Ludivia Hernandez

Firma: Ludivia Hernández

CC. No. 26527777

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

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 27/03/2025 *Por medio de la presente acta Yo* Diana Patricia Peña *identificada con* C.C *número* 55.212844, *acudiente o responsable del beneficiario* Evily Thaliana Bolaños, *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.*

Diana patricia peña cordoñez
Firma Madre/Padre/Cuidador
C.C 55212844

Ludivia Hernández
Firma Equipo Agente Educativo
C.C 26527777

Huella niño o niña



300

40 años

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
55.212.844
NUMERO

PEÑA ORDOÑEZ
APELLIDOS

DIANA PATRICIA
NOMBRES

Diana Patricia Peña Ordoñez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-AGO-1984
SANTANDER DE QUILICHAO
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

12-JUN-2003 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1904700-50120481-F-0055212844-20040115 00281 04015A 02 139976981

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.080.265.681
BOLAÑOS ORTIZ
APELLIDOS
JOSE RAFAEL
NOMBRES

José Rafael Bol.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-JUN-1997
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

24-JUN-2015 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1904700-00731839-M-1080265681-20150809 0045739127A 1 43922350

302

ElectroHuila

Transmitimos Buena Energía

Electrificadora del Huila S.A ESP
Nit. 891.180.001-1

Sr(a) : ELI VELASCO BAICUE
c.c. / Nit: 4726749
EL PORVENIR
Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780020980
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 2-LIBRETIN 2 LA ARGENTINA

Su código de **cuenta NIU**
789958604
Para cualquier consulta y pago electrónico

Factura de venta No.
86057737

Periodo	Periodo facturado	Pago total	Pago mínimo	Periodos vencidos
4 / 2025	13/03/25-13/04/25	$20,070	$20,070	0 meses

Datos de cuenta

Clase servicio	Residencial
Estrato	3-Medio Bajo
Zona	OCCIDENTE
Nivel tensión	1-Secundaria
Carga instalada	25
Tipo liquidación	lectura
Nodo	T12941-GL1P

Costo unitario prestación del servicio

COMPONENTES ELECTROHUILA	
1 Comercialización	154.14
+ 2 Distribución	272.98
TOTAL ELECTROHUILA =	427.12
MERCADO ENERGÍA MAYORISTA	
3 Generación	388.6
+ 4 Transmisión	49.85
+ 5 Restricciones	14.69
+ 6 Pérdidas	88.84
TOTAL MERCADO MAYORISTA =	541.98
Costo unitario ElectroHuila + Mercado =	969.1

Histórico de consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	3	2	2024	9	28
2025	2	0	2024	8	37
2025	1	6	2024	7	45
2024	12	19	2024	6	57
2024	11	15	2024	5	101
2024	10	28	2024	4	39

Promedio de la cuenta	Consumo mes año anterior
11	39

Conceptos ElectroHuila

Concepto		Valor
21	Consumo Periodo	20,351
607	Ajuste Decena	4
995	Subsidio	<3,053>

Cálculo actual del consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-667725887	CHN	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	2024	2003	1	21

Liquidación de consumo

Contador	Desde	Hasta	Consumo	Tarifa	Valor Real	Subsi/Contri	ValorCobrar
1	1	130	21 KW/h	$823.7365	$20.351	-15%	$17.298

TOTAL

Financiación ElectroHuila

Descripcion Saldo

Tasa de interés 0%

CUFE 80a00bdc21455d31bfd2f171ac8843d4663da2d4b9841cd365def6399fb43d48c3f39e59a6a712b3eeb85a
Numero de Factura Electronica EH-2757824 Numero de factura: 86057737

Fecha de emisión	Mi último pago fue	Tengo plazo de pagar hasta	Me quedo sin servicio a partir de
15/04/2025	$2,030 27/03/2025	28/04/2025 Vencimiento	Suspensión

Valor Energía ElectroHuila	+ Valor Servicio de Aseo	+ Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía)	+ Valor Otros Cobros	=
$17,302		$2,768	$0	$20,070 TOTAL A PAGAR

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN
Reporta 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: 135

(415)7707274499679(8020)0789958604(3900)0000020070(96)20250428

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

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

AUTORRETENEDORES DE RENTA RESOLUCIÓN No. 547/2002 DIAN| AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN No. 18020909835296 DE 12-01-2024
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORRETENEDORES SA CIRCULAR 4 DEL 08/07/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA, ARTICULO 637 DEL ACUERDO 028 DE 2018

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS

Impreso por Stampes S.A.S. NIT: 860035960-2 62943

AHORRO DE ENERGÍA.

Antes de salir **apaga la luz.**

Desenchufa los aparatos eléctricos que no este usando.

Usa focos led o ahorradores



AHORRAR ENERGÍA ES TAREA DE TODOS

Escanea el Código QR

Reporta en la línea de transparencia todos los presuntos actos de soborno, Línea de transparencia corrupción o comportamientos indebidos de nuestros trabajadores y/o contratistas.

Llama al **018000 117766**

electrohuila@lineatransparencia.com

Impuesto municipal de alumbrado público (Alcaldía)

Municipio= 378-LA ARGENTINA
Acuerdo=ACUERDO MUNICIPAL 29 DEL 09 D
DICIEMBRE DE 2013

RECLAMOS DE ALUMBRADO PUBLICO EN CA
6 # 3-50 - ALCALDIA

Concepto		Valor
51	Impuesto Alum. Publico	2,768

Total $2,768

Facturación conjunta del servicio público de aseo

Concepto Valor

Indicadores de calidad individual

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

Otros productos y servicios

Concepto Valor

FOES

Kwh $/Kwh Total N. Fact

Emitida Por: HDEVIA Pag: 135

Asegúrate de que tus instalaciones internas, equipos y aparatos eléctricos estén en óptimas condiciones realizando mantenimiento periódico.

Puntos autorizados

Banco Caja Social · DAVIVIENDA · ATRIA · BBVA · Coonfie · Redeban Multicolor · Credifuturo · Wompi Bancolombia · banco popular · UTRAHUILCA · Banco AV Villas · Banco de Occidente · ATH · pse

¡Paga en línea!

Sedes atención

Sede Administrativa
KM 1 VIA NEIVA PALERMO
KM 1 VIA NEIVA PALERMO
COMPLEJO ECOLÓGICO EL BOTE
PBX: (608) 8664600

Neiva
Carrera 18 calle 9 esquina
BARRIO CALIXTO

Pitalito
Calle 19 Sur No. 3-05
BARRIO SOLARTE

Garzón
Calle 8 No. 7-54
BARRIO CENTRO

La Plata
Calle 10 No. 6-20
BARRIO SAN RAFAEL

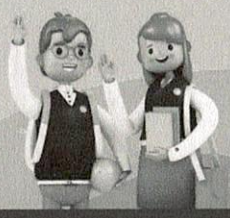
USO CONFIABLE DE ENERGÍA ELÉCTRICA

USO SEGURO DE ENERGÍA ELÉCTRICA

CONTRATO DE CONDICIONES UNIFORMES

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: EVILY THALIANA BOLANOS PENA

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1112500527	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, comunicarse a nuestras líneas de atención

seguros mundial®

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