

	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: ☒ Niño/a entre 0 y menor de 5 años ☐ Persona Gestante	Tipo de vinculación: ☐ Participante de nuevo ingreso ☐ Participante de continuidad	Unidad de Servicio sugerida: CDI La Argentina
Tipo documento identidad: ☒ Registro Civil ☐ Tarjeta de identidad ☐ Cédula de ciudadanía ☐ Pasaporte ☐ Permiso especial permanencia ☐ Partida o Acta de nacimiento ☐ Visa ☐ Tarjeta movilidad fronteriza ☐ Permiso de protección temporal ☐ Cédula extranjera ☐ Sin documento	Número de documento: 1080268120	Fecha nacimiento: 19 11 2020
Nacionalidad: _____	Nombres: Godalup	Apellidos: Ortiz Pastusa
¿Tiene discapacidad? ☐ Si ☒ No	¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? ☐ Si ☒ No	¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ☐ Si ☒ No
Indique cuales aplican: ☐ Física ☐ Visual ☐ Auditiva ☐ Intelectual ☐ Psicosocial (mental) ☐ Múltiple ☐ Sordoceguera ☐ N/A	Seleccione la que aplique: ☐ Afrocolombiano ☐ Indígena ☐ No se autorreconoce ☐ Comunidad negra ☐ Rom / Gitano ☐ Palenquero (a) ☐ Raizal	Indique cuales aplican: ☐ Migrante ☐ Campesinado ☐ Firmante de paz ☐ Víctima conflicto armado

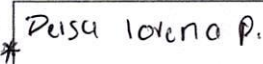
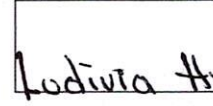
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Huila	Municipio de residencia: La Argentina	Zona: Urbana	Barrio: Cristo Rey	Vereda: _____
Sector: _____	Dirección: Carrera 2 # 9-08			

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	Número de documento: 1002937915
Nombres: Deissy L.	Apellidos: Pastusa Apio	Pais de nacimiento: Colombia
Correo electrónico: _____	Número de celular: 3128472823	Fecha nacimiento: 02 08 2002
		Número de hijo: _____

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

Autoriza el registro en sistema? ☒ Si ☐ No https://prematricula.icbf.gov.co	Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: 	Nombre y Firma del profesional que diligencia: 
Observaciones: _____		

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

 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: GUADALUPE ORTIZ PASTUSO

RC ____ No: 1080268120



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROC ESO
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	X		
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	x		
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			
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			



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.080.268.120

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60366212

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	☒	Notaria	☐	Número	<input type="text"/>	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	L 2 B
---------------	-------------------------------------	---------	--------------------------	--------	----------------------	-----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------	-------

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

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	ORTIZ	Segundo Apellido	PASTUSO
Nombre(s)			
GUADALUPE			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año	2020	Mes	NOV
Día	19	FEMENINO	O
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA HUILA LA ARGENTINA			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	160250002

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

PASTUSO APIO DEISSY LORENA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.002.937.915	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

ORTIZ GARCES PEDRO NEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.154.596	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ORTIZ GARCES PEDRO NEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.004.154.596	Pedro nel ortiz

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 2020 Mes NOV Día 20	MANUEL JERUS KATORRE ADARME - REG
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Copia Registro Civil 27718184-5

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ESTAMPILLA: 20 NOV 2020

REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



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	1080268120
NOMBRES	GUADALUPE
APELLIDOS	ORTIZ PASTUSO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA ARGENTINA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/09/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 06/04/2025 20:02:49 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



Registro válido

Fecha de consulta:

03/06/2025

Ficha:

41378096503400002270

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: GUADALUPE

Apellidos: ORTIZ PASTUSO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268120

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

06/06/2023

Última actualización ciudadano:

06/06/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

CARLOS ANDERSON ACOSTA VALDEZ

Dirección:

Calle 6 No 3 - 52

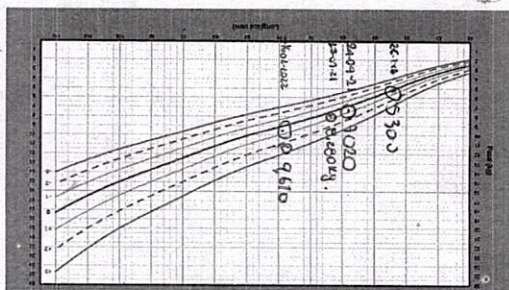
Teléfono:

3176617965

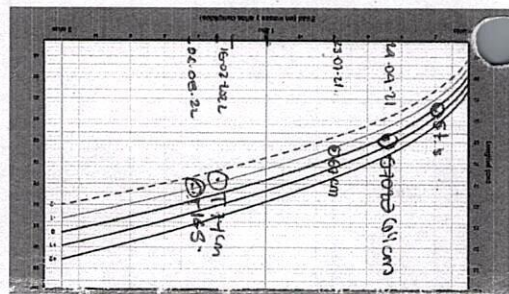
Correo Electrónico:

administradorsisben@laargentina-huila.gov.co

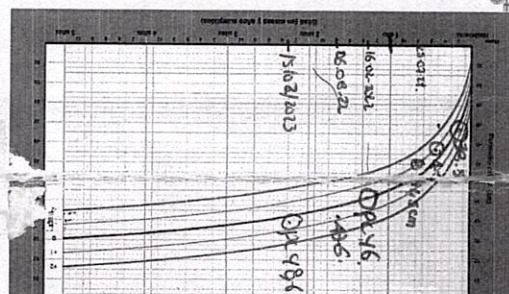
Peso para la Talla Niñas



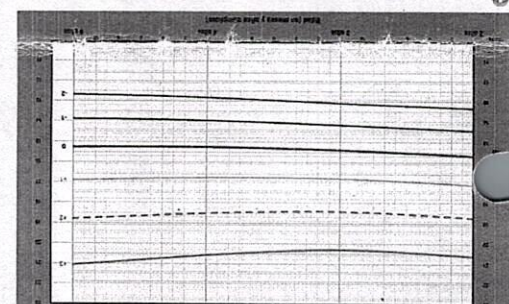
Talla para la Edad Niñas



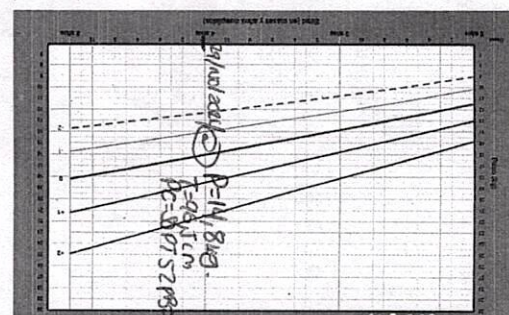
Perímetro Cefálico Niñas



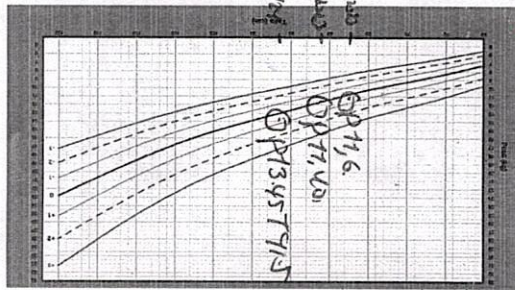
IMC para la Edad Niñas



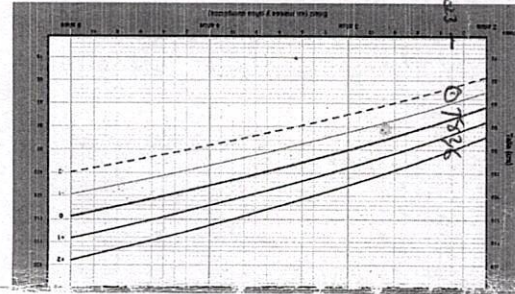
Peso para la Edad Niñas



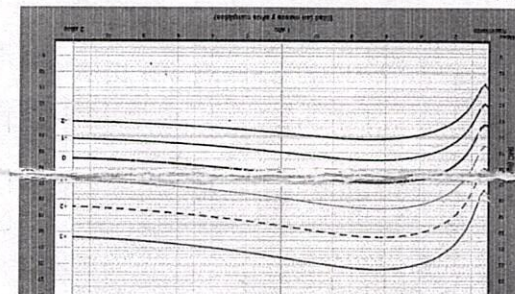
Peso para la Talla Niñas



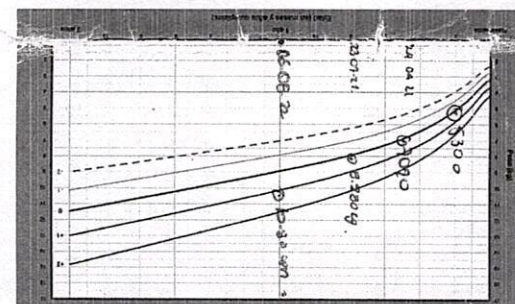
Talla para la Edad Niñas



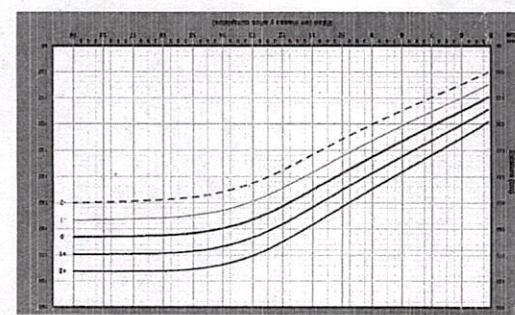
IMC para la Edad Niñas



IMC para la Edad Niñas



Peso para la Edad Niñas



PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GLOBAL
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer
PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida
SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Fecha:
Fecha:

Fecha de cita programada
Fecha en que asistió
Profesional que atendió

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:

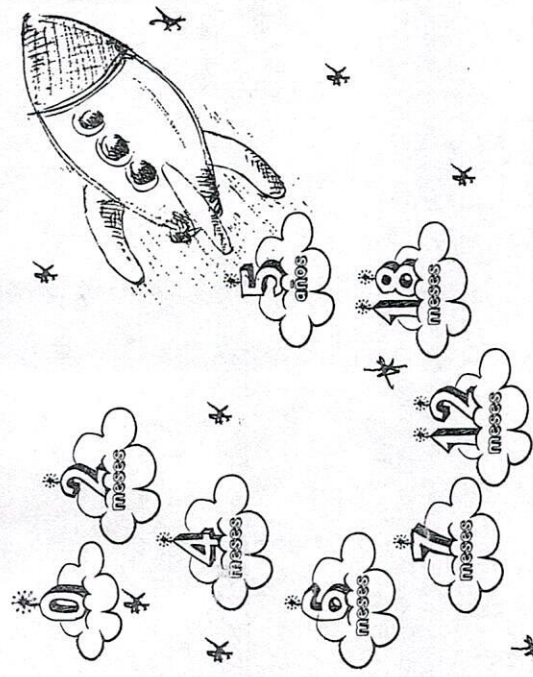
Fecha verificación:

Profesional que verificó:

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
Algunos niños y niñas pueden necesitar una vacuna adicional.

de cero siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

Exíjalo



Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Gustavo P. Ochoa
Fecha de nacimiento: 19-01-2012
Nº de certificado de nacido vivo: 160250002
Registro civil: 1000268120
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: A+
Peso al nacer: 3825 gms
Dirección: Paseo "La Fontana"
Teléfono: 3123912531
Responsable: Dayana Pardo Agui
Municipio de residencia: La Argentina - Centro
Departamento: Huila, C.C. 100937915

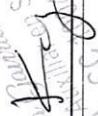
Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD
PARA TODOS



CONTROL ODONTOLÓGICO DE PROMOCION
Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL

NOMBRE:	DOCUMENTO:
Guadalupe. Ortiz. Pastoso	1080268120
CONTROL DE PLACA	
FECHA DE ATENCIÓN: 21 Agosto 2023	PROXIMO CONTROL: 20 febrero 2024
EXPEDIDO POR:  Volina María Ojeda C.E. 154284 Salud Oral	



CERTIFICACION MEDICA

Entidad Administradora: **NUEVA EPS**

Certificado No.: **10000671**

Fecha de Registro: 21-feb-2025

Historia No.: 1080268120

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente: GUADALUPE ORTIZ PASTUSO
Sexo: F
Ciudad de residencia: LA ARGENTINA, HUILA
Dirección residencia: V PESCADOR, BAJO PESCADOR

No. identificación : RC: 1080268120
Edad : 4 Años
Estado civil: MENOR DE EDAD
Teléfono: 3222834881

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso : 14.8 Kg Talla : 97.2 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

Mercedes Yulieth Tarfuri

Medico General
R.M. 1080.264.844

Firma del profesional de la salud

 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 Desarrollo Pastuso, 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): Guadalupe Ortiz con RC No 1080268120 Para ello me comprometo a:

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

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

NOTA: En caso de no contar con alguno de los documentos mencionados, informar en la UDS para activar la Ruta Interinstitucional que contribuya a garantizar una atención integral para mi hijo(a).

- 6) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) asista al servicio médico y demás actividades de promoción y prevención para lograr el mejor estado posible de salud.
- 7) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) transite al Sistema de Educación Escolar, una vez haya cumplido los cinco (5) años.
- 8) Informar y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de mi hijo(a), adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si se cuenta con ellos).
- 9) Elegir o ser elegido en el comité de control social que se convoquen con el fin de velar por una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por el ICBF para la Modalidad Comunitaria

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el día 03 del mes 03 del año 2025, en el Municipio de La Argentina.

Reisy Lorena Pastuso
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Ludivia Hernández
AGENTE EDUCATIVO

Ciudad La Argentina Huila
Nombre completo de la niña o niño Guadalupe Ortiz Pastoso
Fecha de nacimiento 19 11 2020 N° Documento de Identidad 1680268120
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 05 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

Guadalupe es una niña concentrada pero muy cariñosa, le gusta la solidaridad con sus amigos y le preocupa lo que les pase.

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 01 10 2025
Rango de edad ☐ 0 a 6 meses ☐ 6 meses y 1 día a 12 meses ☐ 1 año y 1 día a 2 años ☐ 2 años y 1 día a 3 años ☐ 3 años y 1 día a 4 años ☐ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ☒
Color de registro valoración cualitativa  Perfil de desarrollo Alerta ☐ Esperado ☒ Avanzado ☐

Observaciones generales

Participa activamente en actividades grupales, disfruta investigando su entorno, manipula diferentes materiales, demuestra entusiasmo por adquirir nuevos conocimientos.

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 registro cualitativo 21 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

Manipula lapiz, tijeras, pinzas, arma, arma todos de mas de 4 piezas, tiene confianza con lo que hace y lo puede hacer, respeta las normas de convivencia.

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

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

☐ = Procesos y subprocesos no fundamentales

☐ = Procesos y subprocesos fundamentales

☐

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	F2.P2.CE	15/07/2021
		Versión 4	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Deissy Lorena Pastoso Apio, identificado (a) con documento de identidad número 1062937915 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, Guadalupe Ortiz Pastoso, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1080268120, 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

Suscriben:

Firma: Deissy Lorena
 Nombre: Deissy Lorena Pastoso
 Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
 Teléfono de contacto: _____
 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 Deissy Pastoso Apio, identificado con Cédula de
Ciudadanía No. 1002937915 de Inca Cauca,
padre / madre ☒ o ☐ acudiente de la / el/los
niño(s) Guadalupe Ortiz Pastoso, identificados con NUIP No.
1080268120, 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 03 días del mes 03 de
2025

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

Nombre: Deissy Idolina Pastoso

Firma: Deissy Idolina

CC. No. 7002937915

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Ludivia Hernández Ortiz

Firma: Ludivia Hernández Ortiz

CC. No. 26527777

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

Fecha 27/03/2025 Por medio de la presente acta Yo Deissy Lorena Pastoso
identificada con C.C. número 1002937915, acudiente o responsable del beneficiario
Guadalupe Ortiz, 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.

Deissy Lorena P. 1002937915
Firma Madre/Padre/Cuidador
C.C.1002937915

Ludivia Hernández
Firma Equipo Agente Educativo
C.C.26527777

Huella niño o niña



250

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.002.937.915

PASTUSO APIO

APELLIDOS
DEISSY LORENA

NOMBRES
deisy lorena

FIRMA



24 años



FECHA DE NACIMIENTO 02-AGO-2002

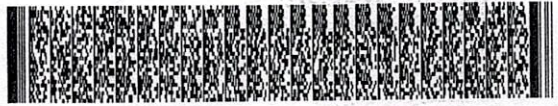
INZA
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.46 ESTATURA O+ G.S. RH F SEXO

25-SEP-2020 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1904700-01167135-F-1002937915-20201002 0071938871A 2 8500693587

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.154.596

ORTIZ GARCES

APELLIDOS
PEDRO NEL

NOMBRES

pedro
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-DIC-2001

LA ARGENTINA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

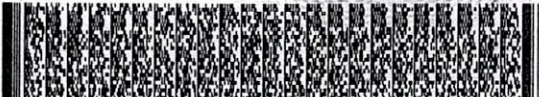
1.64 ESTATURA O+ G.S. RH M SEXO

11-DIC-2019 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



ÍNDICE DERECHO



P-1904700-01122320-M-1004154596-20191226 0069482473A 1 53249448

ESTADO CIVIL

Sr (a) : ASTRID RIOS MOSQUERA

c.c. / Nit: 55212531

CRA 2 NO.9 -08 B CRISTO REY

Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780041660

Dirección Postal:

Ciclo: 71 Sector: 4-L BRETIN 4 DE LA ARGENT

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
644240448
PARA CUALQUIER CONSULTA
Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.

85225958

Fecha De Emisión

17/02/2025

Periodo:	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
2 / 2025	14/01/25-13/02/25	\$23,360	\$23,360	0 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial	Nivel Tensión: 1-Secundaria	Tipo Liqui.: lectura
Estrato: 2-Bajo	Carga Instalada: 25 W	
Zona: OCCIDENTE	Nodo: T09592-GL1P	

COSTO UNITARIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

Generación	421.89
Transmisión	58.19
Distribución	280.72
Restricciones	7.45
Pérdidas	97.49
Comercialización	143.89
Costo Unitario	1009.62
Tarifa Aplicada	1009.6231

Cálculos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-6690102268	CHN	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	4797	4758	1	39

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	39,375
608	Ajuste Decena	<1>
995	Subsidio	<19,236>

Últimos Consumos

Año	Mes	Consumo
2025	1	37
2024	12	16
2024	11	2
2024	10	49
2024	9	48
2024	8	55

Promedio Cuenta

34

Consumo Año Anterior

48

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	130	39.0	516.3733	\$20.139

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total
-------------	-----------	-----------	-------------

Tasa de Interés

0.00 %

Total cuota Financiación

0

Indicadores De Calidad Individual

Indicadores De Calidad Individual Retroactivo

Nodo	6500308 Grupo Calida	21
Horas a compensar		4672
Compensación por eventos		
Meta Calidad por Duración	62.37	
Meta calidad por eventos	21	
Eventos acumulados año	88	
Duración acumulador año	94.04	
Consumo a compensar	7.02	
Cargo distribución	263.7	

Resumen Cuenta

Saldo Financiado

\$0

Total Electrohuila

\$20,138

Total Servicio de Aseo

Total Alumbrado Público

\$3,222

Total Otros Cobros

Total a Pagar

\$23,360

CUFE 57fc9418cc554653e1a7c3154cc4efdd7daa150a1ffc9b69ed5b84abf26462580c5b5a85289fc42a2bda0439b83e043d Numero de Factura Electronica EH-2011797 Numero de factura: 85225958

FOES

Kwh\$/Kwh Total N. Fact

Último Pago

\$22,100

27/01/2025

Emitida Por:

YULIETH.CEBALLESB

Pag: 1786

Fecha de Vencimiento:

26/02/2025

Suspensión a Partir del:

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Línea de transparencia

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

Línea gratuita 018000 117766

Correo electrohuila@lineatransparencia.com

Accede directamente escaneando el Código QR.



(415)770724499679(8020)0644240448(3900)000023360(96)20250226

¿Cómo prevenir accidentes de origen eléctrico?

Algunas recomendaciones:

Evite presionar los cables eléctricos con muebles, puertas u otros elementos.

Coloque protectores en los tomacorrientes, los niños pueden introducir objetos y recibir descargas.

No realice conexiones o empalmes por su cuenta, debe hacerlo un profesional competente.

Campaña de responsabilidad social corporativa - RETIE

Línea gratuita de atención

Reporta cualquier novedad relacionada con la prestación del servicio

01 8000 952 115

PQR: radicacion@electrohuila.co

www.electrohuila.co



24/7



Optimizando la gestión de nuestros activos, mejoramos la calidad de tu servicio de energía. Ingresa a: <https://www.electrohuila.com.co/2022/08/08/sistema-de-gestion-de-activos/>

"El agua genera electricidad, pero si la desperdiciamos, terminaremos viviendo en la oscuridad."

Facturación Conjunta del Servicio Público de Aseo

Impuesto Municipal De Alumbrado Público

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

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

Conce	Descripción	Valor
51	Impuesto Alum. Publico	3,222

TOTAL \$3,222

Otros Cobros

Credivalores

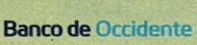
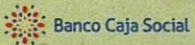
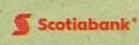
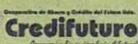
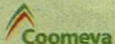
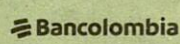
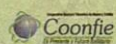
Electrodomésticos

Concepto	Descripción	Valor
----------	-------------	-------

Convenio	To.Convenio	Total Pagar
----------	-------------	-------------

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

PUNTOS AUTORIZADOS:



SEDES ELECTROHUILA

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

Neiva
Carrera 18 calle 9 esquina

Pitalito
Calle 19 Sur No. 3-05

Garzón
Calle 8 No. 7-54

La Plata
Calle 10 No. 6-20

USO CONFIABLE DE
ENERGIA ELÉCTRICA



USO SEGURO DE
ENERGIA ELÉCTRICA



Pag: 1786

CONTRATO DE
CONDICIONES



POLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES

PROTEGEMOS
tus PASOS



Línea de Atención:

#899 Bogo4: 327 4712 / 327 4713
desde celular Nacional: 01 8000 111 935



N° Póliza: 2000514572

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado: GUADALUPE ORTIZ PASTUSO

IDA asegurado: 1080268120 **Vigencia Desde:** 2025/02/24 **Vigencia Hasta:** 2026/02/24

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

COBERTURAS:

- + Muerte Accidental
- + Gastos Médicos

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

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

