

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

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

UDS: CDI LA ARGENTINA

PARTICIPANTE: SARA VALENTINA NAVIA GUEVARA

RC X No. 1.080.268.394



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

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

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

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

Fecha de diligenciamiento: 27 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 Nacionalidad: _____

Número de documento: 1080.268.394 Fecha nacimiento: 14 08 2021

Nombres: Sara valentino Apellidos: Novia Guevara

Presenta discapacidad? ☐ Si ☒ No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? ☐ Si ☒ No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ☐ Si ☒ No

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

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

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: Divino Niño Vereda: _____

Sector: _____ Dirección: _____

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: ☒ Madre
☐ Padre
☐ Cuidador/a

Tipo documento identidad: ☐ Tarjeta identidad ☒ Cédula de ciudadanía ☐ Cédula de extranjería
☐ Pasaporte ☐ Permiso especial permanencia ☐ Partida o Acta de nacimiento
☐ Visa ☐ Tarjeta movilidad fronteriza ☐ Permiso de protección temporal
☐ Sin documento Nacionalidad: _____

Número de documento: 1080.260.303

Nombres: María lucia Apellidos: Guevara Sanchez País de nacimiento: colombia Fecha nacimiento: 01 05 2000

Correo electrónico: _____ Número de celular: 3177997109 Número de fijo: _____

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

Autoriza el registro en sistema? ☒ Si ☐ No
<https://prematricula.icbf.gov.co> ☐ No

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: María lucia Guevara

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Zuri Viveso RL

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



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

60366515

NUIP

1.080.268.394

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒

Notaría ☐

Número ☐

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código

L 2 R

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

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido

NAVIA

Segundo Apellido

GUEVARA

Nombre(s)

SARA VALENTINA

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año

2021

Mes

AGO

Día

14

FEMENINO

O

POSITIVO

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

166197791

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

GUEVARA SANCHEZ MARIA LUCIA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.080.260.303

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

NAVIA GUENGUEZ FABIO ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.075.208.019

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GUEVARA SANCHEZ MARIA LUCIA

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC 1.080.260.303

Mano Lucia Guevaras

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 autorizó

Año

2021

Mes

AGO

Día

18

MANUEL JESUS LATORRE ADARME - REGI

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Fabio antonio navia guenguez

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

28 AGO 2023

Manuel Jesus Latorre Adarme
Registrador Municipal



Departamento Nacional de Planeación

Registro Valido

A4

Fecha de consulta:

05/06/2025

Ficha:

41378019504100000091

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres SARA VALENTINA

Apellidos NAVIA GUEVARA

Tipo de documento Registro Civil

Número de documento 1080268394

Municipio LA ARGENTINA

Departamento HUILA

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente

09/11/2018

Última actualización ciudadano

18/08/2021

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



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	1080268394
NOMBRES	SARA VALENTINA
APELLIDOS	NAVIA GUEVARA
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	24/04/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 06/05/2025 14:45:48 Estación de origen: 192.168.70.220

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

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

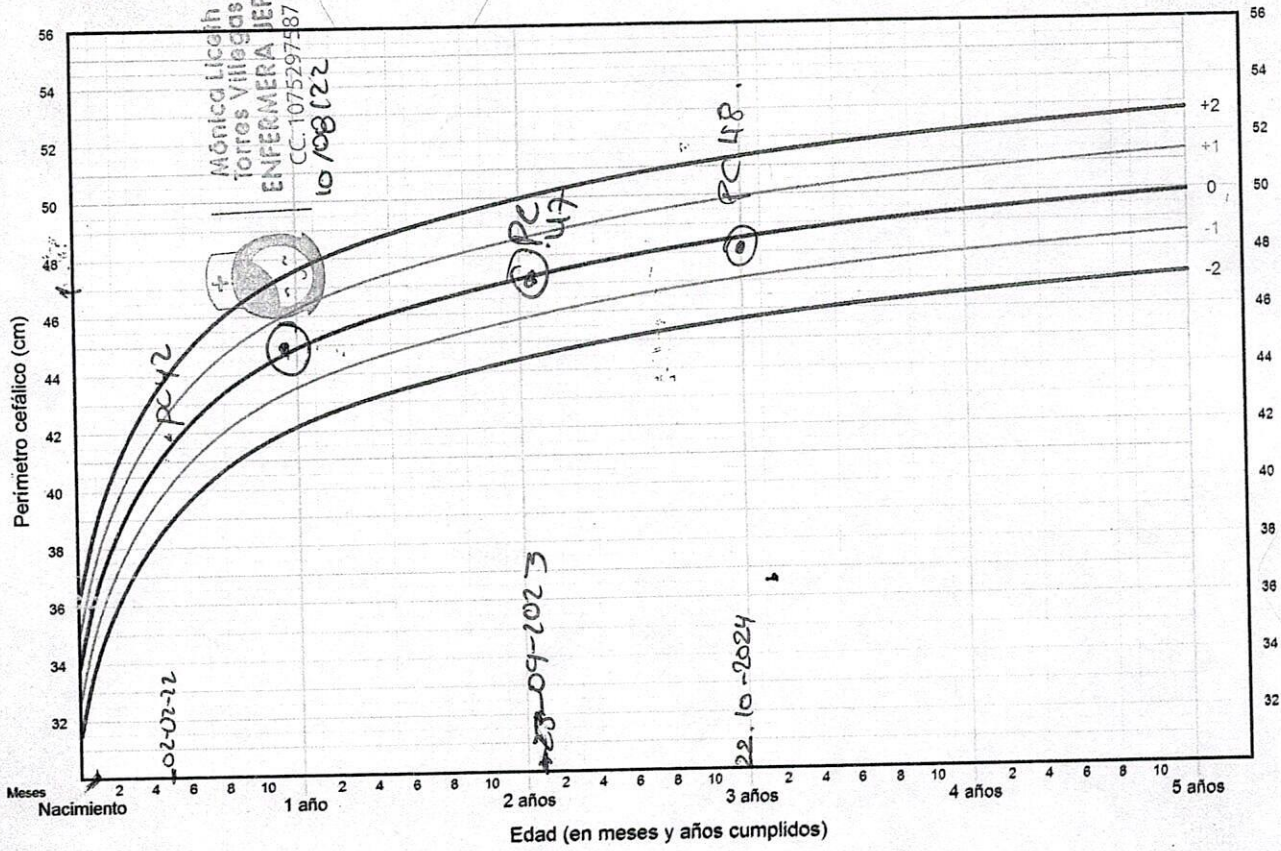
La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

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

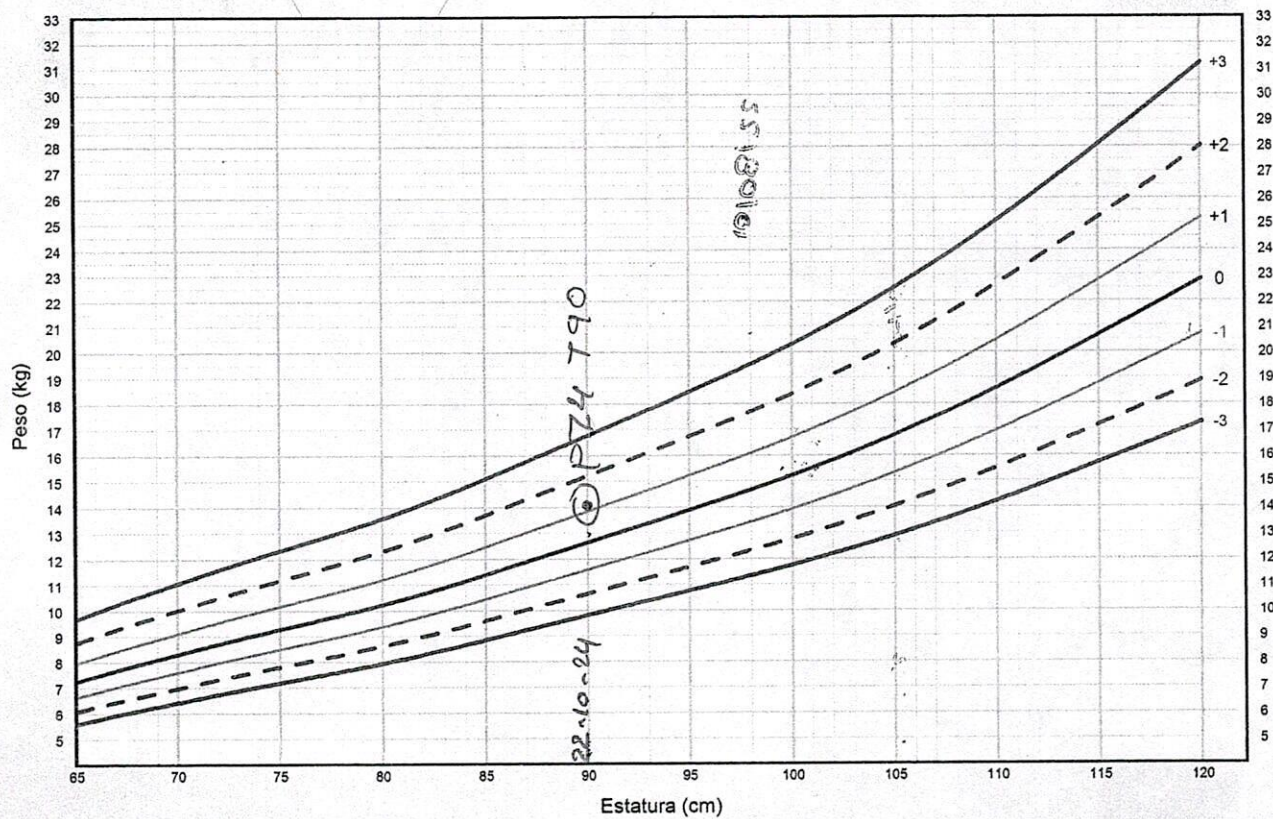
Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

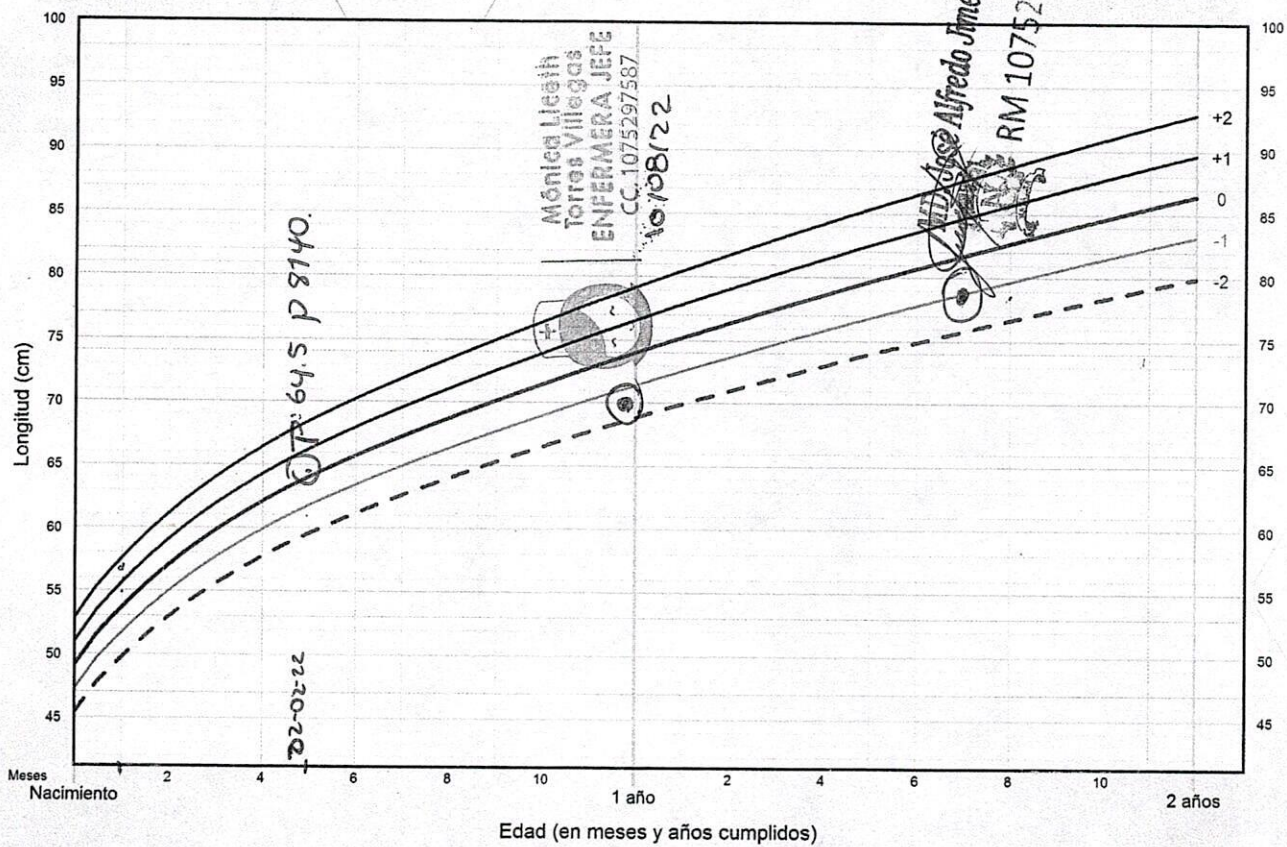
PERÍMETRO CEFÁLICO NIÑAS Puntuación Z (0 a 5 años)



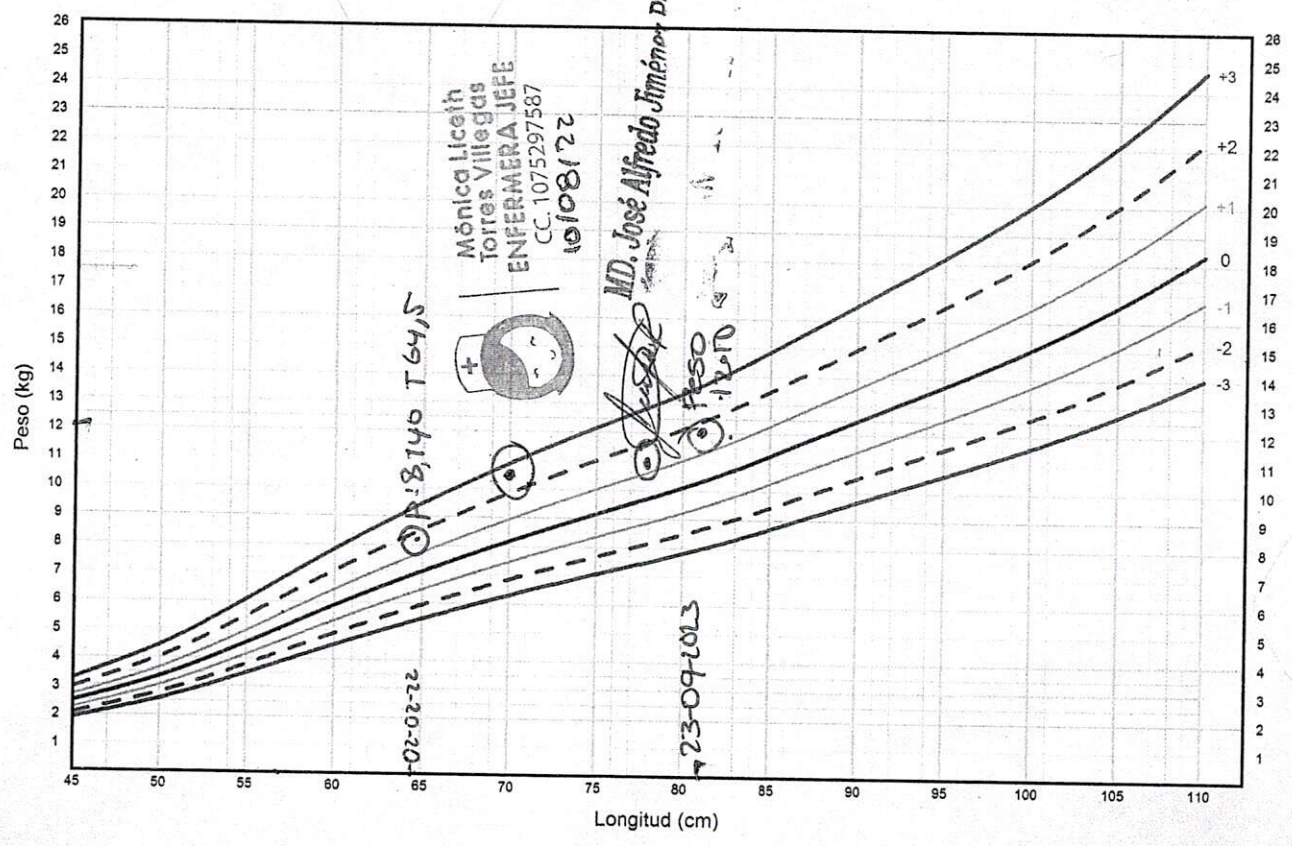
PESO PARA LA TALLA NIÑAS Puntuación Z (2 a 5 años)



TALLA PARA LA EDAD NIÑAS Puntuación Z (0 a 2 años)



PESO PARA LA TALLA NIÑAS Puntuación Z (0 a 2 años)



MIS CONTROLES

Escribe aquí los datos significativos de la salud del niño o niña.

[illegible]

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO				D	M	A
TSH neonatal	Normal		Alterado	D	M	A
Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado	D	M	A
Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado	D	M	A
Visual	Normal		Alterado	D	M	A
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA				D	M	A

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

Lad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
mes							
meses							
meses							
meses							
meses							
meses							
meses							
meses							
meses							
años							
años							
años							

Entrega	E	M	A
Entrega	E	M	A
Entrega	E	M	A

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	C	M	A	C	60	A
2.ª entrega	D	M	A	C	30	A
3.ª entrega	D	M	A	C	30	A
4.ª entrega	C	M	A	C	30	A
5.ª entrega	D	M	A	C	30	A

**VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL
- AGUDEZA VISUAL**

	3 años	4 años	5 años
Q	Q	Q	Q
M	M	M	M
K	K	K	K
Si ²⁺	Si ²⁺	Si ²⁺	Si ²⁺
NO ³⁻	NO ³⁻	NO ³⁻	NO ³⁻

*Menor o igual a 20 normal

garantiza la protección frente a enfermedades como:



**La salud
es de todos**

Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Sara Valentina Navaró Guevarra

Fecha de nacimiento: 14-09-2021

Nº de certificado de nacido vivo: 166197797

Registro civil: 1080268394

Sexo: Feminino.

Grupo sanguíneo: O Positivo.

Peso al nacer: 3730 Falla: 39.

Dirección: Divino Niño "Colegio"

Teléfono 1: 3124275369.

Teléfono 2: 320 5013268 Albana Hospital

Responsable: María Lucía Guevara Sánchez

Municipio de residencia: La Argentina - Ezequiel

Departamento: Arq: cc: 1080260.303.

Ci:di: 14-Agosto-2026

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

www.minsalud.gov.co    @MinSaludCol

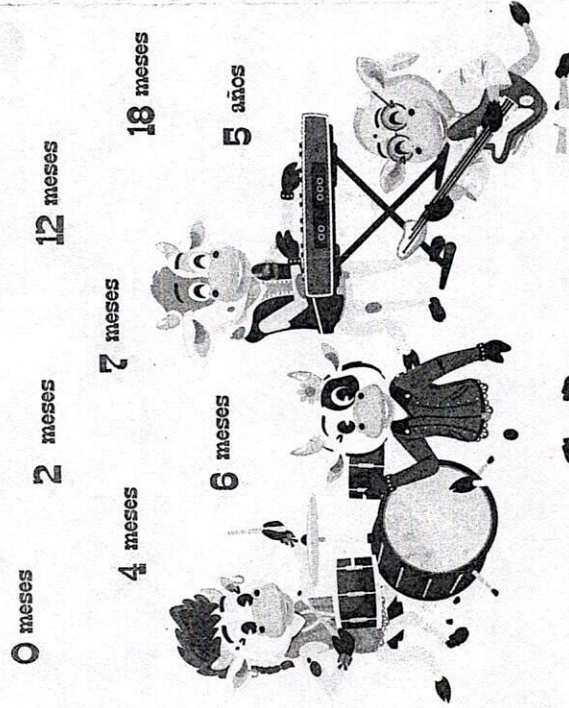
Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención

Subdirección de Enfermedades Transmisibles

Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles

Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)





CONTROL ODONTOLÓGICO DE PROMOCION
Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL

NOMBRE: <u>Sara Valentina Navia Guevara</u>	DOCUMENTO: <u>1080268394</u>
CONTROL DE PLACA	TOPICACIÓN DE FLUOR
FECHA DE ATENCIÓN: <u>25 Abril 2025</u>	FECHA DE ATENCIÓN: <u>25 Abril 2025</u>
PROXIMO CONTROL: <u>24 Oct 2025</u>	PROXIMO CONTROL: <u>24 Oct 2025</u>
EXPEDIDO POR: <u><i>Maria Guadalupe Martinez</i></u> <i>Auxiliar en Salud Oral</i>	



CERTIFICACION MEDICA

Entidad Administradora: **NUEVA EPS**

Certificado No.: **10000720**
Fecha de Registro: 27-feb-2025
Historia No.: 1080268394

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente: SARA VALENTINA NAVIA GUEVARA
Sexo: F
Ciudad de residencia: LA ARGENTINA, HUILA
Dirección residencia: , EL DIVINO NIÑO

No. identificación : RC: 1080268394
Edad : 3 Años
Estado civil: SOLTERO
Teléfono: 3177997109

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso : 15.5 Kg Talla : 93 cm

CAMPO VISUAL

Ojo Derecho : Visión normal Ojo Izquierdo : Visión normal

OBSERVACIONES GENERALES

MENOR DE 3 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

Diana Vargas Tovar
Enfermera Jefe
T.P. 1080260003

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 CDI la Argentina, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio CORHUELLAS. Manifiesto que he sido informado sobre las responsabilidades que me asisten en el marco del Código de Infancia y Adolescencia contemplado en la Ley 1098 de 2006, el cual expresa con relación al sentido de corresponsabilidad de la familia lo siguiente:

"Artículo 14. La responsabilidad parental. La responsabilidad parental es un complemento de la patria potestad establecida en la legislación civil. Es además, la obligación inherente a la orientación, cuidado, acompañamiento y crianza de los niños, las niñas y los adolescentes durante su proceso de formación. Esto incluye la responsabilidad compartida y solidaria del padre y la madre de asegurarse que los niños, las niñas y los adolescentes puedan lograr el máximo nivel de satisfacción de sus derechos. En ningún caso el ejercicio de la responsabilidad parental puede conllevar violencia física, psicológica o actos que impidan el ejercicio de sus derechos".

En atención a lo anterior, en el marco de las acciones de responsabilidad parental, es mi interés manifestar el compromiso en el proceso de atención a la primera infancia de mi hijo (a): Sara Valentina Navia Guevara con RC No 1080.268.394 Para ello me comprometo a:

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

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

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

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

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

Maria Guadalupe Sanchez
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Zuri Llanesq Rojas
AGENTE EDUCATIVO

Ciudad La Argentina
 Nombre completo de la niña o niño Sara Valentina Navia Guevara
 Fecha de nacimiento 14 08 2021 N° Documento de Identidad 7080268394
 Sexo ☐ Masculino ☒ Femenino Fecha de 1er día de atención en el año 03 03 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Zurivanesa Rojas Liziano
 Fecha de registro cualitativo 06 06 2025

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

Color de registro  Perfil de desarrollo
 valoración cualitativa Alerta ☐ Esperado ☒ Avanzado ☐

Observaciones generales

La niña articula palabras con claridad y responde preguntas simples interactiva afectivamente con adultos y compañeros mostrando interés en el juego compartido

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Ludivia Hernández
 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  Perfil de desarrollo
 valoración cualitativa Alerta ☐ Esperado ☒ Avanzado ☐

Observaciones generales

Se relaciona con sus compañeros mostrando respeto y solidaridad, escucha con atención, respeta turnos en el juego y actividades, comparte material y espacios sin dificultad.

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 19 11 2025

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

Color de registro  Perfil de desarrollo
 valoración cualitativa Alerta ☐ Esperado ☒ Avanzado ☐

Observaciones generales

Muestra curiosidad por aprender nuevas palabras, y conceptos, preguntando con frecuencia el significado de lo que desconoce.

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																							
0 a 6 meses	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						
6 meses y 1 año a 12 meses	1	1	1	4	4	4	6	6	6	8	8	8	10	10	10	11	11	11	14	14	14	15	15	15	16	16	16	17	17	17	18	18	18	19	19	19						
	2	2	2	5	5	5	7	7	7	9	9	9	11	11	11	12	12	12	15	15	15	16	16	16	17	17	17	18	18	18	20	20	20	21	21	21						
	3	3	3																																							
1 año y 1 día a 2 años	1	1	1	3	3	3	6	6	6	9	9	9	11	11	11	13	13	13	15	15	15	16	16	16	17	17	17	18	18	18	20	20	20	21	21	21						
	2	2	2	4	4	4	7	7	7	10	10	10	12	12	12	14	14	14	16	16	16	17	17	17	18	18	18	19	19	19	21	21	21	22	22	22						
2 años y 1 día a 3 años	1	1	1	4	4	4	6	6	6	9	9	9	10	10	10	13	13	13	15	15	15	16	16	16	17	17	17	18	18	18	20	20	20	21	21	21						
	2	2	2	5	5	5	7	7	7	10	10	10	11	11	11	12	12	12	14	14	14	15	15	15	16	16	16	17	17	17	18	18	18	20	20	20						
	3	3	3																																							
3 años y 1 día a 4 años	1	1	1	6	6	6	9	9	9	12	12	12	13	13	13	16	16	16	18	18	18	19	19	19	20	20	20	21	21	21	23	23	23	24	24	24						
	2	2	2	7	7	7	10	10	10	13	13	13	14	14	14	17	17	17	20	20	20	21	21	21	22	22	22	23	23	23	25	25	25	26	26	26						
	3	3	3	8	8	8	11	11	11	14	14	14	15	15	15	18	18	18	21	21	21	22	22	22	23	23	23	24	24	24	26	26	26	27	27	27						
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1	1	1	8	8	8	11	11	11	15	15	15	16	16	16	19	19	19	21	21	21	22	22	22	23	23	23	24	24	24	26	26	26	27	27	27						
	2	2	2	9	9	9	12	12	12	16	16	16	17	17	17	20	20	20	22	22	22	23	23	23	24	24	24	25	25	25	27	27	27	28	28	28						
	3	3	3																																							

12

 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 Sora Valentina Navea Guevara, identificado (a) con documento de identidad número 1090268394, 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, Maria Lucia Guevara Sanchez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1090260303, 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 Cor Huellos, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa modalidad interactiva

Suscriben:

Firma: Maria Lucia Guevara Sanchez
Nombre: Maria Lucia Guevara Sanchez
Calidad - Titular: Representante legal
Teléfono de contacto: 3205273624
Fecha: 03 mar 2025
Municipio: La Balsa

¡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.

	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 María Lucía Guevara Sanchez, identificado con Cédula de Ciudadanía No. L.080.260.303 de la Argentina padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Sara Valentina Navia Guevara, identificados con NUIP No. L.080.268.394, usuario de la unidad de servicio CDE 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: María Guevara Sanchez

Firma: María Lucía Guevara

CC. No. L.080.260.303

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Zuri Loresa Rojas Lirio

Firma: Zuri Loresa Rojas L.

CC. No. 7.067.795.946

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 marzo 2025 Por medio de la presente acta Yo Maria Lucia Guevara Sanchez
identificada con CC número 1.080.260.303, acudiente o responsable del beneficiario
Sara Valentina Nava Guevara, 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

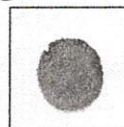
o pongan en riesgo el desarrollo integral de los niños y las niñas, dependiendo el caso activar rutas.

- 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.

Maria Lucia Guevara Sanchez
Firma Madre/Padre/Cuidador
C.C. 1.080.260.303

Zuri Karissa Rojas L
Firma Equipo Agente Educativo
C.C. 7.067.795.142

Huella niño o niña



21

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.080.260.303**

GUEVARA SANCHEZ

APELLIDOS

MARIA LUCIA

NOMBRES

Maria Lucia Sanche
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-MAY-2000**

LA ARGENTINA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 **A+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

15-MAY-2018 LA ARGENTINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1904700-01009063-F-1080260303-20180523 0061269489A 1 50941574

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.075.208.019**
NAVIA GUENGUEZ

APELLIDOS
FABIO ANTONIO

NOMBRES
FABIO ANTONIO NAVIA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **15-MAY-2000**
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 **B-** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO
08-JUN-2018 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁZQUEZ



P-1904700-01018824-M-1075208019-20180629 0061767539G 1 50941665

MINISTERIO DEL ESTADO CIVIL

Sr(a): **SANCHEZ OLGA LUCIA**

c.c. / Nit: **1081394444**

B. DIVINO NIÑO

Municipio: **378 LA ARGENTINA HUILA** Ruta: **43780031891**

Dirección Postal:

Ciclo: **71** Sector: **3-LIBRETIN 3 DE LA ARGENT**

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
918811182
PARA CUALQUIER CONSULTA
Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
84844452

Fecha De Emisión
16/01/2025

Periodo:	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
1 / 2025	14/12/24-14/01/25	\$289,800	\$289,800	0 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: **Residencial** Nivel Tensión: **1-Secundaria** Tipo Liqui.: **lectura**
Estrato: **1-Bajo Bajo** Carga Instalada: **1 W**
Zona: **OCCIDENTE** Nodo: **T09583-GL1P**

COSTO UNITARIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

Generación	419.14
Transmisión	55.37
Distribución	263.15
Restricciones	3.47
Pérdidas	96.01
Comercialización	145.39
Costo Unitario	982.52
Tarifa Aplicada	982.5245

Indicadores De Calidad Individual

Ciclos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-6677477752	CHN	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	3987	3860	1	127

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	124.781
110	Interes moratorio	21
608	Ajuste Decena	<2>
995	Subsidio	<72,459>

Últimos Consumos

Año	Mes	Consumo
2024	12	117
2024	11	130
2024	10	121
2024	9	91
2024	8	112
2024	7	131

Promedio Cuenta

117

Consumo Año Anterior

94

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	130	127.0	411.9816	\$52.322

Financiación ElectroHuila

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

Tasa de Interés

0.00 %

Total cuota Financiación **0**

Indicadores De Calidad Individual Retroactivo

Nodo 6500269 Grupo Calidad 21	
Horas a compensar	0
Compensación por evento	
Meta Calidad opr Duración	62.37
Meta calidad por eventos	21
Eventos acumulados año	50
Duración acumulador año	46.81
Consumo a compensar	61.1
Cargo distribución	266.2

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	\$0
Total Electrohuila	\$52,341
Total Servicio de Aseo	\$0
Total Alumbrado Público	\$8,372
Total Otros Cobros	\$229,087
Total a Pagar	\$289,800

FOES

wh\$/Kwh Total N. Fact

Último Pago

\$298,340

02/01/2025

Emitida Por:

YULIETH.CEBALLESB

Pag: 991

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento:

27/01/2025

Suspensión a Partir del:

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

Acceda directamente escaneando el Código QR



(415)7707274499679(8020)0918811182(3900)0000289800(96)20250127

PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES

**PROTEGEMOS
TUS PASOS**



Línea de Atención:

#899 desde celular

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



N° Póliza: 2000514572

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado: SARA VALENTINA NAVIA GUEVARA

ID Asegurado: 1080268394	Vigencia Desde: 2025/02/24	Vigencia Hasta: 2026/02/24
---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

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

COBERTURAS:

- Muerte Accidental
- Gastos Médicos

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

#899 desde celular

BOGOTÁ 3274712/3274713	NACIONAL 01 8000 111 935
-------------------------------	---------------------------------

