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

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

UDS: CDI LA ARGENTINA
PARTICIPANTE: JOHAN ANDRES LUNA PERAFAN
RC _ No. 1.080.268.296



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	✓		

Powered by CamScanner

		establecido			
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			

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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

F2.MT1.PP	30/01/2025
	Página 2 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

Fecha de diligenciamiento: 23 02 2023

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 extranjería ( ) Sin documento Nacionalidad: _____

Número de documento: 1080268296

Fecha nacimiento: 19 05 2021

Nombres: Johan andres

Apellidos: Luna Perafan

¿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) ( ) Raizal

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Huila

Municipio de residencia: La Argentina

Zona: rural

Barrio:

Vereda: Carmen

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: 1004153190

Nombres: Yesica Yurany

Apellidos: Perafan Solarte

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 20 11 2002

Correo electrónico:

Número de celular: 3169420660

Número de fijo:

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: Yesica P.

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Sonia Medina

Observaciones:

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

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.080.268.296

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60366407

60366407

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] 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	Segundo Apellido
LUNA	PERAFAN

Nombre(s)

JOHAN ANDRES

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes MAY Día 19	MASCULINO	A	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	16023339 - 4

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

PERAFAN SALAZAR YESICA YURANY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.153.190	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

LUNA VIVEROS OMILFER RICARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.153.548	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PERAFAN SALAZAR YESICA YURANY

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.004.153.190	Yesica Perafan S.

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 MAY Día 27	MANUEL JESUS LATORRE ADARME- REGI Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECANICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

27 MAY 2021

REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

OFIXPRESS 10023573

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner


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
N° Póliza: 2000514572
Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS
Nombre de Asegurado: JOHAN ANDRES LUNA PERAFAN
ID Asegurado: 1080268296
Vigencia Desde: 2023/02/24
Vigencia Hasta: 2026/02/24
$5.000.000,00
$4.000.000,00
COBERTURAS:
Muerte Accidental
Gastos Médicos
seguros mundial
#899 BOGOTÁ NACIONAL

242

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A3

Fecha de consulta: 03/06/2025

Ficha: 41378009505000000261

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JOHAN ANDRES

Apellidos: LUNA PERAFAN

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268296

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/03/2023

Última actualización ciudadano: 14/03/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: CARLOS ANDERSON ACOSTA VALD

Dirección: Calle 6 No 3 -

Teléfono: 31766179

Correo Electrónico: administradorsisben@laargentina-huila.gov

Powered by CamScanner

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	1080268296
NOMBRES	JOHAN ANDRES
APELLIDOS	LUNA PERAFAN
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA ARGENTINA

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	06/21/2025 15:29:36	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.

Powered by CamScanner

DOSIS UNICA	2da DOSIS		3ra DOSIS		A los 12 meses de edad	
	Fecha		Fecha		Fecha	
echa	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna

o de la 3ra DOSIS	A los 5 Años de edad		ADICIONALES		

CITAS PROGRAMADAS

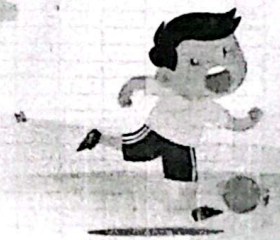
AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2021	Junio	19	7:00	Natalia	
2021	Agosto	21	8:00		
2021	octubre	22	7am	Keri	
2022	enero	28	7am		
2022	FEBRERO	12	Yo		
2022	marzo	26	NIV	AA	
2022	NOVIEMBRE	11	1:00		
2022					
2024	MAYO		7:00	X	
2025	febrero	28	3PM		
2025	Sept	16	13 90	X	
2026	Mayo	23	7AM		

Atención con Calidad Humana

E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS

E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALAC

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



P: 3
56 38
R: 30
T: 47
IMC: A

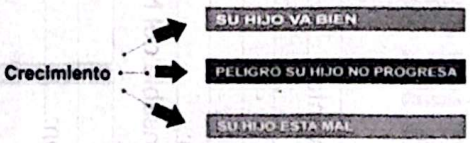
CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑO

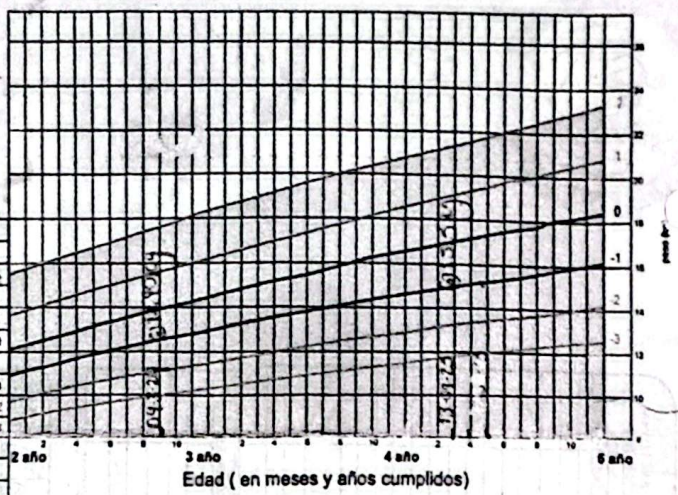
Nombre: Johan Andres Lino Pe
Fecha de nacimiento: 19-05-21
Registro Civil: 1080268296
Teléfono: 3224139293
Dirección: Carmen
Barrio o Vereda:
Nombre Responsable del Niño: Yesika Herafan
EPS afiliación: Comfamiliar
Sitio de atención: ESE JRNP

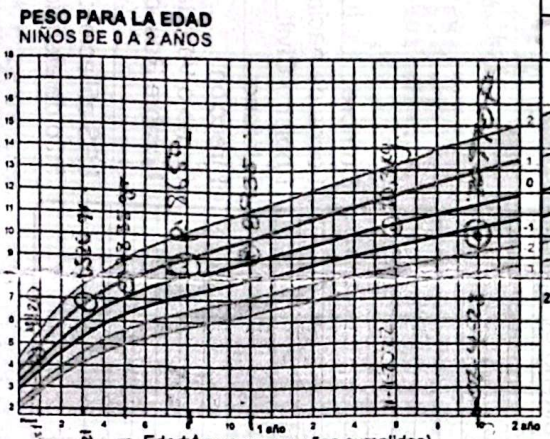
...UDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHA
...S CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO LOS AGE
...DE SE LO RECOMIENDE

Powered by CamScanner

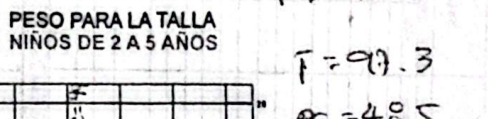
INTERPRETACIÓN DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

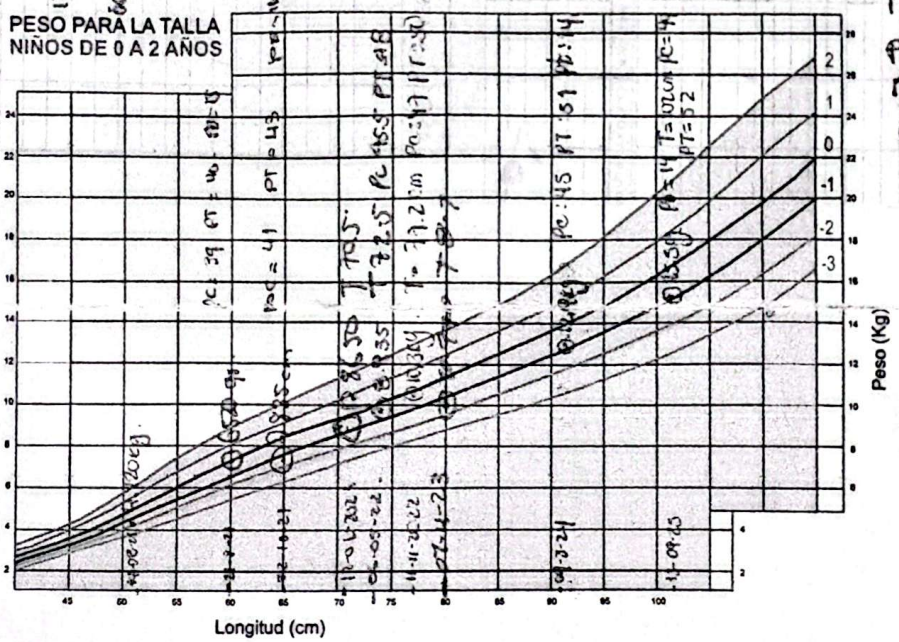


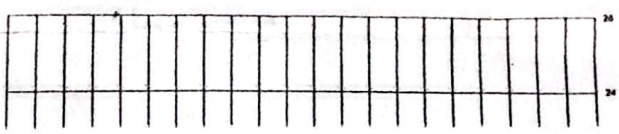




28-2-25
P= 15.5
T=97.3
PC=48.5
PT= 53
PB = 14.5







Powered by CamScanner

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.

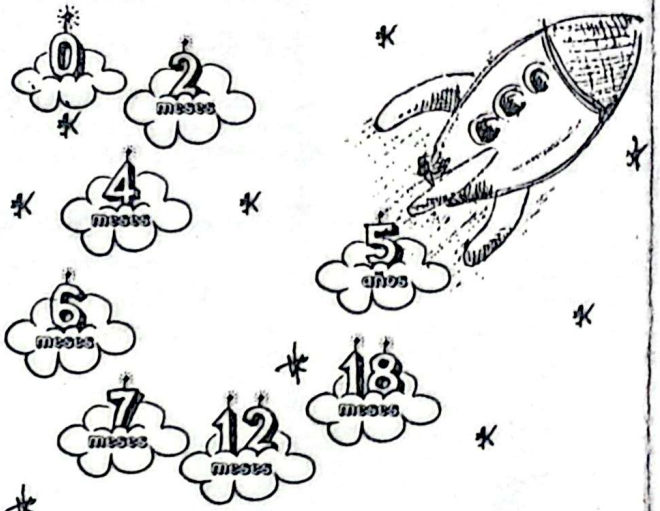
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

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

de cero a siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Johan Andres Luna Perafan
Fecha de nacimiento: 19- Mayo - 2021
Nº de certificado de nacido vivo: 16023339-4
Registro civil: 1.020.768.296
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: A+
Peso al nacer: 3015gr 38 cm.
Dirección: El comen "la fortuna"
Teléfono: 3224139293
Responsable: Yeisa Yurany Perafan Sabalsa
Municipio de residencia: La Argentina — Comf.
Departamento: Huila cc 1006153149

Cita:

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

3765013268 Nikena

Powered by CamScanner

Nombre: Johan Andres Lora Ramon Registro Civil 1080268296.

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	SI☐ No☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única	19-05-2021	Serum	E339621S	ESE Juan Ramon	— — —	21 julio 2021 Leidy Robayo
	Hepatitis B	Recién nacido	19.05.2021	Serum	0320421301	ESE Juan Ramon	21 07 21	Leidy Robayo
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	SI☐ No☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª	22-07-2021	Bilthouen Biol	20220619	ESE Juan Ramon	21 09 21	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	22-07-2021	Serum	2855421210	ESE Juan Ramon	21 09 21	Leidy Robayo.
	Rotavirus	1ª	22-07-2021	Glaxosmith	ARCL 274AA	ESE Juan Ramon	21 09 21	Leidy Robayo
	Neumococo	1ª	22-07-2021	Glaxosmith	ASPNB316M	ESE Juan Ramon	21 09 21	Leidy Robayo.
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	SI☐ No☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	21-09-2021	Bilthouen Biol	20270054	ESE Juan Ramon	20 11 2021	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	21-09-2021	Serum	2855421210	ESE Juan Ramon	20 11 2021	Leidy Robayo
	Rotavirus	2ª	21-09-2021	Glaxosmith	ARCL 274AA	ESE Juan Ramon	20 11 2021	Leidy Robayo
	Neumococo	2ª	21-09-2021	Glaxosmith	ASPNB316M	ESE Juan Ramon	— — —	Leidy Robayo
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	20.11.21	Bilthoven	2105001A	ES.E Ju Ay	20 11 21	Leidy Robayo.
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	20.11.21	Serum	2855421210	E.S.E Ju Ay.	20 11 22	Leidy Robayo
	Influenza	1ª	20-11-21	Sanofi P.	V3C1310	E.S.E Ju Ay	21 12 21	Leidy Robayo
7 Meses	Influenza	2ª	21-12-21	Sanofi P.	U3931U	ESE Juan R	— — —	Leidy Robayo
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	19-05-2022	Serum	0320N129A	ESE Juan R.	19 05 26	Leidy Robayo.
	Fiebre Amarilla	1ª	25-11-22	Sanofi P.	V3E39	ESE Juan R	— — —	Leidy Robayo
	Neumococo	Refuerzo	19-05-2022	Glaxosmith	ASPNB316M	ESE J.R.N.P	- - -	Leidy Robayo
	Influenza	Anual	19-05-2022	Green Cross	U5027206	ESE J.R.N.P	- - -	Leidy Robayo.
	Hepatitis A	ÚNICA	19-05-2022	Merck Sharp	U025117	ESE J.R.N.P	- - -	Leidy Robayo.
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo	25-11-22	Serum	2821004A	ESE J.R.N.P	19 05 26	Leidy Robayo
	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo	25-11-22	Bilthoven	2141015A	ESE J.R.N.P.	19 05 26	Leidy Robayo.
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	14/09/23	Serum	0131N552A	ESE Juan Ramo	— — —	Leidy Robayo
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	1ª	19-05-2022	Merck Sharp	U019269	ESE J.R.N.P	- - -	Leidy Robayo
	Varicela	1 Refuerzo						
	Sarampión - Rubeola	1 DAdi	06-08-22	Serum	0131N552A	ESE Juan Ramon	19 05 26	Leidy Robayo.

Estas vacunas son gratuitas

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.

Powered by CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
813010966 - 1

CERTIFICACION MEDICA

Certificado No.: **10000725**
Fecha de Registro: 28-feb-2025
Historia No.: 1080268296

Entidad Administradora: **NUEVA EPS**

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	JOHAN ANDRES LUNA PERAFAN	No.Identificación :	RC: 1080268296
Sexo:	M	Edad :	3 Años
Ciudad de residencia:	LA ARGENTINA, HUILA	Estado civil:	MENOR DE EDAD
Dirección residencia:	, BAJO CARMEN	Teléfono:	3224739293

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso : 15.5 Kg Talla : 97.3 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 HEMODINÁMICA, AFEBRIL, HIDRATO, ORIENTADO, SIN SEÑALES DE MALTRATO EVIDENTES, ADECUADO DESARROLLO PSICOMOTOR PARA LA EDAD, SE REALIZA TAMIZAJE VISUAL CON RESULTADO NORMAL, CON REACCIÓN A LA LUZ EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO, SE REALIZAN PREGUNTAS AL MENOR LAS CUALES RESPONDE DE MANERA POSITIVA 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 SUPERVISIÓN DE UN ADULTO RESPONSABLE.

HERNANDEZ GOMEZ DORA CONSTANZA
ENFERMERIA
Registro Medico No. 29639
Documento Medico No. CC 36294247

Constanza Hernandez C.
Enfermera Jefe
RUN 29639

Firma del profesional de la salud

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

Powered by CamScanner

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Johan Andres luna Parafan	**DOCUMENTO:** 1080268296.
CONTROL DE PLACA	
FECHA DE ATENCIÓN: 2 octubre 2025	**PROXIMO CONTROL:** 2 Marzo 2026
EXPEDIDO POR: Yazmina Gaviria Martinez Auxiliar en Salud Oral CC 1082364284	

Powered by CamScanner

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

ACTA DE COMPROMISO Y CORRESPONSABILIDAD CON PADRES DE FAMILIA Y/O CUIDADORES

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS CR 14 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): Johan Andres Jona Penafan con RC No 1080268296 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.

Powered by CamScanner

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

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

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

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

Jessica Perafan Salazar
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Sonia Medina
AGENTE EDUCATIVO

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad La Argentina

Nombre completo de la niña o niño Johan Andres Luna Perafan

Fecha de nacimiento 19 05 2021 **N° Documento de Identidad** 1030268296

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Sonia Medina

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

le agrada compartir momentos de juego e integración con sus compañeros, es atento y se observa destreza y coordinación.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Sonia Medina

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

El niño cumple con todas las dimensiones presta mucha atención cuando realizamos actividades les gusta compartir juegos de risas con otros niños

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Sonia Medina

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

Johan le gusta realizar actividades de rasgado utiliza las manos con mayor precisión fortaleciendo su motricidad fina.

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

Powered by CamScanner

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 Johan Andres Luna Perafan, identificado (a) con documento de identidad número 1080268296 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, Yesica Yuranis Perafan Salazar, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004153190, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	—	Videos	—	Otros datos personales	—

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por C. Huellas de Amor para la vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa C.D.I. La Argentina

Suscriben:

Firma: Jessica Perafan Salazar
Nombre: Jessica Perafan Salazar
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3169450660
Fecha: 03- Marzo- 2025
Municipio: La Argentina

Powered by CamScanner

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* Yesica Peralta *identificada con* CC *número* _____, *acudiente o responsable del beneficiario* Joan Andres Lubos, *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.*

Jesica Peralta

Firma Madre/Padre/Cuidador
C.C

Sonia Medina

Firma Equipo Agente Educativo
C.C 1030625[illegible]

Huella niño o niña



Powered by CamScanner

254

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.004.153.190**

PERAFAN SALAZAR

APELLIDOS

YESICA YURANY

NOMBRES

Yesica Yurany P.S

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **20-NOV-2002**

LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

23-NOV-2020 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1904700-01183434-F-1004153190-20201127 0072639252A 1 8501033633

Powered by CamScanner

ElectroHuila
Transmitimos buena energía
NIT 891.180.084-1

SU CODIGO CUENTA NIU
498120506

Para cualquier consulta y pago electrónico
WEB: electrohuila.com.co FT-OTE-65-681

AUTORETENEDORES DE RENTA, RESOL. No 047/2002
DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART.4
RESOL 000055 DEL 14/07/16 DIAN BOMBO COMERCIO
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4
DEL 00/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

TOTAL A PAGAR
$ 45.450

FACTURA DE VENTA No. 84685277

Documento equivalente según artículo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO PAGO INMEDIATO

FECHAS DE LECTURAS: 02/NOV/2024 — 03/ENE/2025
FECHA SUSPENSIÓN: 08/ENE/2025

INFORMACION CLIENTE

Cliente	DONICER TORRICO JALOMON	NIT C.	4030707
Dirección	VDA EL CARMEN FCA LA FORTUNA	Ruta	6920570439
Municipio	LA ARGENTINA	Ciclo	070
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACION TECNICA

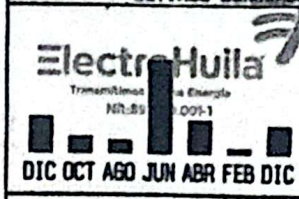
Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	0300T08
Carga Contratada	62	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	2

INFORMACION CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Cos	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
6690043178HT		A	S	0	6971	6866	1	105

Promedio Cuenta (1) Consumo Año Anterior 75 Consumo Anterior 75

ULTIMOS CONSUMOS



Mes Consumo	
DIC	105
OCT	80
AGO	75
JUN	180
ABR	18
FEB	66
DIC	25

CALIDAD DEL SERVICIO

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

ULTIMO PAGO

Fecha 18/11/2024
Valor $ 34570

LIQUIDACION CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)	Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
52.5	982.574	51585			
52.5	982.5245	51583			

Valor Total Energía del Periodo	$	103.168
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 59.881
Valor Total Energía Facturado	$	43.287

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR REL		
CONSUMO PERIODO	$ 103.168	OTROS CARGOS	$ 0
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ 2.164	ALUMBRADO P	$ 2.164
AJUSTE DECENA	$ - 1	VALOR ELECTROHUILA	$ 43.288
SUBSIDIO	$ - 59.881		

TOTAL A PAGAR
$ 45.450

ELECTRODOMESTICOS

CONCEPTO	# PAGO	TOTAL CUOTA	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	# PAGO	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

Fecha	Consumo Kwh	Kwh	Valor $	No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACION DEL SERVICIO

Gm: 419.0 Tm: 55.0 PRn,m: 98.0 Dn,m: 263.0 Rm: 3.0 Cv,m: 14
5.0 CUv,n,m: 982.5245 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA

Código de Cuenta : 498120506

Powered by CamScanner