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: 28 | 02 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: (X) Niño/a entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante

Tipo de vinculación: ( ) Participante de nuevo ingreso ( ) Participante de continuidad

Unidad de Servicio sugerida: CDI La Argentina

Tipo documento identidad: (X) Registro Civil ( ) Tarjeta de identidad ( ) Cédula de ciudadanía ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Cédula extranjería ( ) Sin documento **Nacionalidad:** _____

Número de documento: 1117557126

Fecha nacimiento: 15 | 12 | 2020

Nombres: Evelyn Sofia

Apellidos: Montilla Ortiz

¿Presenta discapacidad? ( ) Si (X) No

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

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

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

Seleccione la que aplique: ( ) Afrocolombiano ( ) Indígena ( ) 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: Urbano

Barrio: El cambis.

Vereda:

Sector:

Dirección: Calle 11 Nº 3 - 40

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (X) Madre ( ) Padre ( ) Cuidador/a

Tipo documento identidad: ( ) Tarjeta identidad (X) 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: 1006538676

Nombres: Karen Doyana

Apellidos: Ortiz Chilito

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 07 | 09 | 2002

Correo electrónico:

Número de celular:

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Karen ortiz

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Ludivia H

Observaciones:

193

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: EVELYN SOFIA MONTILLA ORTIZ
RC ___ **No:** 1117557126

DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotografía física, va sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Fotocopia del documento de identidad (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Fotocopia del criterio de focalización según la guía del ICBF. – ó Acta de visita para criterios de focalización	Formalización del cupo	Actualización cada 3 meses			
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	X		
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	X		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya novedades	X		
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia	X		

194

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.117.557.126

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60366374

60366374

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] 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
MONTILLA	ORTIZ

Nombre(s)

EVELYN SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes DIC Día 15	FEMENINO	O	POSITIVO.

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CAQUETA FLORENCIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
PRESENTACION PERSONAL Y FIRMA DEL FOLIO	

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

ORTIZ CHILITO KAREN DAYANNA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.006.538.676	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

MONTILLA MOJOMBOY MILTON

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.267.010	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ORTIZ CHILITO KAREN DAYANNA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.006.538.676	karen 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 2021 Mes ABR Día 23	GUILLERMO SANCHEZ CHAUX-REGISTRAD Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Milton Montilla M. Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

23.ABR.2021 SERIAL REEMPLAZA A - 0050906408 - 20.ENE.2021
RECONOCIMIENTO PATERNO O MATERNO - PATERNO VOLUNTARIO.

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

16 OCT 2022

Manuel Jesus Labore Adarme
Registrador Municipal

OFIXPRES 100238573

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

195

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	1117557126
NOMBRES	EVELYN SOFIA
APELLIDOS	MONTILLA ORTIZ
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	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	06/04/2025 20:07:55	**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

196

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

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

Ficha: **41378016505500000102**

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: EVELYN SOFIA

Apellidos: MONTILLA ORTIZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1117557126

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **23/11/2018**

Última actualización ciudadano: **29/04/2021**

Última actualización via registros administrativos: **25/11/2023**

***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**

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- Minsalud - Ministerio de Salud

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

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

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

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

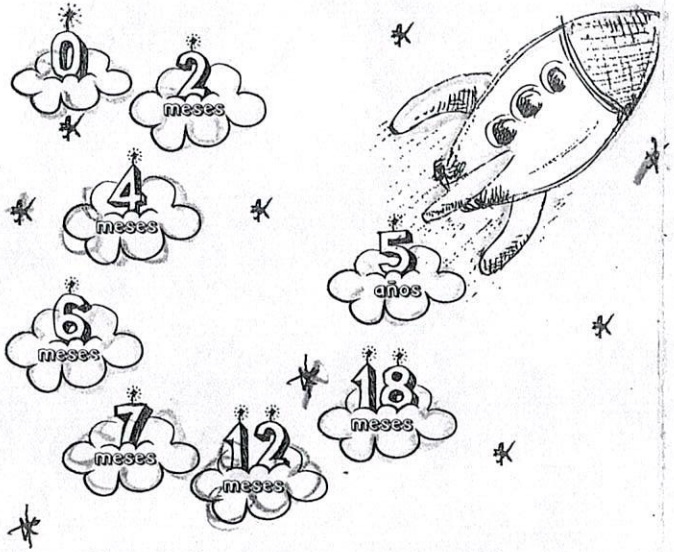
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

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

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



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

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

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

AIEPI
Porque mi vida hay que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

Cra 3A 4-26 Cita 8:15 - Diciembre 2025 corinto

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Evelyn Sofia Arboleda Cruz
Fecha de nacimiento: 15-12-2020
Nº de certificado de nacido vivo: 1632853414
Registro civil: 1175537176
Sexo: femenino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 2960 gramos 39s
Dirección: Frente iglesia Betania "Corinto"
Teléfono: 3127691376 Cortan.
Responsable: Karen Narvaez Ortiz
Municipio de residencia: Florida
Departamento: Cauca
CC: 1006538676

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas

Cita:



PROSPERIDAD PARA TODOS

197

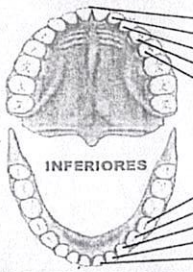
Nombre: EVELYN SOFIA ORTEZ CHELITO Registro Civil: 1117557126

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva Sí☐ No☐							
	Tuberculosis B.C.G.	Única	15-12-20	Serum	037962	ESE Hut		Angela Cabrera
	Hepatitis B	Recién nacido	15-12-20	Serum	032090028A	Hut		Angela Cabrera
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí☑ No☐							
	Polio (Oral - IM)	1ª	15/02/21	Sanofi	T3088W	Vacunación Cabrera		Andreavargas
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	15/02/21	Sanofi	28504088	Vacunación Cabrera		Andrea Vargas
	Rotavirus	1ª	15/02/21	Glaxo	AHAC1768AA	Vacunación Cabrera		Andrea Vargas
	Neumococo	1ª	15/02/21	Glaxo	ASPNB288AB	Vacunación Cabrera		Andrea Vargas
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí☐ No☐							
	Polio (Oral - IM)	2ª	15-04-21	Sanofipasteur	T3058W	ESE Juan Ramon	15/06/21	Jeidy Rebayo.
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	15-04-21	Serum	28504088D	ESE Juan Ramo	15 junio 2021	Jeidy Rebayo
	Rotavirus	2ª	15-04-21	GlaxoSmith	AHAC768AA	ESE Juan Ram	15 junio 2021	Jeidy Rebayo
	Neumococo	2ª	15-04-21	GlaxoSmith	ASPNB288AB	ESE Juan Ram	15 06 2021	Jeidy Rebayo.
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	16-06-21	Sanofipasteur	T3058W	ESE Juan Ram	- - -	Jeidy Rebayo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	16-06-21	Serum	28504088D	ESE Juan Ram	- - -	Jeidy Rebayo
	Influenza	1ª	03-07-21	Sanofi Pasteur	U38871U	Ese Juan Ramon	4 8 21	Jeidy Rebayo
7 Meses	Influenza	2ª	01-08-21	Sanofipasteur	U38871U	ESE Juan Ram	- - -	Jeidy Rebayo
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	16-12-21	Serum	0130N128A	ESE Juan Ramo	15 12 25	Jeidy Rebayo
	Fiebre Amarilla	1ª	24-06-22	Sanofi	L2121F0152	ESE Juan Ramo	- - -	Jeidy Rebayo.
	Neumococo	Refuerzo	16-12-21	GlaxoSmith	ASPNB385BA	ESE Juan Ram	- - -	Jeidy Rebayo
	Influenza	Anual	20-05-22	Green Cross	V5022008	ESE Juan R N Y		Jeidy Rebayo
	Hepatitis A	ÚNICA	16-12-21	MerckSharp	U006725	ESE Juan Ramo	- - -	Jeidy Rebayo
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	24-06-22	Serum	28204088B	ESE Juan Ramo	15 12 25	Jeidy Rebayo
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	24-06-22	Serum	T3058W	ESE Juan Ram	15 12 25	Jeidy Rebayo.
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	05-05-23	Serum	0130N128A	ESE Juan Ramo	- - -	Jeidy Rebayo
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	1ª	16-12-21	MerckSharp	U006722	ESE Juan Ramo	15 12 25	Jeidy Rebayo.
	Sarampión rubeola	1 DAU	15-01-22	Serum	0129W235	ESE Juan Ram	- - -	Jeidy Rebayo.

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.

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



RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

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

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

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

CUIDADOS GENERALES

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

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

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

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

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

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

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

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

REHIDRATACIÓN ORAL SUERO ORAL



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

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

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

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

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2022	Febrero	25	2pm	✓	
2022	Marzo	01	8:00	✓	
2022	Abril	15	8:00	✓	
2022	Agosto	17	8:00	✓	
2023	Agosto	26	8:00	✓	
2024	Febrero	13	8:00		
2024	Enero.	19	8:00		
2024	Diciembre	20	8:00		
2025	Diciembre	20	7am.		

Nuestro Compromiso ! la Humanización del Servicio!

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



CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

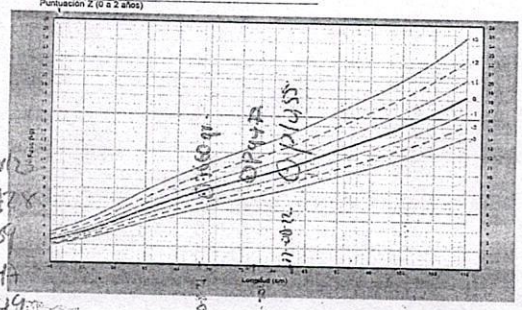
Nombre: Evelin Sofia Montilla O
Fecha de nacimiento: 15 - Dic. - 2020.
Registro Civil: 1.117.557.126
Teléfono: 322 476 8408
Dirección: La Argentina
Barrio o Vereda: V. Corredor.
Nombre Responsable del Niño: Karen D. Ortiz Chilito
EPS afiliación: Comf
Sitio de atención: ESE JRNP

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

INTERPRETACIÓN DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

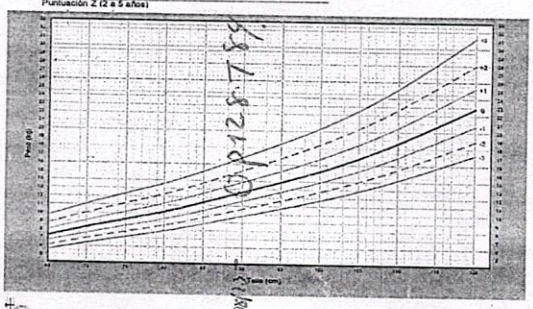
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



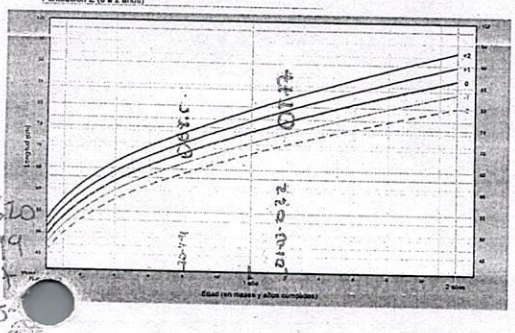
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



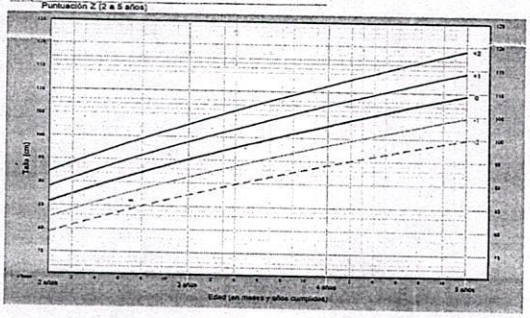
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



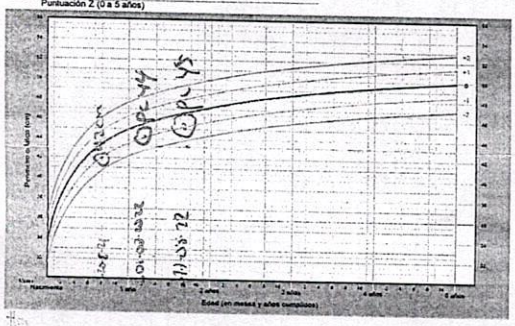
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



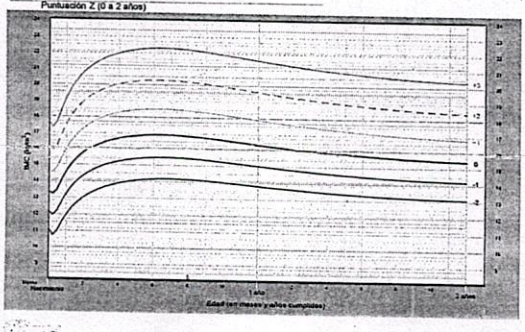
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



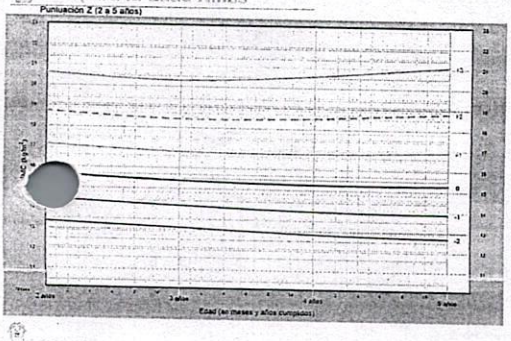
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



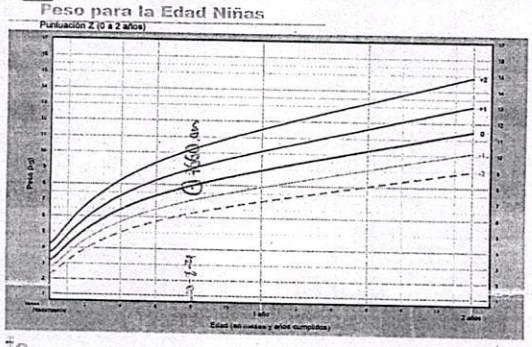
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



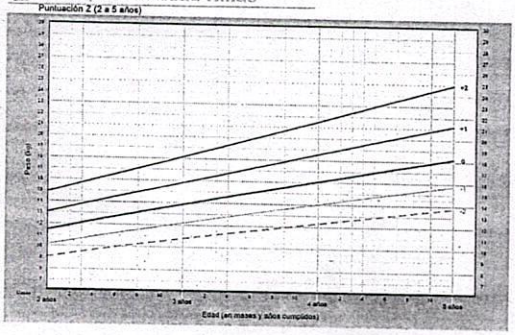
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



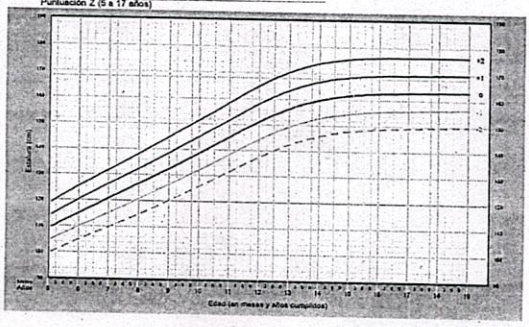
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (5 a 17 años)



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

199

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

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE:	DOCUMENTO:
Evelyn sofia. Montilla Ortiz.	1117553126.
CONTROL DE PLACA FECHA DE ATENCIÓN: 21 octubre 2025.	PROXIMO CONTROL: 21 Noviembre 2025.
EXPEDIDO POR: Karina Garcia Martinez Auxiliar en Salud Oral CC 1004154284	

200

MC CONSULTORIO
Dra. Mery Cristina Triviño Mejía
Médica General
RM. 1310.07

CERTIFICADO MÉDICO VISUAL

NOMBRES Y APELLIDOS: **EVELYN SOFIA MONTILLA ORTIZ**

IDENTIFICACIÓN: **R.C.** **1.117.557.126** EDAD: **4 AÑOS**

Síntomas oculares o visuales?: Sin antecedentes de importancia

Exploración física: se observa cejas delgadas sin alteraciones. Pestañas largas y dispuestas hacia afuera. Párpados simétricos para el globo ocular, borde palpabral sin signos procesos inflamatorios, glandulas de Meibomio normales. Conjuntivas de color rosadas e hidratadas, sin hiperemia; esclera sin alteraciones; ojos simétricos y sin protrusión o depresión de globos oculares. Iris de color café y pupilas isocóricas. Reflejos oculomotor normal; reflejo fotomotor, presente y reflejo consensual sin ninguna anormalidad. El examen de los movimientos oculares, sin alteraciones.

Agudeza visual: Visión cercana y lejana, sin alteración en el momento del examen.

CONCLUSIÓN: Sin déficit visual lejado al momento del examen.

Fecha de expedición: Jueves, 20 de Febrero de 2025

Médico que certifica

Mery Cristina Triviño
MD. GENERAL
1310 - 1

Mery Cristina Triviño Mejía
R.M. 1310-07

Calle 5 #5-32 La Argentina, Huila. Cel. 313 2529933

MC CONSULTORIO
Dra. Mery Cristina Triviño Mejía
Médica General
RM. 1310.07

CERTIFICADO MÉDICO AUDITIVO

NOMBRES Y APELLIDOS: **EVELYN SOFIA MONTILLA ORTIZ**

IDENTIFICACIÓN: **R.C.** **1.117.557.126** EDAD: **4 AÑOS**

Síntomas auditivos?: Sin antecedentes de importancia.

Exploración física: se observan pabellón auricular derecho e izquierdo de tamaño y posición usual. No se observan fístulas ni apéndices. Trago sin dolor a la palpación. Helix sin protuberancias. Antihelix, concha y lóbulos normales. Palpación de la prominencia mastoidea no dolorosa. Conducto auditivo externo derecho e izquierdo sin secreciones, con visualización de membrana timpánica normal, con presencia cerumen escaso bilateral.

CONCLUSIÓN: Menor sin signos clínicos de disminución o pérdida auditiva, al momento del examen.

Fecha de expedición: Jueves, 20 de Febrero de 2025

Médico que certifica

Mery Cristina Triviño M.
MD. GENERAL
1310 - 07

Mery Cristina Triviño Mejía
R.M. 1310-07

202

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 Karen dayanna Ortiz, 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): Evelyn Sofia Montilla con RC No 1.117.557.126 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 3 del mes Febrero del año 2025, en el Municipio de La Argentina.

Karen Ortiz
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR
1006538676

Ludivia Hernández Ortiz
AGENTE EDUCATIVO

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Argentina Huila

Nombre completo de la niña o niño Evelyn Sofia Montilla Ortiz

Fecha de nacimiento 15 (Día) 12 (Mes) 2020 **N° Documento de Identidad** 1177557126

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

Evelyn es una niña alegre se divierte con lo que hace, busca con que entretenerce. disfruta de sus compañeros y de los materiales que hay en el salón.

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 (Día) 10 (Mes) 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

Utilica adecuadamente el material que se le entrega Muestra disposición para trabajar en el salón, Reconoce semejantas y diferencias, logra expresar lo que siente y no le gusta, disfruta de lo que hace.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Ludivia Hernández Ortiz

Fecha de resgistro cualitativo 21 (Día) 11 (Mes) 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

Expresa sus emociones de manera espontáneas, como alegria, tristeza, identifica sus emociones, logra manipolar lapiz, color, se diverte con lo que hace.

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

Valoración Cualitativa ⇨	Relación con los demás																Relación consigo misma/o												Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas				Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía				Personal			Social																	
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a		1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	①②③	①②③	①②③	④⑤	④⑤	④⑤	⑥⑦	⑥⑦	⑥⑦	⑧⑨	⑧⑨	⑧⑨	⑩	⑩	⑩		⑪⑫⑬	⑪⑫⑬	⑪⑫⑬	⑭⑮	⑭⑮	⑭⑮	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑲⑳㉑㉒	⑲⑳㉑㉒	⑲⑳㉑㉒	㉓	㉓	㉓	㉔	㉔	㉔	㉕	㉕	㉕
6 meses y 1 día a 12 meses	①②	①②	①②	③④	③④	③④	⑤⑥⑦⑧	⑤⑥⑦⑧	⑤⑥⑦⑧	⑨⑩	⑨⑩	⑨⑩	⑪⑫⑬⑭	⑪⑫⑬⑭	⑪⑫⑬⑭		⑮⑯⑰⑱	⑮⑯⑰⑱	⑮⑯⑰⑱	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	㉒	㉒	㉒	㉓㉔㉕㉖	㉓㉔㉕㉖	㉓㉔㉕㉖	㉗㉘	㉗㉘	㉗㉘	㉙㉚㉛	㉙㉚㉛	㉙㉚㉛	㉜㉝	㉜㉝	㉜㉝
1 año y 1 día a 2 años	①②	①②	①②	③④⑤	③④⑤	③④⑤	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑨⑩	⑨⑩	⑨⑩	⑪⑫	⑪⑫	⑪⑫		⑬⑭	⑬⑭	⑬⑭	⑮⑯	⑮⑯	⑪⑯	⑰⑱⑲	⑰⑱⑲	⑰⑱⑲	⑳㉑	⑳㉑	⑳㉑	㉒㉓	㉒㉓	㉒㉓	㉔	㉔	㉔	㉕㉖	㉕㉖	㉕㉖
2 años y 1 día a 3 años	①②③	①②③	①②③	④⑤	④⑤	④⑤	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑨	⑨	⑨	⑩⑪⑫	⑩⑪⑫	⑩⑪⑫		⑬⑭	⑬⑭	⑬⑭	⑮	⑮	⑮	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	㉒㉓㉔	㉒㉓㉔	㉒㉓㉔	㉕㉖	㉕㉖	㉕㉖	㉗	㉗	㉗
3 años y 1 día a 4 años	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑨⑩⑪	⑨⑩⑪	⑨⑩⑪	⑫	⑫	⑫	⑬⑭⑮⑯	⑬⑭⑮⑯	⑬⑭⑮⑯		⑰⑱	⑰⑱	⑰⑱	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	㉒㉓㉔㉕	㉒㉓㉔㉕	㉒㉓㉔㉕	㉖㉗	㉖㉗	㉖㉗	㉘㉙㉚	㉘㉙㉚	㉘㉙㉚	㉛㉜㉝㉞	㉛㉜㉝㉞	㉛㉜㉝㉞	㉟㊱	㉟㊱	㉟㊱
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	①✓	①✓	①②	✓	✓	③	④✓	④✓	④⑤	✓⑦	✓⑦	⑥⑦	✓	✓	⑧		✓⑩	⑨✓	⑨⑩	✓⑫	✓⑫	⑪⑫	⑬✓	✓⑭	⑬⑭	✓	✓	⑮	⑯✓⑰	✓⑰	⑯⑰	✓	✓	⑱	✓⑳	✓⑳	⑲⑳

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

285

206

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 Karen Dayana Ortiz Chilito, identificado (a) con documento de identidad número 1006538676 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, Evelyn Sofia Montilla Ortiz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

La autorización comprende:

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

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

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

Los productos autorizados son originados por Corporación huellas de amor para ti 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: Karen Ortiz
Nombre: Karen dayanna ortiz chilito
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3122691376
Fecha: 03-03-2025
Municipio: La Argentina

CLARIFICADA

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 Karen Dayana Ortiz Chilito, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1006538676 de Florencia Caquetá. padre / madre ✗ o acudiente de la /el/los niño(s) Evelyn Sofia Montilla Ortiz, identificados con NUIP No. 1.177557726, 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: Karen dayanna ortiz chilito

Firma: Karen ortiz

CC. No. 1006538676

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Ludivia Hernández Ortiz

Firma: Ludivia Hernandez Ortiz

CC. No. 26527777

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

Huellas de Amor Para Tu Vida

ACTA DE ACUERDOS Y COMPROMISOS DE LAS FAMILIAS BENEFICIARIAS DENTRO DEL PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

BIENESTAR FAMILIAR

Fecha 27/03/2025 *Por medio de la presente acta Yo* Karen Dayana Ortiz *identificada con* C.C *número* 1006538676, *acudiente o responsable del beneficiario* Evelyn Sofia Montilla, *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.*

Karen Ortiz

Firma Madre/Padre/Cuidador

C.C 1006538676

Ludivia Hernández

Firma Equipo Agente Educativo

C.C 27527777

Huella niño o niña



209

22 años

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.006.538.676
ORTIZ CHILITO
APELLIDOS
KAREN DAYANNA
NOMBRES

Karen Ortiz
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-SEP-2002
FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

23-SEP-2020 MORELIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

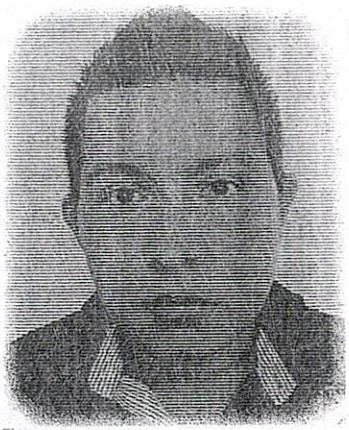
P-4401700-01166593-F-1006538676-20200930 0071921592A 1 51631544

210

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.080.267.010



Apellidos
MONTILLA MOJOMBOY

Nombres
MILTON

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.62	M

Fecha de nacimiento
25 SEPT 1999

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
LA ARGENTINA (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
10 OCT 2017, LA ARGENTINA

Fecha de expiración
11 SEPT 2033

Firma
milton M

.CO

032108815

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL032108815019047<<<<<<<<<<
9909254M3309117COL1080267010<0
MONTILLA<MOJOMBOY<<MILTON<<<<<

211

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía
Electrificadora del Huila S.A. ESP
Nit. 891.180.001 - 1

Sr(a): DARIO MORA REINA
c.c. / Nit: 14242176
C 11 3 40 BR EL CAMBIS
Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780046030
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 4-LIBRETIN 4 DE LA ARGENT

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
942952329
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
84845737

Fecha De Emisión
16/01/2025

Periodo:	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
1 / 2025	14/12/24-14/01/25	$7,650	$7,650	0 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial
Nivel Tensión: 1-Secundaria
Tipo Liqui.: lectura
Estrato: 1-Bajo Bájo
Carga Instalada: 0 W
Zona: OCCIDENTE
Nodo: T09536-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

Datos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-18219003	HIK	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	1465	1449	1	16

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	15,720
607	Ajuste Decena	3
995	Subsidio	<9,128>

Ultimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2024	12	19	2024	6	17
2024	11	16	2024	5	16
2024	10	16	2024	4	17
2024	9	14	2024	3	15
2024	8	15	2024	2	10
2024	7	16	2024	1	6

Promedio Cuenta: 16

Consumo Año Anterior: 6

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	130	16.0	411.9816	$6.592

Indicadores De Calidad Individual Retroactivo

Nodo 5500140 Grupo Calida 21	
Horas a compensar	1.024
Compensacion por evento	
Meta Calidad opr Duración	62.37
Meta calidad por eventos	21
Eventos acmulados año	86
Duracion acumulador año	84.43
Consumo a compensar	16.0
Cargo distribución	266.2

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Total cuota Financiación 0

Tasa de Interés 0.00 %

Resumen Cuenta

Saldo Financiado $0

Total Electrohuila $6,595

Total Servicio de Aseo

Total Alumbrado Público $1,055

Total Otros Cobros

Total a Pagar $7,650

CUFE 1f63190faa06a144e396c516d57373546173eb7bff66266908300fb0838e72cf5abd6981dbf84bc83f1ad42658abae77

FOES

Kwh $/Kwh Total N. Fact

Ultimo Pago

$16,770
30/12/2024
Emitida Por: YULIETH.CEBALLESB
Pag: 2277

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
Accede directamente escanenado el Código QR.

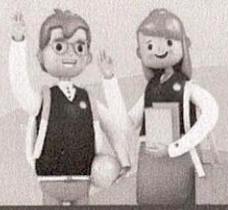
(415)7707274499679(8020)0942952329(3900)0000007650(96)20250127

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

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

PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES

PROTEGEMOS TUS PASOS



Línea de Atención:

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

seguros mundial®

Nº Póliza:	2000514572
Tomador:	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS
Nombre de Asegurado:	EVELYN SOFIA MONTILLA ORTIZ

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1117557126	2025/02/24	2026/02/24

Muerte Accidental $5.000.000,00

Gastos Médicos $4.000.000,00

COBERTURAS:

- Muerte Accidental
- Gastos Médicos

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

seguros mundial®

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