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: JOSE GERONIMO QUINAYAS ORDOÑEZ
RC _ No. 1.080.268.242



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	✓		

Powered by CamScanner

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: 25 | 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 1080268242

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: 1080268242

Fecha nacimiento: 27 | 07 | 2021

Nombres: Jose Geronimo

Apellidos: Quinayas Idarraga

¿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

Selecciona la que aplique: ( ) Afrocolombiano ( ) Indígena ( ) No se autoreconoce ( ) Comunidad negra ( ) Rom / Gitano ( ) Palenquero (a) ( ) Raizal

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Huila

Municipio de residencia: La Argentina

Zona: Urbana

Barrio: Yalcones

Vereda:

Sector:

Dirección:

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: ( ) Madre (●) Padre ( ) Cuidadoría

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:

Nombres: Jose elmer

Apellidos: Quinayas H

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 21 | 03 | 1933

Correo electrónico:

Número de celular:

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: Jose Elmer Quinayas

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Sonia Medina

Observaciones:

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.080.268.242

Indicativo Serial 60366345

•60366345•

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 o/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
QUINAYAS	ORDOÑEZ

Nombre(s)

JOSE GERONIMO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes MAR Día 27	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	263624868

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: ORDOÑEZ MUÑOZ LUZ ANGELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.262.085	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: QUINAYAS MENESES JOSE ELMER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.260.632	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: QUINAYAS MENESES JOSE ELMER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.080.260.632	José Elmer Quinayas

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 MAR Día 30	MANUEL JESUS LATORRE ADARME - REG Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURÍA — Adhesivo Copia Registro Civil 28031149-0

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

30 MAR 2021

• ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO •

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A2

Fecha de consulta: 03/06/2025

Ficha: 41378005503200000074

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JOSE GERONIMO

Apellidos: QUINAYAS ORDOÑEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268242

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/09/2019

Última actualización ciudadano: 30/03/2021

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 VALD

Dirección: Calle 6 No 3 -

Teléfono: 31766179

Correo Electrónico: administradorsisben@laargentina-huila.gov

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

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	1080268242
NOMBRES	JOSE GERONIMO
APELLIDOS	QUINAYAS ORDOÑEZ
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	01/06/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	06/04/2025 16:06:37	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.

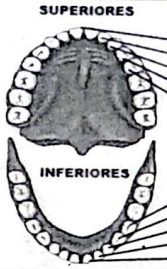
Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

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

Powered by CamScanner

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



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

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

RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

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

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

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

CUIDADOS GENERALES

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

No le de aceite para purgarlos. Evite que su niño se acerque a los enfermos. No le de aceite para purgalos 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 al pecho o respira con dificultad.
- Respira más de 60 veces por minuto.
- Presenta deposiciones diarreicas o líquidas.
- Presenta fiebre alta(mayor a 39° o líquidas.
- Presenta Fiebre más de 3 días.

EDAD	TIPO DE VACUNA		1 a DOSIS / UNICA Fecha	Fecha Cita	Fecha Vacuna	3ra DOSIS Fecha Cita	3ra DOSIS Fecha Vacuna	A los 12 meses de edad Fecha Cita	A los 12 meses de edad Fecha Vacuna
Recién Nacido	Actividerculoza - 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 - los ferina - tétanos(DPT)							
	Vacuna oral de polio - VOP							
Al año 5 años de edad	Difteria - los ferina - tétanos(DPT)							
	Vacuna oral de polio - VOP							
Adicionales	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)							

REHIDRATACION 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 cada vomitos, 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
Palabras rudimentarias		Sube en las sillas solo	
Sigue con los ojos el movimiento de un objeto.		Patea bien de 3 a más metros	
Se entretiene con el rostro		Dice cada de 20 palabras claras.	
Sigue movimientos del rostro.		Camina dando de saltos.	
A LOS 3 MESES		A LOS 30 MESES	
Sostiene la cabeza.		Camina hacia atrás.	
Se lleva objetos a la boca.		Nombra objetos, prendas y juguetes.	
Balbucea con las personas.		Dice oraciones completas.	
Se voltea cuando se le habla.		Se lleva solo los vasos y la cuna.	
A LOS 6 MESES		A LOS 36 MESES	
Intenta sentarse solo.		Corres y sigues la pelota.	
Pasa objetos de una mano a otra.		Copia cuadrados y círculos.	
Reacciona cuando se le llama.		Distingue bien un dibujo.	
Pone atención a la conversación.		Tiene un amigo especial.	
A LOS 9 MESES		A LOS 48 MESES	
Se sienta por si solo.		Hace caminar y sigues la pelota.	
Agarra objetos con los dedos		Dibuja personas.	
Pulgar e índice.		Nombras 4 o 5 colores.	
Dice una palabra clara,		Organiza juegos.	
Imita ejemplos.		A LOS 72 MESES	
A LOS 12 MESES		Sabe decir 50 cosas de ahora.	
Se para solo.		Dibuja cosas.	
Busca objetos escondidos.		Conoce días de la semana.	
Entiende varias palabras.		Comienza solo hombre.	
Sabe en la hora solo.		A LOS 84 MESES	
A LOS 18 MESES		Sabe diferencia los pies.	
Camina.		Copia una figura de forma correcta.	
Pasa hojas de un libro.		Conoce ayer, hoy y mañana.	
Reconoce más objetos.		Conoce fechas importantes.	
Anda dentro de 4 a 6 bella.			

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2021	Abril	25	Mañ		
2021	Julio	08	8:00	daba	
2021	Septiembre	18	8:00		
2021	Noviembre.	12	8am		
2022	marzo	5	7am		
2022	Junio	3	7am		
2022	Junio	07	8:00		
2022	NOVIEMB	09	8:00		
2023	Abril	01	8:00		
2023	Septiembre	23	8:00	Dañ	
2024	marzo	20	7:00		
2024	Abril	9	8:00		
2025	marzo	28	8:00		
2026	ABRIL	10	8am		

Atención con Calidad Humana

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

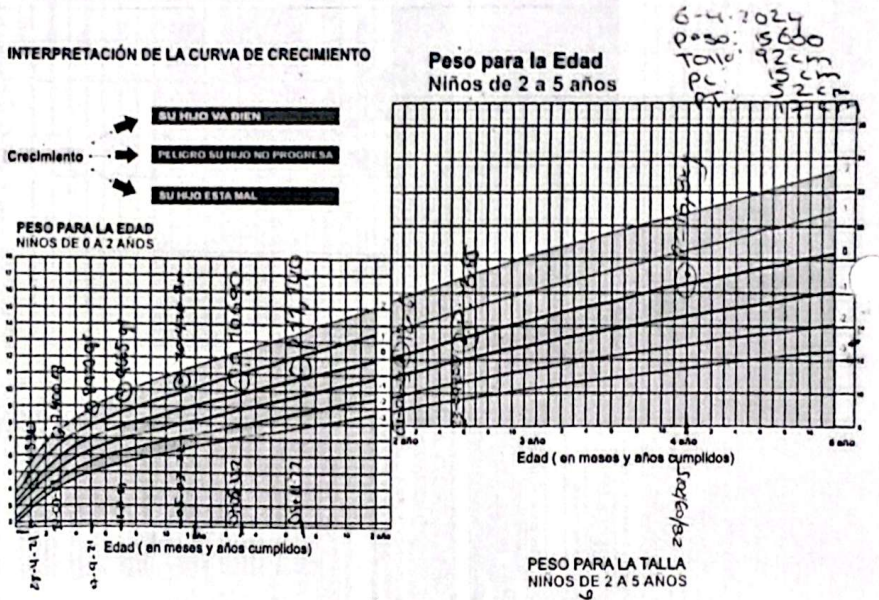


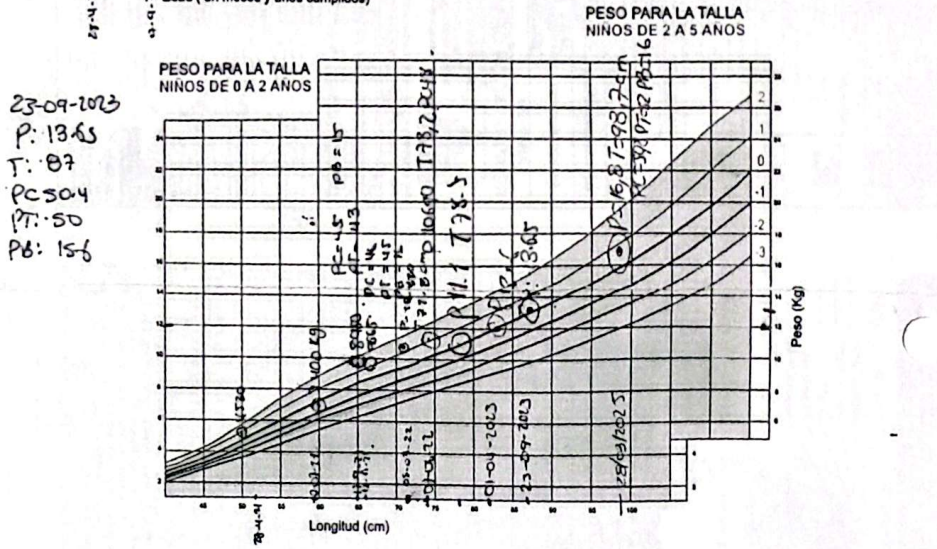
CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

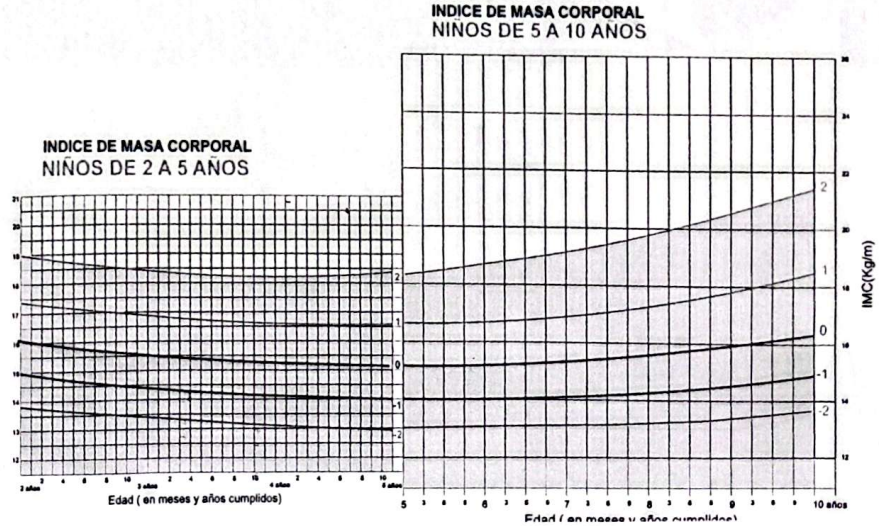
Nombre: Jose Gerardo Quiceno
Fecha de nacimiento: 27 - Marzo - 2021
Registro Civil: 1080268 247
Teléfono: 321 383 6434
Dirección: La Argentina #
Barrio o Vereda: 6 los Guacamayos
Nombre Responsable del Niño: Luz Angela Ordoñez M
EPS afiliación: COMF
Sitio de atención: E.S.E J.R.N.P

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

Powered by CamScanner







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.

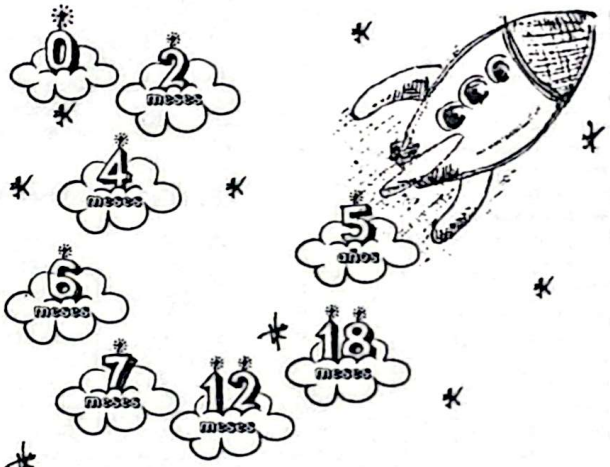
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

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

3205013268 Alberto B

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: José Geronimo Quiroga Ordoñez
Fecha de nacimiento: 27-03-21
Nº de certificado de nacido vivo: 163624868
Registro civil: 1.090.758.247
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 3150 Gramos — 39 cm.
Dirección: B. Galeones Sanfrem.
Teléfono: 3213833431
Responsable: Luz Angela Ordoñez
Municipio de residencia: La Argentina
Departamento: Huila

Cita 27-Marzo-2026

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

3205013268

Powered by CamScanner

Nombre: Jade Geronimo Jiménez Registro Civil: 61.089.265.242

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	27-03-21	Serum	03746215	HDSJ		Jeff Medith
	Hepatitis B	Recién nacido	27-03-21	Serum	032040130	HDSJ	27 05 21	Jeff Medith
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	SI☐ No☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª	27-05-21	Sanofipaster	T3D2G1V	ESE Juan R.N.P	27 07 21	Leidy Rebayo.
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	27-05-21	Serum	28E4703AC	ESE Juan R.N.P	27 07 21	Leidy Rebayo
	Rotavirus	1ª	27-05-21	GlaxoSmith	AR1C79AAF	ESE Juan R.N.P	27 07 21	Leidy Rebayo
	Neumococo	1ª	27-05-21	GlaxoSmith	ASPNB3C59A	ESE Juan R.N.P	27 07 21	Leidy Rebayo
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	SI☐ No☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	27-07-21	BiHoumBrid	2E9004A	ESE Juan R.N.P	28 09 21	Leidy Rebayo.
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	27-09-21	Serum	28E4703AC	ESE Juan R.N.P	28 09 21	Leidy Rebayo.
	Rotavirus	2ª	27-09-21	GlaxoSmith	AR1C79AAA	ESE Juan R.N.P	— — —	Leidy Rebayo.
	Neumococo	2ª	27-09-21	GlaxoSmith	ASPNB3C59A	ESE Juan R.N.P	— — —	Leidy Rebayo.
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	28-09-21	BiHoumBrid	2E9004A	ESE Juan R.N.P	— — —	Leidy Rebayo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	28-09-21	Serum	28E4703AC	ESE Juan R.N.P	— — —	Leidy Rebayo
	Influenza	1ª	28-09-21	Sanofipaster	U3C13LV	ESE Juan R.N.P	28 10 21	Leidy Rebayo.
7 Meses	Influenza	2ª	28-10-21	Sanofipaste	U3C13LV	ESE Juan R.N.P	aplicada	Leidy Rebayo
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	24-03-22	Serum	03DM124H	ESE Juan R.N.P	— — —	Milena B.
	Fiebre Amarilla —	1ª	30-09-21	Sanofipaster	U3E37	ESE Juan R.N.P	— — —	Leidy Rebayo
	Neumococo	Refuerzo	24-03-22	GlaxoSmith	ASPNB321CA	ESE T.N.P.	— — —	Milena B.
	Influenza	Anual	19-05-22	Green Cross	NS0222006	ESE J.R.N.P	— — —	Leidy Rebayo
	Hepatitis A	ÚNICA	24-03-22	Merckshap	U025917	ESE T.N.P	— — —	Milena B.
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª Refuerzo	30-09-22	Serum	28210016A	ESE Juan Ramon	27 03 26	Leidy Rebayo
	Polio (Oral - IM)	1ª Refuerzo	30-09-22	BiHoumBrid	2E9004A	ESE Juan Ramon	27 03 26	Leidy Rebayo.
5 Años	Polio (Oral - IM)	2ª Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	05-05-23	Serum	03DM082A	ESE Juan Ramon	— — —	Leidy Rebayo
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	1ª	24-03-22	Merckshap	U019269	ESE T.N.P		Milena B.
	S.R.	1ra	19-05-22	Serum	03TM052	ESE J.R.N.P		Leidy 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.

Powered by CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
813010966 - 1

CERTIFICACION MEDICA

Entidad Administradora: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD**

Certificado No.: **10000677**
Fecha de Registro: 21-feb-2025
Historia No.: 1080268242

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	JOSE GERONIMO QUINAYAS ORDOÑEZ	No.Identificación :	RC: 1080268242
Sexo:	M	Edad :	3 Años
Ciudad de residencia:	LA ARGENTINA, HUILA	Estado civil:	MENOR DE EDAD
Dirección residencia:	, LOS YALCONES	Teléfono:	3213835434

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso : 16.95 Kg Talla : 97.56 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, HIDRATADO, ORIENTADO, 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
ENFERMERA
Registro Medico No. 1840
Documento Medico No. CC 1080260003
T.P. 1080260003

Mercedes Julieth Tarfún M.
Médico General
R.M. 1.080.264.891
Firma del profesional de la salud

Powered by CamScanner

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Jose Geronimo Quimayo Ordoñez	**DOCUMENTO:** 1.080.268.242.
CONTROL DE PLACA **FECHA DE ATENCIÓN:** 02 Octubre 2025	**PROXIMO CONTROL:** 02 febrero 2026
EXPEDIDO POR: Lina Mayerly Lasso H. Auxiliar en Salud Oral C.C 1.080.263.139 T.P. # 073	

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 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): Jose Geronimo Quinayas Q. con RC No 1080268247 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

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.

José Elmer Quinayas
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 Jose Geronimo Quiroga aldoñet

Fecha de nacimiento 27 03 2021 **Nº Documento de Identidad** 108026842

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

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

Se integra con amor, respeto es alegre y ordenado ala hora de compartir con sus compañeros es respetuoso y les brinda afecto.

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 07 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

Jose Geronimo cumple con todas sus dimensiones realiza muy bien las actividades acorde a su edad comparte con otros niños diferentes roholos.

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

Jose le gusta realizar actividades es muy atento en sus trabajos comparte juegos con los demás niños

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

Powered by CamScanner

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

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
0 a 6 meses	① ② ③	① ② ③	① ② ③	④ ⑤	④ ⑤	④ ⑤	⑥ ⑦	⑥ ⑦	⑥ ⑦	⑧ ⑨	⑧ ⑨	⑧ ⑨	⑩	⑩	⑩	⑪ ⑫ ⑬	⑪ ⑫ ⑬	⑪ ⑫ ⑬	⑭ ⑮	⑭ ⑮	⑭ ⑮	⑯ ⑰	⑯ ⑰	⑯ ⑰	⑱ ⑲	⑱ ⑲	⑱ ⑲	⑳ ㉑	⑳ ㉑	⑳ ㉑	㉒	㉒	㉒	㉓ ㉔	㉓ ㉔	㉓ ㉔	㉕ ㉖	㉕ ㉖	㉕ ㉖
6 meses y 1 día a 12 meses	① ②	① ②	① ②	③ ④	③ ④	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑪ ⑫	⑪ ⑫	⑪ ⑫	⑬ ⑭ ⑮ ⑯	⑬ ⑭ ⑮ ⑯	⑬ ⑭ ⑮ ⑯	⑰ ⑱	⑰ ⑱	⑰ ⑱	⑲ ⑳	⑲ ⑳	⑲ ⑳	㉑ ㉒	㉑ ㉒	㉑ ㉒	㉓ ㉔	㉓ ㉔	㉓ ㉔	㉕ ㉖	㉕ ㉖	㉕ ㉖	㉗ ㉘	㉗ ㉘	㉗ ㉘	㉙ ㉚	㉙ ㉚	㉙ ㉚
1 año y 1 día a 2 años	① ②	① ②	① ②	③ ④ ⑤	③ ④ ⑤	③ ④ ⑤	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑪ ⑫	⑪ ⑫	⑪ ⑫	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑮ ⑯	⑮ ⑯	⑮ ⑯	⑰ ⑱	⑰ ⑱	⑰ ⑱	⑲ ⑳	⑲ ⑳	⑲ ⑳	㉑ ㉒	㉑ ㉒	㉑ ㉒	㉓ ㉔	㉓ ㉔	㉓ ㉔	㉕ ㉖	㉕ ㉖	㉕ ㉖	㉗ ㉘	㉗ ㉘	㉗ ㉘
2 años y 1 día a 3 años	① ② ③	① ② ③	① ② ③	④ ⑤	④ ⑤	④ ⑤	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑨	⑨	⑩ ⑪ ⑫	⑩ ⑪ ⑫	⑩ ⑪ ⑫	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑮	⑮	⑮	⑯ ⑰ ⑱	⑯ ⑰ ⑱	⑯ ⑰ ⑱	⑲ ⑳	⑲ ⑳	⑲ ⑳	㉑ ㉒	㉑ ㉒	㉑ ㉒	㉓ ㉔	㉓ ㉔	㉓ ㉔	㉕ ㉖	㉕ ㉖	㉕ ㉖	㉗	㉗	㉗
3 años y 1 día a 4 años	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑨ ⑩ ⑪	⑨ ⑩ ⑪	⑨ ⑩ ⑪	⑫	⑫	⑫	⑬ ⑭ ⑮	⑬ ⑭ ⑮	⑬ ⑭ ⑮	⑯ ⑰ ⑱	⑯ ⑰ ⑱	⑯ ⑰ ⑱	⑲	⑲	⑲	⑳ ㉑ ㉒ ㉓	⑳ ㉑ ㉒ ㉓	⑳ ㉑ ㉒ ㉓	㉔ ㉕	㉔ ㉕	㉔ ㉕	㉖ ㉗	㉖ ㉗	㉖ ㉗	㉘ ㉙	㉘ ㉙	㉘ ㉙	㉚ ㉛	㉚ ㉛	㉚ ㉛
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	① ②	① ②	① ②	③	③	③	④ ⑤	④ ⑤	④ ⑤	⑥	⑥	⑥	⑦ ⑧	⑦ ⑧	⑦ ⑧	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑪	⑪	⑪	⑫ ⑬	⑫ ⑬	⑫ ⑬	⑭ ⑮	⑭ ⑮	⑭ ⑮	⑯ ⑰	⑯ ⑰	⑯ ⑰	⑱ ⑲	⑱ ⑲	⑱ ⑲	⑳ ㉑	⑳ ㉑	⑳ ㉑	㉒ ㉓	㉒ ㉓	㉒ ㉓

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

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 Jose Benjamin Quinayas Ospina, identificado (a) con documento de identidad número 1080268242, 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, Jose Elmer Quinayas Meneses, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1080260632, 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 por 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: JOSE ELMER QUINAYAS
Nombre: JOSE ELMER QUINAYAS
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3218199189
Fecha: 03 marzo - 2023
Municipio: la Argentina H

¡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.

Powered by CamScanner

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Jose Elmer Quintas Meneses, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1080260632 de la Argentina padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Jose Geronimo Quintas G., identificados con NUIP No. 1080268242, usuario de la unidad de servicio C-D-I la Argentina manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en _____, a los _____ días del mes 3 de 202(5)

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

Nombre: Jose Elmer Quintas

Firma: Jose Elmer Quintas

CC. No. 1080260632

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Sonia Yereire

Firma: Sonia Medina

CC. No. 1080265215

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 Angela ordoñez identificada con CC número 1080262085, acudiente o responsable del beneficiario Jose Geronimo Quintero 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 <u>Las familias</u>

- *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.*

Angela Ordoñez

Firma Madre/Padre/Cuidador
C.C 1080262085

Sonia Medina

Firma Equipo Agente Educativo
C.C 1030265415

Huella niño o niña



Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.080.262.085**

ORDOÑEZ MUÑOZ

APELLIDOS

LUZ ANGELA

NOMBRES

Luz Angela Ordoñez M.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-MAY-1990**

TARQUI
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.48	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

08-JUL-2008 LA ARGENTINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1904700-00155339-F-1080262085-20090428 0011106986A 1 28299499

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.080.260.632

QUINAYAS MENESES
APELLIDOS

JOSE ELMER
NOMBRES

Jose Elmer Quinayas
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 21-MAY-1988
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

24-MAY-2006 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALBA CATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

P-1904700-50149761-M-1080260632-20060809 07280 06220A 02 194386986

Powered by CamScanner

Sr(a) : ORDONEZ MUNOZ LUZ ANGELA

c.c. / Nit: 1080262085

K 7 11 03 LA ARGENTINA

Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780033820

Dirección Postal:

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

SU CÓDIGO DE CUENTA ES:
942953106
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRONICO

Factura De Venta No.
84844713

Fecha De Emisión
16/01/2025

Periodo	Facturado	Pago Total	Pago Mínimo	Periodos Vencidos
1 / 2025	14/12/24-14/01/25	$13,740	$13,740	0

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial
Nivel Tensión: 1-Secundaria
Tipo Liqui.: lectura
Estrato: 2-Bajo
Carga Instalada: 0 W
Zona: OCCIDENTE
Nodo: T09538-GL1P

Costo Unitario de Prestación de Servicio

Generación	419.14
Transmisión	55.37
Distribución	283.18
Restricciones	3.47
Pérdidas	98.01
Comercialización	145.39
Costo Unitario	982.52
Tarifa Aplicada	982.5245

Indicadores De Calidad Individual

Cálculos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-1218204130	INE	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	1996	1973	1	23

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	22,598
607	Ajuste Decena	1
995	Subsidio	<10,754>

Últimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2024	12	31	2024	6	14
2024	11	35	2024	5	15
2024	10	33	2024	4	3
2024	9	26	2024	3	1
2024	8	30	2024	2	0
2024	7	19	2024	1	0

Promedio Cuenta	Consumo Año Anterior
29	0

Indicadores De Calidad Individual Retroactivos

Nodo 6500336 Grupo Calida	21
Horas a compensar	0
Compensacion por evento	
Mata Calidad opr Duración	62.37
Mata calidad por eventos	21
Eventos acmulados año	88
Duracion acumulador año	88.04
Consumo a compensar	9.02
Cargo distribución	266.2

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	130	23.0	514.977	$11.844

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Tasa de Interés 0.00 %

Total cuota Financiación 0

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$0
Total Electrohuila	$11,845
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Publico	$1,895
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$13,740

CUFE d1b3579384ddb5345d2d8df9b91667782186b721e51b48960dd8cdd7de4d0dbfd3edebb0795c2afa102c2e309cd28850

FOES

Kwh $/Kwh Total N. Fact

Último Pago

$18,540
24/12/2024
Emitida Por: YULIETH.CEBALLESB
Pag: 1252

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento
27/01/2025

Suspension 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 escaneando el Código QR.

(415)7707274499679(8020)0942953106(3900)0000013740(96)20250127

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

Powered by CamScanner