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: LAURA VICTORIA HERNANDEZ GONZALEZ
RC _ No. 1.080.268.365



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	✓		

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

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

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 26 | 02 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

Unidad de Servicio sugerida: CDI la Argentina

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

Número de documento: 1080268365

Fecha nacimiento: 24 | 07 | 2021

Nombres: Laura Victoria

Apellidos: Hernandez Gonzalez

¿Presenta discapacidad? ( ) Si (●) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Huila

Municipio de residencia: La Argentina

Zona: Urbana

Barrio: Villa del cambuy

Vereda:

Sector:

Dirección:

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

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

Número de documento: 1030558295

Nombres: Edith

Apellidos: Gonzalez Bustamante

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 07 | 04 | 1989

Correo electrónico:

Número de celular: 3112927512

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: Edith G.

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Sonia Medina

Observaciones:

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.080.268.365

Indicativo Serial 60366484

60366484

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L 2 F

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

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HERNANDEZ	GONZALEZ

Nombre(s): LAURA VICTORIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes JUL Día 24	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/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	165963874

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: CONZALEZ BURITICA EDITH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.030.558.295	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: HERNANDEZ CHAVEZ ARBEY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 83.240.647	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: HERNANDEZ CHAVEZ ARBEY

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 83.240 647	Arbey Hernandez

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 JUL Día 28	MANUEL JESUS LAZORRE ADARME- REGI Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Copia Registro Civil 28990212-7

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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

28 JUL 2021

REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B1

Fecha de consulta: 03/06/2025

Ficha: 41378004503400000025

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LAURA VICTORIA

Apellidos: HERNANDEZ GONZALEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268365

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/11/2019

Última actualización ciudadano: 28/07/2021

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

nformación Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1080268365
NOMBRES	LAURA VICTORIA
APELLIDOS	HERNANDEZ GONZALEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA ARGENTINA

)atos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/12/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	06/05/2025 08:06:28	**Estación de origen:**	192.168.70.220

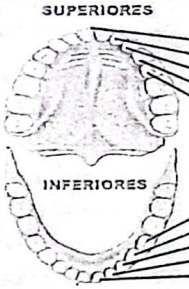
a información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y rotección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual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

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

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

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 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 odontología debe hacerse antes del primer año.

CUIDADOS GENERALES

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

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

Expresе afecto al niño, dícelo, 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 sue 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 líquidas.
- Presenta fiebre alta(mayor a 39° o líquidas.
- Presenta Fiebre más de 3 días.

EDAD	TIPO DE VACUNA		1ra DOSIS O UNICA Fecha	2da DOSIS Fecha Cita	2da DOSIS 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		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 tercaras 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						
Adicionales	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)						

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
Patalea 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.		Controla bien el pipí.	
A LOS 3 MESES		A LOS 36 MESES	
Sostiene la cabeza.		Camina hacia atrás.	
Se lleva objetos a la boca.		Agarra objetos grandes y pequeños.	
Balbucea con las personas.		Usa oraciones completas.	
Se voltea cuando se le habla.		Se baña solo los muslos 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.		Escribe bien sus dibujos.	
Pone atención a la conversación.		Tiene un amigo especial.	
A LOS 9 MESES		A LOS 60 MESES	
Se sienta por sí solo.		Hace rebote y agarra la pelota.	
Agarra objetos con los dedos		Dibuja escaleras.	
Pinza o índice.		Nombra 4 o 5 colores.	
Dice una palabra clara.		Organiza Juegos.	
Imita aplaudir.			
A LOS 12 MESES		A LOS 72 MESES	
Se para solo.		Salta desde 80 cms de altura.	
Busca objetos escondidos.		Dibuja casa.	
Entiende orden sencilla.		Conoce días de la semana.	
Bebe en la taza solo.		Comenta vida familiar.	
A LOS 15 MESES		A LOS 84 MESES	
Corre.		Salta alternado los pies.	
Pasa hojas de un libro.		Copia una figura de tres cubos.	
Reconoce sus objetos.		Conoce ayer, hoy y mañana.	
Avisa deseos de ir al baño.		Conoce fechas especiales.	

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2021	Agosto	26	8:00		
2021	octubre	29	8:00	Mala T.	
2021	Noviembre	27	8:00		Cx
2022	Noviembre	11	7:30am	Vjul	
2023	Abril	01	9:00	Miércoles	
2023	Septiembre	24	8am	Dana	
2023	Septem	25	8:00	Dany	
2024	Marzo	18	8:00	Lenny	
2024	Septiembre	15	8:00		
2025	Agosto	08	8:00	Jueves	
2026	Julio	31	8Am		

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: Laura Victoria Hernandez G
Fecha de nacimiento: 24-JUN-2021
Registro Civil: 1DEO-268.365
Teléfono: 3112927512
Dirección: Villa del Combia
Barrio o Vereda:
Nombre Responsable del Niño: Edith Gonzalez Burbica
EPS afiliación: Comfamiliar
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

32 - 4100
P 3.8 gr
T. 32cm

14

Powered by CamScanner

INTERPRETACION DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

Powered by CamScanner

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO							
l neonatal	Normal		Alterado				
itivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
dipopatía génita Compleja	Normal		Alterado				
ıal	Normal		Alterado				
TENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA							

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

	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
es							
es							
es							
es							
es							
ies							
ies							

IFICACIÓN CON ONUTRIENTES

a				
a				
a				

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega							
2.ª entrega							
3.ª entrega							
4.ª entrega							
5.ª entrega							

I EN SALUD BUCAL

3m				

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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



Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Laura Victoria Hernandez Gonzalez

Fecha de nacimiento: 24 Julio 2021

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1080268365.

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: A+

Peso al nacer: 3790 gra. Talla: 53cm. 40semn.

Dirección: Villa del combu Mza 4B N10 53.

Teléfono 1: 3112927512 Cuñada

Teléfono 2: 3212066698

Responsable: Edith Gonzalez Beltran

Municipio de residencia: La argentina

Departamento: Huila CC. 1030558295.

Fha. 24 Julio 2021

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Laura Victoria Hernandez Tipo identificación: 1082683365 No. ID:

Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
		Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	24	03	2021	Serum	03700MA0127A	Hospit				Nikol Ujeda
Hepatitis B	Recién nacido	24	03	2021	Serum	03201404A	Hospit	24	09	21	Jeffe Julian
		Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
Poliomielitis (VIP)	1.ª	24	09	2021	Biotheon Biologicos	2021070082A	Hospit	24	11	2021	Leidy Rebollo
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	24	09	2021	Serum	28503404C	Hospit Juan R	24	11	2021	Leidy Rebollo
Hepatitis B	1.ª	24	09	2021	Serum	28503404C	Hospit Juan R	24	11	2021	Leidy Rebollo
Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	24	09	2021	Serum	28503404C	Hospit Juan R	24	11	2021	Leidy Rebollo
Diarrea por rotavirus	1.ª	24	09	2021	Glaxosmith	AK0CC8427AA	Hospit Juan R	24	11	2021	Leidy Rebollo
Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	24	09	2021	Glaxosmith	AS2NB3107FA	Hospit Juan R	24	11	2021	Leidy Rebollo
		Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
Poliomielitis (VIP)	2.ª	25	11	2021	Biotheon Biologicos	2110	ESE Juan Ramon	25	01	21	Leidy Rebollo
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	25	11	2021	Serum	28503405A	ESE Juan Ramon	25	01	21	Leidy Rebollo
Hepatitis B	2.ª	25	11	2021	Serum	28503405A	ESE Juan Ramon	25	01	21	Leidy Rebollo
Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	25	11	2021	Serum	28503405A	ESE Juan Ramon	25	01	21	Leidy Rebollo
Diarrea por rotavirus	2.ª	25	11	2021	Glaxosmith	AK0CC8455AA	ESE Juan Ramon	25	01	21	Leidy Rebollo
Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	25	11	2021	Glaxosmith	AS2NB3105BA	ESE Juan Ramon	25	01	21	Leidy Rebollo
		Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
Poliomielitis (VIP)	3.ª	26	01	2022	Biotheon Biologicos	2110	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebollo
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	26	01	2022	Serum	28503405B	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebollo
Hepatitis B	3.ª	26	01	2022	Serum	28503405B	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebollo
Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	26	01	2022	Serum	28503405B	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebollo
Influenza estacional	1.ª	10	11	2022	Glaxosmith	UJ5CC8455AA	ESE Juan Ramon	10	12	23	Leidy Rebollo
Influenza estacional	2.ª	27	12	2022	Glaxosmith	UJ5CC8455AA	ESE Juan Ramon	27	12	23	Leidy Rebollo
Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	1.ª	26	03	2022	Serum	C1N3013B	ESE Juan Ramon	24	03	26	Leidy Rebollo
Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	26	03	2022	Glaxosmith	A2PNB3A2AA	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebollo
Varicela	2.ª	26	03	2022	MSD Sharp	U02 2470	ESE Juan Ramon	24	03	26	Leidy Rebollo
Hepatitis A	Única	26	03	2022	MSD Sharp	U02 2571	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebollo
Influenza estacional	Anual										
Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	25	01	2023	Biotheon Biologicos	2103	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebollo
Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	25	01	2023	Serum	28503401E	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebollo
Fiebre amarilla	Única	25	01	2023	Sanofi Pasteur	U3N7101	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebollo
Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	2.ª	25	01	2023	Serum	28503405A	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebollo
Varicela	Refuerzo										
Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
	2.ª										
	3.ª										
Sarampion-Rubeola	1 Dosis	10	11	22	Serum	01722WOA6	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebollo

La lactancia materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Powered by CamScanner

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

CERTIFICADO MÉDICO VISUAL

NOMBRES Y APELLIDOS: **LAURA VICTORIA HERNÀNDEZ GONZALEZ**

IDENTIFICACIÓN: **R.C.** **1.080.268.365** EDAD: **3 AÑOS**

Síntomas oculares o visuales?: Antecedentes de Dermatitis atópica.

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 normal y lejana, OD y OI 20/40.

CONCLUSIÓN: Se recomienda valoración por optometría.

Fecha de expedición: Jueves, 20 de Febrero de 2025

Médico que certifica

Mery Cristina Triviño M.
MD. GENERAL
1310 17

Mery Cristina Triviño Mejía
R.M. 1310-07

Powered by CamScanner

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

CERTIFICADO MÉDICO AUDITIVO

NOMBRES Y APELLIDOS: **LAURA VICTORIA HERNÀNDEZ GONZALEZ**

IDENTIFICACIÓN: **R.C.** **1.080.268.365** EDAD: **3 AÑOS**

Síntomas auditivos?: Antecedentes de Dermatitis atópica.

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 bilateral, no impactado.

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

Mery Cristina Triviño Mejía
R.M. 1310-07

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

Powered by CamScanner

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Laura Victoria Hernandez	**DOCUMENTO:** 1080268365
CONTROL DE PLACA **FECHA DE ATENCIÓN:** 21 Agosto 2025	**PROXIMO CONTROL:** 21 Febrero 2026
EXPEDIDO POR: Carolina Bolaños Vargas Auxa Salud Oral C.C. 1080266471	

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

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

En atención a lo anterior, en el marco de las acciones de responsabilidad parental, es mi interés manifestar el compromiso en el proceso de atención a la primera infancia de mi hijo (a): Luna Victoria Hernandez G. con RC No 1080269305 Para ello me comprometo a:

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

   1. Certificado de afiliación a salud.
   2. Fotocopia del registro civil del niño.
   3. Fotocopia del carné de vacunas actualizado
   4. Fotocopia del carné de crecimiento y desarrollo actualizado
   5. Certificación de SISBÉN.

Powered by CamScanner

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

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

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

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

Edith Gonzalez B
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 Laura Victoria Hernandez Gonzalez

Fecha de nacimiento 24 Mes 07 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 1080268365

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 04 Mes 06 Año 2025

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

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

le agrada cantar canciones y realizar rondas es alegre y comparte con respeto y cariño demuestra gran interes en las actividades realizadas.

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 03-10-2025

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

la niña le gusta compartir Juegos de roles con otros niños le gusta realizar actividades acorde a su edad le gusta mover su cuerpo.

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 22 Mes 11 Año 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

la nina comparte participa con los demas niños la nina muestra mayor interes en Juegos de roles

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	①	①	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑧	⑧	⑧	⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑭	⑭	⑭	⑯	⑯	⑯	⑱	⑱	⑱	㉓	㉓	㉓	㉔	㉔	㉔	㉕	㉕	㉕
	②	②	②	⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦	⑨	⑨	⑨				⑬	⑬	⑬	⑮	⑮	⑮	⑰	⑰	⑰	⑲	⑲	⑲	㉔	㉔	㉔						
	③	③	③				⑧	⑧	⑧													⑱	⑱	⑱	⑳	⑳	⑳									
6 meses y 1 día a 12 meses	①	①	①	③	③	③	⑤	⑤	⑤	⑨	⑨	⑨	⑪	⑪	⑪	⑮	⑮	⑮	⑲	⑲	⑲	㉒	㉒	㉒	㉓	㉓	㉓	㉗	㉗	㉗	㉘	㉘	㉘	㉙	㉙	㉙
	②	②	②	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑯	⑯	⑯	⑳	⑳	⑳				㉔	㉔	㉔	㉘	㉘	㉘	㉚	㉚	㉚	㉛	㉛	㉛
				⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦				⑬	⑬	⑬	⑰	⑰	⑰	㉑	㉑	㉑				㉕	㉕	㉕									
				⑥	⑥	⑥	⑧	⑧	⑧				⑭	⑭	⑭	⑱	⑱	⑱	㉒	㉒	㉒				㉖	㉖	㉖									
1 año y 1 día a 2 años	①	①	①	③	③	③	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑪	⑪	⑪	⑮	⑮	⑮	⑲	⑲	⑲	⑰	⑰	⑰	⑳	⑳	⑳	㉒	㉒	㉒	㉔	㉔	㉔	㉕	㉕	㉕
	②	②	②	④	④	④	⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑯	⑯	⑯	⑳	⑳	⑳	⑱	⑱	⑱	㉑	㉑	㉑	㉓	㉓	㉓	㉕	㉕	㉕	㉖	㉖	㉖
				⑤	⑤	⑤	⑧	⑧	⑧													⑲	⑲	⑲	㉒	㉒	㉒									
2 años y 1 día a 3 años	①	①	①	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑩	⑩	⑩	⑬	⑬	⑬	⑮	⑮	⑮	⑯	⑯	⑯	⑰	⑰	⑰	㉒	㉒	㉒	㉓	㉓	㉓	㉗	㉗	㉗
	②	②	②	⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦				⑪	⑪	⑪	⑭	⑭	⑭				⑰	⑰	⑰	⑱	⑱	⑱	㉓	㉓	㉓						
	③	③	③				⑧	⑧	⑧				⑫	⑫	⑫							⑱	⑱	⑱	⑲	⑲	⑲									
3 años y 1 día a 4 años	①	①	①	②	②	②	⑤	⑤	⑤	⑫	⑫	⑫	⑬	⑬	⑬	⑰	⑰	⑰	⑲	⑲	⑲	㉒	㉒	㉒	㉖	㉖	㉖	㉘	㉘	㉘	㉙	㉙	㉙	㉟	㉟	㉟
	②	②	②	③	③	③	⑥	⑥	⑥				⑭	⑭	⑭	⑱	⑱	⑱	⑳	⑳	⑳	㉓	㉓	㉓	㉗	㉗	㉗	㉚	㉚	㉚	㉛	㉛	㉛	㊱	㊱	㊱
	③	③	③	④	④	④	⑦	⑦	⑦				⑮	⑮	⑮							㉔	㉔	㉔	㉘	㉘	㉘									
	④	④	④	⑤	⑤	⑤	⑧	⑧	⑧				⑯	⑯	⑯							㉕	㉕	㉕	㉙	㉙	㉙									
	⑤	⑤	⑤																			㉖	㉖	㉖												
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	①	①	①	③	③	③	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑧	⑧	⑧	⑨	⑨	⑨	⑪	⑪	⑪	⑪	⑪	⑪	⑬	⑬	⑬	⑯	⑯	⑯	⑰	⑰	⑰	⑱	⑱	⑱
	②	②	②	④	④	④	⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦				⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑭	⑭	⑭	⑮	⑮	⑮	⑰	⑰	⑰						

= 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 Laura Victoria Hernandez Gonzalez, identificado (a) con documento de identidad número 1080268365 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, Edith Gonzalez Bustica., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1030558795 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos		Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	

La autorización comprende:

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

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

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

Los productos autorizados son originados por C. Huellas de Amor para toda 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 CDI - La Argentina

Suscriben:

Firma: EDITH GONZALEZ B
Nombre: EDITH GONZALEZ B
Calidad - Titular: x Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3112927512
Fecha: 03 - Marzo - 2025
Municipio: La Argentina.

Powered by CamScanner

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 Edth Gonzalez Bautista, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1030558295 de Bogota., padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Laura Victoria Hernandez G., identificados con NUIP No. 1080208365, 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 ____ días del mes 03 de 2025)

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

Nombre: EDITH GONZALEZ B

Firma: EDITH G

CC. No. 1030558295

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Sonia Yerene

Firma: Sonia Medina

CC. No. 1030265215

Powered by CamScanner

157

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 83.240.647



Apellidos
HERNANDEZ CHAVEZ

Nombres
ARBEY

Nacionalidad
COL

Estatura
1.59

Sexo
M

Fecha de nacimiento
15 MAYO 1968

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
LA ARGENTINA (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
24 ABR 1987, LA ARGENTINA

Firma
Arbey Hernandez

Fecha de expiración
07 MAR 2033

.CO

022113027

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL022113027419047<<<<<<<<<<
6805159M3303078COL83240647<<<3
HERNANDEZ<CHAVEZ<<ARBEY<<<<<<<

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.030.558.295**

GONZALEZ BURITICA
APELLIDOS

EDITH
NOMBRES

EDITH GONZALEZ B
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-ABR-1989**
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

04-JUL-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500108-45162482-F-1030558295-20070910 **02970** 07252A 02 238902823

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* Edith Gonzalez *identificada con* CC *número* 1080255829 *acudiente o responsable del beneficiario* Lavia Victoria M. *, 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.*

Edith G

Firma Madre/Padre/Cuidador

c.c 1030558295

Sonia Medina

Firma Equipo Agente Educativo

c.c 1080265215

Huella niño o niña



Powered by CamScanner

Redeban

DIC 28 2024 09:49:33 REIMDES 9.90

CORRESPONSAL BANCOLOMBIA
BARRIO VILLA CANVIS LA CL 10 A 4 B 05 VILLA DE
C.UNICO: 3007061974 TER: KA00L262
RECIBO: 100909 RRN: 153698
RECAUDO APRO: 578203
CONVENIO: 09242
ELECTRIFICADORA DEL
REF: 0514485203

VALOR $ 88.020

TU CORRESPONSAL BANCARIO NO DEBE COBRARTE POR HACER ESTA TRANSACCION.
Bancolombia es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta. Verifique que la informacion en este documento este correcta. Para reclamos comuniquese al 018000912345. Conserve esta tirilla como soporte.

*** CLIENTE ***

Sr(a): GONZALEZ MASABEL MERCEDES
c.c. / Nit: 26526867
CRA 4 # 10-39
Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780034190
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 3-LIBRETIN 3 DE LA ARGENT

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
514485203
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
84465468
Fecha De Emisión
18/12/2024

Vencido:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
24-14/12/24	$88,020	$88,020	0 meses

Nivel Tensión: 1-Secundaria Tipo Liqui.: lectura
Carga Instalada: 600 W
Nodo: T09610-GL1P

COSTO UNITARIO DE PRESTACION DE SERVICIO	
Generacion	416.17
Transmision	52.27
Distribucion	264.6
Restricciones	1.86
Pérdidas	96.24
Comercializacion .	151.43
Costo Unitario	982.57
Tarifa Aplicada	982.574

Indicadores De Calidad Individual

	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-4602125949 MET A-S	u-Toma exitosa de Lectura	14960	14821	1	139

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	136,578
995	Subsidio	<60,699>

Ultimos Consumo

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2024	11	121	2024	5	143
2024	10	147	2024	4	146
2024	9	131	2024	3	145
2024	8	117	2024	2	147
2024	7	124	2024	1	125
2024	6	126	2023	12	133

Promedio Cuenta: 127
Consumo Año Anterior: 133

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	130	130.0	515.6573	$67,035
1	131	139	9.0	982.574	$8.843

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Tasa de Interés 0.00 %

Total cuota Financiación 0

Indicadores De Calidad Individual Vigente Retroactivo

Nodo 6500236 Grupo Calida	21
Horas a compensar	2.414
Compensacion por evento	
Meta Calidad opr Duración	62.37
Meta calidad por eventos	21
Eventos acmulados año	83
Duracion acumulador año	84.19
Consumo a compensar	124.
Cargo distribución	261.2

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

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$0
Total Electrohuila	$75,879
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	$12,141
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$88,020

CUFE

FOES

Kwh	$/Kwh	Total	N. Fact

Ultimo Pago
$72,260
27/11/2024
Emitida Por: YULIETH.CEBALLESB
Pag: 1311

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento: 30/12/2024
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)0514485203(3900)0000088020(96)20241230

A 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