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: LIAM JOSSEPH PAJAJOY ROJAS
RC _ No. 1.080.268.195



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

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

PROTECCIÓN FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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

F-PMPI-FP | 30/07/2018 | Página 2 de 2 | Clasificación de la información: Pública

Fecha de diligenciamiento: 26 | 01 | 2023

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: (●) Infante entre 0 y menos de 6 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: 1030268193

Fecha nacimiento: 31 | 01 | 2021

Nombres: Liam Joseph

Apellidos: [illegible]

¿Presenta discapacidad? ( ) Sí (●) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Huila

Municipio de residencia: La Argentina

Zona: Urbana

Barrio: Palermo

Vereda:

Sector:

Dirección:

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (●) Madre ( ) Padre ( ) Cuidadora/o

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: 1004133379

Nombres: Gany Dayana

Apellidos: Rojas Rivera

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 30 | 03 | 2000

Correo electrónico:

Número de celular:

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRICULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: [illegible]

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Sonia M.

Observaciones:

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.080.268.195

Indicativo Serial 60366294

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ]

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

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PAJAJOY	BOJAS

Nombre(s)

[illegible]

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes 03 Día 31	MASCULINO	O	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 C DE NACIDO VIVO	1928103394

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas indígenas con fines matrimoniales, o parejas del mismo sexo, optar al preguntar por indicar los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

PAOLA VIVIEA GAVI BAYANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 1.004.163.573	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas indígenas con fines matrimoniales, o parejas del mismo sexo, optar al preguntar por indicar los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

PAJAJOY BOTINA MAICOL YESITH

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
[illegible]	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PAOLA PAYERA GAVI BAYANA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
TI 1.004.163.573	[signature]

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 04 Día 13	MANUEL JESUS LATORRE ADARME

Nombre y firma

SEGUNDA COPIA PARA EL INTERESADO

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

Sisbén

Registro valido

A2

Fecha de consulta: 03/06/2025

Ficha: 41378096503400001951

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LIAM JOSSEPH

Apellidos: PAJAJOY ROJAS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268195

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 06/06/2023

Última actualización ciudadano: 06/06/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: CARLOS ANDERSON ACOSTA VALD

Dirección: Calle 6 No 3 -

Teléfono: 31766179

Correo Electrónico: administradorsisben@laargentina-huila.gov

Powered by CamScanner

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1080268195
NOMBRES	LIAM JOSSEPH
APELLIDOS	PAJAJOY ROJAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA ARGENTINA

Datos de afiliación :

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

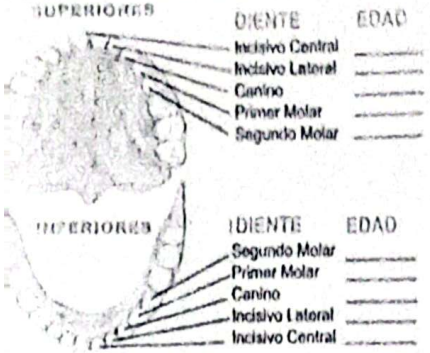
Fecha de Impresión:	03/16/2025 19:00:23	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Powered by CamScanner

AD DE ERUPCIÓN DE DIENTES TEMPORALES Y DE LECHE



RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

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

a deje dormir al niño con el tiberón en la boca porque azúcar
a la caries dental, además el chupón puede originar de la forma de
xilares y mal posición de los dientes. Procura no dar dulces o
nelos entre comidas.

imera visita al odontólogo debe hacerse antes del primer año.

CUIDADOS GENERALES

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

de aceite para pórgalos. Evite que su niño se acerque a los enfermos.
da aceite para pórgalos Evite que su niño se acerque a los enfermos.

se afecto al niño, álcelo, abrácelo y acarícielo. Permita que el niño
e y dedique tiempo para jugar con él. Involucre al niño en las
tividades de la familia. Hable con el niño y responda con amor a sus
os de comunicarse y llamar la atención. Permita que el niño se mueva
ente. No castigue, engañe, ni asuste al niño para obligarlo a
cer.

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

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

jo no puede beber ni tomar el pecho.
ita todo lo que come
enido convulsiones o ataques.
letárgico (Muy Dormido) o inconsciente (sin sentido).
hila el pecho o respira con dificultad.
pira más de 60 veces por minuto.
enta deposiciones diarreicas o líquidas.
enta fiebre alta(mayor a 39° o líquidas.
enta Fiebre más de 3 días.

EDAD	TIPO DE VACUNA	1ra DOSIS O UNICA Fecha	2da DOSIS Fecha Edad	Vacuna	3ra DOSIS Fecha Edad	Vacuna	Años 12 meses de edad Fecha Edad	Vacuna
Recién Nacido	Antituberculosa - BCG							
	Hepatitis B (Recién Nacido)							
A partir de las 2 Meses	PENTAVALENTE: Difteria - tos ferina - Tétanos - Hepatitis B							
	PENTAVALENTE: Haemophilus influenza - TI							
	Vacuna oral de polio - VOP							
	Vacuna oral de rotavirus							
	Vacuna contra el neumococo							
A partir de las 4 Meses	PENTAVALENTE							
	Vacuna contra polio - VOP							
	Vacuna oral de rotavirus							
	Vacuna contra el neumococo							
A partir de las 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	Barampión Rubeola Paperas (SRP)							
	Fiebre Amarilla (FA)							
	Vacuna contra el neumococo							

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

al 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, a la Unidad de Rehidratación Oral UROCS más cercana, o al Hospital.

	EDAD		EDAD
Parales vigorosamente		Ruda en los dos pies	
Sigue con los ojos el movimiento de un objeto		Tiene bien de 5 a 6 más ruidos	
Se sobresalta con un ruido		Dice más de 20 palabras claras	
Sigue movimientos del rostro		Control diurno de orina	
A LOS 3 MESES		A LOS 24 MESES	
Sostiene la cabeza		Camina hacia atrás	
Se lleva objetos a la boca		Sigues objetos grandes y pequeños	
Balbucea con las personas		Dice oraciones completas	
Se mueve cuando se le habla		Se lava solo las manos y la cara	
A LOS 4 MESES		A LOS 30 MESES	
Intenta sentarse solo		Lanza y agarra la pelota	
Pasa objetos de una mano a otra		Copia círculos y cierra	
Reacciona cuando se le llama		Descifra bien un dibujo	
Pone atención y la conversación		Tiene un amigo especial	
A LOS 5 MESES		A LOS 36 MESES	
Se sienta por el solo		Hace relevo y agarra la pelota	
Agarra objetos con los dedos		Dibuja personas	
Pulga a todos		Nombra 4 o 5 colores	
Dice una palabra clara		Organiza Juegos	
Imita sonidos		A LOS 42 MESES	
A LOS 6 MESES		Sabe decir su nombre de pila	
Se para solo		Dibuja cosas	
Busca objetos escondidos		Cuenta dos de la semana	
Entiende orden sencilla		Comienza más fácilmente	
Habla en la lata sola		A LOS 48 MESES	
A LOS 12 MESES		Salta alternado los pies	
Camina		Copia una figura de tres cuerpos	
Pone bajos de un libro		Cuenta por tres y pregunta	
Reconoce seis objetos		Conoce letras especiales	
Años cumple de 1 al baño			

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2021	Abril	12	3 PM		
2021	Junio	11	7 AM		
2021	Julio	13	7 AM		
2021	Agosto	12	7 AM		
2022	Febrero	4	7 AM		
2022	Septiembre	24	7 AM		
2023	Marzo	01	7 AM		
2023	Octubre	12	7 AM		
2024	Abril	23	7 AM		
2025	Marzo	22	7 AM		
2026	Abril	10	7 AM		

Atención con Calidad Humana

E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS
NIT 813.010.968-1 Tel 8311607
Código del Prestador 413780038321
La Argentina - Huila



CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

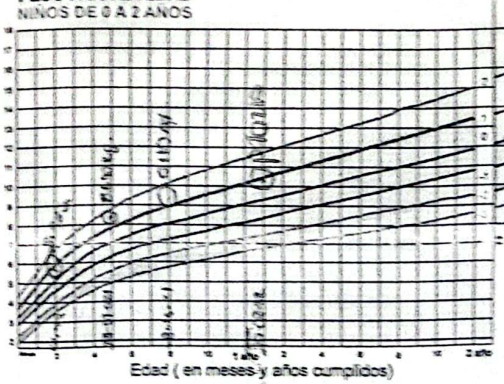
Nombre: Lucian Joseph Reyes R
Fecha de nacimiento: 31-01-21
Registro Civil: 1080268195
Teléfono: 3223587289
Dirección:
Barrio o Vereda: V/ Pedregosa
Nombre Responsable del Niño:
Gaby Dayana Gomez
EPS afiliación: Comf
Sitio de atención: Ese JRNP

Powered by CamScanner

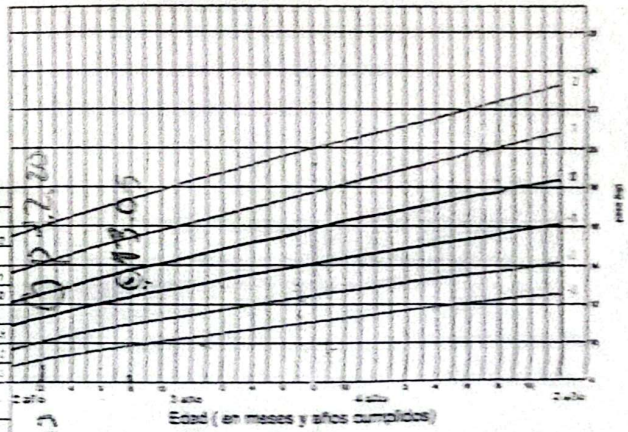
INTERPRETACION DE LA CURVA DE CRECIMIENTO



PESO PARA LA EDAD
NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS



Peso para la Edad
Niños de 2 a 5 años

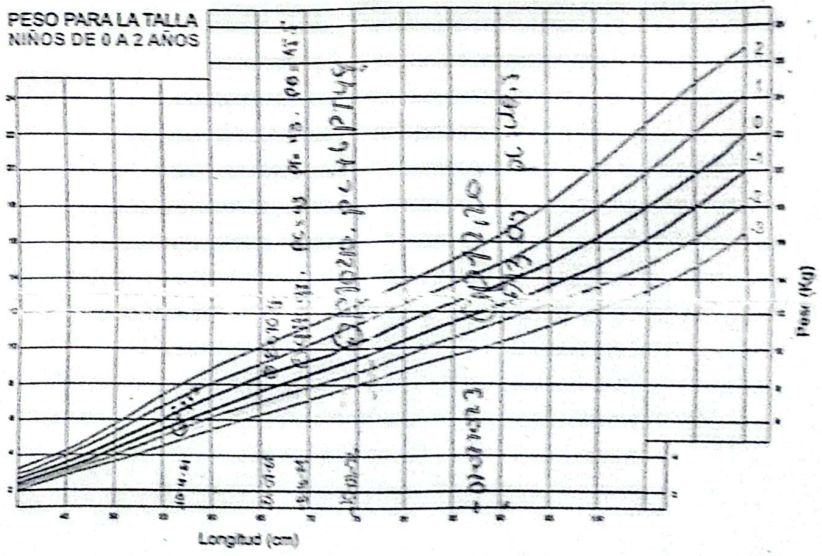


02/04/2024
P 13.200 PC 48
T 93.5 PT 51 PB 15.5

PESO PARA LA TALLA
NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS

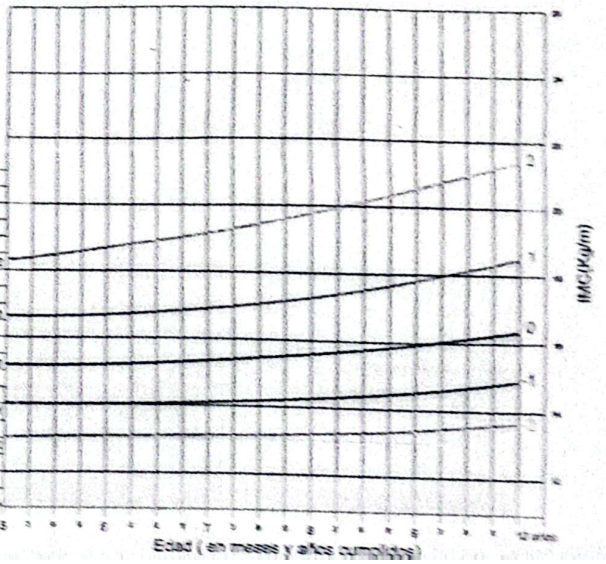
Edad = 5 Meses
Peso: 8.6 kg
Talla = 66 cm
Pc = 42
Pt = 44
Pb = 18

PESO PARA LA TALLA
NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS

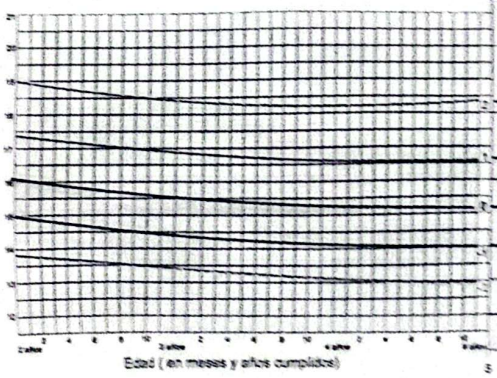


22/03/2023
P 16.6
T 100.2
PC 51
PT 53
b 16

INDICE DE MASA CORPORAL
NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS



INDICE DE MASA CORPORAL
NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS



Powered by CamScanner

Resumen de aplicación de biológicos

A continuación encontrará el Resumen de las aplicaciones de biológicos registradas (dosis aplicadas) del usuario consultado.

LIAM YOSETH PAJAJOY ROJAS

INFORMACIÓN USUARIO

REALIZAR SEGUIMIENTO

Fecha de nacimiento	Edad	Esquema Completo
31/01/2021 00:00	1 año, 11 meses y 13 días	Esquema completo

Motivo de Priorización

Sin motivo

Resultado de consulta de usuario: 29

Número de resultados por página: 10

Edad	Tipo de esquema	Biológico	Dosis	Fecha de aplicación	Lote	Fabricante	Institución vacunadora	Nombre vacunador	País vacunador
4 meses	PAI	DPT	Segunda	04/06/2021	2850Y018D	No registra	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT	COLOMBIA
4 meses	PAI	HEPATITIS B (PEDIATRICA)	Segunda	28/08/2021	2850Y034C	No registra	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT	COLOMBIA
4 meses	PAI	Neumococo Conjugado 10 valente	Segunda	04/06/2021	ASPNB311AA	No registra	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT	COLOMBIA
4 meses	PAI	Pentavalente PAI	Segunda	04/06/2021	2850Y018D	No registra	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT	COLOMBIA
4 meses	PAI	Rotavirus	Segunda	04/06/2021	AROLC774A A	No registra	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT	COLOMBIA
6 meses	PAI	Antipolio Inactivo (VIP)	Tercera	28/08/2021	2027008A	No registra	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT	COLOMBIA
6 meses	PAI	DPT	Tercera	28/08/2021	2850YC34C	No registra	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT	COLOMBIA
6 meses	PAI Adicional	Influenza Pediatrica	Primera	28/08/2021	V3B871V	No registra	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT	COLOMBIA
6 meses	PAI	Pentavalente PAI	Tercera	28/08/2021	2850Y034C	No registra	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT	COLOMBIA
6 meses	PAI Adicional	Sarampión - Rubéola	Adicional	04/05/2022	0121N052	Serum	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT	COLOMBIA

Principio Anterior 1 2 3 Siguiente Fin

Nulvis M. Bayo González
Auxiliar de Enfermería
Reg. 1149 CC 36 289 [illegible]

Powered by CamScanner

LIAM YOSETH PAJAJOY ROJAS

INFORMACIÓN USUARIO

REALIZAR SEGUIMIENTO

Fecha de nacimiento	Edad	Esquema Completo
31/01/2021 00:00	1 año, 11 meses y 13 días	Esquema completo

Motivo de Priorización

Sin motivo

Resultado de consulta de usuario: 29

Número de resultados por página: 10

Edad	Tipo de esquema	Biológico	Dosis	Fecha de aplicación	Lote	Fabricante	Institución vacunadora	Nombre vacunador	País vacunador
7 meses	PAI Adicional	Influenza Pediatrica	Segunda	20/10/2021	V3C1DTV	No registra	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT	COLOMBIA
12 meses	PAI	Fiebre amarilla	Única	14/09/2022	V3E37	Sanofi Pasteur	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT	COLOMBIA
12 meses	PAI	Hepatitis A Pediátrica	Única	02/02/2022	H019726	MERCK SHARP DOHME	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	NULVIS MILENA BRAVO GONZALEZ	COLOMBIA
12 meses	PAI Adicional	Influenza Pediatrica	Refuerzo	14/09/2022	V50222008	Green Cross	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT	COLOMBIA
12 meses	PAI	Neumococo Conjugado 10 valente	Refuerzo	02/02/2022	ASPNB3158A	Glaxo SmithKline	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	NULVIS MILENA BRAVO GONZALEZ	COLOMBIA
12 meses	PAI	Triple Viral	Primera	02/02/2022	0130N128A	Serum	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	NULVIS MILENA BRAVO GONZALEZ	COLOMBIA
12 meses	PAI	Varicela	Primera	02/02/2022	U008722	MERCK SHARP DOHME	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	NULVIS MILENA BRAVO GONZALEZ	COLOMBIA
18 meses	PAI	Antipolio Inactivo (VIP)	Primer Refuerzo	14/09/2022	2141014A	Bilthoven Biologicala BV	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT	COLOMBIA
18 meses	PAI	DPT	Primer Refuerzo	14/09/2022	2021Q016A	Serum	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT	COLOMBIA

Principio Anterior 1 2 3 Siguiente Fin

Nulvis M. Bravo Gonzalez
Auxiliar de Enfermeria
Reg 1149 CC 36 289 956

Triple Viral Refuerzo 08-Junio-23 Serum lot. 0130N082A.

Ministerio de Salud y Protección Social

Centro de Contacto:

Bogotá: +57(1)5207710
Resto del país: 018000965020 opción 2

Horario de atención:

Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m. y Sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

Terminos de uso

Correo electrónico:

soportevacunas@minsalud.gov.co

Redes Sociales:

Powered by CamScanner

357

Resumen de aplicación de biológicos

A continuación encontrará el Resumen de las aplicaciones de biológicos registradas (dosis aplicadas) del usuario consultado.

RC. 1080268195

LIAM YOSETH PAJAJOY ROJAS

INFORMACIÓN USUARIO

REALIZAR SEGUIMIENTO

Fecha de nacimiento	Edad	Esquema Completo
31/01/2021 00:00	1 año, 11 meses y 13 días	Esquema completo

Motivo de Priorización
Sin motivo

Resultado de consulta de usuario: 29

Número de resultados por página: 10

Edad	Tipo de esquema	Biológico	Dosis	Fecha de aplicación	Lote	Fabricante	Institución vacunadora	Nombre vacunador	País vacunador
Recién nacido	PAI	BCG	Única	31/01/2021	0379G215	No registra	LA PLATA E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA	NINI CLAUDIA VEGA LISCANO	COLOMBIA
Recién nacido	PAI	HEPATITIS B (PEDIATRICA)	Adicional	31/01/2021	0320Y013D	No registra	LA PLATA E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA	NINI CLAUDIA VEGA LISCANO	COLOMBIA
Recién nacido	PAI	HEPATITIS B (PEDIATRICA)	Adicional	06/04/2021	2850X008C	No registra	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT	COLOMBIA
2 meses	PAI	Antipolio Inactivo (VIP)	Primera	06/04/2021	T3D89IV	No registra	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT	COLOMBIA
2 meses	PAI	DPT	Primera	06/04/2021	2850X008C	No registra	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT	COLOMBIA
2 meses	PAI	HEPATITIS B (PEDIATRICA)	Primera	04/06/2021	2850Y018D	No registra	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT	COLOMBIA
2 meses	PAI	Neumococo Conjugado 10 valente	Primera	06/04/2021	ASPNB288A B	No registra	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT	COLOMBIA
2 meses	PAI	Pentavalente PAI	Primera	06/04/2021	2850X008C	No registra	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT	COLOMBIA
2 meses	PAI	Rotavirus	Primera	06/04/2021	AROLC768A A	No registra	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT	COLOMBIA
4 meses	PAI	Antipolio Inactivo (VIP)	Segunda	04/06/2021	T3D891V	No registra	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT	COLOMBIA

Principio Anterior : 2 3 Siguiente Fin

Nulvis M. Bravo Gonzalez
Auxiliar de Enfermeria
Reg. 1149 CC 36 289 968

Esquema completo para la edad.

Powered by CamScanner

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

CERTIFICADO MÉDICO VISUAL

NOMBRES Y APELLIDOS: **LIAM JOSSETH PAJAJOY ROJAS**

IDENTIFICACIÓN: **R.C.** **1.080.268.195** EDAD: **4 AÑOS**

Síntomas oculares o visuales?: Sin antecedentes de importancia.

Exploración física: se observa cejas delgadas sin alteraciones. Pestañas largas y dispuestas hacia afuera. Párpados simétricos para el globo ocular, borde palpabral sin signos procesos inflamatorios, glandulas de Meibomio normales. Conjuntivas de color rosadas e hidratadas, sin hiperemia; esclera sin alteraciones; ojos simétricos y sin protrusión o depresión de globos oculares. Iris de color café claro 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, con alteracion al momento del examen- OD y OI 20/40

CONCLUSIÓN: Menor sin signos clínicos de disminución o pérdida visual, al momento del examen. Se recomienda control optometrico.

Fecha de expedición: Viernes, 21 de Febrero de 2025

Médico que certifica

Mery Cristina Trivi̇ño M.
MD. GENERAL
1310-07

Mery Cristina Triviño Mejía
R.M. 1310-07

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

Powered by CamScanner

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

CERTIFICADO MÉDICO AUDITIVO

NOMBRES Y APELLIDOS: **LIAM JOSSETH PAJAJOY ROJAS**

IDENTIFICACIÓN: **R.C. 1.080.268.195** EDAD: **4 AÑOS**

Síntomas auditivos?: Sin antecedentes de importancia.
Exploración física: se observan pabellón auricular derecho e izquierdo de tamaño y posición usual. No se observan fístulas ni apéndices. Trago sin dolor a la palpación. Helix sin protuberancias. Antihelix, concha y lóbulos normales. Palpación de la prominencia mastoidea no dolorosa. Conducto auditivo externo derecho e izquierdo sin secreciones, con visualización de membrana timpánica normal, con presencia cerumen bilateral, no impactado.
Agudeza auditiva: Sin deficit auditivo, al momento del examen.

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

Fecha de expedición: Viernes, 21 de Febrero de 2025

Médico que certifica

Mery Cristina Triviño M.
MD. GENERAL
1310 - 17

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: Liam Josseph Pabajoy Rojas	DOCUMENTO: 1080·268·195·
CONTROL DE PLACA FECHA DE ATENCION: 14 febrero 2025 PROXIMO CONTROL: 14 Septiembre 2025	TOPICACION DE FLUOR FECA DE ATENCIO: 14 febrero 2026 PROXIMO CONTROL: 04 Abril 2026
EXPEDIDO POR: Carolina Bolaños Vargas Aux. Salud Oral C.C. 1080266471	

Powered by CamScanner

Huellas de Amor	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit: 900.182.801-6		CÓDIGO: AO-DC-016
	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 El Jardincito 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 servicio 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): Liam Yoseph Velasquez Rojas con RC No 1080240975 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 3 del mes Mar 20 del año 2025, en el Municipio de la Argentina.

Juan Danna Rojas
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 Liam Joseph Pozzoy Rojas

Fecha de nacimiento 31 01 2021 **N° Documento de Identidad** 1080268195

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 06 06 2025

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

Color de registro valoración cualitativa 

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

El niño permanece haciendo actividad que le gusta acorde a su edad su creatividad representa unos conocimientos mas claro y Preciso.

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 29 09 2025

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

Color de registro valoración cualitativa 

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

Le agrada compartir juegos con los niños donde se encuentra en el perfil esperado Cumple con todas sus dimensiones

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

Liam le gusta realizar actividades acorde a su edad es muy activo en sus actividades Comparte 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	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1	1	1	4	4	4	6	6	6	8	8	8	10	10	10	11	11	11	13	13	13	16	16	16	20	20	20	21	21	21	24	24	24	25	25	25
	2	2	2	5	5	5	7	7	7	9	9	9										17	17	17	24	24	24	22	22	22						
	3	3	3	6	6	6	8	8	8	10	10	10										18	18	18	25	25	25	23	23	23						
6 meses y 1 día a 12 meses	1	1	1	3	3	3	5	5	5	6	6	6	10	11	12	15	16	17	18	20	21	22			23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
	2	2	2	4	4	4	6	6	6	9	9	9	11	12	13	17	18	19	20	21	22				24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
							7	7	7	10	10	10	12	13	14	19	20	21							25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
1 año y 1 día a 2 años	1	1	1	3	3	3	6	6	6	9	9	9	11	11	11	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	24	25	26	27	28	29
	2	2	2	4	4	4	7	7	7	10	10	10	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29						
				5	5	5	8	8	8				15	16	17	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34						
2 años y 1 día a 3 años	1	1	1	4	4	4	6	6	6	9	9	9	10	11	12	11	12	13	15	16	17	18	19	20	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
	2	2	2	5	5	5	7	7	7				11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28						
	3	3	3	6	6	6	8	8	8				14	15	16	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32						
3 años y 1 día a 4 años	1	1	1	6	6	6	9	9	9	11	11	11	13	14	15	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
	2	2	2	7	7	7	10	10	10				14	15	16	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
	3	3	3	8	8	8	11	11	11				15	16	17	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
	4	4	4										16	17	18	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43
	5	5	5																																	
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1	1	1	6	6	6	9	9	9	12	12	12	8	9	10	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
	2	2	2	7	7	7	10	10	10	13	13	13				19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
	3	3	3	8	8	8	11	11	11	14	14	14				20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
	4	4	4							15	15	15				21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
	5	5	5							16	16	16				22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

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 Gaul Dayana Rojas Rivera, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1004153579 de la Argentina, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Liam Yoseph Vasquez Rojas, identificados con NUIP No. 1080268195, 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 3 días del mes 3 de 202(5)

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

Nombre: Gaul Dayana rojas

Firma: Gaul Dayana rojas

CC. No. 1004153579

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Sonia Yeneire

Firma: Sonia Medina

CC. No. 1080265215

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 Liam Joseph Pajaloy Rojas, identificado (a) con documento de identidad número 1080268145 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, Gaby Dayana Rojas Rivero, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004133579, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos		Audios		Videos		Otros datos personales	

La autorización comprende:

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

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

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

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

Suscriben:

Firma: Gaby Dayana Rojas
Nombre: Gaby Dayana Rojas
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3153463158
Fecha: 03 Marzo 2023
Municipio: La Argentina

¡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

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* Halcol Yesith Pajaroy *identificada con* CC *número* 1080047940, *acudiente o responsable del beneficiario* Liam Josseh P, *apruebo los acuerdos y compromisos establecidos dentro del pacto de convivencia de la Modalidad Institucional Servicio CDI La Argentina, acatando los lineamientos que rigen la ley de Cero a Siempre.*

DERECHOS DE LAS FAMILIAS

Todas las familias tienen derecho a:

- *Recibir un trato, respetuoso, justo y equitativo por parte del personal que presta los servicios.*
- *Recibir atención oportuna por parte del equipo interdisciplinario.*
- *Conocer toda la información referente a la prestación del servicio.*

DEBERES DE LAS FAMILIAS Y PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD

Son deberes ***Las familias***

- *Respetar a los docentes y demás equipo interdisciplinario.*
- *Desarrollar acciones que promuevan entre los niños y niñas el auto cuidado y el cuidado mutuo.*
- *Entregar toda la documentación de manera física y actualizada para la carpeta del niño o la niña de manera oportuna.*
- *Participar activamente en la conformación del comité de control social y en el desarrollo de la participación ciudadana, mediante las estrategias implementadas por la corporación.*
- *Informar a las agentes educativas en caso de cambiar de lugar de residencia.*
- *Informar a los agentes educativos, cualquier novedad, accidentes o situación que haya afectado la salud y la integridad del participante o algún miembro de la familia.*
- *En los grupos de WhatsApp creados para brindar información sobre el desarrollo de la modalidad, no se debe enviar información diferente a la establecida para el programa.*
- *Verificar que los niños y niñas asistan con las normas de higiene, autocuidado (uso de tapabocas) y cuidados básicos como (baño corporal, cepillado de dientes, limpieza de uñas, ropa limpia) sin golpes ni afecciones en su cuerpo.*
- *Bajo el principio de confidencialidad Informar a la EAS CORHUELLAS y su equipo Interdisciplinario cualquier caso de vulneración de derechos o sobre situaciones que afecten o pongan en riesgo el desarrollo integral de los niños y las niñas, dependiendo el caso activar rutas.*
- *Acatar las sanciones frente al incumplimiento del presente acuerdo, según las regulaciones construidas propias de cada.*
- *Prohibido del ingreso de alimentos externos a la unidad de servicio tales como (galletas, dulces y demás)*
- *En caso que el participante llegue a casa con alguna prenda u objeto que no le pertenezca devolverlo inmediatamente o avisar a la docente, el padre de familia deberá realizar el proceso de reflexión y acompañamiento en el momento de hacer la devolución.*
- *Inculcar el sentido de pertenencia, respeto y responsabilidad al cuidado de los objetos personales y de la institución, al usuario incurrir en algún daño será el padre, madre o cuidador el responsable de reparar el daño en un tiempo estimado de 3 días.*
- *Informar al agente educativo, auxiliar pedagógico, auxiliar de enfermería y/o apoyo psicosocial cualquier evento sucedido por el cual el participante no pueda asistir al CDI y enviar la respectiva excusa justificada.*
- *Cumplir los Horarios establecidos por la Modalidad de Atención CDI La Argentina, comprendidos de 8:00 am hasta las 8:15 am para el ingreso de participante y de 4:00 pm a 4:15 pm para la salida y entrega de cada usuario a sus padres o cuidadores.*
- *Se realiza la entrega de los participantes solo al Padre, Madre, y/o Cuidador MAYOR DE EDAD, registrado en el CDI, con el fin de garantizar el cuidado y protección de los Beneficiarios.*

Halcol Yesith Pajaroy Botina

Firma Madre/Padre/Cuidador
C.C 1080047940

Sonia Medina

Firma Equipo Agente Educativo
C.C 1030165515

Huella niño o niña



Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.153.579
ROJAS RIVERA

APELLIDOS
GAVY DAYANA

NOMBRES
Gavi Dayana Rojas

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 30-SEP-2000
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

19-OCT-2018 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1904700-01234716-F-1004153579-20210525 0074451877A 1 9915518614

Powered by CamScanner

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

Sr(a): JOSE ERVIN MEDINA SANCHEZ (2)
C.C. / Nit: 8420533
LA ARGENTINA
Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780020540
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 2-LIBRETIN 2 LA ARGENTINA

CÓDIGO DE CUENTA Nº 946720030
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta Nº 84464228
Fecha De Emisión 18/12/2024

Periodo:	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
12/ 2024	13/11/24-14/12/24	$132,470	$132,470	0

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial
Nivel Tensión: 1-Secundaria
Tipo Liqui.: lectura
Estrato: 2-Bajo
Carga Instalada: 1 W
Zona: OCCIDENTE
Nodo: T09585-GL1P

COSTO UNITARIO

PRESTACIÓN DE SERVICIO	
Generación	41
Transmisión	5
Distribución	1
Restricciones	9
Pérdidas	9
Comercialización	15
Costo Unitario	98
Tarifa Aplicada	982

Indicadores De Calidad Individual

Cálculos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-1167375	MTRX	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	7837	7659	1	178

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	174,898
608	Ajuste Decena	<1>
995	Subsidio	<60,699>

Ultimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2024	11	189	2024	5	111
2024	10	179	2024	4	108
2024	9	204	2024	3	111
2024	8	174	2024	2	133
2024	7	147	2024	1	136
2024	6	122	2023	12	88

Promedio Cuenta	Consumo Año Anterior
169	88

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	130	130.0	515.6573	$67.035
1	131	178	48.0	982.574	$47.164

Nodo 6500268 Grupo Calidad

Horas a Compensar	2
Compensacion por evento	
Meta Calidad opr Duración	6
Meta calidad por eventos	
Eventos acmulados año	
Duracion acumulador año	8
Consumo a compensar	1
Cargo distribución	2

Resumen Cuenta

Saldo Financiación	
Total Electrohuila	$114,7
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	$18,2
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$132,4

Total cuota Financiación 0

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Tasa de Interés 0.00 %

CUFE

FOES	Ultimo Pago		Fecha de Vencimiento
Kwh $/Kwh Total N. Fact	$159,000		30/12/2024
	27/11/2024		Suspensión a Partir de
	Emitida Por: YULIETH.CEBALLESB	REPRESENTANTE LEGAL DECRETO 2150 DE 1995	
	Pag: 78		

Línea de transparencia

Reporta en la línea de transparencia todos los presuntos actos de soborno,

Powered by CamScanner