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

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

UDS _ CDI LA ARGENTINA
PARTICIPANTE: ____ERITH FABIAN ORDOÑEZ MENDEZ
RC _ No. _1080268273



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	✓		

Powered by CamScanner

Fotocopia de la valoración integral en salud/ control de crecimiento y desarrollo	Seguimiento	Cada vez que el participante asista a la valoración según esquema establecido	✓		
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 Versión 2 | Página 2 de 2 Clasificación de la información Pública

Fecha de diligenciamiento: 16 | 07 | 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: 1080268273

Fecha nacimiento: 23 | 04 | 2021

Nombres: eilth fabian

Apellidos: ordoñez medina

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 ( ) Campesinado ( ) Firmante de paz ( ) Víctima conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Huila

Municipio de residencia: La Argentina

Zona: Rural

Barrio:

Vereda: Carmen

Sector:

Dirección:

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

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

Número de documento: 1080266870

Nombres: Yuberica

Apellidos: Medina Medina

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 25 | 05 | 1999

Correo electrónico:

Número de celular:

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: 3170465043

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Sonia Medina

Observaciones:

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.080.268.273

Indicativo Serial 60366381

60366381

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L 2 B

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

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ORDOÑEZ	MENDEZ

Nombre(s)

ERITH FABIAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes ABR Día 23	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 O DE NACIDO VIVO	163638533

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

MENDEZ MEDINA YUBERICA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.266.870	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

ORDOÑEZ CARLOSAMA EDIER FABIAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.153.375	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ORDOÑEZ CARLOSAMA EDIER FABIAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.004.153.375	Edier Fabian Ordoñez Carlosama

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2021 Mes ABR Día 26	GUILLERMO SANCHEZ CHAUX-REGISTRAD Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Edier Fabian Ordoñez Carlosama. Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OFIXPRES 100238573

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 16/07/2025

Ficha: 41378096503400000188

A1

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ERITH FABIAN

Apellidos: ORDOÑEZ MENDEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268273

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 26/05/2021

Última actualización ciudadano: 26/05/2021

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 VALDEZ

Dirección: Calle 6 No 3 - 52

Teléfono: 3176617965

Correo Electrónico: administradorsisben@laargentina-huila.gov.co

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	1080268273
NOMBRES	ERITH FABIAN
APELLIDOS	ORDOÑEZ MENDEZ
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	01/08/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/16/2025 09:47:24	**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

DIENTES
CHE")

EDAD
central
ateral
olar
Molar

EDAD
Molar
olar
ateral
central

ES

o una gasa húmeda
eñar al niño la forma
a dental, ayudando

oca porque azúca
ginar de la forma de
ire no dar dulces c

del primer año.

ntes, córtele las uña
NI CHUPOS.

erque a los enferm
cerque a los enfer

Permita que el niño
olucre al niño en
onda con amor a
que el niño se mue
iño para obligarlo

dja que el niño reali
re sincero con él.

R SI PRESENTA LA
VARLO AL SERVICI
POR MÉDICO

entido).

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

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

REHIDRATACIÓN ORAL SUERO ORAL



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

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

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

AL MES	EDAD	A LOS 24 MESES	EDAD
Pratalea vigorosamente		Salta en los dos pies	
Sigue con los ojos el movimiento de un objeto		Hace torre de 5 o más cubos.	
Se sobresalta con el ruido.		Dice más de 20 palabras claras.	
Sigue movimientos del rostro		Control diurno de orina.	
A LOS 3 MESES		**A LOS 36 MESES**	
Sostiene la cabeza.		Camina hacia atrás.	
Se lleva objetos a la boca.		Separa objetos grandes y pequeños.	
Balbucea con las personas.		Usa oraciones completas.	
Se voltea cuando se le habla.		Se baña solo las manos y la cara.	
A LOS 6 MESES		**A LOS 48 MESES**	
Intenta sentarse solo.		Lanza y agarra la pelota.	
Pasa objetos de una mano a otra.		Copia cuadrado y círculo.	
Reacciona cuando se le llama.		Describe bien un dibujo.	
Pone atención a la conversación.		Tiene un amigo especial.	
A LOS 9 MESES		**A LOS 60 MESES**	
Se sienta por si solo.		Hace rebota y agarra la pelota.	
Agarra objetos con los dedos		Dibuja escalera.	
Pulgar e índice.		Nombra 4 o 5 colores.	
Dice una palabra clara.		Organiza Juegos.	
Imita aplausos.		**A LOS 72 MESES**	
A LOS 12 MESES		Salta desde 60 cms de altura.	
Se para solo.		Dibuja casa.	
Busca objetos escondidos.		Conoce días de la semana.	
Entiende orden sencilla.		Comenta vida familiar.	
Bebe en la taza sola.		**A LOS 84 MESES**	
A LOS 18 MESES		Salta alternando los pies.	
Corre.		Copia una figura de líneas curvas.	
Pasa hojas de un libro.		Conoce ayer, hoy y mañana.	
Reconoce seis objetos.		Conoce fechas especiales.	
Avisa deseos de ir al baño			

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2021	Noviembre	27	9am		
2022	Agosto	30	7am	[illegible]	
2023	febrero	04	8:00	[illegible]	[illegible]
2023	ABRIL	25	8am	[illegible]	
2024	MARZO	15	8am	[illegible]	
2024	JUNIO	22	8:00		
2024	Agosto	09	8:00	[illegible]	
2025	MAYO	03	8:00	[illegible]	
2025	MAYO	17	8am	[illegible]	
2026	ABRIL	25	8AM		

Nuestro Compromiso / la Humanización

E.S.E JUAN RAMÓN NUÑEZ PALACIOS

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: Erick Fabian Ordoñez Mend
Fecha de nacimiento: 23 - abril - 2021
Registro Civil: 1080 268 273
Teléfono: 320 171 98 72
Dirección: La Playa
Barrio o Vereda: Belen #
Nombre Responsable del Niño: Yuberlis Mendez
EPS afiliación: Comf
Sitio de atención: ESE JRNP

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

Powered by CamScanner

INTERPRETACION DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

Powered by CamScanner

264

Cita: 25 - abril - 2026 5 años
8 am

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: [redacted]

Nombres y apellidos / Full name: ERITH FABIAN ORDOÑEZ MENDEZ

Tipo de identificación / ID Type: REGISTRO CIVIL

Número de identificación / ID Number: 1 0 8 0 2 6 8 2 7 3

Fecha de nacimiento / Date of birth: 23/04/2021

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3204719782

Correo electrónico / e-mail: nulvismilena@hotmail.com

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of Vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
Hepatitis B Pediatrica	Adicional	23	4	2021		0320Y013D	LA PLATA E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA	NINI CLAUDIA VEGA LISCANO
BCG	Única	24	4	2021		0370G007	LA PLATA E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA	NINI CLAUDIA VEGA LISCANO
Rotavirus	Primera	24	6	2021		AROLC774AA	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT
Neumococo Conjugado 10valente	Primera	24	6	2021		ASPNB310DB	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT
Antipolio Inactivo (VIP)	Primera	24	6	2021		2027007A	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT
Pentavalente PAI	Primera	24	6	2021		2850Y021C	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT
Antipolio Inactivo (VIP)	Tercera	10	11	2021		2105001A	LA ARGENTINA ESE JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO
Pentavalente PAI	Tercera	10	11	2021		2850X035A	LA ARGENTINA ESE JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO
INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA	Primera	10	11	2021		V3C131V	LA ARGENTINA ESE JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO
Hepatitis A Pediátrica	Única	30	4	2022	MERCK SHARP DOHME	U025717	LA PLATA CS BELEN	BIBIANA GONZALEZ
Neumococo Conjugado 10valente	Refuerzo	30	4	2022	Glaxo SmithKline	ASPNB321CA	LA PLATA CS BELEN	BIBIANA GONZALEZ
Neumococo Conjugado 10valente	Refuerzo	30	4	2022	Glaxo SmithKline	ASPNB321CA	LA PLATA CS BELEN	BIBIANA GONZALEZ
Triple Viral	Primera	30	4	2022	Serum	0130N128A	LA PLATA CS BELEN	BIBIANA GONZALEZ
Varicela	Primera	30	4	2022	MERCK SHARP DOHME	U019269	LA PLATA CS BELEN	BIBIANA GONZALEZ

El Mnisterio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Mnistery of Health and Social Protection certifies that the Information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination Information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Powered by CamScanner

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 122467a7-f14b-4d4-932b-9575f190aac

Nombres y apellidos / Full name: ERITH FABIAN ORDOÑEZ MENDEZ

Tipo de identificación / ID Type: REGISTRO CIVIL

Número de identificación / ID Number: 1 0 8 0 2 6 8 2 7 3

Fecha de nacimiento / Date of birth: 23/04/2021

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3204719782

Correo electrónico / e-mail: nulvismilena@hotmail.com

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA	Primera	12	8	2022	Green Cross	V50222006	LA PLATA CS BELEN	BIBIANA ANDREA GONZALEZ TULCAN
INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA	Refuerzo	19	9	2022	Green Cross	V50222006	LA PLATA CS BELEN	LIGIA CHANTRE BELTRAN
Fiebre Amarilla	Única	30	11	2022	Sanofi Pasteur	V3E39	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY ROBAYO
Antipolio Inactivo (VIP)	Primer Refuerzo	30	11	2022	Bilthoven Biologicals BV	2141015A	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY ROBAYO
DPT	Primer Refuerzo	30	11	2022	Serum	2821Q017A	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY ROBAYO
Triple Viral	Refuerzo	27	7	2023	Serum	0131N082A	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT

El Mnisterio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Mnistery of Health and Social Protection certifies that the informatión in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Powered by CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
813010966 - 1

CERTIFICACION MEDICA

Certificado No.: **10000777**
Fecha de Registro: 02-sept-2025
Historia No.: 1080268273

Entidad Administradora: **NUEVA EPS**

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	ERITH FABIAN ORDOÑEZ MENDEZ	No.identificación :	RC: 1080268273
Sexo:	M	Edad :	4 Años
Ciudad de residencia:	LA PLATA, HUILA	Estado civil:	SOLTERO
Dirección residencia:	BELEN, RURAL	Teléfono:	3204719782

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso : 17.6 Kg Talla : 102 cm

CAMPO VISUAL

Ojo Derecho : Visión normal Ojo Izquierdo : Visión normal

OBSERVACIONES GENERALES

MENOR DE 4 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA DE PARTO POR CESAREA, EN EL MOMENTO CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, AFEBRIL, HIDRATADO, ORIENTADO, SIN SEÑALES DE MALTRATO EVIDENTES, ADECUADO DESARROLLO PSICOMOTOR PARA LA EDAD, SE REALIZA TAMIZAJE VISUAL CON RESULTADO NORMAL (20/20) EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO, SE REALIZAN PREGUNTAS AL MENOR LAS CUALES RESPONDE ADECUADAMENTE POR LO CUAL SE PUEDE CERTIFICAR QUE PUEDE ESCUCHAR CORRECTAMENTE; MENOR QUE NO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE LE IMPIDAN VIVIR Y RELACIONARSE EN COMUNIDAD, MENOR QUE PUEDE ESTAR EN ENTORNO ESCOLAR BAJO LA SUPERVISION DE UN ADULTO RESPONSABLE.

VARGAS TOVAR DIANA PAOLA
ENFERMERIA
Registro Medico No. 1840
Documento Medico No. CC 1080260003

Paola Andrea Rincón
Médico General
R.M. 1075280990

Firma del profesional de la salud

Powered by CamScanner

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Erik Fabian Ordoñez Mendez	**DOCUMENTO:** 1-080.268.273
CONTROL DE PLACA **FECHA DE ATENCIÓN:** 05 junio 2025 **PROXIMO CONTROL:** 05 febrero 2026	**TOPICACIÓN DE FLUOR** **FECHA DE ATENCIÓN:** 05 junio 2025 **PROXIMO CONTROL:** 05 febrero 2026
EXPEDIDO POR: Lina Marcela Zapata M. Auxiliar en Salud Oral C.C. No 39.453.132 T.P. # 073	

Powered by CamScanner

Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACIÓN 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) erik fabian ordoñez M con RC No 1080268273 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 Para Tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025	Versión: 1

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

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

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el día 16 del mes 07 del año 2025, en el Municipio de La Argentina.

Yuberica Mendez Medina
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 Erick fabian ordoñez Mendez

Fecha de nacimiento 23 04 2021 **N° Documento de Identidad** 1030268273

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 16 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Sonia Medina

Fecha de registro cualitativo 01 10 2025

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

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

Observaciones generales

El niño Erik habla con claridad cuando quiere dar a conocer algo juega con otros niños juegos de roles le gusta compartir con los demás niños

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 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

Erick Fabian participa activamente en actividades con los demás sugiere propuesta de juegos niños

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Powered by CamScanner

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

Valoración Cualitativa ⇨	Relación con los demás												Relación consigo misma/o										Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social														
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	① ② ③	① ② ③	① ② ③	④ ⑤	④ ⑤	④ ⑤	⑥ ⑦	⑥ ⑦	⑥ ⑦	⑧ ⑨	⑧ ⑨	⑧ ⑨	⑩	⑩	⑩	⑪ ⑫ ⑬	⑪ ⑫ ⑬	⑪ ⑫ ⑬	⑭ ⑮	⑱ ⑮	⑭ ⑮	⑯ ⑰ ⑱	⑯ ⑰ ⑱	⑯ ⑰ ⑱	⑲ ⑳ ㉑	⑲ ⑳ ㉑	⑲ ⑳ ㉑	㉓	㉓	㉓	㉔	㉔	㉔	㉕	㉕	㉕
6 meses y 1 día a 12 meses	① ②	① ②	① ②	③ ④	③ ④	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑪ ⑫ ⑬ ⑭	⑪ ⑫ ⑬ ⑭	⑪ ⑫ ⑬ ⑭	⑮ ⑯ ⑰ ⑱	⑮ ⑯ ⑰ ⑱	⑮ ⑯ ⑰ ⑱	⑲ ⑳ ㉑	⑲ ⑳ ㉑	⑲ ⑳ ㉑	㉒	㉒	㉒	㉓ ㉔ ㉕ ㉖	㉓ ㉔ ㉕ ㉖	㉓ ㉔ ㉕ ㉖	㉗	㉗	㉗	㉘ ㉙	㉘ ㉙	㉘ ㉙	㉚ ㉛	㉚ ㉛	㉚ ㉛	㉜ ㉝	㉜ ㉝	㉜ ㉝
1 año y 1 día a 2 años	① ②	① ②	① ②	③ ④ ⑤	③ ④ ⑤	③ ④ ⑤	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑪ ⑫	⑪ ⑫	⑪ ⑫	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑮ ⑯	⑮ ⑯	⑮ ⑯	⑰ ⑱ ⑲	⑰ ⑱ ⑲	⑰ ⑱ ⑲	⑳ ㉑ ㉒ ㉓	⑳ ㉑ ㉒ ㉓	⑳ ㉑ ㉒ ㉓	㉔	㉔	㉔	㉕ ㉖	㉕ ㉖	㉕ ㉖	㉗ ㉘	㉗ ㉘	㉗ ㉘
2 años y 1 día a 3 años	① ② ③	① ② ③	① ② ③	④ ⑤	④ ⑤	④ ⑤	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑨	⑨	⑩ ⑪ ⑫	⑩ ⑪ ⑫	⑩ ⑪ ⑫	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑮	⑮	⑮	⑯ ⑰ ⑱	⑯ ⑰ ⑱	⑯ ⑰ ⑱	⑲ ⑳ ㉑	⑲ ⑳ ㉑	⑲ ⑳ ㉑	㉒ ㉓ ㉔	㉒ ㉓ ㉔	㉒ ㉓ ㉔	㉕ ㉖	㉕ ㉖	㉕ ㉖	㉗	㉗	㉗
3 años y 1 día a 4 años	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑨ ⑩ ⑪	⑨ ⑩ ⑪	⑨ ⑩ ⑪	⑫	⑫	⑫	⑬ ⑭ ⑮ ⑯	⑬ ⑭ ⑮ ⑯	⑬ ⑭ ⑮ ⑯	⑰ ⑱	⑰ ⑱	⑰ ⑱	⑲ ㉑	⑲ ㉑	⑲ ㉑	㉒ ㉓ ㉔ ㉕	㉒ ㉓ ㉔ ㉕	㉒ ㉓ ㉔ ㉕	㉖ ㉗ ㉘ ㉙	㉖ ㉗ ㉘ ㉙	㉖ ㉗ ㉘ ㉙	㉚ ㉛ ㉜ ㉝	㉚ ㉛ ㉜ ㉝	㉚ ㉛ ㉜ ㉝	㉞ ㉟	㉞ ㉟	㉞ ㉟	㊱ ㊲	㊱ ㊲	㊱ ㊲
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	① ②	① ②	① ②	③	③	③	④ ⑤	④ ⑤	④ ⑤	⑥ ⑦	⑥ ⑦	⑥ ⑦	⑧	⑧	⑧	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑪ ⑫	⑪ ⑫	⑪ ⑫	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑮	⑮	⑮	⑯	⑯	⑯	⑰	⑰	⑰	⑱	⑱	⑱	⑲ ⑳	⑲ ⑳	⑲ ⑳

= 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 Erith Fabian Ordoñez Mendez, identificado (a) con documento de identidad número 1030268273, 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, Yuberica Mendez Medina, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1030268870, 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 tu 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: Yuberica Mendez Medina.
Nombre: Yuberica Mendez Medina
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3174046503.
Fecha: 16-07-2023
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 Yuberica Mendez Medina, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1080266870 de La plata, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Erith fabian ordoñez Mendez, identificados con NUIP No. 1080268273, 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 16 de 2025)

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

Nombre: Yuberica Mendez Medina.

Firma: Yuberica Mendez Medina.

CC. No. 1080266870.

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Sonia Yeneire

Firma: Sonia Medina

CC. No. 1080265215

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.080.266.870
MENDEZ MEDINA
APELLIDOS
YUBERICA
NOMBRES

Yuberica Mendez Medina
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-MAY-1999
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
18-JUL-2017 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A-1904760-01226016-F-1080266870-20210404 0073801584 1 6521701488

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.080.266.770
CABRERA TAPIERO
APELLIDOS
CRISTIAN EDUARDO
NOMBRES
Cristian Eduardo Cabrera
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-MAY-1999
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
22-MAY-2017 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

P-1904700-01117121-M-1080266770-20191202 0069141B5A 1 9910056450

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 16-07-2025 *Por medio de la presente acta Yo* Yuberica Mendez Medina *identificada con* CC *número* 1080266870, *acudiente o responsable del beneficiario* enath fabian ordoñez *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.*

Cristian Cabrera

Firma Madre/Padre/Cuidador

c.c 1080 266 770

Sonia Medina

Firma Equipo Agente Educativo

c.c 1080265115

Huella niño o niña



Powered by CamScanner

Transmitimos buena energía
Nit. 891.180.001-1

www.electrohuila.com.co

AUTORETENEDOREO DE RENTA, REGOL No 547/2002
DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART.4
REGOL 000055 DEL 14/07/16 DIAN BOMOB GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDOREB ICA CIRCULAR 4
DEL 00/01/99 BECRETARÍA DE HACIENDA DE NEIVA

TOTAL PAGAR
$ 50.150

FACTURA DE VENTA No. 85507536

Documento equivalente según artículo 17 Decreto 1001/97

FECHAS DE LECTURAS: 10/ENE/2025 - 08/MAR/2025
FECHA SUSPENSIÓN: 30/MAR/2025

FECHA DE VENCIMIENTO 28/MAR/2025

INFORMACION CLIENTE

Cliente	ALBARO CABRERA SUAREZ	Nit ó C	83241412
Dirección	VDA EL CARMEN	Ruta	6920570335
Municipio	LA ARGENTINA	Ciclo	070
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACION TECNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	8000155
Carga Contratada	0	Nombre	
Grupo	4		

ElectroHuila

INFORMACION CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Ler.Ante.	Consumo (kwh)
6677329110	CHN	A	S	00	5995	5873	122

Promedio Cuenta 102 Consumo Año Anterior 1kv Consumo Anterior 1kv

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
FEB	122
DIC	109
OCT	97
AGO	101
JUN	98
ABR	96
FEB	104

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU:19 DIU:185.348 [illegible] 94
EC:0 VC:5569 CU:5569
NTC:0 CEC:98.4817

ULTIMO PAGO

Fecha 20/01/2025
Valor $ 47188

LIQUIDACION CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
61.0	1009.6231 =	61582
61.0	1027.4988 =	62677

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)

Valor Total Energía del Periodo	$
Valor (Subsidio/Contribución %)	
Valor Total Energía Facturado	$ 50.513

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR $
CONSUMO PERIODO	$ 124.264
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ 2.526
AJUSTE DECENA	$ 4
COMPENSACION CALIDAD INDIVID	$ - 2.893
UAL	
SUBSIDIO	$ - 73.751

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P	$	2.526
VALOR ELECTROHUILA	$	47.624

TOTAL A PAGAR
$ 50.150

ELECTRODOMESTICOS

CONVENIO | # MESES | TOTAL CRED | SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION | # MESES | TOTAL FIN | SALDO FIN | CUOTA

Ultim: Consumo Kwh | Kwh | Valor $ | No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACION DEL SERVICIO

Gm: 427.0 Tm: 56.0 PRn,m: 0.0 Dn,m: 280.0 Rm: 15.0 Cv,m: 14
9.0 CUv,n,m: 1027.4988 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA

ElectroHuila
Transmitimos buena energía
Nit. 891.180.001-1

Código de Cuenta : 853649205
Factura de Servicios Públicos No: 85507536
Periodo FEB 2025 Fecha de Vencimiento: 28/MAR/2025
Suspensión a partir de: 30/MAR/2025

Valor Total a Pagar $ 50.150

Powered by CamScanner