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

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS NIÑO/A PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD INSTITUCIONAL



UDS: CDI LA ARGENITNA
PARTICIPANTE: YORDAN RIVAS QUIÑONEZ
RC ___ **No:** 1145831865

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

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

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

Unidad de Servicio sugerida: CDI La Argentina

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

Número de documento: 1145831865

Fecha nacimiento: 05 | 08 | 2020

Nombres: Yordan

Apellidos: Rivas

¿Tiene discapacidad? ( ) Si (X) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Huila

Municipio de residencia: La Argentina

Zona: Urbana

Barrio: Las brisas

Vereda:

Sector:

Dirección: Carrera 4 # 3-18

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (X) 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: 1080263024

Nombres: Ana Mirian

Apellidos: Quiñonez

País de nacimiento: La Argentina

Fecha nacimiento: 11 | 04 | 1992

Correo electrónico:

Número de celular: 3154088642

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: ANA MIRIAN QU.

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Ludivia H

Observaciones:

Scanned with CamScanner

4.a/7 nuevo

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1145831865

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59573369

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
X						D U W

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

COLOMBIA - HUILA - LA PLATA LA PLATA H.D. S.A DE PADUA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RIVAS	QUIÑONEZ

Nombre(s)

YORDAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes AGO Día 05	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - HUILA - LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	16023392-1

Datos de madre o padre (Para casos de parejas 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

QUIÑONEZ ANA MIRIAM

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1080263024	COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de parejas 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

RIVAS GUZMAN OTONIEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 96361748	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RIVAS GUZMAN OTONIEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 96361748	Otoniel Rivas

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 2020 Mes AGO Día 06	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS FOLIO 132;06/08/2020

Scanned with 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	1145831865
NOMBRES	YORDAN
APELLIDOS	RIVAS QUIÑONEZ
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	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/04/2025 19:31:18	**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

Scanned with CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 03/06/2025

Ficha: 41378096503400001728

A1

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: YORDAN

Apellidos: RIVAS QUIÑONEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1145831865

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 20/12/2021

Última actualización ciudadano: 20/12/2021

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

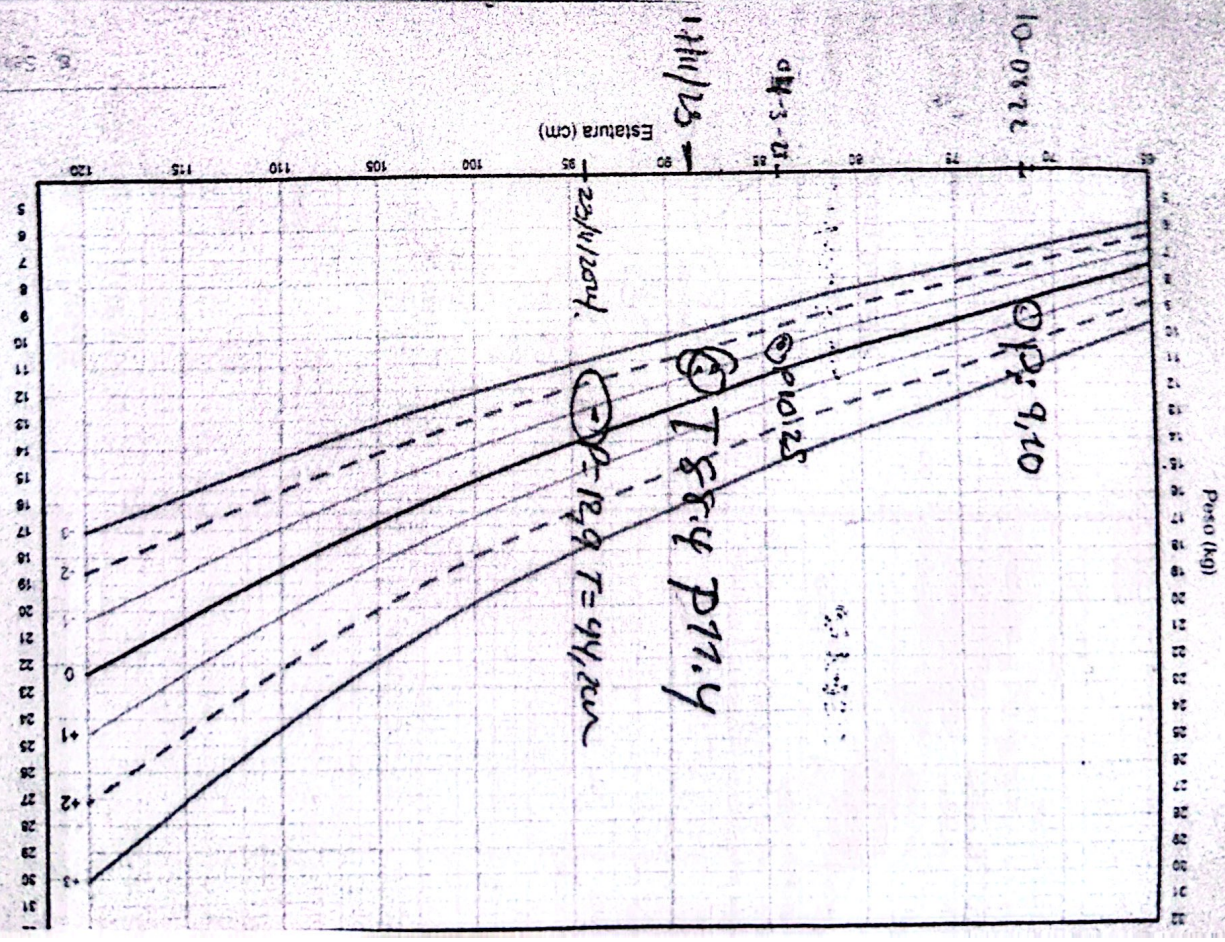
Scanned with CamScanner

MIS CONTROLES

Escribe aquí los datos significativos de la salud del niño o niña.

Fecha de Atención	edad	Peso	Talla	Índice Masa Corporal (IMC)	Perímetro Cefálico	Próximo control	Responsable del control	Responsable del próximo control
19-02-2022	1A	8300	75.5			18-06-2022	Reprogramar	
10-04-2022	2A	9,10	77.1	L	46.	4-03-2023.	Liliana	
04 marzo 23	3m	10.25	89.1		48	24 Noviembre 2023		
17/11/23	3A	11,41	88.4		46.	22/11/2024		
23/11/2024	04A	13,9	94,2		47cm PISL.	12/09/2025		

medimás



IMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
N E INSCRIPCIÓN TEMPRANA
Fecha:
R CONTROL MÉDICO
vida Fecha:
ENTO POR ENFERMERÍA

de cita mada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió

cibir suplementos con Hierro y Vitamina
os 6 meses hasta los 5 años de edad, de
estrategia **AIEPI**.

a	Edad	Fecha
	42 meses	
	48 meses	
	54 meses	
	60 meses	
	66 meses	

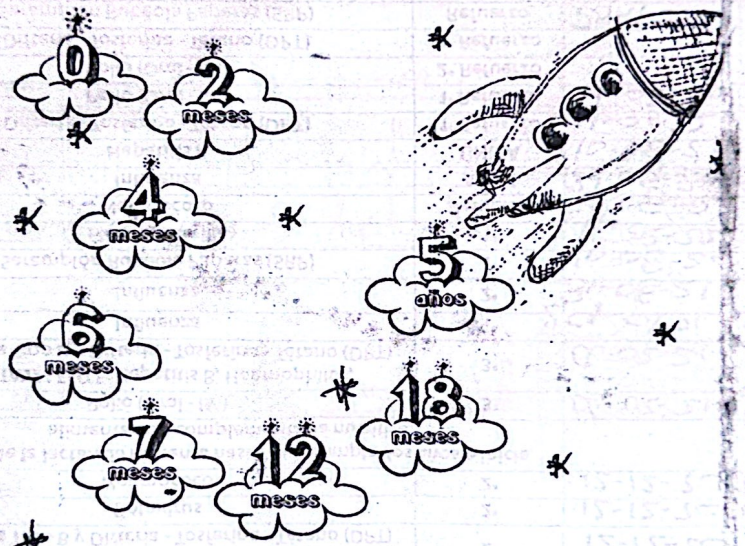
lebe realizar toma de TSH al momento
hipotiroidismo.

Exíjalo

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

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

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



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

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

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

AIEPI
Porque mi vida hoy que protegerla hoy

de cero a siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

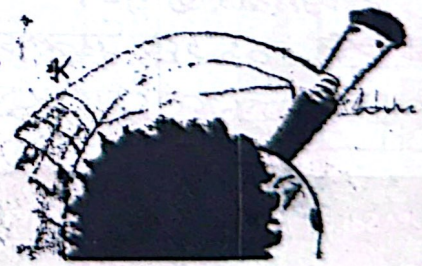
Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Yordan Reyes Quintero
Fecha de nacimiento: 05-08-20
Nº de certificado de nacido vivo: 160233121
Registro civil: 1145831865
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 2940 Gramos 39 Sem
Dirección: Callejo
Teléfono: 3136516859 Comfacun
Responsable: Ana Miriam Quintero
Municipio de residencia: La Plata
Departamento: Huila Cc 1655263024

Cita

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Scanned with CamScanner

1145831865

Nombre: Yordan Reyes Quiñones **Registro Civil:** 1145831865

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	N
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí X No ☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única	05-08-20	Serum	032E508	HOSP		
	Hepatitis B	Recién nacido	05-08-20	Serum	032900008E	HOSP	05 10 20	Je
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª	29-10-20	SANOFI P	B36 59	ESE SS	29 12 20	do
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	29-10-20	SANOFI PASTEUR	2859803 1FE0C	ESE SS	29 12 20	Jo
	Rotavirus	1ª	29-10-20	Rotalix	M0L05HGBAE5C	ESE SS	29 12 20	Jo
	Neumococo	1ª	29-10-20	Biológico	A5P3B2MBAE5C	ESE SS	29 12 20	Jo
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	12-12-20	Sanofi pasteur	R3L59 1U	ESE Juan Ra	05 02 21	
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	12-12-20	Serum	2859 0323	ESE Juan Ra	05 02 21	
	Rotavirus	2ª	12-12-20	GlaxoSmith	R20LC549B	ESE Juan R	— — —	
	Neumococo	2ª	12-12-20	GlaxoSmith	A0PN13555AA	ESE Juan R	— — —	
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	06-02-21	Sanofi pasteur	T3D591U	ESE Juan Ram	— — —	
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	06-02-21	Serum	2850K005E	ESE Juan Ram	— — —	
	Influenza	1ª	2[illegible]-01-21	Sanofi pasteur	U3 855 1U	ESE Juan Ram	31 05 21	
7 Meses	Influenza	2ª	31-08-21	Sanofi pasteur	U3 B5 1U	ESE Juan Ram	[illegible]	
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	10-08-21	Serum	A13DM0916	ESE Juan Ram	05 08 25	
	Fiebre Amarilla	1ª	11-02-22	Sanofi pasteur	T3J355U	ESE Juan Ram	— — —	
	Neumococo	Refuerzo	10-08-21	GlaxoSmith	A5PN13108	ESE Juan Ram	— — —	
	Influenza	Anual	27-05-21	Sanofi Pasteur	U50 22005	ESE Juan R	— — —	
	Hepatitis A	ÚNICA	10-08-21	MERCK Sharp	T012958	ESE Juan Ram	— — —	
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	11-02-22	Serum	3820K009B	ESE Juan Ram	05 08 25	
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	11-02-22	Serum	1B01P002	ESE Juan Ram	05 08 25	
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	25-11-28	Serum	0132N028B	ESE Juan Ram	— — —	
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	1ª	10-08-21	MERCK Sharp	T029015	ESE Juan Ram	05 08 25	
	Varicela	1R						
	Sarampión - rubeola.	1 Dadi	11-02-22	Serum	0129N035	ESE Juan Ram	— — —	

Estas vacunas son gra

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe conti la lactancia materna y complementar co tros alimentos nutritivos.

Scanned with CamScanner

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

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Yoroban Luis Quiñonez	**DOCUMENTO:** 1143831865
CONTROL DE PLACA **FECHA DE ATENCIÓN:** 17 Marzo 2025 **PROXIMO CONTROL:** 17 Septiembre 2025.	**TOPICACIÓN DE FLUOR** **FECHA DE ATENCIÓN:** 17 Marzo 2025 **PROXIMO CONTROL:** 17 Septiembre 2025.
EXPEDIDO POR: Lina Mayerly Zasso H. Auxiliar en Salud Oral C.C. 1.080.263.132 T.P. # 873	

Scanned with 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

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 ANA MIRIAN QUIÑONES 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): Yordan Rivas con RC No 1145831865 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.

Scanned with CamScanner

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

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

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

Ana Hirian Quiñones
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Ludivia Hernández
AGENTE EDUCATIVO

Scanned with CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad La Argentina Huila

Nombre completo de la niña o niño Yordan Rivas Quiñonez

Fecha de nacimiento 05 08 2020 **N° Documento de Identidad** 1145831865

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Ludivia Hernández Ortiz

Fecha de registro cualitativo 03 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

Yordan es un niño alegre pero se molesta con facilidad. ante cualquier cosa, acepta ordenes y se divierte explorando. de muchos formas sus alrededor.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro 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)***

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

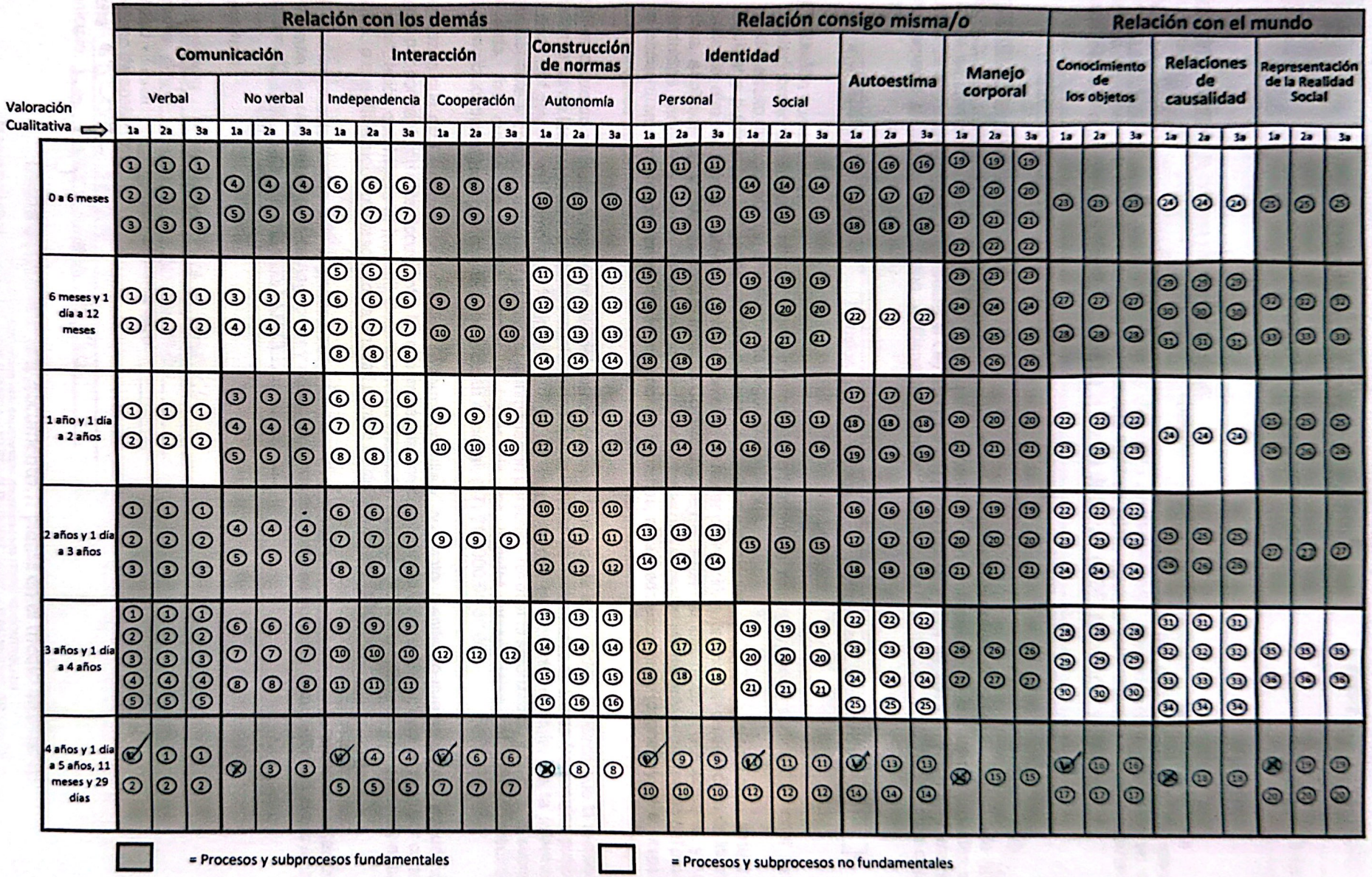
Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

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)***

Scanned with CamScanner



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

Scanned with 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 Yordan Rivas Quiñonez, identificado (a) con documento de identidad número 1145851866 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, Ana Mirian Quiñonez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1080263024 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 Corhuellas, 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: ANA Mirian Quiñonez
Nombre: ANA Mirian Quiñonez
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 03-03-2025
Municipio: La Argentina Huila

¡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.

Scanned with CamScanner

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo ANA Mirian Quiñones, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1080263024 de La Argentina, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Yordan Rivas Quiñones, identificados con NUIP No. 1145831865., usuario de la unidad de servicio CDI La Argentina manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en La Argentina, a los 03 días del mes 03 de 2025

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

Nombre: ANA Mirian Quiñones

Firma: ANA Mirian Quiñones

CC. No: 1080263024

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Ludivia Hernandez

Firma: Ludivia Hernández

CC. No. 26527777

Scanned with 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 27/03/2026 *Por medio de la presente acta Yo* Ana Mirian Quiñonez *identificada con* C.C *número* 1080263024 *acudiente o responsable del beneficiario* Yordan Rivas, *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.*

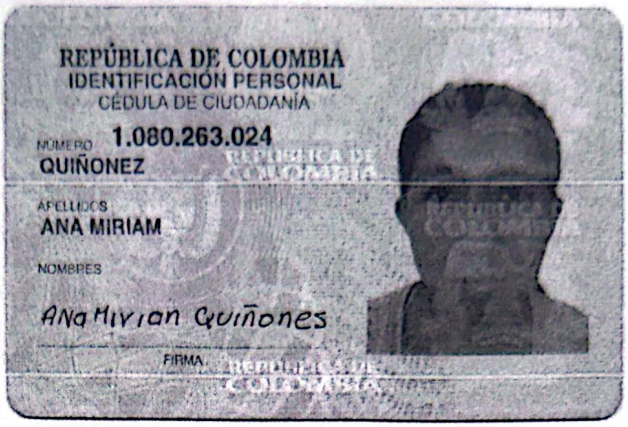
ANA MIRIAN QUIÑONES
Firma Madre/Padre/Cuidador
C.C 1080263024

Ludivia Hernández
Firma Equipo Agente Educativo
C.C 26527777

Huella niño o niña



Scanned with CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.080.263.024
QUIÑONEZ

APELLIDOS
ANA MIRIAM

NOMBRES
Ana Miriam Quiñones

FIRMA

35



FECHA DE NACIMIENTO 11-ABR-1992
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.38 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

04-JUN-2010 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1904700-01269271-F-1080263024-20211126 0076902354A 1 8502381387

Scanned with CamScanner


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 96.361.748
RIVAS GUZMAN

APELLIDOS
OTONIEL

NOMBRES
Otoniel RIVAS
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 29-OCT-1974
PUERTO RICO
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

14-JUL-1998 PUERTO RICO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-1904700-01203391-M-0096361748-20210120 0073151940A 1 8501270765

Scanned with CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
813010966 - 1

CERTIFICACION MEDICA

Entidad Administradora: **NUEVA EPS**

Certificado No.: **10000726**
Fecha de Registro: 28-feb-2025
Historia No.: 1145831865

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	YORDAN RIVAS QUIÑONEZ	No.Identificación :	RC: 1145831865
Sexo:	M	Edad :	4 Años
Ciudad de residencia:	LA ARGENTINA, HUILA	Estado civil:	MENOR DE EDAD
Dirección residencia:	, EL PROVENIR	Teléfono:	3208817899

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso : 12.8 Kg Talla : 95.6 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 - BAJO PESO AL NACER 020 GRAMOS, 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. SE EDUCA SOBRE CORRECTO CEPILLADO.

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

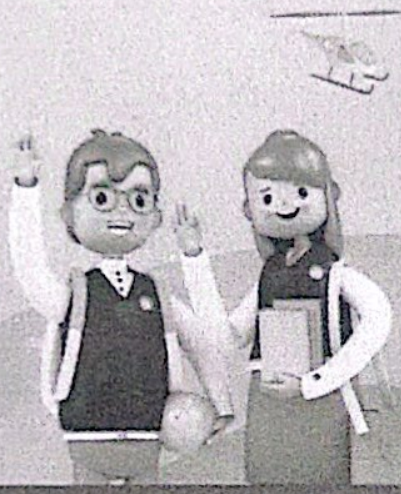
Mercedes Yulieth Tarfán M.
Medico General
R.M. 1.080.264.891

Firma del profesional de la salud

Scanned with CamScanner

PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES

PROTEGEMOS TUS PASOS



Línea de Atención:

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

seguros mundial®

Nº Póliza: 2000514572

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado: YORDAN RIVAS QUINONEZ

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1145831865	2025/02/24	2026/02/24

Muerte Accidental	$5.000.000,00	Gastos Médicos	$4.000.000,00

COBERTURAS:

- Muerte Accidental
- Gastos Médicos

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

seguros mundial®

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

Scanned with CamScanner

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

Sr(a): SIERRA JAIME DE JESUS
c.c. / Nit: 2465228
CRA 4 # 3-18
Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780026650
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 2-LIBRETIN 2 LA ARGENTINA

SU CÓDIGO DE CUENTA ES:
354551425
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
85224910

Fecha De Emisión
17/02/2025

Periodo:	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
2 / 2025	14/01/25-13/02/25	$94,970	$94,970	10 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial
Nivel Tensión: 1-Secundaria
Tipo Liqui.: lectura
Estrato: 1-Bajo Bajo
Carga Instalada: 1000 W
Zona: OCCIDENTE
Nodo: T09613-GL1P

COSTO UNITARIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

Generación	421
Transmisión	58
Distribución	280
Restricciones	7
Pérdidas	97
Comercialización	143
Costo Unitario	1009
Tarifa Aplicada	1009.6

Indicadores De Calidad Individual

Cálculos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-1105944	OSA	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	9336	9336	1	0

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
0	Deuda Capital	78,682
1	Deuda Interes Capital	2,802
110	Interes moratorio	393
607	Ajuste Decena	5

Últimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	1	0	2024	7	41
2024	12	0	2024	6	44
2024	11	0	2024	5	46
2024	10	0	2024	4	40
2024	9	0	2024	3	4
2024	8	27	2024	2	7

Promedio Cuenta	Consumo Año Anterior
4	7

Indicadores De Calidad Individual Periodo

Nodo 6500149 Grupo Area
Horas a compensar
Compensacion por evento
Meta Calidad opr Duración
Meta calidad por eventos
Eventos acmulados año
Duracion acumulador año
Consumo a compensar
Cargo distribución

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Tasa de Interés 0.00 %

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	
Total Electrohuila	$81
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	$13
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$94

Total cuota Financiación 0

Debido al no pago oportuno de su factura, ELECTROHUILA procederá a la suspensión del servicio de energía eléctrica, una vez quede en firme la presente decisión, contra la cual procederán los recursos de reposición ante la División de PQR, en subsidio el de apelación ante la SuperServicios, el cual debe interponerse "en un mismo escrito, dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación del presente acto, conforme a lo establecido

CUFE 513c770e9c628e04bd48e9501ccc7edd14321cc954aae52cf91f32a7c4d6dcaf1adce3f7a0820a8e183d53642fcee686 Numero de Factura Electronica EH-2010068 Numero de factura: 85224910

FOES

Kwh $/Kwh Total N. Fact

Último Pago

$1,830
23/03/2024
Emitida Por: YULIETH.CEBALLESB
Pag: 749

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento:
PAGO INMEDIATO

Suspensión a Partir del:
PAGO INMEDIATO

Línea de transparencia

Reporta en la línea de transparencia todos los presuntos actos de soborno, corrupción o comportamientos indebidos de nuestros trabajadores y/o contratistas.
Línea gratuita 018000 117766
Correo electrohuila@lineatransparencia.com
Accede directamente escaneando el Código QR.

(415)7707274499679(8020)0354551425(3900)0000094970(96)20250226

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

Scanned with CamScanner

Huellas de Amor
Para Tu Vida

Nit 900.192.801-0

FORMATO DE RETIRO DE USUARIOS

Fecha: 22 de Agosto 2025 Ciudad: La Argentina

Nombre del niño o niña: Yordan Rivas Quiñonez Sexo: M.

No. NIUP: 1145831865 Fecha de retiro: 22-08-2025.

UDS: Corhuellas. Agente educativa: Ludivia Hernández

Madre del participante o acudiente: Ana Mirian Quiñonez C.C. 1080263024

Padre del participante o acudiente: Otoniel Rivas Q. C.C. 96361748

Fecha de retiro: 22 de Agosto 2025.

Motivo retiro:

La Comisaria de familia retira el niño Yordan Rivas Quiñonez. Por Proceso de CPARD). realizado el 22 de Agosto del 2025 alas 3:00 PM. en el CDI de La Argentina Huila

FIRMA PADRE DE FAMILIA O ACUDIENTE

Ludivia Hernández

FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO

Scanned with CamScanner