

 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: YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ

RC ____ **No:** 1080268038



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	X		
Fotocopia del documento de identidad (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
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	X		
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	X		

 BENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MT1.PP 30/01/2025
	Página 2 de 2	
	Clasificación de la Información: Pública	

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

Fecha de diligenciamiento: 24 02 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: ☒ Niño/a entre 0 y menor de 5 años
☐ Persona Gestante

Tipo de vinculación: ☒ Participante de nuevo ingreso
☐ Participante de continuidad

Unidad de Servicio sugerida: CDI La Argentina

Tipo documento identidad: ☒ Registro Civil ☐ Tarjeta de identidad ☐ Cédula de ciudadanía
☐ Pasaporte ☐ Permiso especial permanencia ☐ Partida o Acta de nacimiento
☐ Visa ☐ Tarjeta movilidad fronteriza ☐ Permiso de protección temporal
☐ Cédula extranjera ☐ Sin documento Nacionalidad: _____

Número de documento: 1080268038 Fecha nacimiento: 26 08 2020

Nombres: Yonier Estiven Apellidos: Mena

¿Tiene discapacidad? ☐ Si ☒ No

¿Se reconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? ☐ Si ☒ No

¿Se reconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ☐ Si ☒ No

Indique cuales aplican: ☐ Física ☐ Visual ☐ Auditivo
☐ Intelectual ☐ Psicosocial (mental)
☐ Múltiple ☐ Sordociega ☐ N/A

Seleccione la que aplique: ☐ Afrocolombiano ☐ Indígena ☐ No se reconoce
☐ Comunidad negra ☐ Rom / Gitano
☐ Palenquero (a) ☐ Raízal

Indique cuales aplican: ☐ Migrante ☐ Campesinado
☐ Fijante de paz ☐ Víctima conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Huila Municipio de residencia: La Argentina Zona: Urbana Barrio: Plata Vieja Vereda: _____

Sector: Urbano Dirección: B/Plata Vieja

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: ☒ Madre ☐ Padre ☐ Cuidador/a

Tipo documento identidad: ☐ Tarjeta identidad ☐ Cédula de ciudadanía ☐ Cédula de extrajjería
☐ Pasaporte ☐ Permiso especial permanencia ☐ Partida o Acta de nacimiento
☐ Visa ☐ Tarjeta movilidad fronteriza ☐ Permiso de protección temporal
☐ Sin documento Nacionalidad: _____

Número de documento: 27191238

Nombres: Leonila Apellidos: Ordoñez País de nacimiento: El Tablon. Nariño Fecha nacimiento: 28 05 1983

Correo electrónico: _____ Número de celular: 3146200004 Número de fijo: _____

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

Autoriza el registro en sistema? ☒ Si ☐ No
<https://prematricula.icbf.gov.co>

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: *Alvaro MENA

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Ludivio H.

Observaciones:

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

Cualquier copia impresa de este documento no constituye 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



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 60366122
Serial

NUIP 1.080.268.038

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ 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 MENA..... Segundo Apellido ORDONEZ.....

Nombre(s) YONIER ESTIVEN.....

Fecha de nacimiento Año 2020 Mes AGO Día 26 Sexo (en letras) MASCULINO..... Grupo sanguíneo A..... Factor RH POSITIVO.....

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

COLOMBIA HUILA LA ARGENTINA.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....

Número certificado de nacido vivo 16023336 - 2.....

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 ORDONEZ SANTACRUZ LEONILA.....

Documento de Identificación (Clase y número) CC 27.191.238.....

Nacionalidad 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 MENA ACOSTA ALVARO NELSON.....

Documento de Identificación (Clase y número) CC 98.215.356.....

Nacionalidad COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos MENA ACOSTA ALVARO NELSON.....

Documento de Identificación (Clase y número) CC 98.215.356.....

Firma Alvaro MENA

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 Año 2020 Mes AGO Día 27

Nombre y firma del funcionario que autoriza MANUEL JESÚS LATORRE ADARME - REG

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Alvaro MENA

Firma

Nombre y firma

Adhesivo Copia Registro Civil

27137096-4

ESPACIO PARA NOTAS

ESTAMPADO

27 AGO 2020

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



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	1080268038
NOMBRES	YONIER ESTIVEN
APELLIDOS	MENA ORDOÑEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA ARGENTINA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/02/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 03/09/2025 12:06:23 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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

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

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

Registro Valido

A2

Fecha de consulta:

08/03/2025

Ficha:

41378008503500000178

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres YONIER ESTIVEN

Apellidos MENA ORDOÑEZ

Tipo de documento Registro Civil

Número de documento 1080268038

Municipio LA ARGENTINA

Departamento HUILA

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente

04/09/2019

Última actualización ciudadano

27/08/2020

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

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer

Fecha:

PRIMER CONTROL MEDICO

Durante el primer mes de vida

Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA

Fecha de cita programada

Fecha en que asistió

Profesional que atendió

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

Valor reportado TSH:

Fecha verificación:

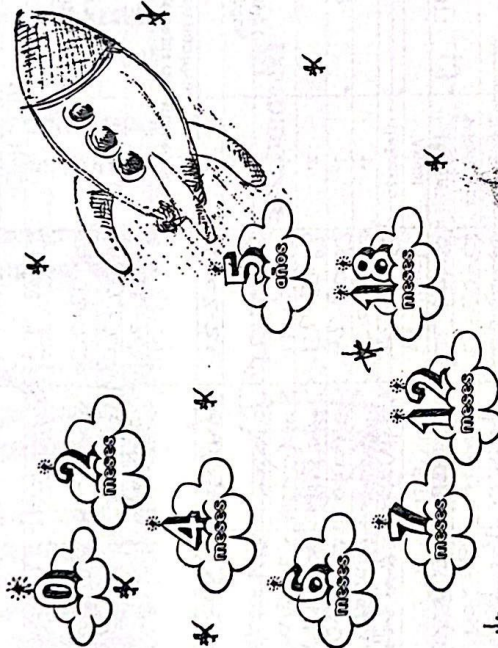
Profesional que verificó:

Exíjalo

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

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

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



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

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

www.minsalud.gov.co

Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25



de cero
a siempre

MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social



Vacunas al día,
se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Diego Esteban Góngora

Fecha de nacimiento: 26-09-2010-2020

Nº de certificado de nacido vivo: 5111602334-2

Registro civil: AC0206030

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: A+

Peso al nacer: 2830 grs - 3830 grs

Dirección: Aldea Santa

Teléfono: 3155543170 - AC

Responsable: Diego Esteban Góngora

Municipio de residencia: La Argentina -

Departamento: Huila - 2191238

Cita: 26-09-2020

Recuerda: San

Estas vacunas son gratuitas

PROSPERIDAD
PARA TODOS



Nombre: Jenifer Galdames Mena Ordóñez Registro Ci : 1088 268 038

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación		Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita		Nombre del Vacunador
			Día	Mes				Día	Año	
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	SI ☐ No ☐	16-08-20	20	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-10-20	20	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	Tuberculosis B.C.G.	Recién nacido	26-08-20	20	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-10-20	20	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	Hepatitis B	SI ☐ No ☐	29-10-20	20	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-10-20	20	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	SI ☐ No ☐	27-10-20	20	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-10-20	20	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	Polio (Oral - IM)	1°	27-10-20	20	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-10-20	20	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tétano (DPT)	1°	27-10-20	20	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-10-20	20	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	Rotavirus	1°	27-10-20	20	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-10-20	20	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	Neumococo	1°	27-10-20	20	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-10-20	20	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	SI ☐ No ☐	28-12-20	20	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	Polio (Oral - IM)	2°	28-12-20	20	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tétano (DPT)	2°	28-12-20	20	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	Rotavirus	2°	28-12-20	20	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	Neumococo	2°	28-12-20	20	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.									
	Polio (Oral - IM)	3°	26-02-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tétano (DPT)	3°	26-02-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	Influenza	1°	08-03-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	Influenza	2°	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
7 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1°	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	Fiebre Amarilla	1°	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	Neumococo	Refuerzo	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	Influenza	Refuerzo	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	Hepatitis A	Refuerzo	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
12 Meses	Polio (Oral - IM)	UNICA	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	Difteria - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	Difteria - Tétano (DPT)	2° Refuerzo	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
18 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	VPH	1°	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	VPH	2°	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	VPH	3°	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	VPH	4°	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
5 Años	Difteria - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	Difteria - Tétano (DPT)	2° Refuerzo	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
Niños 9 Años o más	VPH	1°	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	VPH	2°	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	VPH	3°	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	VPH	4°	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	VPH	5°	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	1	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1°	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	Neumococo	1°	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	Polio (Oral - IM)	1°	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez
	Polio (Oral - IM)	2°	28-08-21	21	Serum	03786187	ESE JUNIP	27-01-21	21	Jenifer Galdames Mena Ordóñez

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



CONTROL ODONTOLÓGICO DE PROMOCIÓN
Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL

NOMBRE:	DOCUMENTO:
Flora Esther Elena Ordóñez	1.080.268.038
CONTROL DE PLACA	TOPICACIÓN DE FLUOR
FECHA DE ATENCIÓN: 17 Marzo 2025	FECHA DE ATENCIÓN: 17 Marzo 2025
PRÓXIMO CONTROL: 17 Septiembre 2025	PRÓXIMO CONTROL: 17 Septiembre 2025
EXPEDIDO POR: <u>Lina Magrely Lasso H.</u> Auxiliar en Salud Oral C.C. 1.080.263.132 I.P. # 073	

 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 x Leonila Ordoñez, 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): x Denier Estiben Mena con RC No N/080-268038 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.

 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 03 del mes 03 del año 2025, en el Municipio de La Argentina

X Leonila Ordoñez
 PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Ludivia Hernández
 AGENTE EDUCATIVO

	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 x Jonick Estiben, identificado (a) con documento de identidad número 5108026839 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, Leonila Ordoñez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 27191238, 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 hiciera 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 CDT La Argentina

Suscriben:

Firma: Leonila Ordoñez
 Nombre: Leonila Ordoñez
 Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
 Teléfono de contacto: 3146200009
 Fecha: 03-03-2015
 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.

	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 Leonila Ordoñez, identificado con Cédula de Ciudadanía No. +27199238 de Nariño, padre 1 madre 0 acudiente de la /el/los niño(s) Jonier Estiben Mena Ordoñez, identificados con NUIP No. +2080.268.038, 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: + Leonila Ordoñez

Firma: + Leonila Ordoñez

CC. No. + 27191-238

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Ludivia Hernández Ortíz

Firma: Ludivia Hernández Ortíz

CC. No. 26527777

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

Fecha 27/03/2025 Por medio de la presente acta Yo Leonila Ordoñez Santacruz
identificada con C.C. número 27181238, acudiente o responsable del beneficiario
Yonier Estiven Mena 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.

Leonila Ordoñez

Firma Madre/Padre/Cuidador
C.C 27191238

Ludivio Hernández Ortiz

Firma Equipo Agente Educativo
C.C 26527777

Huella niño o niña



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **27.191.238**
ORDÓÑEZ SANTACRUZ

APELLIDOS
LEONILA

NOMBRES
Leonila Ordoñez

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-MAY-1983**
EL TABLON
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

08-AGO-2001 EL TABLON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YACUA



A-1904700-01057865-F-0027191238-20190125 0064312836A 2 51773851

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **98.215.356**

MENA ACOSTA
APELLIDOS

ALVARO NELSON
NOMBRES

NELSON MENA ACOSTA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-ABR-1977**
LA FLORIDA
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.76

ESTATURA

B+

G S. RH

M

SEXO

14-MAY-1996 LA FLORIDA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almendra
REGISTRADORA NACIONAL
ALMENDRA RENGIFO LOPEZ



A-2307600-53137431-M-0098215356-20051124

0436805327B 02 198705942



CERTIFICACION MEDICA

Entidad Administradora: **ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC-EPSAI**

Certificado No.: **10000732**

Fecha de Registro: **08-mar-2025**

Historia No.: **1080268038**

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente: **YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ**

No. Identificación : **RC: 1080268038**

Sexo: **M**

Edad : **4 Años**

Ciudad de residencia: **LA ARGENTINA, HUILA**

Estado civil: **MENOR DE EDAD**

Dirección residencia: **, ALTO CARMEN**

Teléfono: **3146200009**

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso : **18 Kg**

Talla : **110 cm**

CAMPO VISUAL

Ojo Derecho : **Visión normal**

Ojo Izquierdo : **Visión normal**

OBSERVACIONES GENERALES

PACIENTE SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICO. EN EL MOMENTO DE LA VALORACIÓN CON ESTABILIDAD HEMODINÁMICA, AL EXAMEN FÍSICO: PACIENTE ALERTA, CONSCIENTE, NORMOCEFALO, CUELLO SIMÉTRICO, MÓVIL SIN ADENOPATÍAS, PULSOS CAROTÍDEOS PRESENTES, ESCLERAS ANICTÉRICAS, PUPILAS ISOCÓRICAS, MUCOSAS HÚMEDAS, TORAX SIMÉTRICO, EXPANSIBLE, NO TIRAJES SUBCOSTALES NI TIRAJES INTERCOSTALES, NO SE ENCUENTRAN MASAS NI PUNTOS DOLOROSOS A LA PALPACIÓN, PULMONES CON MURMULLO VESICULAR UNIVERSAL CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, BUEN TONO E INTENSIDAD, NO SOPLOS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALÍAS, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, PERISTALSIS PRESENTE, GENITALES NORMOCONFIGURADOS, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS SIN EDEMAS, PULSOS DISTALES PRESENTES CON LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS. SNC SIN DÉFICIT MOTOR Y/O SENSITIVO. PIEL HIDRATADA SIN LESIONES. PACIENTE SIN ALTERACIONES AL EXAMEN FÍSICO. POR LO CUAL SE CERTIFICA QUE SE ENCUENTRA ACTUALMENTE EN BUEN ESTADO DE SALUD, CERTIFICADO PARA CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE SU EDAD Y LAS QUE LE EXIJAN, PUEDE REALIZAR CUALQUIER ACTIVIDAD FÍSICA Y DE ESFUERZO SIN PONER EN RIESGO SU ESTADO DE SALUD.

CHAUX HURTADO MARIANA

MEDICINA GENERAL

Registro Médico No. 1084897475

Documento Médico No. CC 1084897475

Mariana Chaux Hurtado

Firma del profesional de la salud

Sr(a): **BONLLA RAMIREZ ESNEDA**

c.c. / Nit: **217702**

CLL 3 #3-22 B LAS BRISAS

Municipio: **378 LA ARGENTINA HUILA** Ruta: **43780026500**

Dirección Postal:

Ciclo: **71** Sector: **2-LIBRETIN 2 LA ARGENTINA**

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
295533449
PARA CUALQUIER CONSULTA
Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
85224894

Fecha De Emisión
17/02/2025

Periodo:	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
2/ 2025	14/01/25-13/02/25	\$17,770	\$17,770	0 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial	Nivel Tensión: 1-Secundaria	Tipo Liqui.: lectura
Estrato: 1-Bajo Bajo	Carga Instalada: 2000 w	
Zona: OCCIDENTE	Nodo: T09613-GL1P	

COSTO UNITARIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

Generación	421.89
Transmisión	58.19
Distribución	280.72
Restricciones	7.45
Pérdidas	97.49
Comercialización	143.89
Costo Unitario	1009.62
Tarifa Aplicada	1009.6231

Cálculos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
2-11068116	MET	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	15255	15218	1	37

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	37,356
110	Interes moratorio	38
607	Ajuste Decena	
995	Subsidio	<22,071>

Últimos Consumos

Año	Mes	Consumo
2025	1	47
2024	12	46
2024	11	49
2024	10	52
2024	9	47
2024	8	72

Promedio Cuenta

52

Consumo Año Anterior

160

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
2	1	130	37.0	413.0987	\$15.285

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total
-------------	-----------	-----------	-------------

Tasa de Interés

0.00 %

Total cuota Financiación 0

CUFE a3628e2cd8d581d909db850b7d4aa5afbee5011f818d88749499f5edf1e254f53df75c65b7fcof4dc5f8e2ed0dd2359 Numero de Factura Electronica EH-2012414 Numero de factura: 85224894

FOES	Ultimo Pago
Kwh\$/Kwh Total N Fact	\$44,580
	03/02/2025
	Emitida Por:
	YULIETH CERALLER
	Pag: 733

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento:
26/02/2025
Suspensión a Partir del:

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	\$0
Total Electrohuila	\$15,324
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	
Total Otros Cobros	\$2,446
Total a Pagar	\$17,770

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)0295533449(3900)0000017770(96)20250225

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

N° Póliza: 2000514572

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado: YONIER ESTIVEN MENA ORDONEZ

ID Asegurado: 1080268038

Vigencia Desde: 2025/03/12

Vigencia Hasta: 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, comuníquese a nuestras líneas de atención

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

seguros mundial



Nit 900.192.801-0

FORMATO DE RETIRO DE USUARIOS

Fecha: 29 de Mayo 2025 Ciudad: La Argentina
Nombre del niño o niña: Yonier Estiven Mena O Sexo: _____
No. NIUP: 1080268038 Fecha de retiro: 29/05/25
UDS: CDI La Argentina Agente educativa: Ludivia Hernández
Madre del participante o acudiente: Leonila Ordoñez C.C. 27191238
Padre del participante o acudiente: Alvaro Nelson Mena C.C. 98215356

Fecha de retiro: 29 de mayo del 2025

Motivo retiro:

Cambio de domicilio a una vereda
lejos del municipio

Leonila Ordoñez
FIRMA PADRE DE FAMILIA O ACUDIENTE

Ludivia Hernández Ortiz
FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO

REGISTRO DE NOVEDADES DIARIAS

FECHA	NOMBRE BENEFICIARIO	MUP	ACCIONES DE CONDUCTA EN ESTADO DE SALUD		CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD		CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD		ACCIONES DE SALUD EN EL ESTADO DE SALUD		ACCIONES DE SALUD EN EL ESTADO DE SALUD		ACCIONES DE SALUD EN EL ESTADO DE SALUD		FOLIO DEL PAGARÉ, LIBRO Y CLASE	CÓDIGO NUMÉRICO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	OBSERVACIONES
			ACCIONES DE CONDUCTA EN ESTADO DE SALUD		CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD		CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD		ACCIONES DE SALUD EN EL ESTADO DE SALUD		ACCIONES DE SALUD EN EL ESTADO DE SALUD						
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
01-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
02-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
03-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
04-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
05-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
06-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
07-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
08-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
09-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
10-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
11-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
12-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
13-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
14-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
15-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
16-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
17-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
18-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
19-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
20-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
21-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
22-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
23-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
24-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
25-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
26-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
27-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
28-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
29-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
30-04-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
01-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
02-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
03-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
04-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
05-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
06-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
07-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
08-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
09-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
10-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
11-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
12-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
13-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
14-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
15-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
16-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
17-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
18-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
19-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
20-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
21-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
22-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
23-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
24-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
25-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
26-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
27-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
28-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
29-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A
30-05-25	YONIER ESTIVEN MENA ORDOÑEZ	1080268038	X		X		X		X		X		X				N/A

Firma agente educativo: Ledivia Hernandez

Source: *World Bank*

Signature

Para la Vida

Firma agente educador: Ludwig Hernandez

Firma coordinador: Santol

Ludovic Hernández