

	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 ARGENTINA

PARTICIPANTE: SALOME ORPINA RAMIREZ

RC X No. 1117844254



 8. f23.mo12.pp_format 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			



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

63371750

NUIP 1.117.844.254

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código W B N

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

REGISTRADURIA DE SAN VICENTE DEL CAGUAN - COLOMBIA - CAGUETA - SAN

Datos del Inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

OSPINA

RAMIREZ

Nombre(s)

SALOME

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año 2021 Mes D I O Día 14 FEMENINO A POSITIVO

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

COLOMBIA CAGUETA SAN VICENTE DEL CAGUAN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

10817052 9

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

RAMIREZ CARDONA ADRIANA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.010.064.973

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

OSPINA REYES OSCAR ORLANDO

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.118.025.820

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

OSPINA REYES OSCAR ORLANDO

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC 1.118.025.820

Oscar Orlando Ospina

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

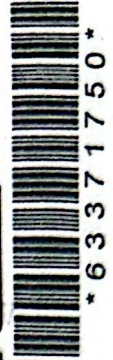
Año 2021 Mes D I O Día 17

MARTHA OLIVIA CASTAÑO

Nombre y firma

disapapeles 60395

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



* 63371750 *

Registro válido

Fecha de consulta:

07/03/2025

Ficha:

413780031030900001285

A1

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: SALOME

Apellidos: OSPINA RAMIREZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1117844254

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

14/11/2024

Última actualización ciudadano:

14/11/2024

Última actualización vía 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



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	1117844254
NOMBRES	SALOME
APELLIDOS	OSPINA RAMIREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA ARGENTINA

Datos de afiliación :

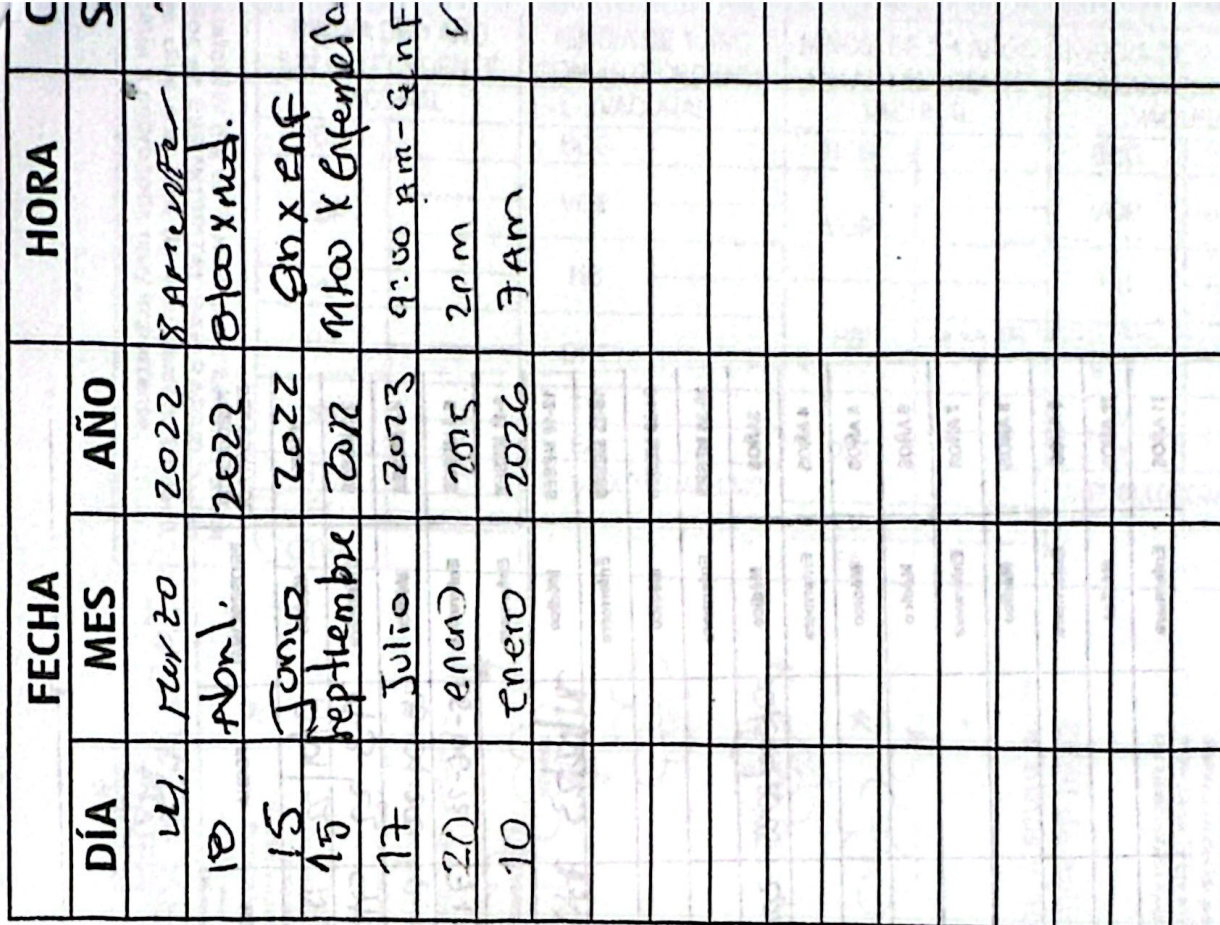
ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/12/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 03/07/2025 11:54:54 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

► **Programación de Citas**



MAMITA NO OLVIDE QUE DEBE CUMPLIR CON EL PROGRAMA. EN CASO DE INCUMPLIR DEBE A...

TABLA DE REGISTRO Y CITAS PROGRAMADAS

FRECUENCIA DEL CONTROL	PROFESIONAL	FECHA	HORA	EDAD ACTUAL DEL MENOR	PESO (KG)	TALLA (CMS)	DESARROLLO	EVALUACIÓN NUTRICIONAL	FIRMA DEL PROFESIONAL
1 MES	Médico	11/01/22	15:00	1 mes	4.24	54 cm	Adecuado	Adecuado	<i>[Firma]</i>
2-3 MESES	Enfermera	14-3-22	09:00	3 m.	5.26	59.4	Adecuado	Adecuado	<i>[Firma]</i>
4-5 MESES	Médico	18-04-22	09:15	4 m.	5.74	53.	Adecuado	Bajo peso	<i>[Firma]</i>
6-8 MESES	Enfermera	15-06-22	7:30	6 m.	6.14	65	Adecuado	Adecuado	<i>[Firma]</i>
9-11 MESES	Enfermera								
12-18 MESES	Médico	11/01/23	7:30	1 año	9.2	71.	Adecuado	Adecuado	<i>[Firma]</i>
18-23 MESES	Enfermera								
24-29 MESES	Médico								
30-35 MESES	Enfermera								
3 AÑOS	Médico	10/ene/2025	2 pm	3 A	13.4	92.8	PC=48 PT=53 PB=16		
4 AÑOS	Enfermera								
5 AÑOS	Médico								
6 AÑOS	Médico								
7 AÑOS	Enfermera								
8 AÑOS	Médico								
9 AÑOS	Enfermera								
10 AÑOS	Médico								
11 AÑOS	Enfermera								

CARNÉ DE VACUNACIÓN

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Salomé
Apellido: Dolina Ramirez
Fecha de nacimiento: 14/12/2021
No de certificado de nacido vivo: 168176529
Registro civil: 117.844.254
Sexo: Femenino
Peso al nacer: 2.760grs T: 49cm
Dirección: B/Colinas del Lago
Teléfono: 322245560
Responsable: Achiana Ramirez
Municipio de residencia: San Vicente
Departamento: Caquetá
EPS: Hsmet Salud

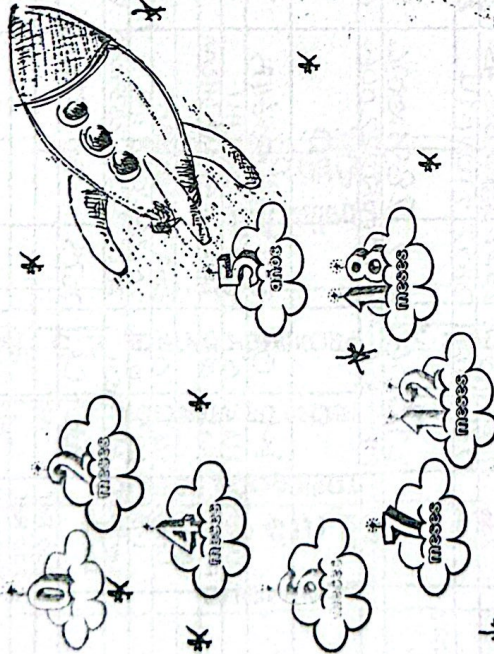
Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas

Prosperidad
para todos

Es importante oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantizar 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 Inuenza 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
Call center: 018000-952525

de cero
o siempre



NINOA DE 2-4 AÑOS CON ANTECEDENTE VACUNAL	BCG	VOP	HB	DPT	TV	FA	OTRO BIOLÓGICO APLICADO
NINOA DE 2-4 AÑOS SIN ANTECEDENTE VACUNAL	BCG	VOP	HB	DPT	TV	FA	OTRO BIOLÓGICO APLICADO
NINOA DE 1 AÑO CON ANTECEDENTE VACUNAL	BCG	VOP	HB	DPT	TV	FA	OTRO BIOLÓGICO APLICADO
NINOA DE 1 AÑO SIN ANTECEDENTE VACUNAL	BCG	VOP	HB	DPT	TV	FA	OTRO BIOLÓGICO APLICADO
OTRA	BCG	VOP	HB	DPT	TV	FA	OTRO BIOLÓGICO APLICADO

Cualquier día es bueno para vacunar a tus hijos en ESE HOSPITAL SAN RAFAEL todos los días son días de vacunación. Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.



CONTROL ODONTOLÓGICO DE PROMOCIÓN
Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL

NOMBRE:	DOCUMENTO:
Salome Ospina Ramirez.	1117844254
CONTROL DE PLACA	TOPICACIÓN DE FLUOR
FECHA DE ATENCIÓN: 05-Febrero-2025	FECHA DE ATENCIÓN: 05-Febrero-2025
PROXIMO CONTROL: 05-Agosto-2025	PROXIMO CONTROL: 05-Agosto-2025
EXPEDIDO POR: Carolina Bolaños Vargas Aux. Salud Oral C.C. 1080266471	

CERTIFICACION MEDICA

Certificado No.: 10000729

Fecha de Registro: 07-mar-2025

Historia No.: 1117844254

Entidad Administradora: NUEVA EPS

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente: SALOME OSPINA RAMIREZ

No. Identificación : RC: 1117844254

Sexo: F

Edad : 3 Años

Ciudad de residencia: LA ARGENTINA, HUILA

Estado civil: UNION LIBRE

Dirección residencia: , PRIMIVERA

Teléfono: 3212068057

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso : 13.6 Kg

Talla : 93 cm

CAMPO VISUAL

Ojo Derecho : Visión normal

Ojo Izquierdo : Visión normal

OBSERVACIONES GENERALES

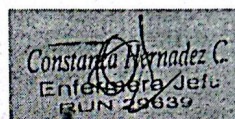
MENOR DE 3 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, EN EL MOMENTO CON ESTABILIDAD HEMODINÁMICA, AFEBRIL, HIDRATO, ORIENTADO, SIN SEÑALES DE MALTRATO EVIDENTES, ADECUADO DESARROLLO PSICOMOTOR PARA LA EDAD, SE REALIZA TAMIZAJE VISUAL CON RESULTADO NORMAL, CON REACCIÓN A LA LUZ EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO, SE REALIZAN PREGUNTAS AL MENOR LAS CUALES RESPONDE DE MANERA POSITIVA 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 SUPERVISIÓN DE UN ADULTO RESPONSABLE.

HERNANDEZ GOMEZ DORA CONSTANZA

ENFERMERIA

Registro Medico No. 29639

Documento Medico No. CC 36294247



Firma del profesional de la salud

viernes, 7 de marzo de 2025

Dirección: Calle 7 No. 4-90
Teléfonos: (98) 831-16-07, (98) 831-18-63

Página 1 de 1

SIIGHOS PLUS

Salome Ospina

	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 001 la Argentina Velez, 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): Salome Ospina Ramirez con RC No 1117044254 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.

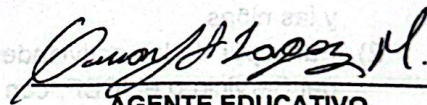
 Huellas de Amor Para tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA NIT 900.192.801-0	CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025
		Versión: 1

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 11 del mes Marzo del año 2025, en el Municipio de Argentina Huila

ADRIANA RAMIREZ CARDONA
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR


AGENTE EDUCATIVO

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	F2.P2.CE	15/07/2021
		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 Salome Ospina Ramirez, identificado (a) con documento de identidad número 777844254 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, Adriana Ramirez Cardona, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 700064973, 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 Yurany Alexandra Lopez M., 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: ADRIANA RAMIREZ CARDONA
 Nombre: Adriana Ramirez Cardona
 Calidad - Titular: X Representante legal:
 Teléfono de contacto: 3122068057 - 3113341550
 Fecha: 11-03-25
 Municipio: 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.

	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.

Salome Ospina R.

Yo Adriana Ramirez Cordona, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1010064973 de la Argentina H, padre / madre o acudiente de la / el/los niño(s) Salome Ospina Ramirez, identificados con NUIP No. 1117344254, usuario de la unidad de servicio CDI la Argentina H manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en Horzo, a los 05 días del mes 03 de 202(5)

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

Nombre: Adriana Ramirez Cordona

Firma: ADRIANA RAMIREZ CORDONA

CC. No. 1010064973

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Yerany Alexander Lopez Medina

Firma: Yerany Lopez M.

CC. No. 1004153738

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 27-03-2015 Por medio de la presente acta Yo Adriana Romero C.
Identificada con C.C. número 190064973, acudiente o responsable del beneficiario
Salome Osbina, 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.

Adriana Romero Cardona

Firma Madre/Padre/Cuidador

C.C. 190064973

Quayd Lopez M.

Firma Equipo Agente Educativo

C.C. 1904153736

Huella niño o niña



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO **1.010.064.973**

RAMIREZ CARDONA

APELLIDOS
ADRIANA

NOMBRES
ADRIANA RAMIREZ

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-JUL-1998**

PUERTO RICO
(CAQUETA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

20-SEP-2016 SAN VICENTE DEL CAGUAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
 JUAN CARLOS SALINDO YACHA



P-4401000-00854798-F-1010064973-20161009 0051780739A 1 47106676

Sr(a) : RAMIREZ AYA RAFAEL

c.c. / Nit: 4918980

CLL 1A 10

Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780042120

Dirección Postal:

Ciclo: 71 Sector: 4-LIBRETIN 4 DE LA ARGENT

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
418174933
PARA CUALQUIER CONSULTA
Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
84845298

Fecha De Emisión
16/01/2025

Periodo:	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vendidos:
1/ 2025	14/12/24-14/01/25	\$5,990	\$5,990	1

Datos de la Cuenta		Nivel Tensión:	1-Secundaria	Tipo Liqui.:	lectura
Clase Servicio:	Residencial				
Estrato:	2-Bajo	Carga Instalada:	100 W		
Zona:	OCCIDENTE	Nodo:	T09590-GL1P		

Detalle de Cargos	
Generación	419.14
Transmisión	55.37
Distribución	263.15
Restricciones	3.47
Pérdidas	96.01
Comercialización	145.39
Costo Unitario	982.52
Tarifa Aplicada	982.5245

Datos del Consumo		Tipo	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
Contador	Marca	Medidor					
1-4600381	TEC	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	2987	2982	1	5

Conceptos Electrohuila			Últimos Consumos		
Concepto	Descripción	Valor	Año	Mes	Consumo
0	Deuda Capital	2.578	2024	12	5
21	Consumo Periodo	4.913	2024	11	6
110	Interés moratorio	12	2024	10	3
608	Ajuste Decena	<1>	2024	9	5
995	Subsidio	<2,338>	2024	8	5
			2024	7	5

Promedio Cuenta	Consumo Año Anterior
4	2

Liquidación de Consumo			Consumo	Valor	Valor
No	Desde	Hasta			
1	1	130	5.0	514.977	\$2.575

Financiación Electrohuila			
Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Tasa de Interés 0.00 %

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.

CUCE 622d23f0e8fa2c607d6d6535a5aceba611840078a9fd7508b731560e2f511f50ac3d062d41567d918e030aa50502f650

FOES		Último Pago
Kwh\$/Kwh Total	N. Fact	\$5,380
		28/11/2024
		Emitida Por:
		YULIETH.CEBALLESB
		Pag: 1835

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

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 117755
Correo electronuila@lineatransparencia.gov.co
Accede directamente escaneando el Código QR.



(415)7707274499679(8020)0418174933(3900)0000005990(96)20250127

Resumen Cuenta	
Saldo Financiado	\$0
Total Electrohuila	\$5,164
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	\$826
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	\$5,990

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:

SALOME OSPINA RAMIREZ

ID Asegurado:

1117844254

Vigencia Desde:

2025/03/12

Vigencia Hasta:

2026/02/24

Muerte
Accidental

\$5.000.000,00

Muerte
Natural

\$4.000.000,00



COBERTURAS:

- Muerte Accidental
- Gastos Médicos

Reserva de siniestros y servicios de atención
Condiciones, consultando a nuestras líneas de atención

 **seguros**
mundial

#899
desde celular

BOGOTÁ

327 4712 / 327 4713

NACIONAL

01 8000 111 935

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN		F2 MT1 PP	30/01/2025
FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA		Versión 2	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	
Fecha de diligenciamiento: 25 01 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 6 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		Número de documento: 1117844254	Fecha nacimiento: 14 12 2021
Nacionalidad: _____		Nombres: Salome Apellidos: Osorio Romera	
¿Ha discapacidad? ☐ Si ☒ No	¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? ☐ Si ☒ No	¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ☐ Si ☒ No	
Indique cuales aplican: ☐ Física ☐ Visual ☐ Auditiva ☐ Intelectual ☐ Psicosocial (mental) ☐ Múltiple ☐ Sordoceguera ☐ N/A	Seleccione la que aplique: ☐ Afrocolombiano ☐ Indígena ☐ No se 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: 6 Argentina	Zona: Urbana	Barrio: Primavera Vereda: _____
Sector: _____	Dirección: _____		
INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES			
Parentesco: ☒ Madre ☐ Padre ☐ Cuidador/a	Tipo documento identidad: ☐ Tarjeta identidad ☒ Cédula de ciudadanía ☐ Cédula de extranjería ☐ Pasaporte ☐ Permiso especial permanencia ☐ Partida o Acta de nacimiento ☐ Visa ☐ Tarjeta movilidad fronteriza ☐ Permiso de protección temporal ☐ Sin documento	Número de documento: 7010064973	Ana Yiceth Salome Mateo
Nombres: Adriana	Apellidos: Romera Cordona	País de nacimiento: Colombia	Fecha nacimiento: 07 07 1978
Correo electrónico: _____	Número de celular: 5212068057	Número de hijo: _____	
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: ADRIANA ROMERA C	Nombre y Firma del profesional que diligencia: Quintana M.	
Observaciones: _____			
Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!			
<small>Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA</small>			
<small>LOS DATOS PROPORCIONADOS SON DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1712 DE 2012</small>			



JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
813010966 - 1

Informe No.: 001310
Fecha Registro: 16-mar-2025
Historia No.: 1117844254

DECLARACION INCAPACIDAD MEDICA

Entidad Administradora: **NUEVA EPS**

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente: SALOME OSPINA RAMIREZ
Sexo: F
Ciudad de residencia: LA ARGENTINA, HUILA
Dirección residencia: , PRIMIVERA

No. identificación : RC: 1117844254
Edad : 3 Años
Estado civil: UNION LIBRE
Teléfono: 3212068057

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Fecha Inicio: 13-mar-2025 Fecha Final: 19-mar-2025
Numero de Dias: 7
Nombre Empresa Labora: CDI LA ARGENTINA Ocupacion: ESTUDIANTE

IMPRESION DIAGNOSTICA

CIE10: L028 ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE OTROS SITIOS

JUSTIFICACION DE LA INCAPACIDAD

SE DA INCAPACIDAD MEDICA

RINCON, VALDERRAMA PAOLA, ANDREA

MEDICINA GENERAL

Registro Medico No. 1075280990

Documento Medico No. CC 1075280990



Firma del profesional de la salud

domingo, 16 de marzo de 2025

Dirección: Calle 7 No. 4-90
Teléfonos: (98) 831-16-07, (98) 831-18-63
Ciudad: LA ARGENTINA, HUILA

Página 1 de 1

SIIGHOS PLUS

JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

TRIAGE DE URGENCIAS

TRIAGE No. 100324181 3 /

Historia Clínica No.

1117844254

Fecha Triage
12-mar-2025

Hora Atención
09:03 AM

Hora Llegada
09:03 AM

INFORMACION DEL PACIENTE

Documento	RC No. 1117844254	Fecha de Nacimiento	Edad	3 Años
Paciente	SALOME OSPINA RAMIREZ	14-dic.-2021	Sexo	F
Seguridad Social	NUEVA EPS NIVEL I -SUBSIDIADO			
Procedencia	(PRIMIVERA) - LA ARGENTINA(HUILA)	Teléfonos	3212068057	
Remitido?	No	Origen:		
	I.P.S.			
	Otra:			

MOTIVO DE CONSULTA

LE SALIO UNA NACIDO EN LA ZONA INTIMA

SIGNOS VITALES

Presión Arterial	90 / 60
Frecuencia Cardíaca	98
Frecuencia Respiratoria	22
Temperatura	36.6 °C
Saturación de Oxígeno	98 %
Peso en kilogramos:	13.6

ORIENTACIÓN

Espacio	Si
Tiempo	Si
Persona	Si
Auto-Psíquica	Si

ESTADO DE CONCIENCIA

Alerta

Talla en centímetros: 99 Glucometría en mg/dl: No aplica

FACTORES DE RIESGO

PACIENTE FEMENINA DE 3 AÑOS DE EDAD QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN LESION A NIVEL INGINAL ASOCIADO A SALIDA DE MATERIAL PURULENTO. NIEGA ALZAS TERMICAS, NO VOMITO, NO DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NO OTRA SINTOMATOLOGIA. AL EXAMEN FISICO PACIENTE CON LESION A NIVEL GENITAL SUPURANTE DE APROX 2 CM. EN EL MOMENTO SIN INICIO DE ANTIBIOTICO SE DA MANEJO AMBULATORIO CON CONTROL EN 24 HROAS POR URGENCIAS. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE INFECCION DE TEJIDOS BLANDOS, DEBE PERMANECER EN CASA.

CLASIFICACION

Triage Tipo Nivel V Requiere una atención dentro de las veinticuatro (24) horas.

DESTINO

Destino	Consulta Ambulatoria
Especialidad	MEDICINA GENERAL

ANDRES MUÑOZ RAMIREZ

MEDICO

Registro Medico No. 1081414259

Dr. Andrés Muñoz Ramírez
Médico y Cirujano FUJNC
R.M. 1081414259

COMPARACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA

REGISTRO DE NOVEDADES DIARIAS

FECHA	NOMBRE BENEFICIARIO	NUP	ACORDADO O CONCORDIA EN EL TIEMPO		CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD		CAMBIO EN EL ESTADO EMOCIONAL		MAYOR DE LA MANUTENCIÓN O LUGAR DE TRABAJO		HALLAZGOS PARA EL TIEMPO		INCAPACIDADES		ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS		BENEFICIARIOS SIN DOCUMENTO				FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUSTODIO	CURSO DEL SERVICIO AL REGISTRO DE NOVEDADES	OBSERVACIONES
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	RC	SCS	UNIDAD DE FAMILIA	OTRO			
1-04-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254	X		X		X		X		X		X		X		X		AL DA	AL DA	Adriana RC	Ami M Cruz	N/A
2-04-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254	X		X		X		X		X		X		X		X		AL DA	AL DA	Adriana RC	Ami M Cruz	N/A
3-04-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254	X		X		X		X		X		X		X		X		AL DA	AL DA	Adriana RC	Ami M Cruz	N/A
4-04-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254	X		X		X		X		X		X		X		X		AL DA	AL DA	Adriana RC	Ami M Cruz	N/A
7-04-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254	X		X		X		X		X		X		X		X		AL DA	AL DA	Adriana RC	Ami M Cruz	N/A
8-04-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254	X		X		X		X		X		X		X		X		AL DA	AL DA	Adriana RC	Ami M Cruz	N/A
9-04-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254	X		X		X		X		X		X		X		X		AL DA	AL DA	Adriana RC	Ami M Cruz	N/A
10-04-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254																	AL DA	AL DA	Adriana RC	Ami M Cruz	Protege el caso
11-04-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254																	AL DA	AL DA	Adriana RC	Ami M Cruz	Protege el caso
21-04-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254	X		X		X		X		X		X		X		X		AL DA	AL DA	Adriana RC	Ami M Cruz	N/A
22-04-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254	X		X		X		X		X		X		X		X		AL DA	AL DA	Adriana RC	Ami M Cruz	N/A
23-04-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254	X		X		X		X		X		X		X		X		AL DA	AL DA	Adriana RC	Ami M Cruz	N/A
24-04-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254	X		X		X		X		X		X		X		X		AL DA	AL DA	Adriana RC	Ami M Cruz	N/A
25-04-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254	X		X		X		X		X		X		X		X		AL DA	AL DA	Adriana RC	Ami M Cruz	N/A
28-04-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254	X		X		X		X		X		X		X		X		AL DA	AL DA	Adriana RC	Ami M Cruz	N/A
29-04-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254	X		X		X		X		X		X		X		X		AL DA	AL DA	Adriana RC	Ami M Cruz	N/A
	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254																	AL DA	AL DA			
	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254																	AL DA	AL DA			
	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254																	AL DA	AL DA			
	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254																	AL DA	AL DA			

Firma agente educador: Kenya Lopez Firma coordinador: Enid

CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA																			
REGISTRO DE NOVEDADES DIARIAS																			
FECHA	NOMBRE BENEFICIARIO	NUP	ACCIDENTES O ENFERMEDADES		CAMBIO EN EL ESTADO FÍSICO		CAMBIO EN EL ESTADO EMOCIONAL		CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD		CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD PSÍQUICA		CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD SOCIAL		CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD ECONÓMICA		CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD EDUCACIONAL		OBSERVACIONES
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
3-03-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254		X			X		X		X		X		X		X		N/A
4-03-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254		X			X		X		X		X		X		X		N/A
5-03-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254		X			X		X		X		X		X		X		N/A
6-03-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254		X			X		X		X		X		X		X		N/A
7-03-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254		X			X		X		X		X		X		X		N/A
10-03-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254		X			X		X		X		X		X		X		N/A
11-03-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254		X			X		X		X		X		X		X		N/A
12-03-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254		X			X		X		X		X		X		X		N/A
13-03-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254		X			X		X		X		X		X		X		N/A
14-03-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254		X			X		X		X		X		X		X		N/A
17-03-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254		X			X		X		X		X		X		X		N/A
18-03-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254		X			X		X		X		X		X		X		N/A
19-03-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254		X			X		X		X		X		X		X		N/A
20-03-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254		X			X		X		X		X		X		X		N/A
21-03-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254		X			X		X		X		X		X		X		N/A
22-03-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254		X			X		X		X		X		X		X		N/A
23-03-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254		X			X		X		X		X		X		X		N/A
24-03-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254		X			X		X		X		X		X		X		N/A
25-03-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254		X			X		X		X		X		X		X		N/A
26-03-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254		X			X		X		X		X		X		X		N/A
27-03-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254		X			X		X		X		X		X		X		N/A
28-03-25	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254		X			X		X		X		X		X		X		N/A
	SALOME OSPINA RAMIREZ	1.117.844.254																	

Firma agente educativo: Quay A. Lopez P.
 Firma coordinador: Barde