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

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

UDS: CDI LA ARGENTINA
PARTICIPANTE: SERGIO NICOLAS MORENO GARZON
RC _ No. 1.080.268.293



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	✓		

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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

Página 2 de 2

Clasificación de la información: Pública

Fecha de diligenciamiento: 25 02 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: (●) Niña/o entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante

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

Unidad de Servicio sugerida: CDI La Argentina

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

Número de documento: 1080268293

Fecha nacimiento: 07 03 2021

Nombres: Sergio nicolas

Apellidos: Marcno Garzon

¿Presenta 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: La Argentina

Zona: rural

Barrio:

Vereda: Aguilas

Sector:

Dirección:

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

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

Número de documento: 1067762200

Nombres: Lida Johana

Apellidos: Garzón Garces

País de nacimiento:

Fecha nacimiento: 08 06 1993

Correo electrónico:

Número de celular: 3187614130

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: Lida Yhona Garzón

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Sonia Medina

Observaciones:

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP	1.080.268.293

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60366404

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
X						1 2 0

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

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MORENO	GARZON

Nombre(s)

SERGIO NICOLAS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes MAY Día 07	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	168645136

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

GARZON GARCES LIDA JOHANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.061.762.200	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

MORENO CUSPIAN FAIBER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 83.242.133	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MORENO CUSPIAN FAIBER

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 83.242.133	Faiber Moreno C.

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 MAY Día 21	DANIEL JESUS CATTEBE ADARME - REGI Nombre y firma

OFIXPRES 100238573

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B3

Fecha de consulta: 03/06/2025

Ficha: 41378002505100000187

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: SERGIO NICOLAS

Apellidos: MORENO GARZON

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268293

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/11/2018

Última actualización ciudadano: 29/07/2021

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 VALD

Dirección: Calle 6 No 3 -

Teléfono: 31766179

Correo Electrónico: administradorsisben@laargentina-huila.gov

Powered by CamScanner

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1080268293
NOMBRES	SERGIO NICOLAS
APELLIDOS	MORENO GARZON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA ARGENTINA

Datos de afiliación :

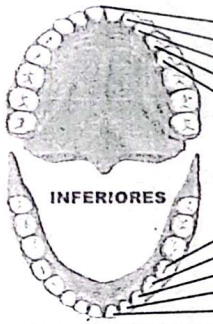
ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. - CM	SUBSIDIADO	24/04/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/05/2025 15:48:08	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".

Powered by CamScanner

EDAD DE ERUPCIÓN DE DIENTES TEMPORALES ("DE LECHE")



SUPERIORES	DIENTE	EDAD
	Incisivo Central	
	Incisivo Lateral	
	Canino	
	Primer Molar	
	Segundo Molar	

INFERIORES	DIENTE	EDAD
	Segundo Molar	
	Primer Molar	
	Canino	
	Incisivo Lateral	
	Incisivo Central	

RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

s primeros dientes debe limpiarlos con un algodón o una gasa húmeda
uando los dientes temporales estén completos enseñar al niño la forma
orrecta de cepillarse los dientes y el uso de seda dental, ayudando
asta cuando pueda hacerlo bien.

unca deje dormir al niño con el biberón en la boca porque azúcar
ecilita la caries dental, además el chupón puede originar de la forma de
s maxilares y mal posición de los dientes. Procure no dar dulces o
aramelos entre comidas.

a primera visita al odontología debe hacerse antes del primer año.

CUIDADOS GENERALES

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

o le de aceite para púrgalos. Evite que su niño se acerque a los enfermos.
o le de aceite para púrgalos Evite que su niño se acerque a los enfermos

xprese afecto al niño, álcelo, abrácelo y acarícielo. Permita que el niño
sigue y dedique tiempo para jugar con él. Involucre al niño en las
ctividades de la familia. Hable con el niño y responda con amor a sus
tentos de comunicarse y llamar la atención. Permita que el niño se mueva
remente. No castigue, engañe, ni asuste al niño para obligarlo a
edecer.

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

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

- Mi hijo no puede beber ni tomar el pecho.
- Vomita todo lo que come.
- Ha tenido convulsiones o ataques.
- Esta letárgico (Muy Dormido) o Inconsciente (sin sentido).
- Le chilla el pecho o respira con dificultad.
- Respira más de 60 veces por minuto.
- Presenta deposiciones diarreicas o liquidas.
- Presenta fiebre alta(mayor a 39º o liquidas.
- Presenta Fiebre más de 3 dias.

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

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

REHIDRATACIÓN ORAL SUERO ORAL



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

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

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

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

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2021	Junio	19	7:00		
2021	Agosto	21	7:00		
2021	Octubre	22	7am		
2022	Julio	19	2 PM		
2023	Abril	11	8:00		

Atención con Calidad Humana

E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS
NIT 813.010.966-1 Tel 8311607
Código del Prestador 41378003821
La Argentina - Huila



CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

Nombre: Sergio Nicolas Marmo Gorron
Fecha de nacimiento: 07-Mayo-2021
Registro Civil: 1080268293
Teléfono: 3177274962
Dirección: Aguilas
Barrio o Vereda:
Nombre Responsable del Niño:
Lid-Ecoopsos
EPS afiliación: Ecoopsos
Sitio de atención: ESE JRNP

ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE SUS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO LOS AGENTES DE SALUD SE LO RECOMIENDE

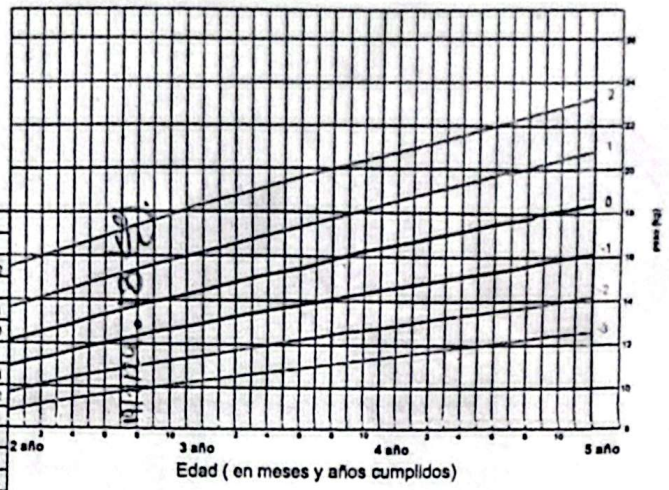
Powered by CamScanner

INTERPRETACION DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

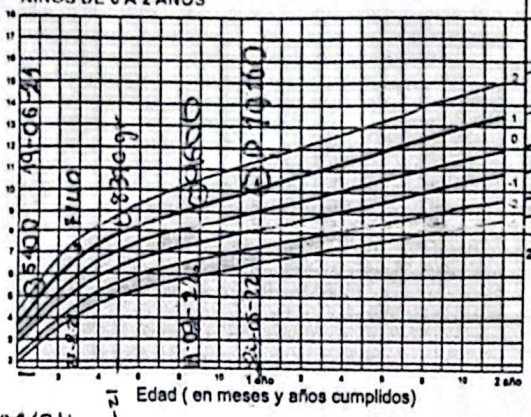
Crecimiento

- SU HIJO VA BIEN
- PELIGRO SU HIJO NO PROGRESA
- SU HIJO ESTA MAL

Peso para la Edad
Niños de 2 a 5 años



PESO PARA LA EDAD
NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS

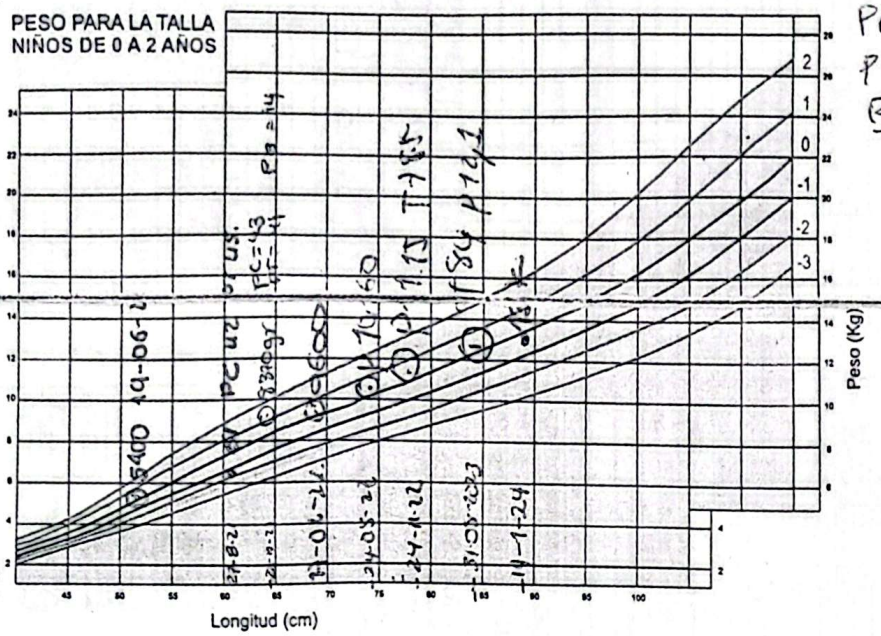


13-08-24
P. 14.9
T 94.5
PC 50.
PT 52
B. 16

19/09/24
P 13 K
T 89.4
PC 47 PT 87

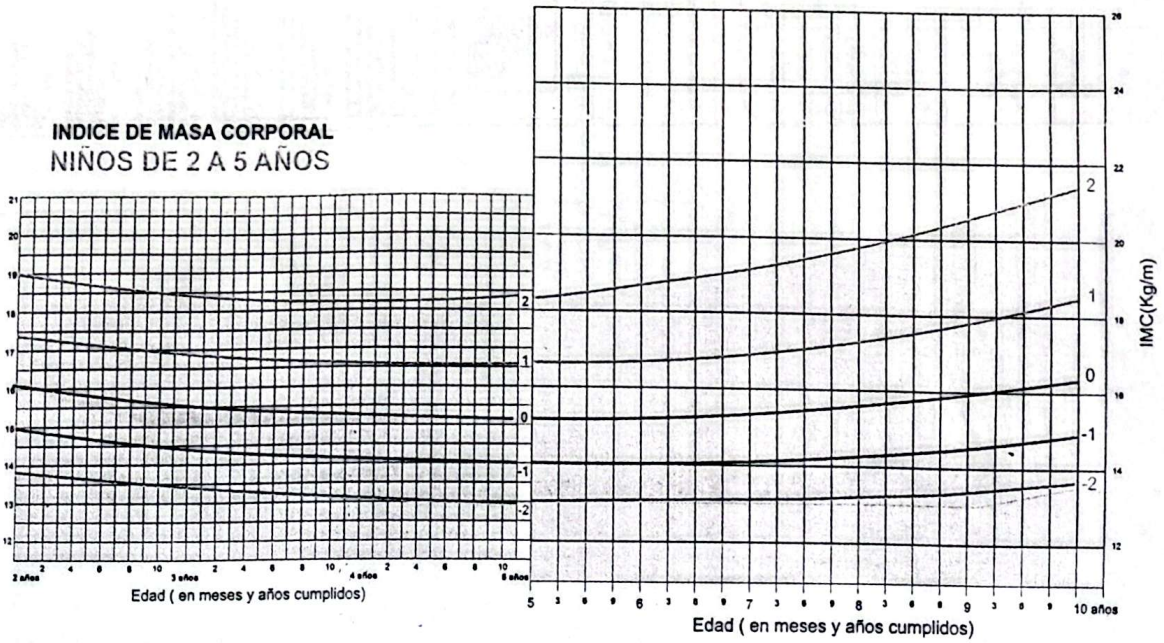
PESO PARA LA TALLA
NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS

PESO PARA LA TALLA
NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS



INDICE DE MASA CORPORAL
NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS

INDICE DE MASA CORPORAL
NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS



Powered by CamScanner

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA			
Al momento de nacer	Fecha:		
PRIMER CONTROL MÉDICO			
Durante el primer mes de vida	Fecha:		
SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA			
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.

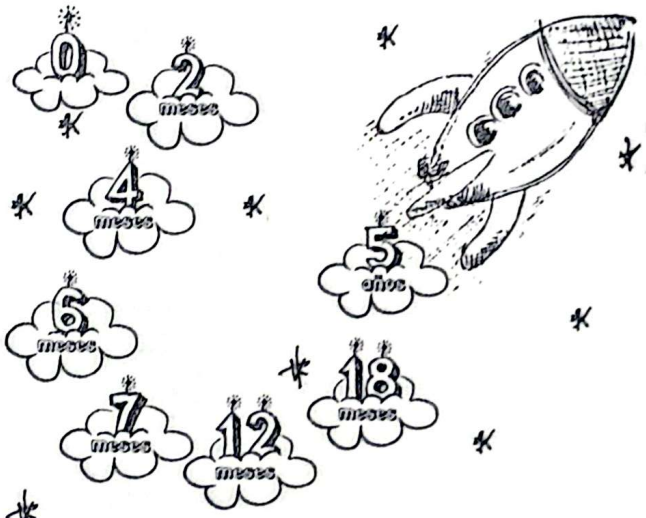
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

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

AIEPI

de cero a Siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Sergio Nicolas Mesa Gon
Fecha de nacimiento: 07-05-21
Nº de certificado de nacido vivo: 163645136
Registro civil: 1 [illegible] 263 [illegible]
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 3405 Gramo' -3650
Dirección: Vda la Agustina "Margot
Teléfono: 3177229962 Ecaps
Responsable: Lida Garzon
Municipio de residencia: La Argentina
Departamento: Huila

Cita 7-Mayo-2026 3pm

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Powered by CamScanner

Nombre: Sergio Nicolas Niño Gonzalez Registro Ci 1.056.265.293

Edad	Me protege de		Dosis	Fecha de Aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Si X No											
	Tuberculosis B.C.G		Única	07	05	21	Serum	03706007	HOSP	—	—	—	Nini Vega
	Hepatitis B		Recién nacido	07	05	21	Serum	03201013G	HOSP	07	07	21	Jefe yolanda
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Si No											
	Polio (Oral - IM)		1ª	05	07	21	[illegible]	2ac7cc7A	ESE Juan Rom	05	09	21	Leidy Rebayo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1ª	05	07	21	Serum	2835-FC21C	ESE Juan Rom	05	09	21	Leidy Rebayo
	Rotavirus		1ª	05	07	21	GlaxoSmith	NRVC534AA	ESE Juan Rom	05	09	21	Leidy Rebayo
	Neumococo		1ª	05	07	21	GlaxoSmith	ASPNB3604B	ESE Juan Rom	05	09	21	Leidy Rebayo
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Si No											
	Polio (Oral - IM)		2ª	15	09	21	[illegible]	2a73e85A	ESE Juan Rom	13	NO	21	Leidy Rebayo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2ª	15	09	21	Serum	2835-FC24C	ESE Juan Rom	13	NO	21	Leidy Rebayo
	Rotavirus		2ª	15	09	21	GlaxoSmith	ARDUSA7AA	ESE Juan Rom	—	—	—	Leidy Rebayo
	Neumococo		2ª	15	09	21	GlaxoSmith	ASPNB3604B	ESE Juan Rom	—	—	—	Leidy Rebayo
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.												
	Polio (Oral - IM)		3ª	18	11	21	Bilthoven Bio	21030C1A	ESE Juan Rom	—	—	—	Leidy Rebayo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		3ª	18	11	21	Serum	2835-FC25A	ESE Juan Rom	—	—	—	Leidy Rebayo
	Influenza		1ª	22	05	22	[illegible]	[illegible]	ESE Juan Rom	23	06	22	Leidy Rebayo
7 Meses	Influenza		2ª	09	07	22	[illegible]	[illegible]	ESE Juan Rom	—	—	—	Leidy Rebayo
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		1ª	1	05	22	Serum	03201029A	ESE Juan Rom	01	05	26	Leidy Rebayo
	Fiebre Amarilla		1ª	30	11	22	Sanofi Pasteur	U3E39	ESE Juan Rom	—	—	—	Leidy Rebayo
	Neumococo		Refuerzo	11	05	22	GlaxoSmith	ASPNB3826G	ESE Juan Rom	—	—	—	Leidy Rebayo
	Influenza		Anual	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Hepatitis A		ÚNICA	11	05	22	MSD	0025713	ESE Juan Rom	—	—	—	Leidy Rebayo
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1° Refuerzo	30	11	22	Serum	2801U6C1A	ESE Juan Rom	01	05	26	Leidy Rebayo
	Polio (Oral - IM)		1° Refuerzo	30	11	22	Bilthoven Bio	21A04C1A	ESE Juan Rom	01	05	26	Leidy Rebayo
5 Años	Polio (Oral - IM)		2° Refuerzo										
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2° Refuerzo										
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		Refuerzo	13	05	23	Serum	03NC5A	ESE Juan Rom	—	—	—	Leidy Rebayo
Niñas 9 Años o más	VPH		1ª										
	VPH		2ª										
	VPH		3ª										
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela		1°1	11	05	22	MSD	0016226	ESE Juan Rom	03	05	26	Leidy Rebayo
	Varicela		1 Ref										
	Sarampión/rubeola		1 Dosis	09	03	22	Serum	0121N052	ESE Juan Rom	—	—	—	Leidy Rebayo

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.

Powered by CamScanner

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

CERTIFICADO MÉDICO AUDITIVO

NOMBRES Y APELLIDOS: **SERGIO NICOLAS MORENO GARZÓN**

IDENTIFICACIÓN: **R.C.** **1.080.268.290** EDAD: **3 AÑOS**

Síntomas auditivos?: Parto por cesàrea por iterativa previa, a tèrmino.

Exploración física: se observan pabellón auricular derecho e izquierdo de tamaño y posición usual. No se observan fistulas ni apéndices. Trago sin dolor a la palpación. Helix sin protuberancias. Antihelix, concha y lóbulos normales. Palpación de la prominencia mastoidea no dolorosa. Conducto auditivo externo derecho e izquierdo sin secreciones, con visualización de membrana timpánica normal, con presencia cerumen bilateral, no impactado.

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

Fecha de expedición: Jueves, 20 de Febrero de 2025

Médico que certifica

Mery Cristina Triviño M.
MD. GENERAL
1310 - 17

Mery Cristina Triviño Mejía
R.M. 1310-07

Powered by CamScanner

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

CERTIFICADO MÉDICO VISUAL

NOMBRES Y APELLIDOS: **SERGIO NICOLAS MORENO GARZÓN**

IDENTIFICACIÓN: **R.C.** **1.080.268.290** EDAD: **3 AÑOS**

Síntomas oculares o visuales?:	Parto por cesàrea por iterativa previa, a tèrmino.
Exploración física: se observa cejas delgadas sin alteraciones. Pestañas largas y dispuestas hacia afuera. Párpados simétricos para el globo ocular, borde palpabral sin signos procesos inflamatorios, glandulas de Meibomio normales. Conjuntivas de color rosadas e hidratadas, sin hiperemia; esclera sin alteraciones; ojos simétricos y sin protrusión o depresión de globos oculares. Iris de color café y pupilas isocóricas. Reflejos oculomotor normal; reflejo fotomotor, presente y reflejo consensual sin ninguna anormalidad. El examen de los movimientos oculares, sin alteraciones.	
Agudeza visual: Visión cercana normal y lejana, dificil de evaluar en el paciente.	

CONCLUSIÓN:

Fecha de expedición: Jueves, 20 de Febrero de 2025

Médico que certifica

Mery Cristina Triviño M.
MD. GENERAL
1310 17

Mery Cristina Triviño Mejía
R.M. 1310-07

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

Powered by CamScanner

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

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Sergio Nicolas Moreno G	**DOCUMENTO:** 1080668293
CONTROL DE PLACA	
FECHA DE ATENCIÓN: Agosto 2025	**PROXIMO CONTROL:** Febrero 2026
EXPEDIDO POR:	

Powered by CamScanner

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

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 Cr la Argentina, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio CORHUELLAS. Manifiesto que he sido informado sobre las responsabilidades que me asisten en el marco del Código de Infancia y Adolescencia contemplado en la Ley 1098 de 2006, el cual expresa con relación al sentido de corresponsabilidad de la familia lo siguiente:

"Artículo 14. La responsabilidad parental. La responsabilidad parental es un complemento de la patria potestad establecida en la legislación civil. Es además, la obligación inherente a la orientación, cuidado, acompañamiento y crianza de los niños, las niñas y los adolescentes durante su proceso de formación. Esto incluye la responsabilidad compartida y solidaria del padre y la madre de asegurarse que los niños, las niñas y los adolescentes puedan lograr el máximo nivel de satisfacción de sus derechos. En ningún caso el ejercicio de la responsabilidad parental puede conllevar violencia física, psicológica o actos que impidan el ejercicio de sus derechos".

En atención a lo anterior, en el marco de las acciones de responsabilidad parental, es mi interés manifestar el compromiso en el proceso de atención a la primera infancia de mi hijo (a): Sergio Nicolas Moreno G. con RC No 1080268293 Para ello me comprometo a:

1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al Unidad de Servicio, teniendo en cuenta que es un servicio que me presta el Estado en el marco de la garantía de los derechos de los niños y las niñas.
2) Participar de las actividades que sean convocadas por UDS, la Entidad Administradora del Servicio o el ICBF, con el fin de promover el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas.
3) Cumplir el horario de atención establecido en la UDS
4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias ingresa y se retira a mi hijo(a) de la UDS.
5) Entregar los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de mi hijo(a) Estos documentos son:

   1. Certificado de afiliación a salud.
   2. Fotocopia del registro civil del niño.
   3. Fotocopia del carné de vacunas actualizado
   4. Fotocopia del carné de crecimiento y desarrollo actualizado
   5. Certificación de SISBÉN.

Powered by CamScanner

Huellas de Amor	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 Marzo del año 2025, en el Municipio de la Argentina.

Lida Yhoana Garzón
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Sonia Medina
AGENTE EDUCATIVO

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad La Argentina

Nombre completo de la niña o niño Sergio nicolas Moreno Garzón

Fecha de nacimiento 07 08 2021 Nº Documento de Identidad 1082868293

Sexo Masculino ● Femenino ○ Fecha de tercer día de atención en el año 03 03 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Sonia Medina

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

Sergio es atento frente a las necesidades de sus compañeros le agrado establecer conversaciones y contar sucesos vividos en casa es muy comparcivo.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Sonia Medina

Fecha de registro cualitativo 29 09 2025

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

Color de registro valoración cualitativa

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

Sergio presenta un desarrollo fisico y psicomotor acorde a su edad realiza diferentes actividades comparte juegos de roles con los demas niños

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Sonia Medina

Fecha de resgistro cualitativo 20 11 2025

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

Color de registro valoración cualitativa

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

Sergio presento habilidades motrices tanto gruesas como finas mostrando mayor control coordinación y equilibrio

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

Powered by CamScanner

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

Valoración Cualitativa ⇨

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 4	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Sergio Nicolas Moreno Garzon, identificado (a) con documento de identidad número 1080208249 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, Lida Yohana Garzon Garces, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1061762201 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

La autorización comprende:

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

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

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

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

Suscriben:

Firma: Lida Yohana Garzon
Nombre: Lida Yohana Garzon
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3187614730
Fecha: 03 - Marzo - 2025
Municipio: La Argentina.

Powered by CamScanner

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Lida Johana Garzon Gorcez, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1061762200 de la Argentina, padre / madre o acudiente, de la /el/los niño(s) Sergio Nicolas Moreno Garzon, identificados con NUIP No. 1080268293, usuario de la unidad de servicio C-D-I 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 202(S)

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

Nombre: Lida Yhoana Garzón

Firma: Lida Yhoana Garzón

CC. No. 1061762200

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Sonia Yenelre

Firma: Sonia Medina

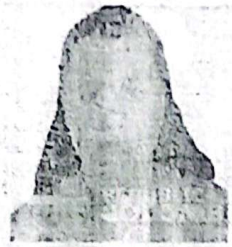
CC. No. 1080265215

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.061.762.200
GARZON GARCES
APELLIDOS
LIDA JOHANA
NOMBRES

Lida Johana Garzón
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-JUN-1993
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

13-SEP-2011 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1100100-00340142-F-1061762200-20111013 0028271844A 1 36694553

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 83242133

MORENO CUSPIAN
APELLIDOS

FAIBER
NOMBRES

Faiber Moreno C.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-SEP-1983
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.79 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

01-FEB-2002 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1904700-5010377 F-M-0083242133-20020514 0610002130B 01 123011044

Powered by CamScanner

ACTA DE ACUERDOS Y COMPROMISOS DE LAS FAMILIAS BENEFICIARIAS DENTRO DEL PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

Fecha 21-03-2025 Por medio de la presente acto Yo Lida Yaya Garzon identificada con CC número 1067762200, acudiente o responsable del beneficiario Sergio nicolas, 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.

Lida Yaya Garzon
Firma Madre/Padre/Cuidador
C.C 1067762200

Sonia Medina
Firma Equipo Agente Educativo
C.C 1030658[illegible]

Huella niño o niña

Powered by CamScanner

ElectroHuila
Transmisora Buena Energía
Electrificadora del Huila S.A. ESP
Nit. 891180.001-1

Sr(a) : FAIBER MORENO CUSPIAN
c.c. / Nit: 82242133
LO 012 MZ A BR PORVENIR CS
Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780021061
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 2-LIBRETIN 2 LA ARGENTINA

SU CÓDIGO DE CUENTA ES: 829353284
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
84843600
Fecha De Emisión
16/01/2025

Periodo:	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Facturados Vencidos:
1 / 2025	14/12/24-14/01/25	$29,150	$29,150	0 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial
Nivel Tensión: 1-Secundaria
Tipo Liqui.: lectura
Estrato: 1-Bajo Bajo
Carga Instalada: 1 W
Zona: OCCIDENTE
Nodo: T12941-GL1P

COSTO UNITARIO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	
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

Indicadores De Calidad Individual

Indicadores de Calidad Individual Periodo Anterior

Datos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-22183196	HIK	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	707	646	1	61

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	59,934
608	Ajuste Decena	<2>
995	Subsidio	<34,803>

Ultimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2024	12	70	2024	6	39
2024	11	63	2024	5	263
2024	10	62			
2024	9	53			
2024	8	48			
2024	7	46			

Promedio Cuenta: 57
Consumo Año Anterior:

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	130	61.0	411.9816	$25,131

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Tasa de Interés 0.00 %

Total cuota Financiación 0

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$0
Total Electrohuila	$25,129
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	$4,021
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$29,150

CUFE 60bcf64c36a5561cb06f430064046d5dcd5264247fd6c3312d132bf4da053a27f6d86c76cb31d572dda5f07ad6cd96b6

FOES

Kwh$/Kwh Total N. Fact

Ultimo Pago

$46,760
24/12/2024
Emitida Por: YULIETH.CEBALLESB
Pag: 147

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento: 27/01/2025
Suspensión a Partir del:

Linea 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 escanenado el Código QR.

(415)7707274499679(8020)0829353284(3900)0000029150(96)20250127

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

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

Powered by CamScanner