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: SAMUEL ESTEBAN MARTINEZ BARON
RC _ No. 1.080.268.311



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

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA	F2.MT1.PP	30/01/2025
			Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Fecha de diligenciamiento: 25 | 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 extranjería ( ) Sin documento **Nacionalidad:** _____

Número de documento: 1080268311

Fecha nacimiento: 18 | 07 | 2021

Nombres: Samuel Esteban

Apellidos: Martinez Barón

¿Presenta discapacidad? ( ) Sí (●) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? ( ) Sí (●) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ( ) Sí (●) No

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

Selecciona 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: Urbana

Barrio: Yalcones

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 **Nacionalidad:** _____

Número de documento: 1004154400

Nombres: Yuliana

Apellidos: Baron Rojas

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 07 | 07 | 2003

Correo electrónico:

Número de celular: 3112877373

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: Yuliana Rojas

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Sonia Medina

Observaciones:

Powered by CamScanner

184

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.080.268.311

Indicativo Serial 60366502

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ]

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

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MARTINEZ	BARON

Nombre(s)

SAMUEL ESTEBAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 2 1 Mes J U N Día 1 5	MASCULINO	O	POSITI

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

COLOMBIA HUILA LA ARGENTINA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
PRESENTACION PERSONAL Y FIRMA DEL FOLIO	

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

BARON ROJAS YULIANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 1.004.154.400	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

MARTINEZ GUZMAN ANDRES FELIPE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.247.944	COLOMBI

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ GUZMAN ANDRES FELIPE

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.004.247.944	Andrés cel. 6

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 2 0 2 1 Mes A G O Día 1	MANUEL JESUS LATORRE ADARME - REG
	Nombre y firma

OFIXPRES 100238573

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

1863

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B1

Fecha de consulta: 03/06/2025

Ficha: 413780041030900000186

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: SAMUEL ESTEBAN

Apellidos: MARTINEZ BARON

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268311

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 24/04/2025

Última actualización ciudadano: 24/04/2025

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	1080268311
NOMBRES	SAMUEL ESTEBAN
APELLIDOS	MARTINEZ BARON
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	01/09/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 06/21/2025 15:20:44 | **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.

Powered by CamScanner

CIÓN DE DIENTES S ("DE LECHE")

DIENTE	EDAD
Incisivo Central	
Incisivo Lateral	
Canino	
Primer Molar	
Segundo Molar	

DIENTE	EDAD
Segundo Molar	
Primer Molar	
Canino	
Incisivo Lateral	
Incisivo Central	

IDACIONES

D ORAL

...is con un algodón o una gasa húmeda
...ón completos enseñar al niño la forma
... y el uso de seda dental, cuidando

...l biberón en la boca porque azúcar
...chupón puede originar de la forma de
...os dientes. Procure no dar dulces o

...ebe hacerse antes del primer año.

GENERALES

...e manos y los dientes, córtele las uñas
...NO USE TALCOS NI CHUPOS.

...que su niño se acerque a los enfermos.
...que su niño se acerque a los enfermos.

...oso y acaríciele. Permita que el niño
...uegue con él. Involucre al niño en las
...on el niño y responda con amor a sus
...atención. Permita que el niño se mueva
... el asiento al niño para obligarlo a

...debe hacer. No exija que el niño realice
...idad. Sea Siempre sincero con él.

...O, DEBE REVISAR SI PRESENTA LAS
...OCUPAN A LLEVARLO AL SERVICIO
...ACIÓN INMEDIATA POR MÉDICO
...el pecho.

...
...nconsciente (sin sentido).
...ificultad.
...mulo.
... o líquidas.
... líquidas.

EDAD	TIPO DE VACUNA		1a DOSIS O UNICA	2da DOSIS		3ra DOSIS		A los 12 meses de edad	
			Fecha	Fecha		Fecha		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	
Al año de las tercerasdosis	Difteria - tos ferina - tétanos(DPT)				
	Vacuna oral de polio - VOP				
Al año 6 años de edad	Difteria - tos ferina - tétanos(DPT)				
	Vacuna oral de polio - VOP				
	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)				
Adicionales					

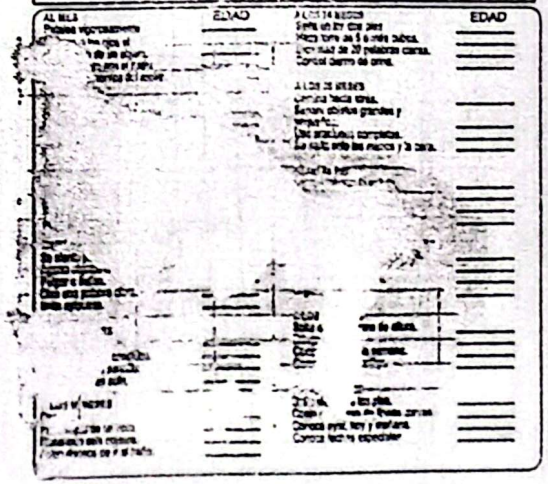
REHIDRATACIÓN ORAL SUERO ORAL



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

Si el niño NO ESTA DESHIDRATADO debe con cucharita y vaso dar ondas como nunca, después de cada deposición.

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



CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2021	AGOSTO	5	8:00		
2021	Octubre	9			1
2022	MARZO	05	3:00		
2022	JUNIO	22	3:00		
2023	Febrero	05			
2023	Septiembre	22			
2024	MARZO	14			
2024	ABRIL	12	8:00		x
2025	Abril	15	5:00		
2025	MAYO	10	8AM		
2025	MAYO	26	8 AM		
2026	Junio	10	8AM		

Nuestro Con ... ! la Humanizac...
Servicio!

E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PA
NIT 813.010.966-1 Tel 8311
Código del Prestador 413780038
La Argentina - Huila



CARNÉ DE SALUD
MENOR DE 10 AÑ

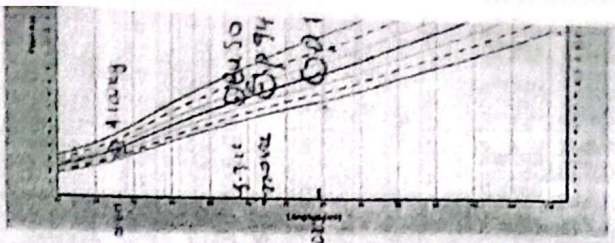
Nombre: Samuel Esteban Bar...
Fecha de nacimiento: 18 - Junio
Registro Civil: 1090 268 311
Teléfono: 3176017383 / 3...
Dirección: Volcanes
Barrio o Vereda:
Nombre Responsable del Niño: Juliana Baron Rojas
EPS afiliación: Comfamiliar
Sitio de atención: ESE J.R.N.P

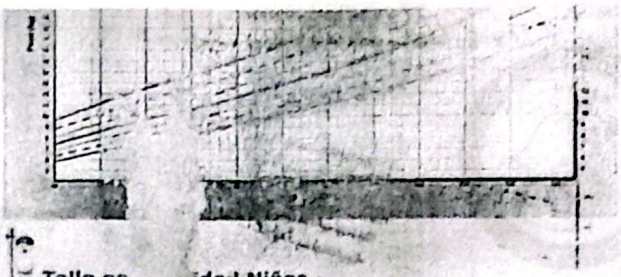
ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS F... LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO LOS ... DE SE LO RECOMIENDE.

39.4 Sa
38.5 gr
48 cm

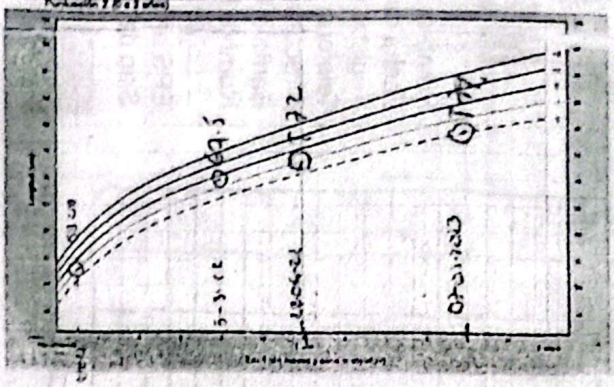
188

Powered by CamScanner

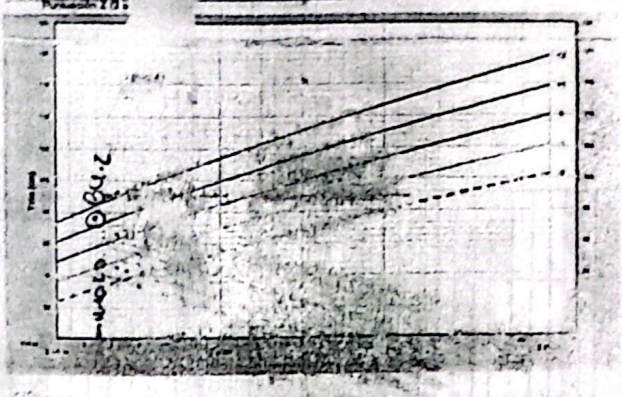




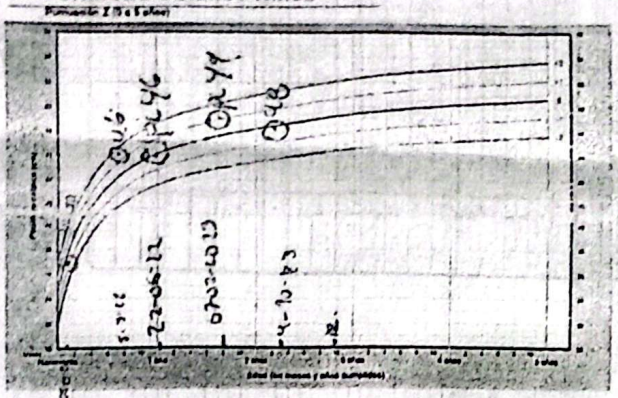
Talla para la Edad Niños



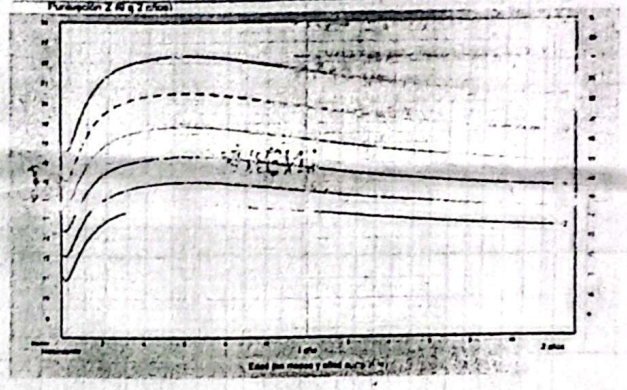
Talla pa dad Niños



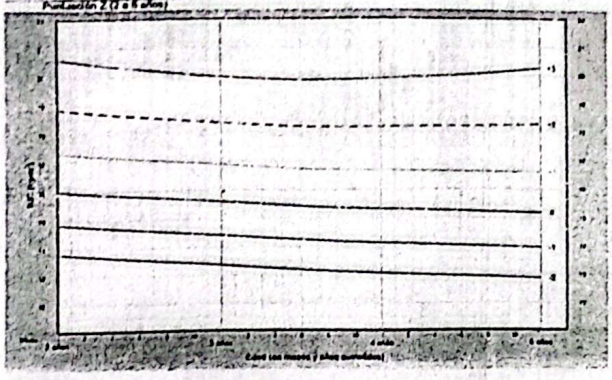
Perímetro Cefálico Niños



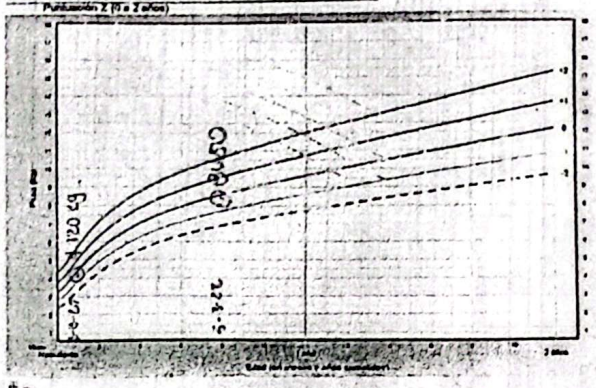
IMC para la Edad Niños



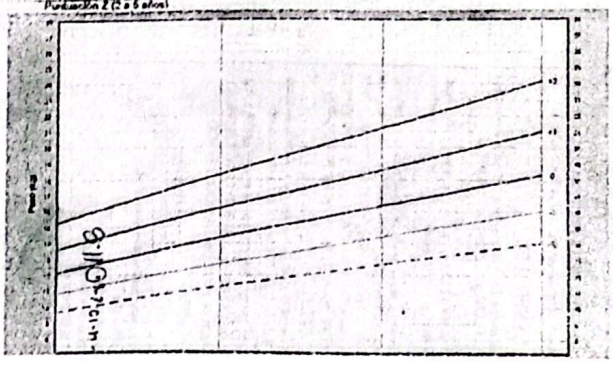
IMC para la Edad Niños



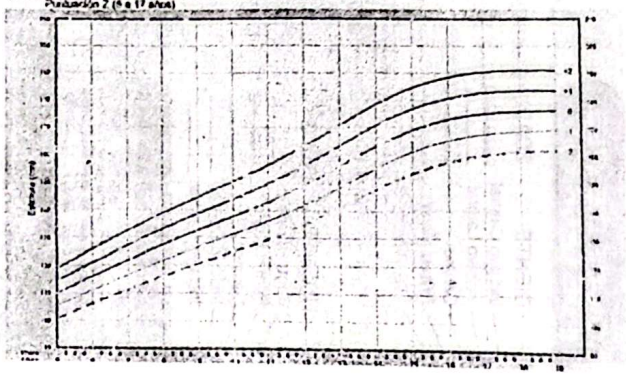
Peso para la Edad Niños



Peso para la Edad Niños



Talla para la Edad Niños



Powered by CamScanner

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO			
IDENTIFICACION E INSCRIPCION TEMPRANA			
Al momento de nacer	Fecha:		
PRIMER CONTROL MEDICO			
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.

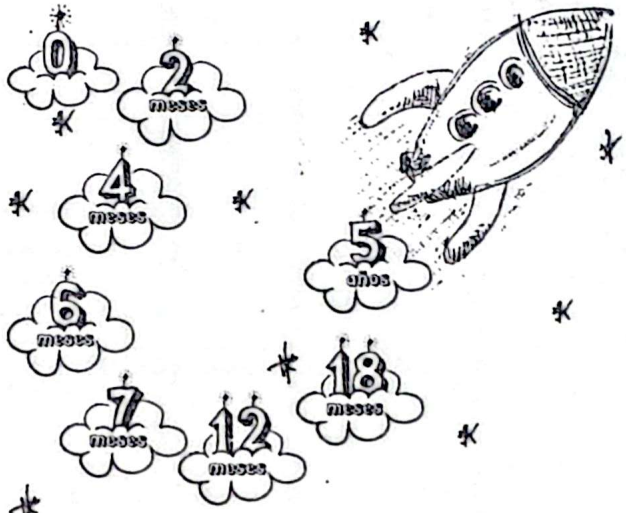
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

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: Samuel Esteban Martinez Lara
Fecha de nacimiento: 18-06-2021
Nº de certificado de nacido vivo: 1636427113
Registro civil: 1098268311
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3395 : 59,456
Dirección: Los Volcanes
Teléfono: 3176077753 - compañero
Responsable: Juliana Vargo Rojas
Municipio de residencia: La Argentina
Departamento: Huila

Cita

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Powered by CamScanner

Nombre: Samuel Esteban Mar[illegible] Duran Registro: 1052685311

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 ☐ No ☐							
	Tuberculosis B.C.G.		Única	18-06-21	Serum	[illegible]	ESE Juan Ramon		Leidy Rabago B
	Hepatitis B		Recién nacido	18-06-21	Serum	[illegible]	ESE Juan Ramon	18 04 2021	Leidy Rabago B
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	SI ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)		1ª	18-08-21	Biomanguinhos	[illegible]	ESE Juan Ramon	20 10 21	Leidy Rabago
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1ª	18-08-21	Serum	[illegible]	ESE Juan Ramon	20 10 21	Leidy Rabago
	Rotavirus		1ª	18-08-21	GlaxoSmith	[illegible]	ESE Juan Ramon	20 10 21	Leidy Rabago
	Neumococo		1ª	18-08-21	GlaxoSmith	[illegible]	ESE Juan Ramon	20 10 21	Leidy Rabago
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	SI ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)		2ª	21-10-21	Biomanguinhos	[illegible]	ESE Juan Ramon	22 12 21	Leidy Rabago
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2ª	21-10-21	Serum	[illegible]	ESE Juan Ramon	22 12 21	Leidy Rabago
	Rotavirus		2ª	21-10-21	GlaxoSmith	[illegible]	ESE Juan Ramon	- - -	Leidy Rabago
	Neumococo		2ª	21-10-21	GlaxoSmith	[illegible]	ESE Juan Ramon	22 12 21	Leidy Rabago
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.								
	Polio (Oral - IM)		3ª	22-12-21	Biomanguinhos	2113CC61A	ESE Juan Ramon	- - -	Leidy Rabago
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		3ª	22-12-21	Serum	2853A353	ESE Juan Ramon	- - -	Leidy Rabago
	Influenza		1ª	22-06-22	Green Cross	USD222CC6	ESE Juan Ramon	22 04 22	Leidy Rabago
7 Meses	Influenza		2ª	18-08-22	Greencross	USD222CCK	ESE Juan Ramon	[illegible]	Leidy Rabago
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		1ª	22-06-22	Serum	CBENIZCB	ESE Juan Ramon	16 06 23	Leidy Rabago
	Fiebre Amarilla		1ª	13-01-23	Sanofi Pas	U3E39	ESE Juan Ramon	- - -	Leidy Rabago
	Neumococo		Refuerzo	22-06-22	Glaxosmith	ASPAB3AMD	ESE Juan Ramon	- - -	Leidy Rabago
	Influenza		Anual	[illegible]	Sanofi Pas	[illegible]	[illegible]	- - -	[illegible]
	Hepatitis A		ÚNICA	22-06-22	Hepatosinp	DC23613	ESE Juan Ramon	- - -	Leidy Rabago
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) Pentavalente		Refuerzo	13-01-23	Serum	2821X021D	ESE Juan Ramon	- - -	Leidy Rabago
	Polio (Oral - IM)		1ª Refuerzo	13-01-23	Biomanguinhos	2139C03H	ESE Juan Ramon	16 06 23	Leidy Rabago
5 Años	Polio (Oral - IM)		2ª Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2ª Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		Refuerzo	13-01-23	Serum	2131N053A	ESE Juan Ramon	- - -	Leidy Rabago
Niñas 9 Años o más	VPH		1ª						
	VPH		2ª						
	VPH		3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela		1ª	22-06-22	Hepatosinp	UC1Z64	ESE Juan Ramon	16 06 23	Leidy Rabago
	Varicela		1 Ref						
	Sarampión rubeola		1 Dos	23-09-22	Serum	N21N052	ESE Juan Ramon	- - -	Leidy Rabago

Estas vacunas son gratuitas

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 VISUAL

NOMBRES Y APELLIDOS: **SAMUEL ESTEBAN MARTINEZ BARON**

IDENTIFICACIÓN: **R.C.** **1.080.258.311** EDAD: **3 AÑOS**

Síntomas oculares o visuales?: Sin antecedentes de importancia.

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 y lejana dificil de evaluar por edad del paciente

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

Fecha de expedición: Jueves, 13 de Marzo de 2025

Médico que certifica

Mery Cristina Triviño Mejía
MEDICINA GENERAL
R.M. 1310-07 - 17

Mery Cristina Triviño Mejía
R.M. 1310-07

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

Powered by CamScanner

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

CERTIFICADO MÉDICO AUDITIVO

NOMBRES Y APELLIDOS: SAMUEL ESTEBAN MARTINEZ BARON

IDENTIFICACIÓN: R.C. 1.080.258.311 **EDAD:** 3 AÑOS

Síntomas auditivos?: Sin antecedentes de importancia.
Exploración física: se observan pabellón auricular derecho e izquierdo de tamaño y posición usual. No se observan fístulas 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, sin presencia cerumen bilateral.
Agudeza auditiva: Sin deficit auditivo, al momento del examen. Dificil evaluaciòn por edad del paciente.

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

Fecha de expedición: Jueves, 13 de Marzo de 2025

Médico que certifica

Mery Cristina Triviño M.
MD. GENERAL
7310 7

Mery Cristina Triviño Mejía
R.M. 1310-07

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

Powered by CamScanner

YURY LUJAN BRAVO MENA
Cédula de Ciudadanía 1130594478
CALLE 7 A # 2-49
Telefono: 3218553330

RECIBO DE CAJA No. YB9207

LA ARGENTINA agosto 20 de 2025 09:55:40

Recibí de: YULIANA VARON ROJAS La suma de: $70.000
Cédula de Ciudadanía Nro. 1004154400
Paciente: SAMUEL ESTEBAN MARTINEZ VARON Id. 1080268311
Direccion:B/LOS YALCONES
Telefonos: --3112877373

Por Concepto de:

Tratamiento Odontológico. RESINAS.	FP:Efectivo	$70.000

Son: SETENTA MIL PESOS M/CTE
Proxima Cita:

Odontologa - Cirujana
C.O.C Reg 167

Firma cliente



Dra. Yury Lujan Bravo Mena
Odontóloga General
Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar

Elaborado por: YURY LUJAN BRAVO MENA

Powered by CamScanner

195
193

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 CRI 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): Samuel Esteban Martinez B con RC No 1080208311 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.

Yuliana Baron Rojas.
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 Samuel esteban Martinet Baron

Fecha de nacimiento D 18 Mes 06 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 1080268377

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Sonia Medina

Fecha de registro cualitativo D 04 Mes 06 Año 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

Realiza con dedicación con las actividades, se observa tranquilo y comparte momentos de juego con amor y respeto

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 03 10 2025

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

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

Observaciones generales

samuel le gusta realizar diferentes actividades acorde a su edad salta con sus dos pies le gusta cantar, pintar y jugar 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 D 20 Mes 11 Año 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

Samuel participa en todas la actividades asignadas le gusta jugar con los demás niños comparte con los demás

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

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 Samuel Esteban Martinez Baron, identificado (a) con documento de identidad número 1080268311 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, Yuliana Baron Rojas, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004154490, 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 toda 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 CDI La Argentina.

Suscriben:

Firma: Yuliana Baron Rojas
Nombre: Yuliana Baron Rojas
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3112873 73
Fecha: 03- Marzo- 2023
Municipio: La Argentina-

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.	F17.MO12.PP	11/05/2018
		Versión 2	Página 1 de 1

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Yuliana Baron Rojas, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1004 154 400 de la Argentina, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Samuel Esteban Martinez B., identificados con NUIP No. 1080 268 311, usuario de la unidad de servicio C-D-7 la Argentina, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en la Argentina, a los ____ días del mes 3 de 202(5)

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

Nombre: Yuliana Baron Rojas.

Firma: Yuliana Rojas.

CC. No. 1004154400

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Sonia Yenelre

Firma: Sonia Medina

CC. No. 1080265215

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.154.400**
BARON ROJAS

APELLIDOS
YULIANA

NOMBRES

Yuliana B. Rojas

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-JUL-2003**
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

05-AGO-2021 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1904700-01269271-F-1004154400-20211126 **0076**899948A 1 8502592572

Powered by CamScanner

Huellas de Amor Para Tu Vida

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

BIENESTAR FAMILIAR

Fecha 27-03-2023 *Por medio de la presente acta Yo* Yuliana Baron Rojas *identificada con* CC *número* 1004134406, *acudiente o responsable del beneficiario* Samuel Esteban Martinez, *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.*

Yuliana Baron Rojas
Firma Madre/Padre/Cuidador
C.C 1004134406

Sonia Medina
Firma Equipo Agente Educativo
C.C 1030265215

Huella niño o niña

Powered by CamScanner