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: MAILEN SOFIA SALAZAR CHANTRE
RC _ No. 1.080.268.342



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: 24 | 02 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

Unidad de Servicio sugerida: COI 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: 1080268342

Fecha nacimiento: 06 | 07 | 2021

Nombres: Mailen Sofia

Apellidos: Salazar Chantre

¿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

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: Urbana

Barrio: Porvenir

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: 1004753472

Nombres: Diana Marcela

Apellidos: Chantre Mosca

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 31 | 07 | 1999

Correo electrónico:

Número de celular: 3041867178

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Diana Chantre

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Sonia Medina

Observaciones:

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.080.268.342

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60366458

60366458

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
X						L 2 B

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

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SALAZAR	CHANTRE

Nombre(s)

MAILEN SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes JUL Día 06	FEMENINO	B	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	165963027

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

CHANTRE MOSCA DIANA MARCELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.153.472	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

SALAZAR SALAZAR JULIAN ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.007.328.765	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CHANTRE MOSCA DIANA MARCELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.004.153.472	Diana Marcela Chantre

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 JUL Día 12	MANUEL JESUS LATORRE ADARME- REGI Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 32869854-7

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECANICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

01 MAR 2023

Manuel Jesus Latorre Adarme
Registrador Municipal

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

166

Registro válido

A1

Fecha de consulta: 03/06/2025

Ficha: 41378012504400000120

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MAILEN SOFIA

Apellidos: SALAZAR CHANTRE

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268342

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/11/2018

Última actualización ciudadano: 14/07/2021

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

***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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

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	1080268342
NOMBRES	MAILEN SOFIA
APELLIDOS	SALAZAR CHANTRE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA ARGENTINA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 06/21/2025 15:19:20 | **Estación de origen:** 192.168.70.220

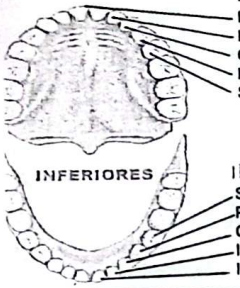
La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la 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

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

rimeros dientes debe limpiarlos con un algodón o una gasa húmeda ndo los dientes temporales estén completos enseñar al niño la forma ecta de cepillarse los dientes y el uso de seda dental, ayudando a cuando pueda hacerlo bien.

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

rimera visita al odontologia debe hacerse antes del primer año.

CUIDADOS GENERALES

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

e de aceite para púrgalos. Evite que su niño se acerque a los enfermos e de aceite para púrgalos Evite que su niño se acerque a los enfermo

ese efecto al niño, álcelo, abrácelo y acarícielo. Permita que el niño gue y dedique tiempo para jugar con él. Involucre al niño en las ridades de la familia. Hable con el niño y responda con amor a su ntos de comunicarse y llamar la atención. Permita que el niño se muevi mente. No castigue, engañe, ni asuste al niño para obligarlo decer.

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

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

l hijo no puede beber ni tomar el pecho.
omita todo lo que come.
a tenido convulsiones o ataques.
sta letárgico (Muy Dormido) o Inconsciente (sin sentido).
chilla el pecho o respira con dificultad.
espira más de 60 veces por minuto.
esenta deposiciones diarreicas o liquidas.
esenta fiebre alta(mayor a 39° o liquidas.
esenta Fiebre más de 3 días.

EDAD	TIPO DE VACUNA		1ra 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								

		Año de la 3ra DOSIS		A los 5 Años de edad		ADICIONALES	
		Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	Cita	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.

al 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 pararse 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 si solo.		Hace rebote y agarra la pelota.	
Agarra objetos con los dedos Pulgar e índice.		Dibuja escalera.	
Dice una palabra clara.		Nombra 4 o 5 colores.	
Imita aplausos.		Organiza Juegos.	
A LOS 12 MESES		**A LOS 72 MESES**	
Se para solo.		Salta desde 80 cms de altura.	
Busca objetos escondidos.		Dibuja casa.	
Entiende orden sencilla.		Conoce días de la semana.	
Bebe en la taza sola.		Comenta vida familiar.	
A LOS 18 MESES		**A LOS 84 MESES**	
Corre.		Salta alternando los pies.	
Pasa hojas de un libro.		Copia una figura de líneas curvas.	
Reconoce sus objetos.		Conoce ayer, hoy y mañana.	
Avisa deseos de ir al baño.		Conoce fechas especiales.	

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2021	Sept.	30			
2021	Noviembre	26	7AM	Pepitica	
2021	Diciembre	07	2PM	Natalia	
2022	Marzo.	12	8AM.	Natalia	
2022	JULIO	23	01PM	Aldemar	
2023	MARZO	22	8am	Julian	
2023	OCTUBRE	28	8:00	Angelica.	
2024	Febrero	8	8:00	Soraida.	
2024	Octubre.	19	8:00	Natalia	
2025	JULIO	11	9:00	Camila	
2026	JULIO	17	9AM	/	

Nuestro Compromiso ! la Humanización del Servicio!

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: Maylen Sofia Salazar Chantre
Fecha de nacimiento: 06 - Julio - 2021
Registro Civil: 1080268342
Teléfono: 3112954329
Dirección: La Argentina #
Barrio o Vereda: B Universal
Nombre Responsable del Niño: Diana Marcela Chantre Hoyos
EPS afiliación: Comf
Sitio de atención: ESE JRNP

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

PN = 3640gr
T: 49cm
GH: B+

Powered by CamScanner

INTERPRETACION DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardipopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado				
	Visual	Normal		Alterado				
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA								

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega						
2.ª entrega						
3.ª entrega						
4.ª entrega						
5.ª entrega						

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

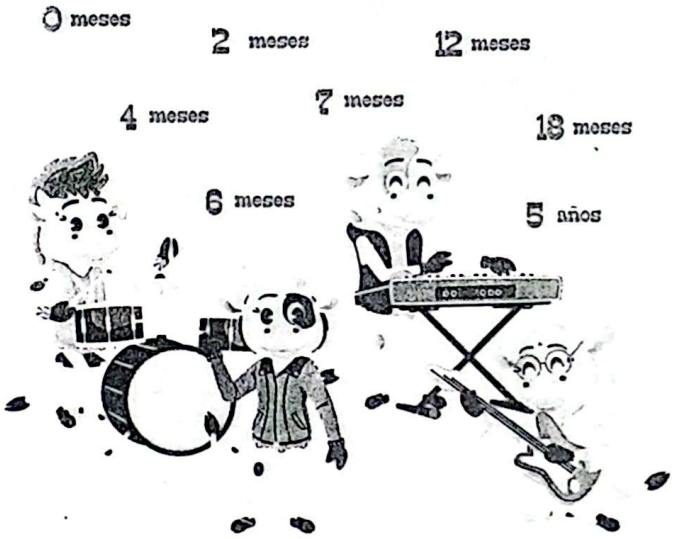
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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



Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Valery Sofia Salazar Mant
Fecha de nacimiento: 05-07-2021
Nº de certificado de nacido vivo: 165463027
Registro civil: 1062693942.
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: B+
Peso al nacer: 3640 gs Talla: 35 Cm.
Dirección: Pensilvania
Teléfono 1: 3112655029 Cuenta
Teléfono 2:
Responsable: Diana Marcela Mantilla Mora
Municipio de residencia: La argentina
Departamento: Huila. C.C. 1004153472

Busca ya las vacunas
¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Nahuen Sofia Salazar Chantre Tipo Identificación: RC No. ID: 1080265.342

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	JPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
Recién nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	06	07	21	Serum	03701100A	Hosp.	—	—	—	Nini O.
	Hepatitis B	Recién nacido	06	07	21	Serum		Hosp.	06	09	21	Jefe Yolanda
			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	07	09	21	Bithuan Biotech	2C2JC0SA	ESE Juan Ram	06	11	21	Leidy Rebayo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	07	09	21	Serum	2B5O0E3AC	ESE Juan Ram	06	11	21	Leidy Rebayo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	07	09	21	Serum	2B5O0E3AC	ESE Juan Ram	06	11	21	Leidy Rebayo
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	07	09	21	Serum	2B5O0E3AC	ESE Juan Ram	06	11	21	Leidy Rebayo
	Diarrea por rotavirus	1.ª	07	09	21	GlaxoSmith	ARCICRSAAC	ESE Juan Ram	06	11	21	Leidy Rebayo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	07	09	21	GlaxoSmith	ASPNB3ISBA	ESE Juan Ram	06	11	21	Leidy Rebayo
			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	10	11	21	Bithuan Biotech	2I0S0C1D	ESE Juan Ram	06	01	22	Leidy Rebayo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	10	11	21	Serum	2B5O0X3SD	ESE Juan Ram	06	01	22	Leidy Rebayo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	10	11	21	Serum	2B5O0X3SD	ESE Juan Ram	06	01	22	Leidy Rebayo
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	10	11	21	Serum	2B5O0X3SD	ESE Juan Ram	06	01	22	Leidy Rebayo
	Diarrea por rotavirus	2.ª	10	11	21	GlaxoSmith	ARCICSSAC	ESE Juan Ram	—	—	—	Leidy Rebayo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	10	11	21	GlaxoSmith	ASPNA3ISBA	ESE Juan Ram	06	01	22	Leidy Rebayo
			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	01	01	22	Bithuan	21114006					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	01	01	22	Serum	2B5O0X035A	Centro Salud Sin Fronteras				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	01	01	22	Serum	2B5O0X035A					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	01	01	22	Serum	2B5O0X035A					
	Influenza estacional	1.ª	01	01	22	Sanofi Pasteur	V3C03					Leidy Rebayo
7 meses	Influenza estacional	2.ª	10	05	22	Green Cross	V5C2220G	ESE JRNP	22	05	22	
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	16	07	22	Serum	01302EB	ESE Juan Ramon	06	07	26	Leidy Rebayo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	16	07	22	GlaxoSmith	ASPN3B42AA	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebayo
	Varicela	2.ª	16	07	22	Merck Sharp	U02284 7 — —	ESE Juan Ram	06	07	22	Leidy Rebayo
	Hepatitis A	Única	16	07	22	Merck Sharp	U02571 7 — —	ESE Juan Ram	—	—	—	Leidy Rebayo
	Influenza estacional	Anual	20	05	2023	Biopharma	V50523064	ESE Juan Ram	—	—	—	Leidy Rebayo
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	10	02	23	Bithuan Biotech	2206012A	ESE Juan Ram	—	—	—	Leidy Rebayo
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	10	02	23	Serum	2B5O1X6J6E	ESE Juan Ram	—	—	—	Leidy Rebayo
	Fiebre amarilla	Única	10	02	23	Sanofi Pasteur	U3N2A1C	ESE Juan Ram	—	—	—	Leidy Rebayo
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	10	05	23	Serum	01301NC5SA	ESE Juan Ram	—	—	—	Leidy Rebayo
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis	S-R		17	9	22	SRTV	01122407 16	E.S.E JRNP	—	—	—	Leidy Rebayo

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Powered by CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
813010966 - 1

CERTIFICACION MEDICA

Certificado No.: **10000712**
Entidad Administradora: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD** Fecha de Registro: 26-feb-2025
Historia No.: 1080268342

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	MAILEN SOFIA SALAZAR CHANTRE	No.identificación :	RC: 1080268342
Sexo:	F	Edad :	3 Años
Ciudad de residencia:	LA ARGENTINA, HUILA	Estado civil:	MENOR DE EDAD
Dirección residencia:	, EL PROVENIR	Teléfono:	3112085439

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso : 14.9 Kg Talla : 93.5 cm

CAMPO VISUAL

Ojo Derecho : Visión normal Ojo Izquierdo : Visión normal

OBSERVACIONES GENERALES

MENOR DE 3 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA DE PARTO POR CESAREA, RIÑONES EN FORMA DE HERRADURA, SE ENCUENTRA EN CONTROLES ANUALES; EN EL MOMENTO CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, AFEBRIL, HIDRATADA, ORIENTADA, SIN SEÑALES DE MALTRATO EVIDENTES, ADECUADO DESARROLLO PSICOMOTOR PARA LA EDAD, SE REALIZA TAMIZAJE VISUAL CON RESULTADO NORMAL (20/20) EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO, SE REALIZAN PREGUNTAS AL MENOR LAS CUALES RESPONDE ADECUADAMENTE POR LO CUAL SE PUEDE CERTIFICAR QUE PUEDE ESCUCHAR CORRECTAMENTE; MENOR QUE NO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE LE IMPIDAN VIVIR Y RELACIONARSE EN COMUNIDAD, MENOR QUE PUEDE ESTAR EN ENTORNO ESCOLAR BAJO LA SUPERVISION DE UN ADULTO RESPONSABLE.

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

Mercedes Yulieth Farfán M.
Medico General
R.M. 1.080.264.891
Firma del profesional de la salud

Powered by CamScanner

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Mailen. sofia. salazar. C	**DOCUMENTO:** 1080 268 342
CONTROL DE PLACA **FECHA DE ATENCIÓN:** 26 Agosto 2025	**PROXIMO CONTROL:** 26 febrero 2026
EXPEDIDO POR: Auxiliar en Salud Oral CC 1004154284	

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 CIUDAD 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): JAILEN SOFIA SALAZAR CHANTRE con RC No 1080268342 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.

Diana Chantre
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Sonia Medina
AGENTE EDUCATIVO

Powered by CamScanner

de cero a Siempre

Ciudad La Argentina

Nombre completo de la niña o niño mailen sofia salatar chantre

Fecha de nacimiento 06 07 2021 N° Documento de Identidad 1085268342

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 04 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

mailen le gusta realizar actividades acorde a su edad, participa activamente le gusta jugar con otros niños salta muy bien.

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

La niña mailen ya le gusta compartir mas con sus amigos le gusta bailar, cantar y mover su cuerpo comparte juegos de roles

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

Mailen incrementa su participación en juegos de roles creando historias personajes junto a otros niños

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

Powered by CamScanner

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	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1	1	1	4	4	4	6	6	6	8	8	8	10	10	10	11	11	11	14	14	14	16	16	16	19	19	19	23	23	23	24	24	24	25	25	25
	2	2	2	5	5	5	7	7	7	9	9	9				12	12	12	15	15	15	17	17	17	20	20	20	27	27	27						
	3	3	3													13	13	13				18	18	18	21	21	21	28	28	28						
																									22	22	22									
6 meses y 1 día a 12 meses	1	1	1	3	3	3	5	5	5	9	9	9	11	11	11	15	15	15	19	19	19	22	22	22	23	23	23	27	27	27	29	29	29	31	31	31
	2	2	2	4	4	4	6	6	6	9	9	9	12	12	12	16	16	16	20	20	20				24	24	24	28	28	28	30	30	30	33	33	33
							7	7	7	10	10	10	13	13	13	17	17	17	21	21	21				25	25	25				31	31	31			
							8	8	8				14	14	14	18	18	18							26	26	26									
1 año y 1 día a 2 años	1	1	1	3	3	3	6	6	6	9	9	9	11	11	11	13	13	13	15	15	15	17	17	17	20	20	20	22	22	22	24	24	24	25	25	25
	2	2	2	4	4	4	7	7	7	10	10	10	12	12	12	14	14	14	16	16	16	18	18	18	21	21	21	23	23	23				26	26	26
				5	5	5	8	8	8													19	19	19				24	24	24						
2 años y 1 día a 3 años	1	1	1	4	4	4	6	6	6	9	9	9	10	10	10	13	13	13	15	15	15	16	16	16	19	19	19	22	22	22	25	25	25	27	27	27
	2	2	2	5	5	5	7	7	7				11	11	11	14	14	14				17	17	17	20	20	20	23	23	23	26	26	26			
	3	3	3				8	8	8				12	12	12							18	18	18	21	21	21	24	24	24						
3 años y 1 día a 4 años	1	1	1	5	6	6	6	6	6	9	9	9	13	13	13	17	17	17	19	19	19	22	22	22	26	26	26	28	28	28	11	11	11	15	15	15
	2	2	2	6	7	7	7	7	7	12	12	12	14	14	14	18	18	18	20	20	20	23	23	23	27	27	27	29	29	29	12	12	12	16	16	16
	3	3	3	7	8	8	8	8	8				15	15	15				21	21	21	24	24	24				30	30	30	13	13	13			
	4	4	4										16	16	16							25	25	25							14	14	14			
	5	5	5																																	
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1	1	1	3	3	3	4	4	4	6	6	6	8	8	8	9	9	9	11	11	11	13	13	13	15	15	15	16	16	16	18	18	18	19	19	19
	2	2	2				5	5	5	7	7	7				10	10	10	12	12	12	14	14	14				17	17	17				20	20	20

= 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 Maiyen Sofia Salazar Chantre, identificado (a) con documento de identidad número 1080208342 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, Diana Marcela Chantre Mora, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004-153477 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 Portal tu 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: Diana Chantre
Nombre: Diana Marcela Chantre
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3209186178
Fecha: 03 - Marzo - 2025
Municipio: la Argentina H

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 Diana Marcela Chantre Mosca., identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1004153472. de la Argentina., padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Mailen Sofia Salazar Chantre, identificados con NUIP No. 1080268342, usuario de la unidad de servicio C.D-1 La Argentina manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en_____, a los _____ días del mes 03 de 202(5)

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

Nombre: Diana Marcela Chantre

Firma: Diana Chantre

CC. No. 1004153472

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Sonia Yenere

Firma: Sonia Medina

CC. No. 1080265215

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.153.472**

CHANTRE MOSCA

APELLIDOS

DIANA MARCELA

NOMBRES

Diana Chantre

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-ENE-1999**

LA ARGENTINA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

10-FEB-2017 LA ARGENTINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1904700-00887221-F-1004153472-20170304 0054092172A 1 48429071

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **06-OCT-1995**
RIOSUCIO
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

09-OCT-2013 BUENAVISTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2600500-00516624-M-1007328766-20131126 0035921215A 1 24867941

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.007.328.766
SALAZAR SALAZAR

APELLIDOS
JULIAN ANDRES

NOMBRES
Julian andres Salazar

FIRMA



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 Diana Chantre identificada con CC número 1004153972, acudiente o responsable del beneficiario maiker sofia solano, 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.

Diana Chantre
Firma Madre/Padre/Cuidador
C.C 1004153972

Sonia Medina
Firma Equipo Agente Educativo
C.C 1030265215

Huella niño o niña



Powered by CamScanner

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

Sr(a) : JOSE LUCIO HIGIDIO ISANDARA
c.c. / Nit: 5204649
BRR EL PORVENIR CASA57
Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780022610
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 2-LIBRETIN 2 LA ARGENTINA

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
617520217
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
84011816
Fecha De Emisión
18/11/2024

Periodo	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
11 / 2024	15/10/24-13/11/24	$13,840	$13,840	0 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial
Nivel Tensión: 1-Secundaria
Tipo Liqui.: lectura
Estrato: 1-Bajo Bajo
Carga Instalada: 0 W
Zona: OCCIDENTE
Nodo: T12943-GL1P

CONTRAPRESTACIÓN DE SERVICIO

Generación	417.35
Transmisión	48.55
Distribución	266.9
Restricciones	12.11
Pérdidas	95.14
Comercialización	152.76
Costo Unitario	992.81
Tarifa Aplicada	992.8057

Indicadores de Calidad Individual

Calculos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-6690091933	CHI	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	6572	6543	1	29

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	28,791
60d	Ajuste Decena	<3>
995	Subsidio	<16,857>

Ultimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2024	10	16	2024	4	4
2024	9	3	2024	3	4
2024	8	6	2024	2	4
2024	7	2	2024	1	19
2024	6	2	2023	12	30
2024	5	7	2023	11	32

Promedio Cuenta: 6
Consumo Año Anterior: 32

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	130	29.0	411.5233	$11.934

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Total cuota Financiacion 0

Tasa de Interés 0.00 %

Indicadores de Calidad Individual Retroactivo

Nodo 6300344 Grupo Calida... 21	
Horas a compensar	10.77
Compensacion por evento	
Meta Calidad opr Duración	62.37
Meta calidad por eventos	21
Eventos acmulados año	74
Duracion acumulador año	84.62
Consumo a compensar	77.4
Cargo distribución	265.2

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$0
Total Electrohuila	$11,931
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	$1,909
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$13,840

CUFE

FOES	Ultimo Pago	Fecha de Vencimiento:
Kwh $/Kwh Total N. Fact	$7,640	27/11/2024
	24/10/2024	Suspension a Partir del:
	Emitida Por: YULIETH.CEBALLESB	
	Pag: 321	

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 117766
Correo electrohuila@lineatransparencia.com
Accede directamente escanenado el Código QR.

(415)7707274499679(8020)0617520217(3900)0000013840(96)20241127

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

AUTORRETENEDORES DE RENTA RESOLUCION No. 5417/2002 DIAN ENCABEZADO AUTORIZACION NUMERACION ART. 4 RESOLUCION 000255 DEL 14 DE JULIO DE 2016
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORRETENEDORES ICA CIRCULAR 1 DEL 09/01/09 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA ARTICULO 617 DEL ACUERDO 031 DE 2016
VIGILADO POR SUPERSERVICIOS
Para mayor información consultar las resoluciones CREG 015 de 2019 y 036 de 2019

Powered by CamScanner