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: THIAGO JEANFRAYTH LUZARDO GONZALEZ
RC _ No. 1.80.268.400



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: 26 | 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: 1030763400

Fecha nacimiento: 16 | 10 | 2021

Nombres: Thiago Jeanfrayth

Apellidos: Lizardo Gonzalez

¿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 autorreconoce ( ) 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: Cristo rey

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: 1080262476

Nombres: Natalia

Apellidos: Velasquez Gontalez

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 11 | 03 | 1991

Correo electrónico:

Número de celular: 3108785447

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: Natalia G.

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Sonia H.

Observaciones:

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.080.268.400

Indicativo Serial 60366521

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1 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
LUZARDO	GONZALEZ

Nombre(s): THIAGO JEANFRAYTH

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes AGO Día 16	MASCULINO	A	POSITIVO

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
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	166197802

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: GONZALEZ VELASQUEZ NATALIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.262.476	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: LUZARDO RINCON EMERSON ENRIQUE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CE 26078435	

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GONZALEZ VELASQUEZ NATALIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.080.262.476	NATALIA GONZALEZ V.

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 AGO Día 20	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

ESTA REPRODUCCIÓN ... PERSONA EN LOS ... REGISTRADURÍA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A1

Fecha de consulta: 03/06/2025

Ficha: 41378096503400000332

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: THIAGO JEANFRAYTH

Apellidos: LUZARDO GONZALEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268400

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 26/05/2021

Última actualización ciudadano: 24/08/2021

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	1080268400
NOMBRES	THIAGO JEANFRAYTH
APELLIDOS	LUZARDO GONZALEZ
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	01/05/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 06/21/2025 15:16:58 | **Estación de origen:** 192.168.70.220

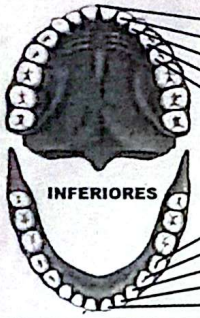
La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la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

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

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

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

CUIDADOS GENERALES

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

No le de aceite para púrgalos. Evite que su niño se acerque a los enfermos. No le de aceite para púrgalos Evite que su niño se acerque a los enfermos

Exprese afecto al niño, álcelo, abrácelo y acarícielo. Permita que el niño Juegue y dedique tiempo para jugar con él. Involucre al niño en las actividades de la familia. Hable con el niño y responda con amor a sus intentos de comunicarse y llamar la atención. Permita que el niño se mueva libremente. No castigue, engañe, ni asuste al niño para obligarlo a obedecer.

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

MAMÁ 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 líquidas.
- Presenta fiebre alta(mayor a 39º o líquidas.
- Presenta Fiebre más de 3 días.

EDAD	TIPO DE VACUNA		1ra DOSIS O UNICA Fecha	2da DOSIS Fecha Cita	2da DOSIS Fecha Vacuna	3ra DOSIS Fecha Cita	3ra DOSIS Fecha Vacuna	A los 12 meses de edad Fecha Cita	A los 12 meses de edad Fecha 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 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 retrato y agarra la pelota.	
Agarra objetos con los dedos		Dibuja escalera.	
Pugar o indica.		Nombra 4 o 5 colores.	
Dice una palabra clara.		Organiza Juegos.	
Imita sonidos.			
A LOS 12 MESES		**A LOS 72 MESES**	
Se para solo.		Salta desde 60 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 alternado los pies.	
Pasa hojas de un libro.		Copia una figura de líneas curvas.	
Reconoce seis 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
2022	abril	22	7am		
2022	JULIO	27	9:00	(Vi)	Hg.
2022	Noviembre	16	7:00	Epi	Varicela
2022	Noviembre	25	8:00		
2023	Enero	24	8:00		
2023	Julio	24	8:00		
2023	Noviembre	16	8:00		
2024	MAYO	21	8:00		
2024	Octubre	25	2:00		
2025	Agosto	22	8:00	X	
2026	Agosto	21	8:00		

Atención con Calidad Humana

Peso: 3,240
talla: 50cm
39 55
A+

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: Thiago Joanthayth Losada Gon
Fecha de nacimiento: 16 - agosto - 2021
Registro Civil: 1080 268 400
Teléfono: 3109285441
Dirección: La Argentina #
Barrio o Vereda: B. Cinto red
Nombre Responsable del Niño: Natalia Gonzalez
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

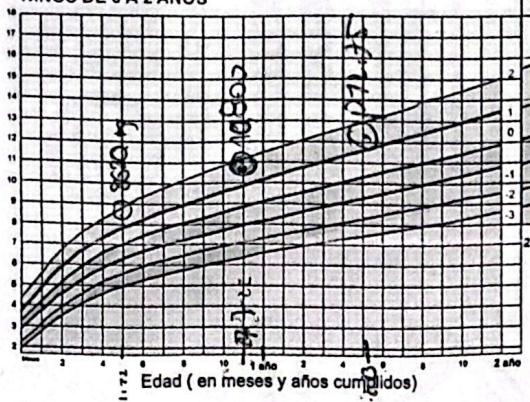
107

Powered by CamScanner

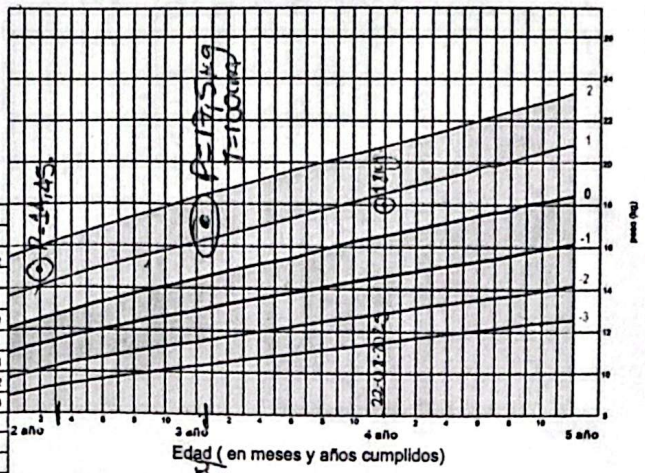
INTERPRETACIÓN DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

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

PESO PARA LA EDAD
NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS



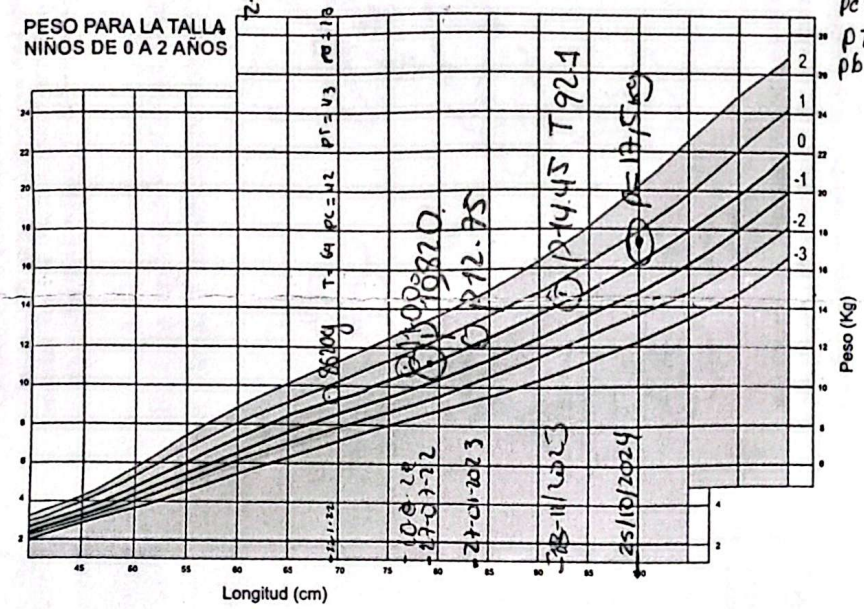
Peso para la Edad
Niños de 2 a 5 años



22-AGOSTO-2025
P: 18,05kg
T = 105,2cm
Pc: 51 cm.
PT= 58
Pb = 17cm

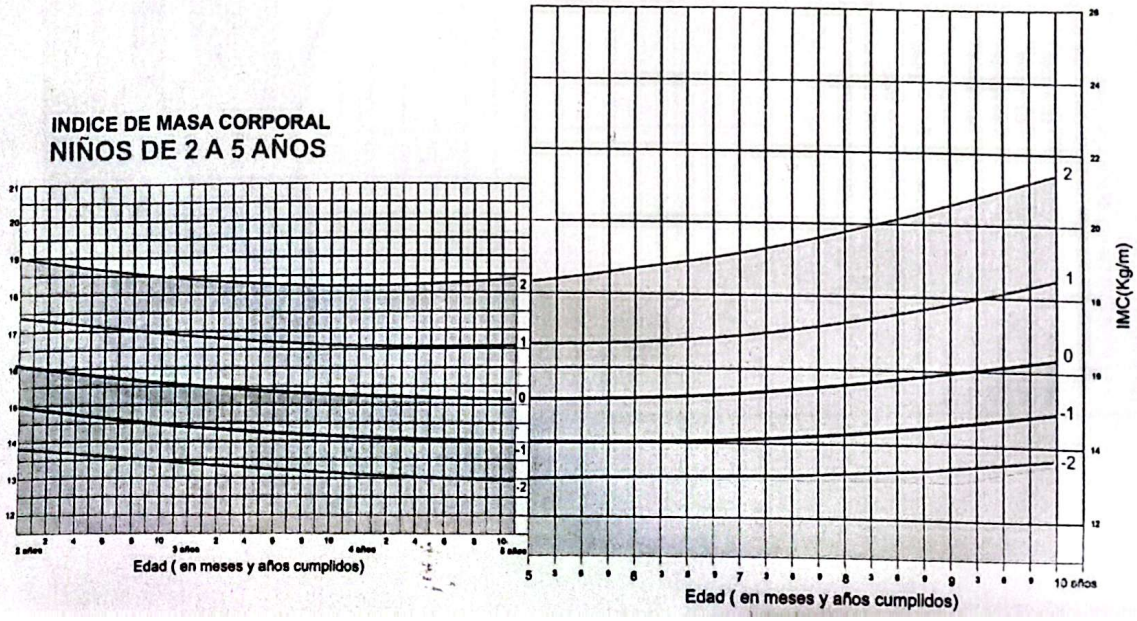
PESO PARA LA TALLA
NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS

PESO PARA LA TALLA
NIÑOS DE 2 A 5 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 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.

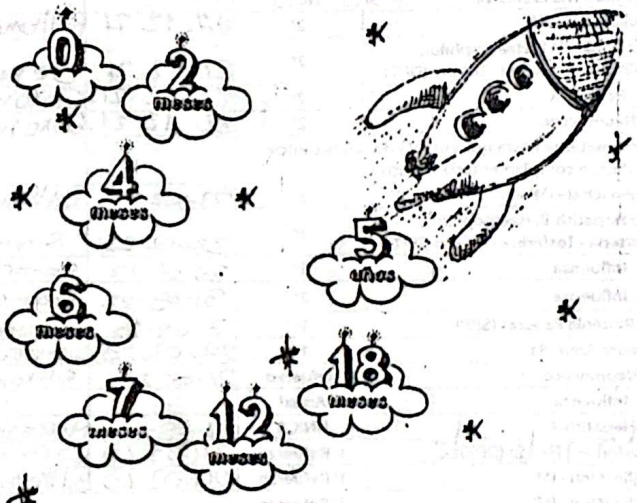
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus h[illegible] 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

thiago Jeanfrayht Luzardo González.

Vacunas al día, se la ponemos fácil

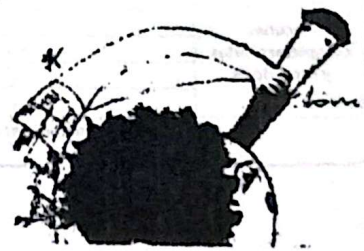
CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Thiago Jeanfrayht Luzardo Gon
Fecha de nacimiento: 16-08-2021.
Nº de certificado de nacido vivo: 166197802
Registro civil: 1.088.268.400
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: A+
Peso al nacer: 3240 - 3Fl Sem.
Dirección: Costa Rey
Teléfono: 3108385441 Comfam
Responsable: Natalia Gonzalez
Municipio de residencia: La Argentina
Departamento: Huila CC: 1088268400

Cta. 14 Agosto 2020

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Powered by CamScanner

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	16-08-21	Serum	0310H1022	ESE J. R. N. P	— — —	Leydi Mora
	Hepatitis B	Recién nacido	16-08-21	Serum	0320X014A	E.S.E J. R. N. P	16 10 21	Leydi Mora.
2 Meses	Lactancia materna exclusiva SI☐ No☐							
	Polio (Oral - IM)	1ª	20-10-21	Birthmark B.	210560A	ESEJ. R. N. P.	18 12 21	Leidy Robayo.
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	20-10-21	Serum.	285OX035A	ESE. J. R. N. P.	18 12 21	Leidy Robayo
	Rotavirus	1ª	20-10-21	GlaxoSmith	AHCL685AA	ESE J. R. N. P.	18 12 21	Leidy Robayo.
	Neumococo	1ª	20-10-21	GlaxoSmith	ASPNB815A	ESE J. R. N. P	18 12 21	Leidy Robayo
4 Meses	Lactancia materna exclusiva SI☐ No☐							
	Polio (Oral - IM)	2ª	22. 12. 21	Birthmark B	211406M	E. S. E		
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	22. 12. 21	Serum	285OX035B	Juan Ramón	21-02-22	
	Rotavirus	2ª	22. 12. 21	GlaxoSmith	AHCL685AA			
	Neumococo	2ª	22. 12. 21	GlaxoSmith	ASPNB315A	La Argentina	22	
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	23-02-22	Birthmark B	211406M	ESE Juan Ramon	— — —	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	23-02-22	Serum	285OX035B	ESE Juan Ramon	— — —	Leidy Robayo
	Influenza	1ª	23-02-22	Green Cross	V5022aa6	ESE Juan Ramon	24 05 22	Leidy Robayo
7 Meses	Influenza	2ª	31-08-22	Green Cross	V5022aa6	ESE Juan Ramon	anual	Leidy Robayo.
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	31-08-22	Serum	285M131B	ESE Juan Ramon	16 05 23	Leidy Robayo.
	Fiebre Amarilla	1ª	24-03-23	Sanofi	43N211V	E.S.E Juan R.	— — —	Nidia Rincon
	Neumococo	Refuerzo	21-05-22	GlaxoSmith	ASPNB392AA	ESE Juan Ramon	— — —	Leidy Robayo.
	Influenza	Anual						
	Hepatitis A	ÚNICA	31-08-22	MERCK Sharp	U02594	ESE Juan Ramon	— — —	Leidy Robayo
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo	24.03.23	Sanofi	285SIXA01	E.S.E Juan R.	16 05 26	Nidia Rincon
	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo	24.03.23	Birthmark B	220601M	E.S.E Juan R.	16 05 26	Nidia Rincon
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	24.03.23	Sanofi	0131N107B	E.S.E Juan R.	— — —	Nidia Rincon.
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	1ª	31-05-22	MERCK Sharp	U02594	ESE Juan Ramon	16 05 26	Leidy Robayo
	Varicela							
	Sarampión - Rubeola	1 Dosis	11-11-22	Serum	C172AA16	ESE Juan Ramon	— — —	Leidy Robayo.

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

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
813010966 - 1

CERTIFICACION MEDICA

Certificado No.: **10000701**
Entidad Administradora: **NUEVA EPS** Fecha de Registro: 21-feb-2025
Historia No.: 1080268400

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	THIAGO JEANFRAYTH LUZARDO GONZALEZ	No.identificación :	RC: 1080268400
Sexo:	M	Edad :	3 Años
Ciudad de residencia:	LA ARGENTINA, HUILA	Estado civil:	SOLTERO
Dirección residencia:	, CRISTO REY	Teléfono:	3108785441

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso : 18 Kg Talla : 101.5 cm

CAMPO VISUAL

Ojo Derecho : Visión normal Ojo Izquierdo : Visión normal

OBSERVACIONES GENERALES

MENOR DE 3 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, EN EL MOMENTO CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, AFEBRIL, HIDRATADO, ORIENTADO, 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: Thiago Jeanfrayth Lozardo	**DOCUMENTO:** 1080268400
CONTROL DE PLACA	
FECHA DE ATENCIÓN: 21 Agosto 2025	**PROXIMO CONTROL:** 21 Febrero 2026
EXPEDIDO POR: Carolina Bolaños Vargas Aux. Salud Oral C.C. 1080266471	

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 Cri La Alborada, 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): Thiago Jeanfrayth Lozada G. con RC No 1080209400 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.

NATACA GONZALEZ C.
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 thiago Jeanflayth Lutarolo Gonzalez

Fecha de nacimiento Día 16 Mes 08 2021 **N° Documento de Identidad** 1080268400

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 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

su lenguaje es más claro, se integra y realiza las actividades propuestas con mas facilidad es mas respetuoso y alegres.

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 Día 29 Mes 09 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

thiago realiza diferente actividades acorde a su edad salta con sus dos pies le gusta pintar y bailar canciones infantiles

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 Día 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

thiago logra y salta muy bien con 2 pies mostrando bucno Coordinación y control Corporal . es habil

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	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	29	29	29	32	32	32
	3	3	3													13	13	13				18	18	18	21	21	21	28	28	28	31	31	31	33	33	33
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	24	24	24	27	27	27	30	30	30	34	34	34
	2	2	2	4	4	4	6	6	6	10	10	10	12	12	12	16	16	16	20	20	20	23	23	23	25	25	25	28	28	28	31	31	31	35	35	35
							7	7	7				13	13	13	17	17	17	21	21	21	24	24	24	26	26	26	29	29	29	32	32	32	36	36	36
							8	8	8				14	14	14	18	18	18				25	25	25				30	30	30	33	33	33			
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												
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	6	6	6	9	9	9	12	12	12	13	13	13	17	17	17	19	19	19	22	22	22	25	25	25	28	28	28	31	31	31	35	35	35
	2	2	2	7	7	7	10	10	10				14	14	14	18	18	18	20	20	20	23	23	23	26	26	26	29	29	29	32	32	32	36	36	36
	3	3	3	8	8	8	11	11	11				15	15	15	21	21	21	24	24	24	25	25	25	27	27	27	30	30	30	33	33	33			
	4	4	4										16	16	16																				
	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	14	14	14	16	16	16	17	17	17	18	18	18
	2	2	2				5	5	5	7	7	7				10	10	10	12	12	12				15	15	15									

= 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 Thiago Jeanfrayth Lozada Gonzalez, identificado (a) con documento de identidad número 1082768400 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, Natalia Gonzalez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1080262476 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 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: NATALIA GONZALEZ U.
Nombre: NATALIA GONZALEZ U.
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3108785414
Fecha: 03 - Mar 20 - 2025
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 Natalia Gonzalez Velasquez. identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1080262479 de la Argentina. padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Thiago Jeanfrayth Lozano G., identificados con NUIP No. 1080268400, usuario de la unidad de servicio C-D-F- la Argentina manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en la Argentina, a los 03 días del mes 03 de 2025)

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

Nombre: NATALIA GONZALEZ V

Firma: NATALIA GONZALEZ V.

CC. No. 1080262479.

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Sonia Yenere

Firma: Sonia Medina

CC. No. 1080265215

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.080.262.476**

GONZALEZ VELASQUEZ

APELLIDOS

NATALIA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-MAR-1991**

PLANADAS
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

12-MAR-2009 LA ARGENTINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1904700-00196247-F-1080262476-20091112 0017948810A 1 28301126

Powered by CamScanner



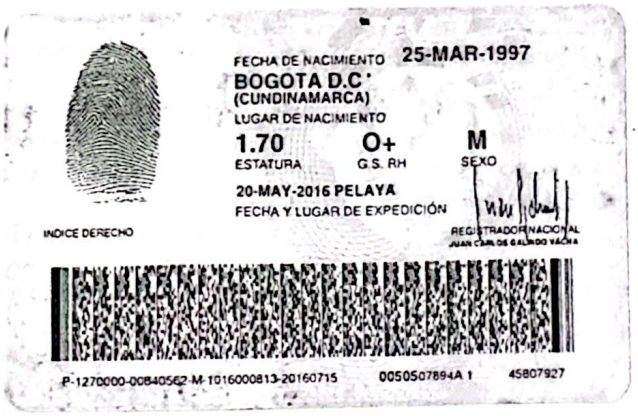
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.016.000.813

EGUIS GIL
APELLIDOS

JUAN DIEGO
NOMBRES

Juan Diego Eguis gil.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-MAR-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

20-MAY-2016 PELAYA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1270000-00840562-M-1016000813-20160715 0050507894A 1 45807927

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* Natalia Gonzalez *identificada con* CC *número* 1080262476, *acudiente o responsable del beneficiario* Thiago Jean Fiay Hh, *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.*

Natalia Gonzalez
Firma Madre/Padre/Cuidador
C.C 1080262476.

Sonia Medina
Firma Equipo Agente Educativo
C.C 1030265210

Huella niño o niña



Powered by CamScanner

120

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

Sr(a): NATALIA VELAZQUEZ GONZALEZ
c.c. / Nit: 1080262476
CRA 1A 7 92 ASOCIAN CRISTO REY
Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780041650
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 4-LIBRETIN 4 DE LA ARGENT

SU CÓDIGO DE CUENTA NEU
931134133
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRONICO

Factura De Venta No.
85225957
Fecha De Emisión
17/02/2025

Periodo:	Periodo Facturado	Pago Total:	Pago Mínimo	Periodos Vencidos:
2 / 2025	14/01/25-13/02/25	$35,340	$35,340	0 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial
Nivel Tensión: 1-Secundaria
Tipo Liqui.: lectura
Estrato: 2-Bajo
Carga Instalada: 0 W
Zona: OCCIDENTE
Nodo: T09592-GL1P

COSTO UNITARIO DE PRESTACION DE SERVICIO

Generación	421.1
Transmisión	58.1
Distribución	280.
Restricciones	7.4
Pérdidas	97.
Comercialización	143.
Costo Unitario	1009.
Tarifa Aplicada	1009.62

Indicadores De Calidad Individual

Calculos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-06677493683	CHI	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	2611	2552	1	59

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	59,568
608	Ajuste Decena	<1>
995	Subsidio	<29,102>

Ultimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	1	76	2024	7	55
2024	12	59	2024	6	49
2024	11	50	2024	5	64
2024	10	42	2024	4	61
2024	9	32	2024	3	65
2024	8	40	2024	2	55

Promedio Cuotas: 49
Consumo Año Anterior: 55

Indicadores De Calidad Individual Restric

Nodo 6500308 Grupo Calida	21
Horas a compensar	.4
Compensacion por evento	
Meta Calidad opr Duración	62
Meta calidad por eventos	
Eventos acmulados año	
Duracion acumulador año	94
Consumo a compensar	28
Cargo distribución	2

ZONA ZERO
Punto de Pagos, Productos y Servicios
23 FEB 2025
RECAUDO
SURGES ElectroHuila

Liquidacion de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	130	59.0	516.3733	$30.466

Financiacion ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Tasa de Interés: 0.00 %

Total cuota Financiación 0

Resumen Cuenta

Saldo Anterior
Total ElectroHuila $30,4
Total Servicio de Aseo
Total Alumbrado Público $4,8
Total Otros Cobros
Total a Pagar $35,

CUFE e365a5af994c448d6c29eba02ccd8aebf042cb6b0170128efd85bca2b6a0f3e956e97f12f604ad15e9f13db59a4c264b Numero de Factura Electronica EH-2011780 Numero de factura: 85225957

FOES	Ultimo Pago		Fecha de Vencimiento
Kwh $/Kwh Total N. Fact	$45,400	REPRESENTANTE LEGAL DECRETO 2150 DE 1995	26/02/2025
	27/01/2025		Suspension a Partir del:
	Emitida Por: YULIETH.CEBALLESB		
	Pag: 1785		

AUTORIZACION DE NUMERACION No. 821000 DIAN EXPEDIDO AUTORIZACION NUMERACION ART. 4 RESOLUCION 000168 DEL 14 DE JULIO DE 2016 SEPTIEMBRE (13) CIRCULAR 4 DEL 09/01/19 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA. ARTICULOS 637 DEL ACUERDO 013 DE 2011 SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

VIGILADA POR SUPERSERVICIOS

Powered by CamScanner