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

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS NIÑO/A PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD INSTITUCIONAL

UDS CDI LA ARGENTINA
PARTICIPANTE: LYAN SAMUEL ARIZA MONTILLA
RC X **No.** 1080268363



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	✓		

Powered by CamScanner

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

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	✓		
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.FP	30/01/2025
Versión 2	Página 2 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

Fecha de diligenciamiento: 28 02 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

Tipo de vinculación: (X) 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: 1080.268.363

Fecha nacimiento: 24 07 2021

Nombres: Lyan Samuel

Apellidos: Ariza Montilla

Presenta discapacidad? ( ) Si (X) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? ( ) Si (X) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ( ) Si (X) No

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

Seleccione la que aplique: ( ) Afrocolombiano ( ) Indígena (X) 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: primavera

Vereda:

Sector:

Dirección: CRA 3E 6-07

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (X) Madre ( ) Padre ( ) Cuidadoría

Tipo documento identidad: ( ) Tarjeta identidad (X) 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: 1080.260.092

Nombres: Ingri Xiomara

Apellidos: Montilla Serrato

País de nacimiento: colombia

Fecha nacimiento: 29 03 2004

Correo electrónico:

Número de celular: 3228448094

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Xiomara Montilla

Nombre y Firma del profesional que diligencia:

Observaciones:

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

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

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

Powered by CamScanner

124

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.080.268.363

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60366482

60366482

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código U 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
ARIZA	MONTILLA

Nombre(s)

LYAN SAMUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes JUL Día 24	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	165963931

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

MONTILLA SERRATO INGRI XIOMARA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 1.080.260.092	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

ARIZA ANACONA JOSE MANUEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.075.312.187	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ARIZA ANACONA JOSE MANUEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.075.312.187	

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 28	MANUEL JESUS LAJORRE ADARME- REG Nombre y firma

OFIXPRES 100238573

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner

125

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Departamento Nacional de Planeación

Registro Valido

A3

Fecha de consulta: 05/06/2025

Ficha: 41378002930900003368

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres LYAN SAMUEL

Apellidos ARIZA MONTILLA

Tipo de documento Registro Civil

Número de documento 1080268363

Municipio LA ARGENTINA

Departamento HUILA

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente 30/11/2023

Última actualización ciudadano 30/11/2023

Última actualización via registros administrativos

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador	CARLOS ANDERSON ACOSTA VALDEZ
Dirección	Calle 6 No 3 - 52
Teléfono	3176617965
Correo Electrónico	administradorsisben@laargentina-huila.gov.co

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	1080268363
NOMBRES	LYAN SAMUEL
APELLIDOS	ARIZA MONTILLA
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	01/08/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/05/2025 09:11:23	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.

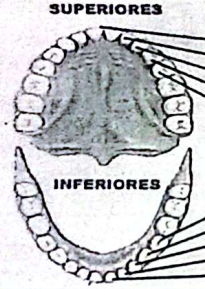
Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Powered by CamScanner

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



DIENTE	EDAD
Incisivo Central	
Incisivo Lateral	
Canino	
Primer Molar	
Segundo Molar	

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

Baña al niño todos los días, lávе las manos y los dientes, córtale 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

Expresе afecto al niño, álcelo, abrácelo y acaricielo. 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 39° o líquidas.
- Presenta Fiebre más de 3 días.

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

		Al año de la 3ra DOSIS		A los 5 Años de edad		ADICIONALES	
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						
Adicionales	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)						

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
Prensa ligeramente		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.		Controla bien 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 ríe cuando se le hacen.		Se lava 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 cuadrados y círculos.	
Reacciona cuando se le llama.		Describe bien un dibujo.	
Pone atención a la conversación.		Tiene un amigo especial.	
A LOS 9 MESES		A LOS 54 MESES	
Se sienta por sí solo.		Pasa rebota y agarra la pelota.	
Agarra objetos con los dedos		Dibuja escaleras.	
Pulga o indica.		Nombra 4 o 5 colores.	
Dice una palabra clara.		Organiza Juegos.	
Imita sonidos.		A LOS 72 MESES	
A LOS 12 MESES		Salta desde 60 cms de altura.	
Se para solo.		Dibuja casas.	
Busca objetos escondidos.		Conoce días de la semana.	
Entiende orden sencilla.		Comienza esta familiar.	
Sube en la cama sola.		A LOS 84 MESES	
A LOS 15 MESES		Salta alternando los pies.	
Corre.		Copia una figura de líneas curvas.	
Pasa hojas de un libro.		Conoce ayer, hoy y mañana.	
Reconoce sus objetos.		Conoce fechas especiales.	
Ayuda vestirse en el baño.			

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIO SI	CUMPLIO NO
2021	Nunio	26	8:00		
2021	octubre	23	7am	Bella	
2021	Noviembre	27	7.9m	Pfizer	
2022	MAYO	26			
2022	Junio	03	8:00		
2022	Octubre	1	8:00		
2023	MAYO	26	8:00	Adelanto	
2023	Octubre	27	8:00		
2023	octubre	31	8:00		
2024	Mayo	24	8:00		
2024	AGOSTO	09	8:00		
2025	JULIO	25	8:00		
2026	JUNIO	03	8:00		

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: Lyan Samuel Anza Ramirez
Fecha de nacimiento: 24-JUNIO-2021
Registro Civil: 1.080.168.363
Teléfono: 3207385016 - 3228468094
Dirección: Primavera
Barrio o Vereda:
Nombre Responsable del Niño: Inge Marcela Ramirez
EPS afiliación: Comfamiliar
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.

P: 2.700 T: 49 O+
SG 39.6

Powered by CamScanner

INTERPRETACION DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resulado 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			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

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 meningea, 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: Dilan Samuel Arizaa Martí
Fecha de nacimiento: 24-JULIO-2021
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1.080 268. 363.
Sexo: Masculino.
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 2259gr. Talla: 396 cms
Dirección: Primavera. Cll 13 N2-74.
Teléfono 1: 3207585016.
Teléfono 2: 3103146129 comFam
Responsable: Jinyi Viviana Martilla Serrado.
Municipio de residencia: La argentina
Departamento: Huila cc. 1.080.370092.
CHSI 24-julio-2021

Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

3115929927

128

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Juan Samuel · Anza Montilla Tipo Identificación: RC No. ID: 1080268·363.

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Dia	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Dia	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	24	09	2021	Serum	03730MHA0272	H.D.S.A.P	—	—	—	
	Hepatitis B	Recién nacido	24	09	2021	Serum	03204014A	H.D.S.A.P	24	01	21	Biviana
2 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.°	24	09	2021	Bilthoven Biologi	2020 2 8 8 8 8 A	ESE Juan Ramon	24	11	21	Leidy Rebayo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°	24	09	2021	Serum	2 8 5 C 4 0 3 4 C	ESE Juan Ramon	24	11	21	Leidy Rebayo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.°	24	09	2021	Serum	2 8 5 C 4 0 3 4 C	ESE Juan Ramon	24	11	21	Leidy Rebayo
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.°	24	09	2021	Serum	2 8 5 C 4 0 3 4 C	ESE Juan Ramon	24	11	21	Leidy Rebayo
	Diarrea por rotavirus	1.°	24	09	2021	GlaxoSmith	A V C C C 8 4 2 A A	ESE Juan Ramon	24	11	21	Leidy Rebayo
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	24	09	2021	GlaxoSmith	A S P N B 3 1 0 F A	ESE Juan Ramon	24	11	21	Leidy Rebayo
4 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.°	24	11	2021	Bilthoven Biologi	2 1 0 5 0 0 1 A	ESE Juan Ramon	25	01	22	Leidy Rebayo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	24	11	2021	Serum	2 8 5 0 X 0 3 5 A	ESE Juan Ramon	25	01	22	Leidy Rebayo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.°	24	11	2021	Serum	2 8 5 0 X 0 3 5 A	ESE Juan Ramon	25	01	22	Leidy Rebayo
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.°	24	11	2021	Serum	2 8 5 0 X 0 3 5 A	ESE Juan Ramon	25	01	22	Leidy Rebayo
	Diarrea por rotavirus	2.°	24	11	2021	GlaxoSmith	A P C C C 8 5 8 A C	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebayo
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	24	11	2021	GlaxoSmith	A S P N B 3 1 5 B A	ESE Juan Ramon	24	07	22	Leidy Rebayo
6 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.°	25	01	2022	Bilthoven Biologi	2 1 1 4 C 0 6 — — —	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebayo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.°	25	01	2022	Serum	2 8 5 0 X 0 3 5 B —	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebayo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.°	25	01	2022	Serum	2 8 5 0 X 0 3 5 B —	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebayo
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.°	25	01	2022	Serum	2 8 5 0 X 0 3 5 B —	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebayo
	Influenza estacional	1.°	19	05	2022	Green Cross	V 5 0 2 2 2 0 0 6 —	ESE Juan Ramon	22	06	22	Leidy Rebayo
7 meses	Influenza estacional	2.°	22	06	2022	Green Cross	V 5 0 2 2 2 0 0 6 —	ESE Juan Ramon NP	—	—	—	Leidy Rebayo
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	26	07	2022	Serum	P 1 3 C N 1 3 1 B —	ESE Juan Ramon	24	07	26	Leidy Rebayo
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	26	07	2022	GlaxoSmith	A S P N B 3 4 2 A A	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebayo
	Varicela	2.°	26	07	2022	MERCK Sharp	V C 2 E 2 4 7 — — —	ESE Juan Ramon	24	07	26	Leidy Rebayo
	Hepatitis A	Única	26	07	2022	MERCK Sharp	V C 0 2 5 3 1 3 — — —	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebayo
	Influenza estacional	Anual	29	05	23	Green Cross	V 5 0 5 2 3 0 0 4	EDU Santos				Silveria C.
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	25	01	2023	Bilthoven Biologi	2 1 3 4 C C 3 A — —	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebayo
	Difteria, tosferina y tétano (DPT) Pentavalente	1.er refuerzo	25	01	2023	Serum	2 8 5 1 X 0 2 1 E —	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebayo
	Fiebre amarilla	Única	25	01	2023	Serum	V 3 N 2 1 1 N — — —	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebayo
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.° refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°			2023		2 1 3 1 N 0 8 5 A —	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Ramos
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
Vacunas complementarias y otras dosis	Sarampión - Rubéola	1DA.	26	05	22	Serum	0 1 2 1 N 0 5 2 — —	ESE Juan Ramon	—	—	—	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

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Yam Samuel Aliza Montilla	**DOCUMENTO:** 1080268363.
CONTROL DE PLACA **FECHA DE ATENCIÓN:** 30 Agosto 2025	**PROXIMO CONTROL:** 30 febrero 2026
EXPEDIDO POR:	

Powered by CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
813010966 - 1

CERTIFICACION MEDICA

Entidad Administradora: **NUEVA EPS**

Certificado No.: **10000673**
Fecha de Registro: 21-feb-2025
Historia No.: 1080268363

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	LYAN SAMUEL ARIZA MONTILLA	No.identificación :	RC: 1080268363
Sexo:	M	Edad :	3 Años
Ciudad de residencia:	LA ARGENTINA, HUILA	Estado civil:	MENOR DE EDAD
Dirección residencia:	, PRIMIVERA	Teléfono:	3224113485

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso : 12.6 Kg Talla : 89 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 , 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 Tarfin M
Medico T.
R.M.
Firma del profesional de la salud

Powered by CamScanner

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

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

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

En atención a lo anterior, en el marco de las acciones de responsabilidad parental, es mi interés manifestar el compromiso en el proceso de atención a la primera infancia de mi hijo (a): Lyan Samuel Anza Montilla con RC No 1080.268.363 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 Para Tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025	Versión: 1

NOTA: En caso de no contar con alguno de los documentos mencionados, informar en la UDS para activar la Ruta Interinstitucional que contribuya a garantizar una atención integral para mi hijo(a).

6) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) asista al servicio médico y demás actividades de promoción y prevención para lograr el mejor estado posible de salud.
7) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) transite al Sistema de Educación Escolar, una vez haya cumplido los cinco (5) años.
8) Informar y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de mi hijo(a), adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si se cuenta con ellos).
9) Elegir o ser elegido en el comité de control social que se convoquen con el fin de velar por una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por el ICBF para la Modalidad Comunitaria

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el día 03 del mes marzo del año 2025, en el Municipio de La Argentina.

Xiomara Montilla.
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Zuleivanesa Rojas L
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 Lyan Samuel Ariza Montilla

Fecha de nacimiento 24 07 2021 **N° Documento de Identidad** 1080268363

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

Primer Registro Cualitativo Zoriyuresa Rosas Lizcano

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo 06 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

el niño ha mejorado en su lenguaje expresivo repite nuevas palabras con facilidad y responde a preguntas con frases cortas.

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

El niño Lyan le gusta compartir con otros niños le gusta realizar rondas de juego le gusta mover su cuerpo salta con sus dos pies.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Dia Mes Año

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

Lyan samuel en general se muestra participativo cuando le llama la atención las actividades es respetuoso y afectuoso

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	⑫	⑬	⑭	⑮	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑	㉓	㉓	㉓	㉔	㉔	㉔	㉕	㉕	㉕
	②	②	②	⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦	⑨	⑨	⑨																							
	③	③	③				⑧	⑧	⑧	⑩	⑩	⑩																							
6 meses y 1 día a 12 meses	①	①	①	③	③	③	⑤	⑤	⑤	⑨	⑨	⑨	⑪	⑪	⑪	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑲	㉒	㉒	㉒	㉓	㉓	㉔	㉗	㉗	㉗	㉘	㉘	㉘	㉛	㉜	㉝
	②	②	②	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑														
	③						⑦	⑦	⑦				⑬	⑬	⑬																				
							⑧	⑧	⑧				⑭	⑭	⑭																				
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	㉕	㉕	㉕	㉒	㉒	㉒	㉕	㉕	㉖
	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	㉖	㉖	㉖						
				⑤	⑤	⑤	⑧	⑧	⑧																										
2 años y 1 día a 3 años	①	①	①	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑩	⑩	⑩	⑪	⑪	⑪	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	⑬	⑬	⑬				⑰	⑰	⑰	⑳	⑳	⑳	㉓	㉓	㉓						
	③	③	③				⑧	⑧	⑧				⑫	⑫	⑫	⑭	⑭	⑭				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	㉗	㉗	㉗	㉚	㉚	㉚	㉝	㉝	㉝	㊲	㊲	㊲
	④	④	④										⑯	⑯	⑯				㉒	㉒	㉒	㉕	㉕	㉕	㉘	㉘	㉘	㉛	㉛	㉛	㉞	㉞	㉞	㊳	㊳	㊳
	⑤	⑤	⑤																㉓	㉓	㉓	㉖	㉖	㉖	㉙	㉙	㉙	㉜	㉜	㉜	㉟	㉟	㉟	㊴	㊴	㊴
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	①	①	①	③	③	③	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑯	⑯	⑯	⑱	⑱	⑱	㉑	㉑	㉑	㉔	㉔	㉔	㉗	㉗	㉗	㉙	㉙	㉙
	②	②	②				⑦	⑦	⑦				⑪	⑪	⑪	⑬	⑬	⑬	⑰	⑰	⑰	⑲	⑲	⑲	㉒	㉒	㉒	㉕	㉕	㉕	㉘	㉘	㉘	㉚	㉚	㉚
							⑧	⑧	⑧				⑫	⑫	⑫	⑭	⑭	⑭	⑱	⑱	⑱	⑳	⑳	⑳	㉓	㉓	㉓	㉖	㉖	㉖	㉙	㉙	㉙	㉛	㉛	㉛

= 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 Lyan Samuel Ariza Montilla, identificado (a) con documento de identidad número 1080.268.363, 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Ingri Xiomara Montilla Serrato, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1080.260.092, 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

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 Cornuella, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Modalidad Tradicional.

Suscriben:

Firma: Xiomara Montilla
Nombre: Xiomara Montilla.
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 322 5114 5094
Fecha: 03-03-2025
Municipio: La Argentina Huila

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 Ingri Xiomara Montilla Serrato, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1080.260.092 de la Argentina H, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Lyan Samuel Ariza Montilla, identificados con NUIP No. 1080.268.363, usuario de la unidad de servicio CDI 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: Xiomara Montilla

Firma: Xiomara Montilla

CC. No. 1080260092

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Zuri Vanesa Rojas Linero

Firma: Zuri Vanesa Rojas L.

CC. No. 1.051.795.442

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 marzo 2025 *Por medio de la presente acta Yo* Ingri Xiomara Montilla Serrato *identificada con* CC *número* 1.080.260.092, *acudiente o responsable del beneficiario* Liam Samuel Ariza Montilla, *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.*

Ingri Xiomara Montilla Serrato
Firma Madre/Padre/Cuidador
C.C 1080260092

Firma Equipo Agente Educativo
C.C 1067795142

Huella niño o niña



Powered by CamScanner

137

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.080.260.092
MONTILLA SERRATO
APELLIDOS
INGRI XIOMARA
NOMBRES

Ingri Xiomara Montilla S
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-MAR-2004
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.45 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

04-ABR-2022 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1904700-01297987-F-1080260092-20220514 0079358082A 1 8504452602

Powered by CamScanner

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

Sr(a): MACA VELES ANDREA
c.c. / Nit: 215755
CRA 3E 6-07 B PRIMAVERA
Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780044900
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 4-LIBRETIN 4 DE LA ARGENT

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
PARA PAGOS EFECTIVO Y PAGO ELECTRÓNICO
295627465

Factura De Venta No.
83653023
Fecha De Emisión
18/10/2024

Periodo:	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
Datos de la Factura 10 / la 2024	14/09/24-15/10/24	$244,900	$244,900	10 meses

Clase Servicio: Residencial
Estrato: 1-Bajo Bajo
Zona: OCCIDENTE
Nivel Tensión: 1-Secundaria
Carga Instalada: 2000 W
Nodo: T12994-GL1P
Tipo Liqui.: lectura

COSTO UNITARIO DE PRESTACION DE SERVICIO

Generación	418.2
Transmisión	57.14
Distribución	265.55
Restricciones	32.52
Pérdidas	96.57
Comercialización	158.83
Costo Unitario	1028.81
Tarifa Aplicada	1028.809

Indicadores De Calidad Individual

Datos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-8060901	KRI	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	1760	1760	1	0

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor

Últimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2024	9	0	2024	3	0
2024	8	0	2024	2	0
2024	7	0	2024	1	0
2024	6	0	2023	12	0
2024	5	0	2023	11	0
2024	4	0	2023	10	0

Saldo a favor cuenta: 0
Consumo Año Anterior: 0

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Total cuota Financiación 0

Tasa de Interes 0.00 %

Indicadores De Calidad Individual Retroactivo

Nodo 6500328 Grupo Calida	21
Horas a compensar	1.27
Compensacion por evento	
Meta Calidad opr Duración	62.3
Meta calidad por eventos	2
Eventos acmulados año	7
Duracion acumulador año	70.2
Consumo a compensar	0
Cargo distribución	266.

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	
Total Electrohuila	$0
Total Servicio de Aseo	$0
Total Alumbrado Público	
Total Otros Cobros	$0
Total a Pagar	$244,900

Debido al no pago oportuno de su factura, ELECTROHUILA procederá a la suspensión del servicio de energía eléctrica, una vez quede en firme la presente decisión, contra la cual procederán los recursos de reposición ante la División de PQR, en subsidio el de apelación ante la SuperServicios, el cual debe interponerse "en un mismo escrito, dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación del presente acto, conforme a lo establecido

CUFE 05df01a052d71777ec2b40f2e3d4636b4333f4aca99640ef971c27a2e56ba9ac0e4658816abbf3621cf12f2b769ff285

FOES	Último Pago	Fecha de Vencimiento:
Kwh $/Kwh Total N. Fact	$11,100 25/09/2023 Emitida Por: NAYIBI.BELTRANC	PAGO INMEDIATO

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

PAGO INMEDIATO $244,900

Línea de transparencia

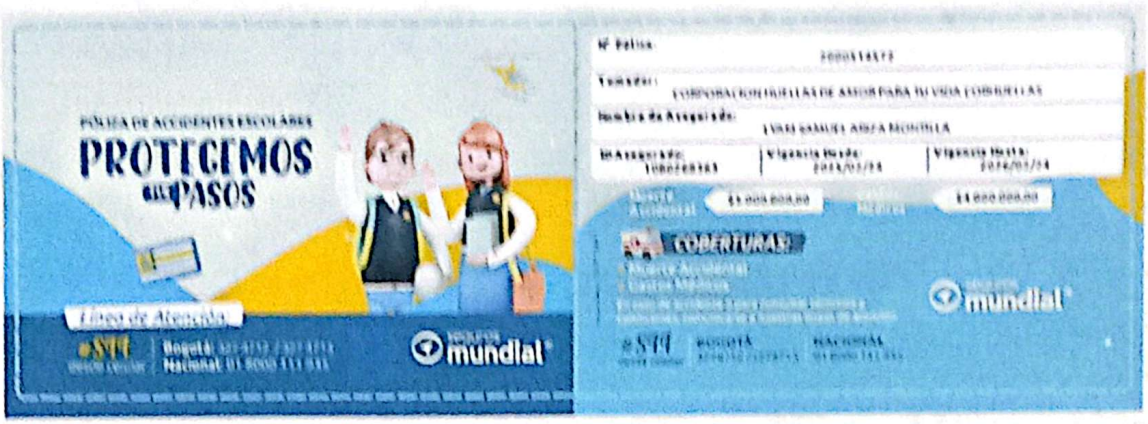
Pag: 1

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 escaneando el Código QR.

(415)7707274499679(8020)0295627465(3900)0000244900(96)20241025

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

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner