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

Fecha de diligenciamiento: 24 | 02 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: (X) 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: (X) Registro Civil ( ) Tarjeta de identidad ( ) Cédula de ciudadania ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Cédula extranjeria ( ) Sin documento **Nacionalidad:** _____

Número de documento: 1080268061

Fecha nacimiento: 11 | 09 | 2020

Nombres: LEICY SOFIA MACA AVEDAÑO **Apellidos:**

¿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 ( ) N/A

Seleccione la que aplique: ( ) Afrocolombiano ( ) Indigena ( ) No se autorreconoce ( ) Comunidad negra ( ) Rom / Gitano ( ) Palenquero (a) ( ) Raizal

Indique cuales aplican: ( ) Migrante ( ) Campesinado ( ) Firmante de paz ( ) Victima conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Huila **Municipio de residencia:** La Argentina **Zona:** Urbana **Barrio:** La Primavera **Vereda:**

Sector: **Dirección:** Calle 5A #1-07

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

Tipo documento identidad: ( ) Tarjeta identidad (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjeria ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Sin documento **Nacionalidad:** _____

Número de documento: 1060801220

Nombres: Nancy Patricia **Apellidos:** Avendaño F.

País de nacimiento: Timbio Cauca

Fecha nacimiento: 04 | 09 | 1989

Correo electrónico:

Número de celular: 3204668757

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: NANCY PATRICIA

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Ludivia H

Observaciones:

40 | 5M (427)

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 ARGENITNA
PARTICIPANTE: LEICY SOFIA MACA AVEDAÑO
RC ___ No: 1080268061

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	X		
Fotocopia del documento de identidad (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
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	X		
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo y Seguimiento	Cada 3 meses	X		
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	X		

Copia del carnet de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el participante asista según el PAI	X		
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	X		
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año			
Formato autorización uso de imágenes	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya novedades	X		
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia	X		

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

428

NUIP 1.080.268.061

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60366147

60366147

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MACA	AVENDAÑO

Nombre(s)

LEICY SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes SEP Día 11	FEMENINO	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	160227224

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

AVENDAÑO FERNANDEZ NANCY PATRICIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.060.801.220	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

MACA ULTENGO DIEGO ULBER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.264.805	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

AVENDAÑO FERNANDEZ NANCY PATRICIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.060.801.220	NANCY PATRICIA

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 2020 Mes SEP Día 26	MANUEL JESUS LATORRE ADARME - REG Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
diego ulber maca ultengo Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 27137197-1

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

26 SEP 2020

REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

OFIXPRES 100238573

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

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	1080268061
NOMBRES	LEICY SOFIA
APELLIDOS	MACA AVENDAÑO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA ARGENTINA

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	06/04/2025 19:41:36	**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

4139

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: **03/06/2025**

Ficha: **41378002930900003574**

A1

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LEICY SOFIA

Apellidos: MACA AVENDAÑO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268061

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **12/12/2023**

Última actualización ciudadano: **12/12/2023**

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

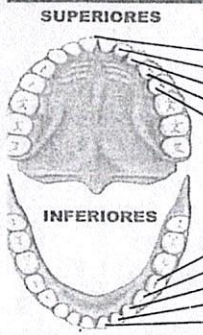
Nombre administrador: **CARLOS ANDERSON ACOSTA VALDEZ**

Dirección: **Calle 6 No 3 - 52**

Teléfono: **3176617965**

Correo Electrónico: **administradorsisben@laargentina-huila.gov.co**

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

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

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

primera visita al odontología debe hacerse antes del primer año.

CUIDADOS GENERALES

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

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

rese afecto al niño, álcelo, abrácelo y acaricielo. Permita que el niño
gue y dedique tiempo para jugar con él. Involucre al niño en la
vidades de la familia. Hable con el niño y responda con amor a su
ntos de comunicarse y llamar la atención. Permita que el niño se mueva
mente. No castigue, engañe, ni asuste al niño para obligarlo
decer.

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

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

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

EDAD	TIPO DE VACUNA		1ra DOSIS O UNICA	2da DOSIS		3ra DOSIS		A los 12 meses de edad	
			Fecha	Fecha		Fecha		Fecha	
				Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna
Recièn 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 rebota y agarra la pelota.	
Agarra objetos con los dedos		Dibuja escalera.	
Púlgar e índice.		Nombra 4 o 5 colores.	
Dice una palabra clara.		Organiza Juegos.	
Imita aplausos.			
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 alterando 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
2020	Noviembre	25	8:00		
2021	Febrero	12	8am	Chequeo	
2021	Abril	12	4:14	Mucha T.	
2021	Julio	16	8 am	Vacuna.	
2022	Febrero	12	8:00	Follow	
2022	Marto.	08	8:00	Follow	
2022	Agosto	08	8:00	Follow	
2023	MAYO	19	2:00pm	Follow	
2023	Diciembre	02	8:00	Follow	
2024	Diciembre	27	8:00	Follow	
2025	Diciembre	16	8:00	Follow	
2020	Octubre	14	8:00		X
2024	Noviembre	08	2:00	Follow Up	
2025	Septiembre	19	2pm	X	
2026	Septiembre	19	8AM		

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



T: 52cm
PN: 4.340
sg: 40sg
21 D+

CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

Nombre: Leicy Sofia Maca Avendaño
Fecha de nacimiento: 11-Sep-2020
Registro Civil: 1080268061
Teléfono: 3204668757
Dirección: Barro
Barrio o Vereda: Porvenir
Nombre Responsable del Niño: Nancy Patricia Avendaño
EPS afiliación: Comfamiliar-Comfaid
Sitio de atención: ESE SRNP

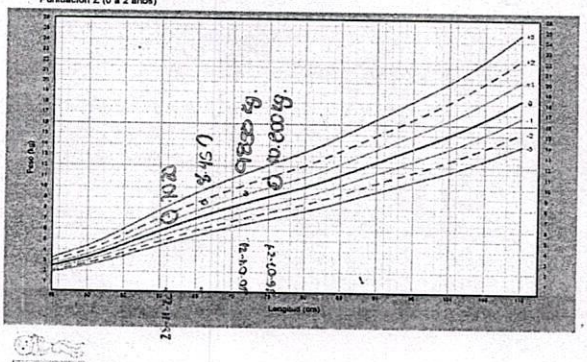
ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO LOS AGENTES DE SE LO RECOMIENDE.

174

INTERPRETACIÓN DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

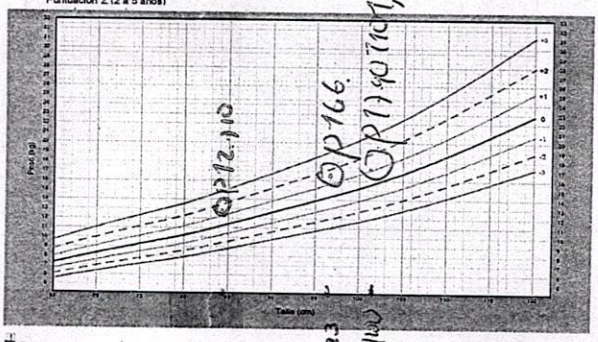
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



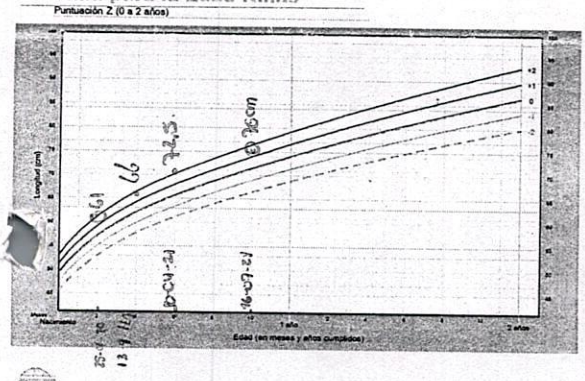
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



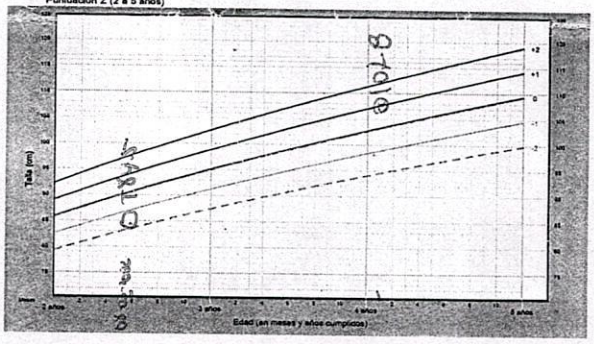
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



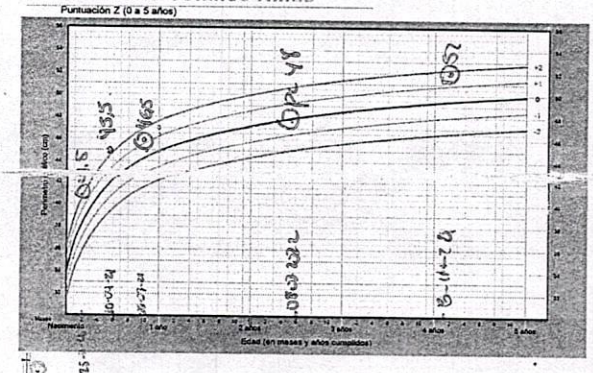
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



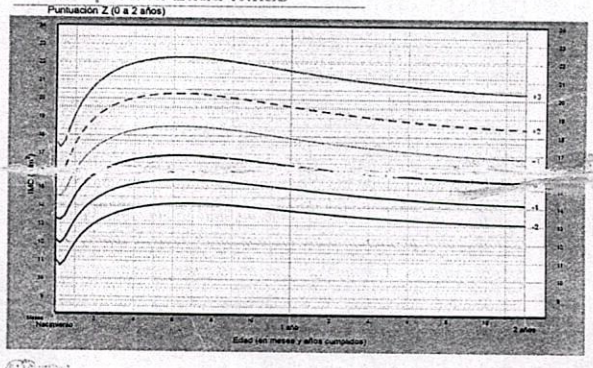
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



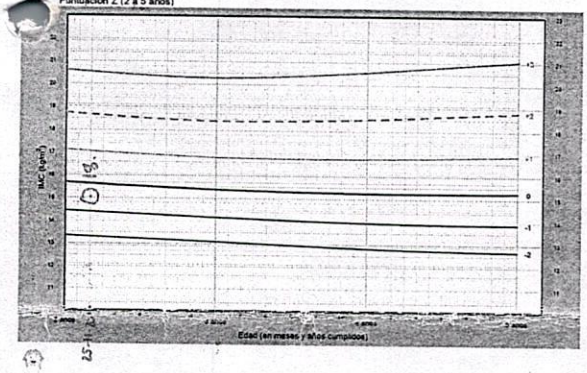
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



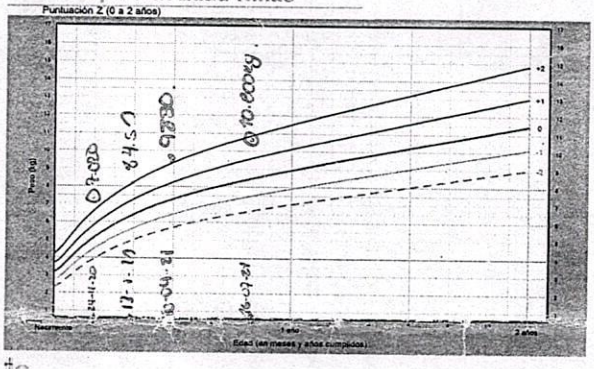
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



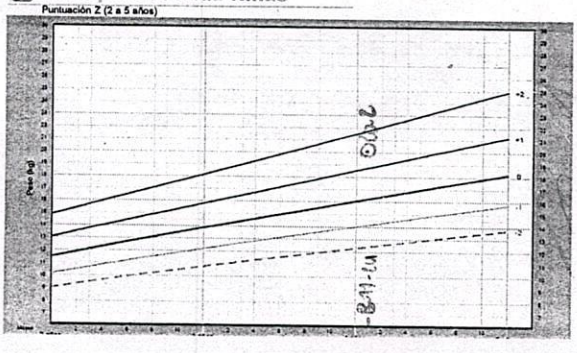
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



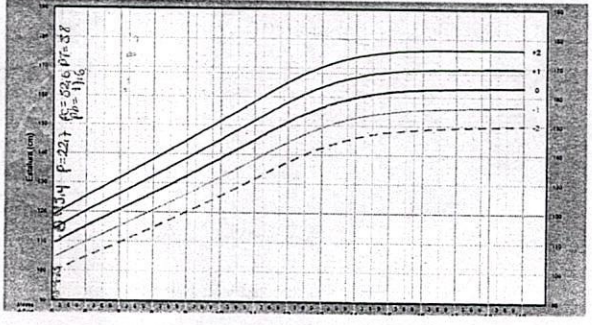
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (5 a 17 años)



PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO			
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA			
Al momento de nacer	Fecha:		
PRIMER CONTROL MÉDICO			
Durante el primer mes de vida	Fecha:		
SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA			
Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

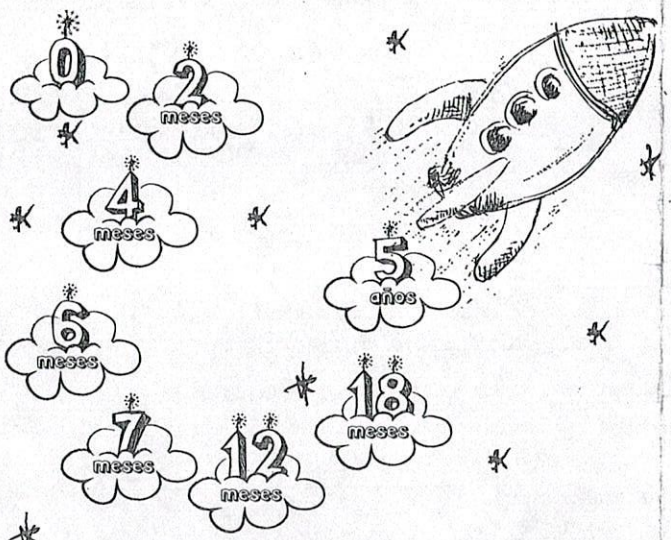
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

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



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI
Porque mi vida hay que protegerla hoy

de cero a siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Leidy Sofia Maya Avendaño
Fecha de nacimiento: 11-09-20
Nº de certificado de nacido vivo: 160227224
Registro civil: 10802268061
Sexo: femenino
Grupo sanguíneo: O+ Positivo
Peso al nacer: 4290 Gramos 46cm
Dirección: B. Porvenir - centro
Teléfono: 3204668757
Responsable: Nancy Avendaño
Municipio de residencia: La Argentina
Departamento: Huila

Cita: VPH 9 años edad
Bloq

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas

Vacunación: 3205313268



PROSPERIDAD PARA TODOS

H32

Nombre: Jerry Sofia Mora Avendaño **Registro Civil:** 1080268061

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	Sí ☒ No ☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única	11-09-20	Serum	0318625B	HDSJ	— — —	Wm Vega
	Hepatitis B	Recién nacido	11-09-20	Serum	0329000660	HDSJ	11 11 20	Jefe Juliano
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª	13-11-20	Sanofipaster	R3L891V	ESE Juan RNP	13 01 21	Jeidy Rebaje.
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	13-11-20	Serum	28SJLX03F	ESE Juan RNP	13 01 21	Jeidy Rebaje.
	Rotavirus	1ª	13/11/-20	GlaxoSmith	AROLL478AA	ESE JuanRNP	13 01 21	Jeidy Rebaje
	Neumococo	1ª	13-11-20	GlaxoSmith	ASPNB272BA	ESE Juan RNP	13 01 21	Jeidy Rebaje
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	13-01-21	Sanofipaster	T3D891V	ESE Juan RNP	13 03 21	Jeidy Rebaje
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	13-01-21	Serum	28SOX008C	ESE Juan RNP	13 03 21	Jeidy Rebaje
	Rotavirus	2ª	13-01-21	GlaxoSmith	AROLC765AA	ESE Juan RNP	13 03 21	Jeidy Rebaje
	Neumococo	2ª	13-01-21	GlaxoSmith	ASPNB288AA	ESE Juan RNP	13 03 21	Jeidy Rebaje.
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	13-03-21	Sanofipaster	T3D891V	ESE Juan RNP		Cristian Vargas
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	13-03-21	Serum	28SONOOIC	ESE Juan RNP		Cristian Vargas.
	Influenza	1ª	07-07-21	Sanofipaster	U3B891V	ESE Juan RNP	10 08 21	Jeidy Rebaje.
7 Meses	Influenza	2ª	10-08-21	Sanofipaster	U3B891V	ESE Juan RNP	— — —	Jeidy Rebaje.
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	21-04-21	Serum	01BNE38B	ESE Juan RNP	11 09 25	Jeidy Rebaje
	Fiebre Amarilla	1ª	11-03-21	Sanofi Paste	T3J56	ESE JRNP	11 09 25	Milena Bravo
	Neumococo	Refuerzo	21-09-21	GlaxoSmith	ASPNB581FA	ESE Juan RNP	— — —	Jeidy Rebaje
	Influenza	Anual						
	Hepatitis A	ÚNICA	21-09-21	GlaxoSmith	T036268	ESE Juan RNP	— — —	Jeidy Rebaje
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo	11-03-22	Serum	29200009B	ESE JRNP	11 09 25	Milena Bravo
	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo	4-03-22	Serum	1801P002	ESE JRNP	11 09 25	Milena Bravo
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo	13-09-25	GlaxoSmith	247360A	ESE Juan Ramon	— — —	Desde Rebaje
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo	13-09-25	Serum	2211605748	ESE Juan Ramon	— — —	Desde Rebaje.
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	10-03-23	Serum	0131NL07B	ESE Juan Ramon	— — —	Cristian Vargas!
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	1ª	21-09-21	Merck	U004190	ESE Juan	11 09 25	Jeidy Rebaje
	Sarampión - Rubeola.	1A	23-10-21	Serum	0129W235	ESE Juan R.	— — —	Jeidy Rebaje.
	Varicela	1 REF	13-09-25	Merck	V013560	ESE Juan Ramon	— — —	Jeidy Rebaje.

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.

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

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE:	**DOCUMENTO:**
Ielcy Sofia Maca. Avendaño	708658061.
CONTROL DE PLACA	
FECHA DE ATENCIÓN: 23 Agosto 2025	**PROXIMO CONTROL:** 15 febrero 2026
EXPEDIDO POR: Karen Garcia Martinez Auxiliar en Salud Oral CC 1064154284	

1434

FECHA: 15-11-2024	CONSULTORIO ODONTOLOGICO MALFI VARGAS GAITAN NIT. 52964736-8
VERSION: 01	
PAGINA 1	

CERTIFICADO ODONTOLOGICO:

*Paciente: **LEICY SOFIA MACA AVENDAÑO** identificada con R.C N° **1.080.268.061 Edad**: 4 años.*

Asiste a consulta para valoración odontológica en compañía de su madre, paciente en proceso de adaptación; se observa dentición temporal acorde a la edad, se le hace la adaptación correspondiente, paciente con todos sus dientes temporales sanos; se le dan recomendaciones de higiene y cuidado a su acompañante y se cita nuevamente.

***TB:** Sanos, Se dan pautas de higiene y cuidado.*

Se entrega el presente certificado odontológico para fines personales.

Se expide a solicitud del interesado el día 06 de mayo del 2025.

Malfi Vargas Gaitán
ODONTOLOGA
Reg. 1782

MALFI VARGAS GAITAN
Odontóloga
C.C.52.964.736

Cel.3166922997

La Argentina Huila, Cr. 4 # 6-61 Barrio Centro
3177446068-3166922997
Malfivargas@gmail.com
"ODONTOLOGIA INTEGRAL"

435

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
813010966 - 1

CERTIFICACION MEDICA

Certificado No.: **10000709**
Entidad Administradora: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD** Fecha de Registro: 22-feb-2025
Historia No.: 1080268061

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	LEICY SOFIA MACA AVENDAÑO	No.identificación :	RC: 1080268061
Sexo:	F	Edad :	4 Años
Ciudad de residencia:	LA ARGENTINA, HUILA	Estado civil:	SOLTERO
Dirección residencia:	, EL PROVENIR	Teléfono:	3204668757

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso : 21.2 Kg Talla : 110.3 cm

CAMPO VISUAL

Ojo Derecho : Visión normal Ojo Izquierdo : Visión normal

OBSERVACIONES GENERALES

MENOR DE 4 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, EN EL MOMENTO CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, AFEBRIL, HIDRATADA, ORIENTADA, SIN SEÑALES DE MALTRATO EVIDENTES, ADECUADO DESARROLLO PSICOMOTOR PARA LA EDAD, SE REALIZA TAMIZAJE VISUAL CON RESULTADO NORMAL (20/20) EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO, SE REALIZAN PREGUNTAS AL MENOR LAS CUALES RESPONDE ADECUADAMENTE POR LO CUAL SE PUEDE CERTIFICAR QUE PUEDE ESCUCHAR CORRECTAMENTE; MENOR QUE NO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE LE IMPIDAN VIVIR Y RELACIONARSE EN COMUNIDAD, MENOR QUE PUEDE ESTAR EN ENTORNO ESCOLAR BAJO LA SUPERVISION DE UN ADULTO RESPONSABLE.

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

Liset Marcela López Alvear
Medico General
R.M. 1083047830
Firma del profesional de la salud

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 NANCY PATRICIA AVEIRO, 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): Leicy Sofia Maca con RC No 1080268061 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.

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 Marco del año 03, en el Municipio de La Argentina

NANCY PATRICIA AVENDAÑO
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Ludivia Hernández
AGENTE EDUCATIVO

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Argentina Huila

Nombre completo de la niña o niño Leicy Sofia Maca Avedaño

Fecha de nacimiento 11 09 2020 **N° Documento de Identidad** 1080268061

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Ludivia Hernández Ortiz

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

Leisy Sofia es una niña alegre pero muy ordinaria en el juego con sus amigos. a pesar de que se le llama la atención le gusta el juego brusco. se divierte explorando lo que hay en el salón.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Ludivia Hernández

Fecha de registro cualitativo 29 09 2025

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

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

Observaciones generales

Expresa ideas y opiniones con claridad utiliza vocabulario adecuado para la edad, participa en conversaciones, manifiesta sus gustos y necesidades con respeto, dialoga con sus compañeros.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Ludivia Hernández Ortiz

Fecha de resgistro cualitativo 20 11 2025

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

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

Observaciones generales

Muestra interes por actividades artisticas, como dibujar, pintar o moldear, expresando emociones y experiencias personales.

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

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	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10	11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21 22	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	11 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24	22 23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16	17 18	17 18	17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	✓ 2	2	2	✓	3	3	✓ 5	5	5	✓ 7	7	7	✓	8	8	✓ 10	9 10	9 10	✓ 12	11 12	11 12	✓ 14	13 14	13 14	✓	15	15	✓ 17	16 17	16 17	✓	18	18	✓ 20	19 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

439

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 Leicy Sofia Maca Avendaño, identificado (a) con documento de identidad número 1080268061 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, NANCY PATRICIA AVENDAÑO, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1060801220, 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. Corbuellas, 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: NANCY PATRICIA AVENDAÑO
Nombre: NANCY PATRICIA
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3204668757
Fecha: 03-03-2025.
Municipio: La Argentina

¡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.

(141)

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 NANCY PATRICIA, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1060801220 de Cajibio Cauca, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Leicy Sofia Maca Avendaño, identificados con NUIP No. 1080268081, 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: NANCY PATRICIA AVENDAÑO

Firma: NANCY PATRICIA

CC. No. 1060801220

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Ludivia Hernández

Firma: Ludivia Hernández

CC. No. 26527777

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 27/03/2025 *Por medio de la presente acta Yo* Nancy Patricia Avendaño *identificada con* C.C *número* 1060801220, *acudiente o responsable del beneficiario* Leicy Sofia Maca, *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.*

NANCY PATRICIA

Firma Madre/Padre/Cuidador

C.C 1060801220

Ludivia Hernández

Firma Equipo Agente Educativo

C.C 26527777

Huella niño o niña



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.060.801.220**

AVENDAÑO FERNANDEZ

APELLIDOS

NANCY PATRICIA

NOMBRES

NANCY PATRICIA AVENDAÑO

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-SEP-1989**

TIMBIO
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-DIC-2008 CAJIBIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1101300-00154858-F-1060801220-20090421 0010897127A 1 27829279

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

Sr(a): RINCON GONZALEZ LIBARDO
c.c. / Nit: 4919470
CL 5A #1-07 B PRIMITIVO LOSADA
Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780031620
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 3-LIBRETIN 3 DE LA ARGENT

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
458522040
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
84844408

Fecha De Emisión
16/01/2025

Periodo:	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
1 / 2025	14/12/24-14/01/25	$72,380	$72,380	0 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial
Nivel Tensión: 1-Secundaria
Tipo Liqui.: lectura
Estrato: 1-Bajo Bajo
Carga Instalada: 708 W
Zona: OCCIDENTE
Nodo: T09582-GL1P

COSTO UNITARIO DE PRESTACION DE SERVICIO

Generación	419.14
Transmisión	55.37
Distribución	263.15
Restricciones	3.47
Pérdidas	96.01
Comercialización	145.39
Costo Unitario	982.52
Tarifa Aplicada	982.5245

Indicadores De Calidad Individual

[redacted]culos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
2-44633033	ISK	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	17987	17848	1	139

Conceptos ElectroHuila

[redacted]oncepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	136,571
608	Ajuste Decena	<4>
995	Subsidio	<74,171>

Ultimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2024	12	162	2024	6	172
2024	11	163	2024	5	139
2024	10	159	2024	4	125
2024	9	171	2024	3	108
2024	8	141	2024	2	144
2024	7	146	2024	1	97

Promedio Cuenta	Consumo Año Anterior
157	97

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
2	1	130	130.0	411.9816	$53,558
2	131	139	9.0	982.5245	$8.843

Indicadores De Calidad Individual Retroactivo

Nodo 6500151 Grupo Calidad 21

Horas a compensar	1.024
Compensacion por evento	
Meta Calidad opr Duración	62.37
Meta calidad por eventos	21
Eventos acmulados año	87
Duracion acumulador año	84.87
Consumo a compensar	81.2
Cargo distribución	266.2

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Total cuota Financiación 0

Tasa de Interés 0.00 %

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$0
Total Electrohuila	$62,396
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	$9,984
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$72,380

CUFE eacb796c30743f90e696fe0e39bd903f0c97081fec3dedac41753b700f220d06bbb01a270487db7d3dba181b157b6dfa

FOES

Kwh $/Kwh Total N. Fact

Ultimo Pago

$199,290
21/12/2024
Emitida Por: YULIETH.CEBALLESB
Pag: 947

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento: **27/01/2025**

Suspensión a Partir del:

Línea de transparencia

Reporta en la línea de transparencia todos los presuntos actos de soborno, corrupción o comportamientos indebidos de nuestros trabajadores y/o contratistas.
Línea gratuita **018000 117766**
Correo **electrohuila@lineatransparencia.com**
Accede directamente escanenado el Código QR.

(415)7707274499679(8020)0458522040(3900)0000072380(96)20250127

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

AUTORRETENEDORES (CIRCULAR 4 DEL 08/01/09 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA) SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORRETENEDORES (CIRCULO 637 DEL ACUERDO 028 DE 2016)

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

VIGILADA por SUPERSERVICIOS NUIR 2-41001000-3

Impreso por: Edapples SAS NIT: 860503580-2 62943


PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES
PROTEGEMOS TUS PASOS
Línea de Atención:
#899 desde celular
Bogotá: 327 4712 / 327 4713
Nacional: 01 8000 111 935
seguros mundial
Nº Póliza: 2000514572
Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS
Nombre de Asegurado: LEICY SOFIA MACA AVEDANO
ID Asegurado: 1080268061
Vigencia Desde: 2025/02/24
Vigencia Hasta: 2026/02/24
Muerte Accidental $5.000.000,00
Gastos Médicos $4.000.000,00
COBERTURAS:
Muerte Accidental
Gastos Médicos
En caso de accidente o para consultar términos y condiciones, comunicarse a nuestras líneas de atención
#899 desde celular
BOGOTÁ 3274712 /3274713
NACIONAL 01 8000 111 935
seguros mundial