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

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

**UDS** CDI LA ARGENTINA
**PARTICIPANTE:** KEILY ZAMARA PILLIMUE LOPEZ
**RC** X **No.** 1.080.268.200



| 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<br>(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 | | | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente. | Formalización del cupo y Seguimiento | Cada 3 meses | | | |
| Fotocopia de la valoración integral en salud/ control de crecimiento y desarrollo | Seguimiento | Cada vez que el participante asista a la valoración según esquema establecido | | | |
| 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.<br>(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 | | | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | | |

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

**Fecha de diligenciamiento:** 16 | 07 | 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:** 1.080.268.200

**Fecha nacimiento:** 22 | 02 | 2021

**Nombres:** Kelly zamara

**Apellidos:** Pillimue lopez

**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 ( ) Indígena (X) No se autorreconoce ( ) Comunidad negra ( ) Rom / Gitano ( ) Palenquero (a) ( ) Raizal

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

## DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

**Departamento residencia:** Huila

**Municipio de residencia:** la Argentina

**Zona:** Urbana

**Barrio:** la primavera

**Vereda:**

**Sector:**

**Dirección:**

## INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

**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:** 1080.262.515

**Nombres:** Maria Mayerli

**Apellidos:** lopez Noguera

**País de nacimiento:** Colombia

**Fecha nacimiento:** 10 | 02 | 1990

**Correo electrónico:**

**Número de celular:** 3212818029

**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:** Maria Mayerli Lopez

**Nombre y Firma del profesional que diligencia:** Zuri Vanessa RL

**Observaciones:**

(5)

3118294705

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.080.268.200

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60366299

*60366299*

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 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 |
|---|---|
| PILLIMUE | LOPEZ |

Nombre(s): KEILY ZAMARA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2021 Mes FEB Día 22 | FEMENINO | O | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipi. - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA HUILA LA ARGENTINA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 160289934 |

**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: LOPEZ NOGUERA MARIA MAYERLI

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.080.262.515 | 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: PILLIMUE MUÑOZ ORACIO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.080.262.472 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: PILLIMUE MUÑOZ ORACIO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 1.080.262.472 | Oracio Pillimue m |

**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 FEB Día 24 | MANUEL JESUS LATORRE ADARME - REG |
| | Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Oracio Pillimue m | |
| Firma | Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

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

OFIXPRES

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Departamento Nacional de Planeación

(19)

Registro Valido

A3

**Fecha de consulta:** 23/07/2025

**Ficha:** 41378008503500000032

**Pobreza extrema**

## DATOS PERSONALES

**Nombres** KEILY ZAMARA

**Apellidos** PILLIMUE LOPEZ

**Tipo de documento** Registro Civil

**Número de documento** 1080268200

**Municipio** LA ARGENTINA

**Departamento** HUILA

## INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente** 11/06/2018

**Última actualización ciudadano** 02/01/2025

**Última actualización via registros administrativos**

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

## Contacto Oficina SISBEN

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

(20)

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 | 1080268200 |
| NOMBRES | KEILY ZAMARA |
| APELLIDOS | PILLIMUE LOPEZ |
| 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:** | 07/23/2025 16:54:10 | **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

(7)

DIENTES
ECHE")

EDAD
Central
Lateral
Molar
Molar

EDAD
Molar
Molar
Lateral
Central

ES

o una gasa húmeda
eñar al niño la forma
a dental, ayudando

oca porque azúcar
ginar de la forma de
ure no dar dulces o

del primer año.

ntes, córtele las uñas
NI CHUPOS.

erque a los enfermos.
cerque a los enfermos.

Permita que el niño
olucre al niño en las
onda con amor a sus
que el niño se mueva
iño para obligarlo a

ija que el niño realice
re sincero con él.

R SI PRESENTA LAS
/ARLO AL SERVICIO
POR MÉDICO

entido).

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

| | | 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 circulo. | |
| Reacciona cuando se le llama. | | Describe bien un dibujo. | |
| Pone atención a la conversación. | | Tiene un amigo especial. | |
| **A LOS 9 MESES** | | **A LOS 60 MESES** | |
| Se sienta por si solo. | | Hace rebota y agarra la pelota. | |
| Agarra objetos con los dedos Pulgar e índice. | | Dibuja escalera. | |
| Dice una palabra clara. | | Nombra 4 o 5 colores. | |
| Imita aplausos. | | Organiza Juegos. | |
| **A LOS 12 MESES** | | **A LOS 72 MESES** | |
| Se para solo. | | Salta desde 60 cms de altura. | |
| Busca objetos escondidos. | | Dibuja casa. | |
| Entiende orden sencilla. | | Conoce días de la semana. | |
| Bebe en la taza sola. | | Comenta vida [illegible] | |
| **A LOS 18 MESES** | | **A LOS 84 MESES** | |
| Corre. | | Salta alterando [illegible] | |
| Pasa hojas de un libro. | | Copia una figura de líneas curvas. | |
| Reconoce seis objetos. | | Conoce ayer, hoy y mañana. | |
| | | Conoce fechas especiales. | |

## CITAS PROGRAMADAS

| AÑO | MES | DIA | HORA | CUMPLIÓ SI | CUMPLIÓ NO |
|---|---|---|---|---|---|
| 2021 | Mayo | 26 | 7am | X | |
| 2021 | Mayo | 29 | 8:00 | Haid y E | |
| 2021 | Agosto | 14 | 7:00 | | |
| 2021 | Noviembre | 26 | 7am | | |
| 2022 | Junio | 3 | Reprogramar | | |
| 2022 | Junio | 14 | 8:00 | Yuli | |
| 2022 | Octubre | 29 | 8:00 | Alternar | |
| 2023 | abril | 24 | 7:00 | Yuli | |
| 2023 | Noviembre | 23 | 8:00 | | |
| 2023 | Diciembre | 01 | 2pm | | |
| 2024 | Mayo | 08 | 8am | Laicidez | |
| 2025 | Mayo | 02 | 8am | | |
| 2026 | Febrero | 27 | 8:00 | | |

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: Kelly Tamara Pillimue L.

Fecha de nacimiento: 22 Febrero 2021

Registro Civil: 1080268200

Teléfono: 3118294705

Dirección: La Argentina #

Barrio o Vereda: B. Primavera

Nombre Responsable del Niño: María Hayerly Lopez

EPS afiliación: Comfamiliar

Sitio de atención: E.S.E JRNP

LLEVE AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE

| 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.

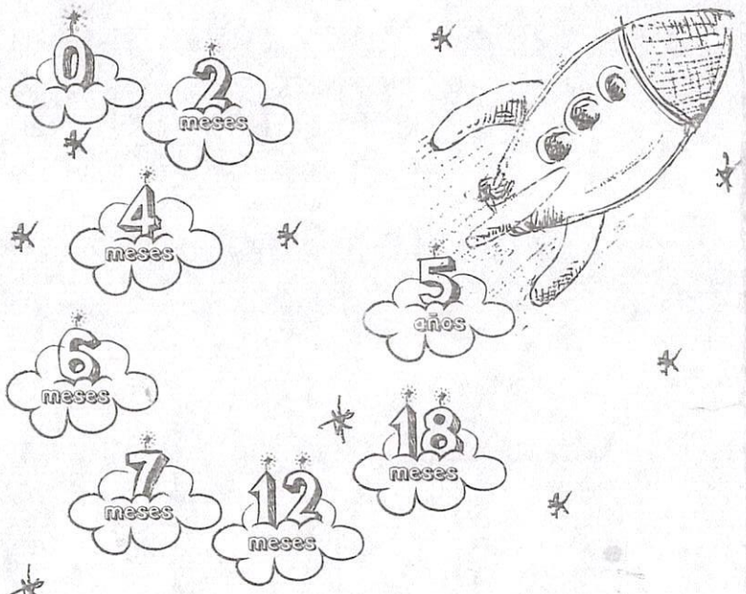
| | | |
|---|---|---|
| Valor reportado TSH: | | |
| Fecha verificación: | | |
| Profesional que verificó: | | |

**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 hoy sí puede 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: Keily Samara Pillinve López
Fecha de nacimiento: 22-Febrero-2021
Nº de certificado de nacido vivo: 160289934
Registro civil: 1.080.266.700
Sexo: Femenino.
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3910gr. 38sg.
Dirección: La Primavera Mza 18#02-70
Teléfono: 3118294705 Nueva E.P.S
Responsable: Maria Nayerly López Nayer
Municipio de residencia: La Argentina- Hom
Departamento: Huila: cc: 1080262515.

Cita: 25-Febrero-2021

**Recuerda:**
**Estas vacunas son gratuitas**



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: Kelly Sarmiento Pilima López  Registro Civil: 1080268200

| 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 | 22.02.21 | Serum | 03796215 | E.S.E. Juan L | — — — | Haidy Tapiero. |
| | Hepatitis B | Recién nacido | 22.02.21 | Serum | 0320Y013D | E.S.E. Juan L | 23 04 21 | Haidy Tapiero. |
| 2 Meses | Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 1ª | 27-04-21 | Sanofi pasteur | T3D8G1V | ESE Juan RNP | 26 06 21 | Leidy Rebayo |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1ª | 27-04-21 | Serum | 28EXCOD | ESE Juan RNP | 26 06 21 | Leidy Rebayo |
| | Rotavirus | 1ª | 27-04-21 | GlaxoSmithKline | ARDLZE7AL | ESE Juan RNP | 26 06 21 | Leidy Rebayo |
| | Neumococo | 1ª | 27-04-21 | GlaxoSmithKline | ARDLB2E1AB | ESE Juan RNP | 26 06 21 | Leidy Rebayo |
| 4 Meses | Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 2ª | 25.6.21 | Sanof. P. | T3D894V | ESE Juan L | 25 08 21 | Leidy Jimena Rebayo B. C.C. 55.212.565 de Arauca Auxiliar de Enfermería |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2ª | 25.6.21 | Serum | 2850Y05C | ESE Juan L | | |
| | Rotavirus | 2ª | 25.6.21 | GlaxoSmithKline | ARDLC74LAA | E.S.E Juan L | | |
| | Neumococo | 2ª | 25.6.21 | GlaxoSmithKline | A1PNB3B0B | E.S.E Juan L | | |
| 6 Meses | Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva. | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 3ª | 28.08.21 | Biothrax | 2022007A | E.S.E | 28 08 22 | Leidy Jimena Rebayo B. C.C. 55.212.565 de Arauca Auxiliar de Enfermería |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 3ª | 28.08.21 | Serum | 2850Y021C | Juan Ramón | 28 08 22 | |
| | Influenza | 1ª | 28-08-21 | Sanofi | V3B87V | Juan Ramón | 28 09 21 | |
| 7 Meses | Influenza | 2ª | 01-10-21 | Sanofi pasteur | V3F13V | ESE Juan Ram | al año | Leidy Rebayo |
| 12 Meses | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | 1ª | 25-02-22 | Serum | 0B0N125A | ESE Juan Ramón | 22 02 26 | Leidy Rebayo |
| | Fiebre Amarilla | 1ª | 14.09.21 | Sanofi P. | V3E37 | E.S.E Juan | — — — | Leidy Rebayo |
| | Neumococo | Refuerzo | 25-02-22 | GlaxoSmithKline | ARPNB32CA | ESE Juan Ramón | — — — | Leidy Rebayo |
| | Influenza | Anual | 10-6-2021 | Green Cross | VSO222006 | E.S.E Juan | — — — | Leidy Rebayo |
| | Hepatitis A | ÚNICA | 25-02-22 | Merck Sharp | VAL9226 | ESE Juan Ramón | — — — | Leidy Jimena Rebayo B. |
| 18 Meses | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1ª Refuerzo | 14.09.22 | Sanofi | Z8210016A | ESE Juan L | 25 02 26 | Leidy Jimena Rebayo B. C.C. 55.212.565 de Arauca Auxiliar de Enfermería |
| | Polio (Oral - IM) | 1ª Refuerzo | 14.09.22 | Biothrax | 2141014 | ESE Juan L | 25 02 26 | |
| 5 Años | Polio (Oral - IM) | 2º Refuerzo | | | | | | |
| | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2º Refuerzo | | | | | | |
| | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | Refuerzo | 13.05.23 | Serum | 0131N082A | ESE Juan L | — — — | Leidy Rebayo |
| Niñas 9 Años o más | VPH | 1ª | | | | | | |
| | VPH | 2ª | | | | | | |
| | VPH | 3ª | | | | | | |
| Vacunas complementarias y otras dosis | Varicela. | 1ª | 25-02-22 | Merck Sharp | V006422 | ESE Juan Ramón | 22 02 26 | Leidy Rebayo. |
| | 5 Rubeola. | 1ª | 02 04-22 | Serum | 0129W235 | ESE Juan RNP | — — — | Milena Báez |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

**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.**

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

# *CERTIFICADO ODONTOLOGICO:*

*Paciente:* ***KEILY SAMARA PILLIMUE LOPEZ***
*identificada con R.C N°* ***1.080.268.200 Edad****: 4 años.*

*Paciente asiste a consulta para control y 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 el cual presenta caries en dientes temporales; 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 23 de julio del 2025.*

Malfi Vargas Gaitán
ODONTOLOGA
Reg. 1782

*MALFI VARGAS GAITAN*
*Odontóloga*
*C.C.52.964.736*

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

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

# CERTIFICADO MÉDICO VISUAL

NOMBRES Y APELLIDOS: **KEILY SAMARA PILLIMUE LOPEZ**

IDENTIFICACIÓN: **R.C.** **1.080.268.200** EDAD: **4 años**

***Síntomas oculares o visuales?:*** Sin antecedentes de importancia.

***Exploración física:*** se observa cejas delgadas sin alteraciones. Pestañas largas y dispuestas hacia afuera. Párpados simétricos para el globo ocular, borde palpabral sin signos procesos inflamatorios, glandulas de Meibomio normales. Conjuntivas de color rosadas e hidratadas, sin hiperemia; esclera sin alteraciones; ojos simétricos y sin protrusión o depresión de globos oculares. Iris de color café y pupilas isocóricas. Reflejos oculomotor normal; reflejo fotomotor, presente y reflejo consensual sin ninguna anormalidad. El examen de los movimientos oculares, sin alteraciones.

**Agudeza visual:** Visión cercana y lejana dificil sin decicit aperente, en el momento del examen.

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

Fecha de expedición: Miércoles, 23 de Julio de 2025

Médico que certifica

Mery Cristina Triviño M.
MD. GENERAL
1310 - 17

*Mery Cristina Triviño Mejía*
R.M. 1310-07

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

# CERTIFICADO MÉDICO

NOMBRES Y APELLIDOS: **KEILY SAMARA PILLIMUE LOPEZ**

IDENTIFICACIÓN: **R.C.** **1.080.268.200** EDAD: **4 AÑOS**

| |
|---|
| ***Síntomas clínicos?:*** No refire |
| ***Antecedentes médicos?:*** Niega alergias, no cirugías, Perinatales normales. Vacunas al día. IVU |
| ***Exploración física:*** Se observa menor en buenas condiciones generales. Cabeza simétrica, sin alteraciones. Cavidad oral sin lesiones. Amigdalas normales. Higiene bucal normal. Cuello sin masas ni adenopatiás. Tórax simétrico y expansible. Auscultación pulmonar y cardíaca normal. Abdomen, blando, depresible, no doloroso, sin masas. Extremidades normales, simétricas y móviles. Piel sin lesiones, con adecuada perfusión. Cabello de aspecto limpio, sano. Uñas, cortas, limpias, sin lesiones anormales. |
| ***Estado nutricional:*** Peso y talla en percentil - 50. No signos clínicos de desnutrición. |

**CONCLUSIÓN:** Menor sin alteraciones patológicas al momento del examen que demuestren signos de desnutrición o relacionados con algunas enfermedad que limite su convivencia social o de cuidado especial. Adecuado estado nutricional.

Fecha de expedición: Miércoles, 23 de Julio de 2025

Médico que certifica

Mery Cristina Triviño M.
MD. GENERAL
1310-07

*Mery Cristina Triviño Mejía*
R.M. 1310-07

| 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): Keily Zamara Pillimue Lopez con RC No 1.080.268.200 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<br>Nit 900.192.801-0 | | CÓDIGO:<br>AG-DC-018 |
|---|---|---|---|
| | **Fecha de elaboración:**<br>24 de febrero del 2024 | **Fecha última modificación:**<br>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 16 del mes Julio del año 2025, en el Municipio de la Argentina.

María Victoria López
**PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR**

Zuri Vanessa Rojas L.
**AGENTE EDUCATIVO**

de cero a Siempre

78

**Ciudad** La Argentina Huila

**Nombre completo de la niña o niño** Keily Camara Pillimue Lopez

**Fecha de nacimiento** 22 02 2021 **N° Documento de Identidad** 1080268200

**Sexo** Masculino ○ Femenino ⊗ **Fecha de 1er día de atención en el año** 16 07 2025

**Primer Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Ludivia Hernández Ortiz

**Fecha de registro cualitativo** 30 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**

Acepta poco a poco normas de convivencia y acuerdos en el aula, participa en actividades artísticos con entusiasmo, se interesa por explorar de diferentes formas las cosas que se le proporcionan.

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

**Segundo Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Ludivia Hernández Ortiz

**Fecha de registro cualitativo** 19 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**

Comparte activamente en las actividades grupales, Compartiendo materiales, Nombra colores Primarios, Figuras geométricas, maneja sus emociones.

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

**Tercer Registro Cualitativo**

**Nombre del observador**

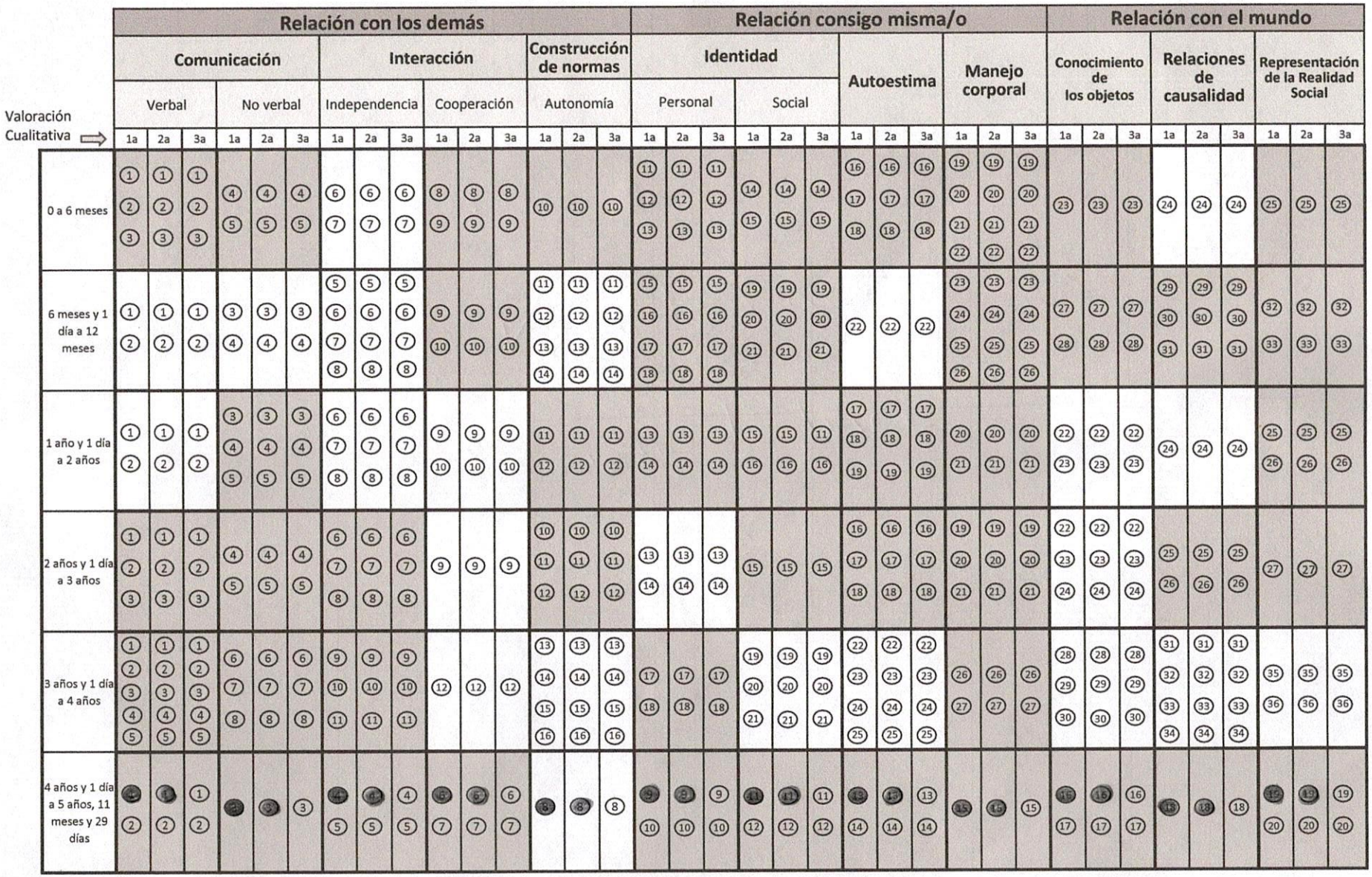
**Fecha de resgistro cualitativo** Día Mes Año

**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**

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




PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

29

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>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 Kelly Zamara Pillimue Lopez, identificado (a) con documento de identidad número 1080.268.200, 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, _____, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número _____, 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 Corhuellas, 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 Institucional.

**Suscriben:**

Firma: M. Maria. Lopez
Nombre: Maria Mabeli Lopez Noguera
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3212818029
Fecha: 16/07/2025
Municipio: La Argentina Huila.

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br>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 María Mayerli lopez Nogera, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.080.262.515 de la Argentina., padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Kelli zamara Pillimue lopez, identificados con NUIP No. 1.080.268.200, 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 16 días del mes 07 de 2025

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

Nombre: María Mayerli lopez

Firma: María Mayerli lopez

CC. No. 1080262515

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Yuri Vanesa ROJAS Cizuano

Firma: Yuri Vanesa Rojas L

CC. No. 1061795142

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 16/julio/2025 *Por medio de la presente acta Yo* Maria Mayerli lopez Noguera *identificada con* CC *número* 1080.262.515, *acudiente o responsable del beneficiario* Keily Zamara Pillimue lopez, *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.*

Maria Mayerli lopez Noguera
Firma Madre/Padre/Cuidador
C.C 1080262515

Zuri Vanessa Rojas L.
Firma Equipo Agente Educativo
C.C 1061795142

Huella niño o niña

(83)

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.080.262.515

LOPEZ NOGUERA

APELLIDOS

MARIA MAYERLI

NOMBRES



FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-FEB-1990

LA PLATA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

07-ABR-2009 LA ARGENTINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1904700-00161298-F-1080262515-20090704 0013071340A 1 33004198

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía

Electrificadora del Huila S.A ESP
Nit. 891.180.001-1

Sr(a) : ORACIO PILLIMUE MUÑOZ
c.c. / Nit: 1080262472
K 1B 12 30
Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780044090
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 4-LIBRETIN 4 DE LA ARGENTINA

Su código de cuenta NIU
**857643129**
Para cualquier consulta y pago electrónico

Factura de venta No.
**86846843**

| Periodo | Periodo facturado | Pago total | Pago mínimo | Periodos vencidos |
|---|---|---|---|---|
| 6 / 2025 | 14/05/25-13/06/25 | $4,450 | $4,450 | 1 meses |

## Datos de cuenta

| | |
|---|---|
| Clase servicio | Residencial |
| Estrato | 1-Bajo Bajo |
| Zona | OCCIDENTE |
| Nivel tensión | 1-Secundaria |
| Carga instalada | 0 |
| Tipo liquidación | lectura |
| Nodo | T09540-GL1P |

## Costo unitario prestación del servicio

| | |
|---|---|
| COMPONENTES ELECTROHUILA | |
| 1 Comercialización + | 153.38 |
| 2 Distribución | 302.89 |
| TOTAL ELECTROHUILA = | 456.27 |
| MERCADO ENERGÍA MAYORISTA | |
| 3 Generación + | 387.04 |
| 4 Transmisión + | 62.2 |
| 5 Restricciones + | 34.37 |
| 6 Pérdidas | 80.52 |
| TOTAL MERCADO MAYORISTA = | 564.13 |
| Costo unitario ElectroHuila + Mercado = | 1020.39 |

## Histórico de consumos

| Año | Mes | Consumo | Año | Mes | Consumo |
|---|---|---|---|---|---|
| 2025 | 5 | 6 | 2024 | 11 | 0 |
| 2025 | 4 | 3 | 2024 | 10 | 3 |
| 2025 | 3 | 3 | 2024 | 9 | 2 |
| 2025 | 2 | 4 | 2024 | 8 | 12 |
| 2025 | 1 | 10 | 2024 | 7 | 5 |
| 2024 | 12 | 4 | 2024 | 6 | 4 |

| Promedio de la cuenta | Consumo mes año anterior |
|---|---|
| 5 | 4 |

## Conceptos ElectroHuila

| Concepto | | Valor |
|---|---|---|
| 0 | Deuda Capital | 2,541 |
| 1 | Deuda Interes Capital | 2 |
| 21 | Consumo Periodo | 3,061 |
| 110 | Interes moratorio | 12 |
| 607 | Ajuste Decena | 4 |
| 995 | Subsidio | <1,783> |

## Cálculo actual del consumo

| Contador | Marca | Tipo Medidor | Observación | Lectura Actual | Lectura Anterior | Factor Multiplicador | Consumo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1-66773218 | CHN | A-S | 0-Toma exitosa de Lectu | 1571 | 1568 | 1 | 3 |

## Liquidación de consumo

| Contador | Desde | Hasta | Consumo | Tarifa | Valor Real | Subsi/Contri | ValorCobrar |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | 130 | 3 KW/h | $425.8737 | $3.061 | -58% | $1.278 |

TOTAL

## Financiación ElectroHuila

| Descripcion | Saldo |
|---|---|

Tasa de interés 0%

CUFE 5885eca6db7419334a577ad66f87dcdeae8a3233b76449e458c003d5bdb366e210b1d95d0ae73b7161fb45
Numero de Factura Electronica EH-3571914 Numero de factura: 86846843

| Fecha de emisión | Mi último pago fue | Tengo plazo de pagar hasta | Me quedo sin servicio a partir de |
|---|---|---|---|
| 16/06/2025 | $11,660 30/04/2025 | PAGO INMEDIATO | PAGO INMEDIATO |
| | | Vencimiento | Suspensión |

| Valor Energía ElectroHuila | + Valor Servicio de Aseo | + Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía) | + Valor Otros Cobros | = |
|---|---|---|---|---|
| $3,837 | | $613 | $0 | $4,450 TOTAL A PAGAR |

**LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN**
Reporta cualquier novedad relacionada con la prestación del servicio
01 8000 952 115 | 3134354436
PQR: radicacion@electrohuila.co
www.electrohuila.com.co
24/7

¡Escanea! paga en línea

Pag: 2065

(415)7707274499679(8020)0857643129(3900)0000004450(96)20250626

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

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

AUTORRETENEDORES DE RENTA RESOLUCIÓN No. 547/2002 DIAN AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN No. 13028092835296 DE 12-01-2024
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORRETENEDORES ICA CIRCULAR 4 DEL 08/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA. ARTICULO 637 DEL ACUERDO 028 DE 2018
VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS

## AHORRO DE ENERGÍA.

Antes de salir **apaga la luz.**

**Desenchufa** los aparatos eléctricos que no este usando.

**Usa focos led** o ahorradores



**AHORRAR ENERGÍA ES TAREA DE TODOS**

Escanea el Código QR.

**Reporta en la línea de transparencia** todos los presuntos actos de soborno, Línea de transparencia corrupción o comportamientos indebidos de nuestros trabajadores y/o contratistas.

Llama al **018000 117766**

**electrohuila@lineatransparencia.com**

### Impuesto municipal de alumbrado público (Alcaldía)

Municipio= 378-LA ARGENTINA
Acuerdo=ACUERDO MUNICIPAL 29 DEL 09 I
DICIEMBRE DE 2013

RECLAMOS DE ALUMBRADO PUBLICO EN CA
6 # 3-50- ALCALDIA

| Concepto | | Valor |
|---|---|---|
| 2 | Deuda Alumbrado y Otro | 407 |
| 51 | Impuesto Alum. Publico | 204 |
| 192 | Interes Mes Alumbrado | 2 |

**Total** **$613**

### Facturación conjunta del servicio público de aseo

| Concepto | Valor |
|---|---|

### Indicadores de calidad individual

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

### Otros productos y servicios

| Concepto | Valor |
|---|---|

### FOES

| Resolu | $/Kwh | Kwh | Total | N. Fact |
|---|---|---|---|---|

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 FQR, en subsidio el de apelación ante la SuperServicios, el cual debe interponerse "en un mismo escrito, dentro de los cinco (5) dias siguientes a la notificación del presente acto, conforme a lo establecido en la Ley 142 de 1994.

**Emitida Por:** YULIETH.CEBALLESB **Pag:** 2065

Asegúrate de que tus instalaciones internas, equipos y aparatos eléctricos estén en óptimas condiciones realizando mantenimiento periódico.

### Puntos autorizados

Banco Caja Social · DAVIVIENDA · Scotiabank · COLPATRIA · BBVA · Coonfie · Redeban Multicolor · Credifuturo · Wompi Bancolombia · banco popular · UTRAHUILCA · COOPEOPIPE · SuChance · Banco AV Villas · Banco de Occidente · ATH · pse

¡Paga en línea!

### Sedes atención usuario

KM 1 VIA NEIVA PALERMO
**Sede Administrativa**
KM 1 VIA NEIVA PALERMO
COMPLEJO ECOLÓGICO EL BOTE
**PBX: (608) 8664600**

**Neiva**
Carrera 18 calle 9 esquina
BARRIO CALIXTO

**Pitalito**
Calle 19 Sur No. 3-05
BARRIO SOLARTE

**Garzón**
Calle 8 No. 7-54
BARRIO CENTRO

**La Plata**
Calle 10 No. 6-20
BARRIO SAN RAFAEL

USO CONFIABLE DE ENERGÍA ELÉCTRICA

USO SEGURO DE ENERGÍA ELÉCTRICA

CONTRATO DE CONDICIONES UNIFORMES

seguros mundial®

Accidentes personales

**Protegemos tus pasos**



**Línea de atención**

Línea nacional:
**01 8000 112 684**
en caso de accidente.

Conoce nuestra **red médica**

Página web:
*www.segurosmundial.com.co*

| | |
|---|---|
| **Nº Póliza:** | 2000514572 |
| **Tomador:** | CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS |
| **Nombre de Asegurado:** | KEILYZAMARA PILLIMUE LOPEZ |

| ID Asegurado: | Vigencia Desde: | Vigencia Hasta: |
|---|---|---|
| 1080268200 | 2025/07/16 | 2026/02/24 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Muerte Accidental | $5.000.000,00 | Gastos Médicos | $4.000.000,00 |

En caso de accidente comunícate a nuestra línea **018000112684.**
Para más información acerca de la póliza comunícate a nuestras líneas:

**Desde Bogotá:** 3274712/13

**Línea nacional:** 018000111935

**Desde operadores Tigo, Claro o Movistar:** #935

*www.segurosmundial.com.co*