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:** 28 | 02 | 2025

## INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

**Tipo de participante:** ○ Niño/a entre 0 y menor de 5 años ○ Persona Gestante

**Tipo de vinculación:** ○ Participante de nuevo ingreso ○ Participante de continuidad

**Unidad de Servicio sugerida:** CDI La Argentina

**Tipo documento identidad:** ○ Registro Civil ○ Tarjeta de identidad ○ Cédula de ciudadanía ○ Pasaporte ○ Permiso especial permanencia ○ Partida o Acta de nacimiento ○ Visa ○ Tarjeta movilidad fronteriza ○ Permiso de protección temporal ○ Cédula extranjería ○ Sin documento **Nacionalidad:** _____

**Número de documento:** 1080268214

**Fecha nacimiento:** 14 | 02 | 2021

**Nombres:** Jorge Mathias

**Apellidos:** Ramos Palacios

**¿Presenta discapacidad?** ○ Si ○ No

**¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos?** ○ Si ○ No

**¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales?** ○ Si ○ No

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

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

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

## DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

**Departamento residencia:** Huila

**Municipio de residencia:** La Argentina

**Zona:** Urbano

**Barrio:** Primavera

**Vereda:**

**Sector:**

**Dirección:** Calle 9 Nº 2-45.

## INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

**Parentesco:** ○ Madre ○ Padre ○ Cuidador/a

**Tipo documento identidad:** ○ Tarjeta identidad ☒ Cédula de ciudadanía ○ Cédula de extranjería ○ Pasaporte ○ Permiso especial permanencia ○ Partida o Acta de nacimiento ○ Visa ○ Tarjeta movilidad fronteriza ○ Permiso de protección temporal ○ Sin documento **Nacionalidad:** _____

**Número de documento:** 55211953.

**Nombres:** Marinell

**Apellidos:** Palacios Montilla

**País de nacimiento:** Colombia

**Fecha nacimiento:** 29 | 10 | 1977

**Correo electrónico:**

**Número de celular:**

**Número de fijo:**

## AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

**Autoriza el registro en sistema?:** ○ Si ○ No
**https://prematricula.icbf.gov.co**

**Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador:** Marinell Palacios

**Nombre y Firma del profesional que diligencia:** Ludivia H

**Observaciones:**

| 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 ARGENITNA
**PARTICIPANTE:** JORGE MATHIAS RAMOS PALACIOS
**RC ___ No:** 1080268038

| 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 | | |

| 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 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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.<br>(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 | | |

(46)

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

**NUIP** 1.080.268.214

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 60366316

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

Registraduria [X] Notaria [ ] 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 |
|---|---|
| RAMOS | PALACIOS |

**Nombre(s)**

JORGE MATHIAS

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2021 Mes FEB Día 14 | MASCULINO | O | POSITIVO |

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

COLOMBIA HUILA GARZON

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 163611319 |

*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**

PALACIOS MONTILLA MARINELL

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 55.211.953 | 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**

RAMOS MUELAS WILTON ALBEY

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 12.283.177 | COLOMBIA |

*Datos del declarante*

**Apellidos y nombres completos**

PALACIOS MONTILLA MARINELL

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 55.211.953 | Marinell Palacios |

*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 MAR Día 11 | MANUEL JESUS LATORRE ADARME - REG |
| | Nombre y firma |

| *Reconocimiento paterno* | *Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento* |
|---|---|
| wilton arber Ramos muelas | |
| Firma | Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 28031062-9

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

11 MAR 2021

OFIXPRES 100230573

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

A03366316

(47)

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 | 1080268214 |
| NOMBRES | JORGE MATHIAS |
| APELLIDOS | RAMOS PALACIOS |
| 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 | 01/02/2025 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| **Fecha de Impresión:** | 06/04/2025 20:16:30 | **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

43

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

**Registro válido**

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

**Ficha:** **41378001505400000065**

# A4

**Pobreza extrema**

DATOS PERSONALES

**Nombres:** JORGE MATHIAS

**Apellidos:** RAMOS PALACIOS

**Tipo de documento:** Registro civil

**Número de documento:** 1080268214

**Municipio:** La Argentina

**Departamento:** Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** **21/11/2018**

**Última actualización ciudadano:** **12/03/2021**

**Última actualización via registros administrativos:** **25/11/2023**

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** **CARLOS ANDERSON ACOSTA VALDEZ**

**Dirección:** **Calle 6 No 3 - 52**

**Teléfono:** **3176617965**

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

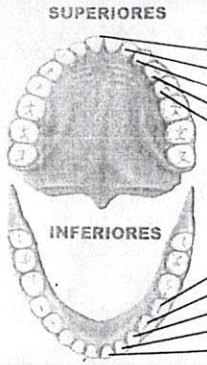
¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- Minsalud - Ministerio de Salud

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




## RECOMENDACIONES

### SALUD ORAL

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

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

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

### CUIDADOS GENERALES

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

lo le de aceite para púrgalos. Evite que su niño se acerque a los enfermos. lo le de aceite para púrgalos Evite que su niño se acerque a los enfermos.

xprese afecto al niño, álcelo, abrácelo y acarícielo. Permita que el niño uegue y dedique tiempo para jugar con él. Involucre al niño en las ctividades de la familia. Hable con el niño y responda con amor a sus ntentos de comunicarse y llamar la atención. Permita que el niño se mueva bremente. No castigue, engañe, ni asuste al niño para obligarlo a bedecer.

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

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

Mi hijo no puede beber ni tomar el pecho.
Vomita todo lo que come.
Ha tenido convulsiones o ataques.
Esta letárgico (Muy Dormido) o Inconsciente (sin sentido).
Le chilla el pecho o respira con dificultad.
Respira más de 60 veces por minuto.
Presenta deposiciones diarreicas o liquidas.
Presenta fiebre alta(mayor a 39° o liquidas.
Presenta 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 fria, 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 | | Dibuja escalera. | |
| Púgar e índice. | | Nombra 4 o 5 colores. | |
| Dice una palabra clara. | | Organiza Juegos. | |
| Imita aplausos. | | **A LOS 72 MESES** | |
| **A LOS 12 MESES** | | Salta desde 60 cms de altura. | |
| Se para solo. | | Dibuja casa. | |
| Busca objetos escondidos. | | Conoce dias de la semana. | |
| Entiende orden sencilla. | | Comenta vida familiar. | |
| Bebe en la taza sola. | | **A LOS 84 MESES** | |
| **A LOS 18 MESES** | | Salta alterando los pies. | |
| Corre. | | Copia una figura de líneas curvas. | |
| Pasa hojas de un libro. | | Conoce ayer, hoy y mañana. | |
| Reconoce seis objetos. | | Conoce fechas especiales. | |
| Avisa deseos de ir al baño. | | | |

## CITAS PROGRAMADAS

| AÑO | MES | DIA | HORA | CUMPLIÓ SI | CUMPLIÓ NO |
|---|---|---|---|---|---|
| 2021 | marto | 18 | | | |
| 2021 | abril | 20 | 2pm | Re | |
| 2021 | mayo | 14 | 2pm | | |
| 2021 | Junio | 30 | 2:30pm | | |
| 2022 | Febrero | 11 | 2pm | | |
| 2021 | Julio | 9 | 2pm | | |
| 2021 | Septiembre | 3 | 2pm | | |
| 2021 | Octubre | 12 | 2pm | | |
| 2021 | Noviembre | 10 | 2pm | | |
| 2021 | Abril | 27 | 2pm | | |
| 2021 | Mayo | 28 | | | |
| 2022 | Abril | 20 | 2pm | | |
| 2022 | Febrero | 25 | 2pm | | |

Atención con Calidad Humana

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

5432 Perdido nuevo 1600.

Nombre: Jorge matias Ramos P.

Fecha de nacimiento: 14-febrero-2021

Registro Civil: 1080268214

Teléfono: 3217804633

Dirección: V/ Progreso la Argentino

Barrio o Vereda: Sector Girasol

Nombre Responsable del Niño: Marinell Palacios

EPS afiliación:

Sitio de atención:

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

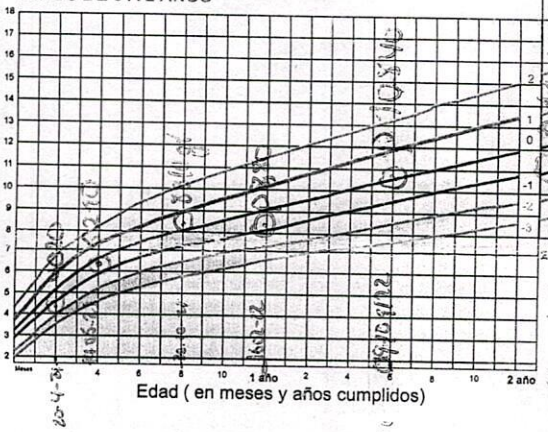
Crecimiento

SU HIJO VA BIEN

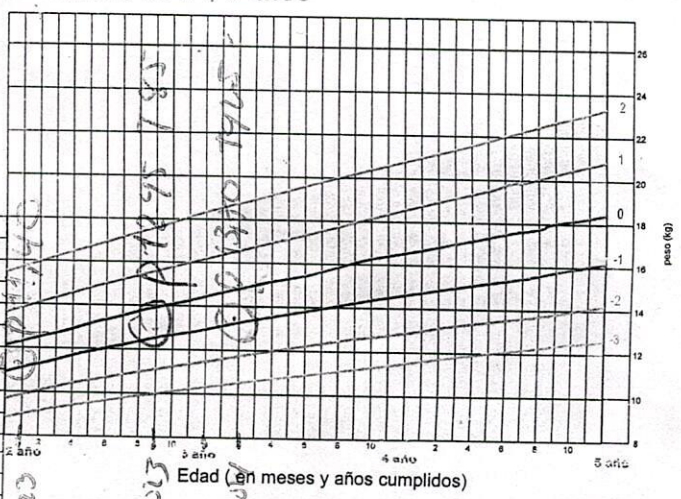
PELIGRO SU HIJO NO PROGRESA

SU HIJO ESTA MAL

**PESO PARA LA EDAD**
NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS

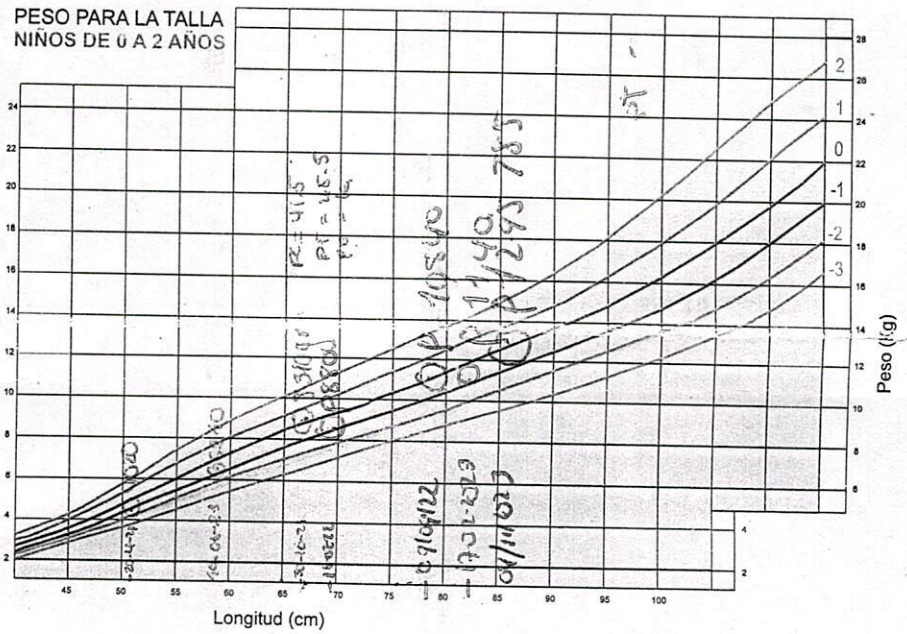



**Peso para la Edad**
Niños de 2 a 5 años




**PESO PARA LA TALLA**
NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS

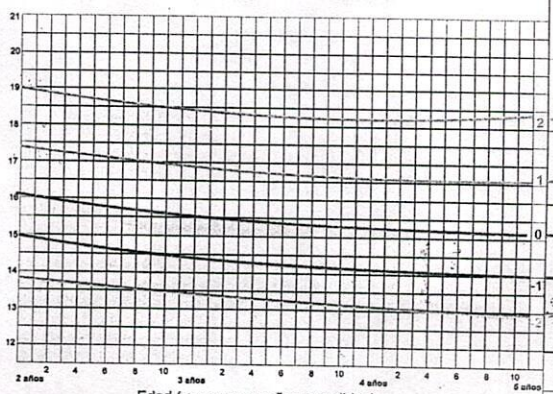
11/04/2023
P: 15.5kg
T: 99cm
PC: 50cm
PT: 52cm
PB: 15cm



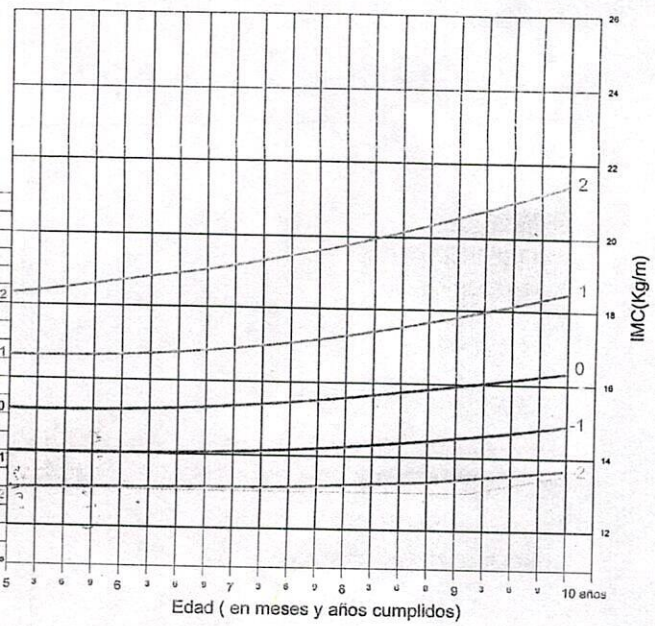

**PESO PARA LA TALLA**
NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS

20-4-21
P000-4020
Talla: 51
PC = 36
PT = 35
PB = 13

**INDICE DE MASA CORPORAL**
NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS




**INDICE DE MASA CORPORAL**
NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS



| PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO<br>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.

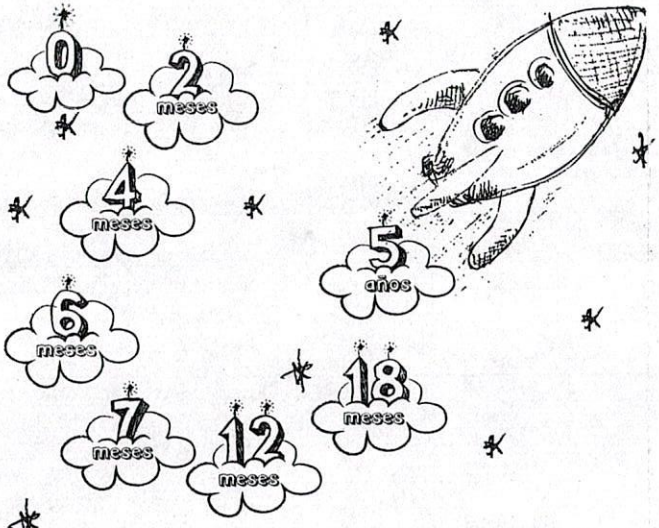
| | |
|---|---|
| Valor reportado TSH: | |
| Fecha verificación: | |
| Profesional que verificó: | |

**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 una vida hoy que protegerla hoy

de cero a Siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

# Vacunas al día, se la ponemos fácil

## CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Jorge Mathias Ramos Palacios
Fecha de nacimiento: 14-02-2021
Nº de certificado de nacido vivo: 1636113519
Registro civil: 10802682 14
Sexo: MASCULINO
Grupo sanguíneo: O+ 32 cm
Peso al nacer: 1660 41 cm
Dirección: VDA El Pensamiento.
Teléfono: 3147804633 El diamante
Responsable: MARINELL PALACIOS
Municipio de residencia: LA ARGENTINA - Hs
Departamento: Huila cc: 55211953

Cita: 14 Febrero 2026

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



PROSPERIDAD PARA TODOS

3205013268 Nelene Bruce

Nombre: Jorge Mathias Ramos Palacios  Registro Civil: 1.080268214

| 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 | 02-03-21 | Serum. | 03196013. | HOSP. | 1A 04 2021 | Jenny Lucena. |
| | Hepatitis B | Recién nacido | 2.3-02.21 | Serum | 052040130 | Hosp. del Sur | 1A 04 2021 | Yadimar Medina |
| 2 Meses | Lactancia materna exclusiva Sí☐ No☐ | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 1ª | 15.04.21 | Sanofi Pasteur | T3D891V | E.S.E Juan R | 16 06 21 | Milena Bravo |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1ª | 15.04.21 | Serum | 2850X003C | E.S.E Juan R | 16 06 21 | Milena Bravo |
| | Rotavirus | 1ª | 15.04.21 | GlaxoSmith | A0LC169AA | E.S.E Juan R | 16 06 21 | Milena Bravo |
| | Neumococo | 1ª | 15.04.21 | GlaxoSmith | ASPNB280B | E.S.E Juan R | 16 06 21 | Milena Bravo |
| 4 Meses | Lactancia materna exclusiva Sí☐ No☐ | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 2ª | 24.07.21 | BiHealthBio | 2027003A | ESE Juan Ram | 18 09 21 | Leidy Robayo |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2ª | 24.07.21 | Serum | 2850P021C | ESE Juan Ram | 18 09 21 | Leidy Robayo |
| | Rotavirus | 2ª | 24.07.21 | GlaxoSmith | APRC193AAA | ESE Juan Ramon | 18 — — | Leidy Robayo |
| | Neumococo | 2ª | 24-07.21 | GlaxoSmith | ASPNB316DB | ESE Juan Ramon | — — — | Leidy Robayo |
| 6 Meses | Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva. | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 3ª | 20-10-21 | BiHealthBio | 2165001A | ESE Juan Ram | — — — | Leidy Robayo |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 3ª | 20-10-21 | Serum | 2850X035A | ESE Juan Ram | — — — | Leidy Robayo |
| | Influenza | 1ª | 20-10-21 | Sanofi Pas | V3C131V | ESE Juan Ram | 20 11 21 | Leidy Robayo |
| 7 Meses | Influenza | 2ª | 02-12-21 | Sanofi Pas | V3R131V | ESE Juan Ram | a un año | Leidy Robayo. |
| 12 Meses | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | 1ª | 15-02-22 | Serum | 013GN128A | ESE Juan Ram | 14 02 26 | Leidy Robayo. |
| | Fiebre Amarilla | 1ª | 29-10-22 | Sanofi Pasteur | V3E351 | ESE Juan Ram | — — — | Leidy Robayo. |
| | Neumococo | Refuerzo | 15-02-22 | GlaxoSmith | ASPNB321CA | ESE Juan Ramo | — — — | Leidy Robayo. |
| | Influenza | Anual | 19-05-22 | Green Cross | V50222006 | ES.E J R N P | — — — | Leidy Robayo |
| | Hepatitis A | ÚNICA | 15-02-22 | MERCK Sharp. | V019226 | ESE Juan Ram | — — — | Leidy Robayo. |
| 18 Meses | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1º Refuerzo | 29-10-22 | Serum | 2821Q019A | ESE Juan Ramo | 14 02 26 | Leidy Robayo |
| | Polio (Oral - IM) | 1º Refuerzo | 29-10-22 | BiHealthBio | 2141014 | ESE Juan Ram. | 14 02 26 | Leidy Robayo. |
| 5 Años | Polio (Oral - IM) | 2º Refuerzo | | | | | | |
| | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2º Refuerzo | | | | | | |
| | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | Refuerzo | 05-05-23 | Serum | 013INV12A | ESE Juan Ramon | — — — | Leidy Robayo. |
| Niñas 9 Años o más | VPH | 1ª | | | | | | |
| | VPH | 2ª | | | | | | |
| | VPH | 3ª | | | | | | |
| Vacunas complementarias y otras dosis | Varicela | 1ª | 15-02-22 | MERCK Sharp | V0C922 | ESE Juan Ram | 14 02 26 | Leidy Robayo. |
| | Sarampión - Rubeola | 1A | 15-03.22 | Serum | 012W435 | E.S.E Juan R | — — — | Milena Ramos |
| | | | | | | | | |

Estas vacunas son gratuitas

**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.**

51

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

**CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION**

**Y PREVENCION EN SALUD ORAL**

| **NOMBRE:** Jorge Matus Ramos | **DOCUMENTO:** 1080 268214 |
|---|---|
| **CONTROL DE PLACA**<br>**FECHA DE ATENCIÓN:** 11 Abril 2025<br>**PROXIMO CONTROL:** 11 Octubre 2025 | **TOPICACIÓN DE FLUOR**<br>**FECHA DE ATENCIÓN:** 11 Abril 2025<br>**PROXIMO CONTROL:** 11 Octubre 2025 |
| **EXPEDIDO POR:** Lina Maryuly Zaur H. Auxiliar en Salud Oral C.C. 1.080.263.132 TP. # 073 | |

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

# CERTIFICADO MÉDICO VISUAL

NOMBRES Y APELLIDOS: **JORGE MATIAS RAMOS PALACIOS**

IDENTIFICACIÓN: **R.C.** **1.080.268.214** EDAD: **4 AÑOS**

***Síntomas oculares o visuales?:*** Parto prematuro a las 32 semanas - Peso al nacer 1600 gr.

***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 normal y lejana, difici de evaluar, por colaboraciòn de la paciente

**CONCLUSIÓN:** Menor sin signos clínicos de disminución o pérdida visual, al momento del examen.Dificultad en el examen por edad del menor.

Fecha de expedición: Martes, 25 de Febrero 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 AUDITIVO

NOMBRES Y APELLIDOS: **JORGE MATIAS RAMOS PALACIOS**

IDENTIFICACIÓN: **R.C.** **1.080.268.214** EDAD: **4 AÑOS**

***Síntomas auditivos?:*** Parto prematuro a las 32 semanas - Peso al nacer 1600 gr. Retrazo en el lenguaje.

Exploración física: se observan pabellón auricular derecho e izquierdo de tamaño y posición usual. No se observan fístulas ni apéndices. Trago sin dolor a la palpación. Helix sin protuberancias. Antihelix, concha y lóbulos normales. Palpación de la prominencia mastoidea no dolorosa. Conducto auditivo externo derecho e izquierdo sin secreciones, con visualización de membrana timpánica, sin presencia cerumen bilateral.

**Agudeza auditiva**: Sin deficit auditivo, al momento del examen.

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

Fecha de expedición: Martes, 25 de Febrero de 2025

Médico que certifica

Mery Cristina Triviño M.
MD. GENERAL
1310 - 07

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

(5A)

| 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 Marinell Palacios Montilla, 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): Jorge Mathias Ramos Palacios con RC No 1080268214 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 03 del año 2025, en el Municipio de La Argentina.

X Maxwell Parcero

**PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR**

Ludwia 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** Jorge Mathias Ramos Palacios

**Fecha de nacimiento** 14 02 2021 **N° Documento de Identidad** 1080268214

**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** 06 06 2025

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

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

**Observaciones generales**

Mathias es un niño Alegre y tierno pero le Cuesta aceptar Ordenes.

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

**Segundo Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Ludivia Hernandez Ortiz

**Fecha de registro cualitativo** 01 10 2025

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

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

**Observaciones generales**

Se desplaza Con facilidad en diferentes espacios, le cuesta aceptar ordenes, disfruta participar en juegos. Con sus amigos, Cordina su motricidad, fina y gruesa, sabe cuando es bueno una cosa o es mala.

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)***

| 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 | ①②③ | ①②③ | ①②③ | ④⑤ | ④⑤ | ④⑤ | ⑥⑦ | ⑥⑦ | ⑥⑦ | ⑧⑨ | ⑧⑨ | ⑧⑨ | ⑩ | ⑩ | ⑩ | ⑪⑫⑬ | ⑪⑫⑬ | ⑪⑫⑬ | ⑭⑮ | ⑭⑮ | ⑭⑮ | ⑯⑰⑱ | ⑯⑰⑱ | ⑯⑰⑱ | ⑲⑳㉑㉒ | ⑲⑳㉑㉒ | ⑲⑳㉑㉒ | ㉓ | ㉓ | ㉓ | ㉔ | ㉔ | ㉔ | ㉕ | ㉕ | ㉕ |
| 6 meses y 1 día a 12 meses | ①② | ①② | ①② | ③④ | ③④ | ③④ | ⑤⑥⑦⑧ | ⑤⑥⑦⑧ | ⑤⑥⑦⑧ | ⑨⑩ | ⑨⑩ | ⑨⑩ | ⑪⑫⑬⑭ | ⑪⑫⑬⑭ | ⑪⑫⑬⑭ | ⑮⑯⑰⑱ | ⑮⑯⑰⑱ | ⑮⑯⑰⑱ | ⑲⑳㉑ | ⑲⑳㉑ | ⑲⑳㉑ | ㉒ | ㉒ | ㉒ | ㉓㉔㉕㉖ | ㉓㉔㉕㉖ | ㉓㉔㉕㉖ | ㉗㉘ | ㉗㉘ | ㉗㉘ | ㉙㉚㉛ | ㉙㉚㉛ | ㉙㉚㉛ | ㉜㉝ | ㉜㉝ | ㉜㉝ |
| 1 año y 1 día a 2 años | ①② | ①② | ①② | ③④⑤ | ③④⑤ | ③④⑤ | ⑥⑦⑧ | ⑥⑦⑧ | ⑥⑦⑧ | ⑨⑩ | ⑨⑩ | ⑨⑩ | ⑪⑫ | ⑪⑫ | ⑪⑫ | ⑬⑭ | ⑬⑭ | ⑬⑭ | ⑮⑯ | ⑮⑯ | ⑪⑯ | ⑰⑱⑲ | ⑰⑱⑲ | ⑰⑱⑲ | ⑳㉑ | ⑳㉑ | ⑳㉑ | ㉒㉓ | ㉒㉓ | ㉒㉓ | ㉔ | ㉔ | ㉔ | ㉕㉖ | ㉕㉖ | ㉕㉖ |
| 2 años y 1 día a 3 años | ①②③ | ①②③ | ①②③ | ④⑤ | ④⑤ | ④⑤ | ⑥⑦⑧ | ⑥⑦⑧ | ⑥⑦⑧ | ⑨ | ⑨ | ⑨ | ⑩⑪⑫ | ⑩⑪⑫ | ⑩⑪⑫ | ⑬⑭ | ⑬⑭ | ⑬⑭ | ⑮ | ⑮ | ⑮ | ⑯⑰⑱ | ⑯⑰⑱ | ⑯⑰⑱ | ⑲⑳㉑ | ⑲⑳㉑ | ⑲⑳㉑ | ㉒㉓㉔ | ㉒㉓㉔ | ㉒㉓㉔ | ㉕㉖ | ㉕㉖ | ㉕㉖ | ㉗ | ㉗ | ㉗ |
| 3 años y 1 día a 4 años | ①②③④⑤ | ①②③④⑤ | ①②③④⑤ | ⑥⑦⑧ | ⑥⑦⑧ | ⑥⑦⑧ | ⑨⑩⑪ | ⑨⑩⑪ | ⑨⑩⑪ | ⑫ | ⑫ | ⑫ | ⑬⑭⑮⑯ | ⑬⑭⑮⑯ | ⑬⑭⑮⑯ | ⑰⑱ | ⑰⑱ | ⑰⑱ | ⑲⑳㉑ | ⑲⑳㉑ | ⑲⑳㉑ | ㉒㉓㉔㉕ | ㉒㉓㉔㉕ | ㉒㉓㉔㉕ | ㉖㉗ | ㉖㉗ | ㉖㉗ | ㉘㉙㉚ | ㉘㉙㉚ | ㉘㉙㉚ | ㉛㉜㉝㉞ | ㉛㉜㉝㉞ | ㉛㉜㉝㉞ | ㉟㊱ | ㉟㊱ | ㉟㊱ |
| 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días | ✓ ✓ ② | ✓ ✓ ② | ① ② | ✓ ✓ ⑤ | ✓ ✓ ⑤ | ③ ⑤ | ✓ ✓ ⑤ | ✓ ✓ ⑤ | ④ ⑤ | ✓ ✓ ⑦ | ✓ ✓ ⑦ | ⑥ ⑦ | ✗ | ✓ ⑧ | ⑧ | ⑨ ✓ | ⑨ ✓ ⑩ | ⑨ ⑩ | ✓ ⑫ | ✓ ⑫ | ⑪ ⑫ | ✓ ⑭ | ⑬ ⑭ | ⑬ ⑭ | ✓ ⑰ | ✓ ⑰ | ⑮ ⑰ | ✓ ⑰ | ✓ ⑰ | ⑯ ⑰ | ✗ ⑳ | ✓ ⑱ | ⑱ ⑳ | ✗ ⑳ | ⑲ ⑳ | ⑲ ⑳ |

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

(58)

| 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 Jorge Mathias Ramos Palacios, identificado (a) con documento de identidad número 1080268214 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, Marinell Palacios Montilla, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 55211953, 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 Corporación huellas de amor para tovida 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: Marinell Palacios
Nombre: Marinell Palacios Montilla.
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 03-03-2025
Municipio: La Argentina

CLASIFICADA

| 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 Marinell Palacios Montilla, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 55211953 de La Argentina, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Jorge Mathias Ramos Palacios, identificados con NUIP No. 1080268214, 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: Marinen Palacios

Firma: Marinell Palacios

CC. No. 55-211 953

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Ludivia Hernández Ortiz

Firma: Ludivia Hernández Ortiz

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* Marinell Palacios *identificada con* C.C *número* 55211953, *acudiente o responsable del beneficiario* Mathias Ramos, *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.*

Marinell Palacios Montilla

Firma Madre/Padre/Cuidador

C.C 55211953

Ludivia Hernández

Firma Equipo Agente Educativo

C.C 26527777

Huella niño o niña



61

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 55.211.953
PALACIOS MONTILLA
APELLIDOS
MARINELL
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-OCT-1977
LA ARGENTINA (PLATA VIEJA)
LA ARGENTINA (HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

24-SEP-1996 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2300100-00122501-F-0055211953-20081105 0005302724A 1 6800011206

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

Sr(a) : MONTILLA AURA ELOISA
c.c. / Nit: 215704
CLL 9 2-45
Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780045390
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 4-LIBRETIN 4 DE LA ARGENT

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
295253906
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

62

Factura De Venta No.
85226381
Fecha De Emisión
17/02/2025

| Periodo: | Periodo Facturado: | Pago Total: | Pago Mínimo: | Periodos Vencidos: |
|---|---|---|---|---|
| 2/ 2025 | 14/01/25-13/02/25 | $26,980 | $26,980 | 0 meses |

## Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial
Nivel Tensión: 1-Secundaria
Tipo Liqui.: lectura
Estrato: 2-Bajo
Carga Instalada: 1000 W
Zona: OCCIDENTE
Nodo: T09598-GL1P

## COSTO UNITARIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

| | |
|---|---|
| Generación | 421.89 |
| Transmisión | 58.19 |
| Distribución | 280.72 |
| Restricciones | 7.45 |
| Pérdidas | 97.49 |
| Comercialización | 143.89 |
| Costo Unitario | 1009.62 |
| Tarifa Aplicada | 1009.6231 |

## Indicadores De Calidad Individual

## Cálculos del Consumo

| Contador | Marca | Tipo Medidor | OBSERVACION | Lectura Actual | Lectura Anterior | Factor Multiplicador | Consumo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1-8057530 | KRI | A-S | 0-Toma exitosa de Lectura | 13068 | 13023 | 1 | 45 |

## Conceptos ElectroHuila

| Concepto | Descripción | Valor |
|---|---|---|
| 21 | Consumo Periodo | 45.433 |
| 110 | Interes moratorio | 26 |
| 608 | Ajuste Decena | <1> |
| 995 | Subsidio | <22,196> |

## Últimos Consumos

| Año | Mes | Consumo | Año | Mes | Consumo |
|---|---|---|---|---|---|
| 2025 | 1 | 50 | 2024 | 7 | 39 |
| 2024 | 12 | 46 | 2024 | 6 | 51 |
| 2024 | 11 | 47 | 2024 | 5 | 50 |
| 2024 | 10 | 52 | 2024 | 4 | 54 |
| 2024 | 9 | 45 | 2024 | 3 | 46 |
| 2024 | 8 | 40 | 2024 | 2 | 51 |

| Promedio Cuenta | Consumo Año Anterior |
|---|---|
| 46 | 51 |

## Indicadores De Calidad Individual Retroactivo

| | |
|---|---|
| Nodo 6500143 Grupo Calida | 21 |
| Horas a compensar | 0 |
| Compensacion por evento | |
| Meta Calidad opr Duración | 62.37 |
| Meta calidad por eventos | 21 |
| Eventos acmulados año | 86 |
| Duracion acumulador año | 92.21 |
| Consumo a compensar | 52.1 |
| Cargo distribución | 263.7 |

## Liquidación de Consumo

| No | Desde | Hasta | Consumo | Valor | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | 130 | 45.0 | 516.3733 | $23.237 |

## Financiación ElectroHuila

| Descripción | Cuot Pend | Cuota Mes | Saldo Total |
|---|---|---|---|

Tasa de Interés 0.00 %

Total cuota Financiación 0

## Resumen Cuenta

| | |
|---|---|
| Saldo Financiado | $0 |
| Total Electrohuila | $23,262 |
| Total Servicio de Aseo | |
| Total Alumbrado Público | $3,718 |
| Total Otros Cobros | |
| Total a Pagar | $26,980 |

CUFE d36e837d13e92c170a0c62aa20d25fbbf7387d7276d04485fccf08cd10879959b445a5533e738e4bb03208baa7de6855 Numero de Factura Electronica EH-2010215 Numero de factura: 85226381

## FOES

Kwh $/Kwh Total N. Fact

/

## Último Pago

$29,900
03/02/2025
Emitida Por: YULIETH.CEBALLESB
Pag: 2211

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento: 26/02/2025
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 escaneado el Código QR.

(415)7707274499679(8020)0295253906(3900)0000026980(96)20250226

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

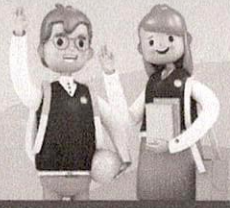
VIGILADA POR SUPERSERVICIOS NIUR 2-41101000-3

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORRETENEDORES ICA CIRCULAR 4 UEL 0000169 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA, ARTICULO 837 DEL ACUERDO 075 DE 2018

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

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:** JORGE MATIAS RAMOS PALACIOS

| ID Asegurado: | Vigencia Desde: | Vigencia Hasta: |
|---|---|---|
| 1080268214 | 2025/02/24 | 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, comunícarse a nuestras líneas de atención

seguros mundial®

#899 desde celular | **BOGOTÁ** 3274712 /3274713 | **NACIONAL** 01 8000 111 935