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

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

UDS: CDI LA ARGENTINA

PARTICIPANTE: MATIAS GUZMAN ORTEGA

RC X No. 1.080.268.598



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotografía física, va sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez			
Fotocopia del documento de identidad (Legible sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez			
Fotocopia del criterio de focalización según la guía del ICBF – ó Acta de visita para criterios de focalización	Formalización del cupo	Actualización cada 3 meses			
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente	Formalización del cupo y Seguimiento	Cada 3 meses			
Fotocopia de la valoración integral en salud/ control de crecimiento y desarrollo	Seguimiento	Cada vez que el participante asista a la valoración			

Powered by CamScanner

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

Fotocopia de la valoración integral en salud/ control de crecimiento y desarrollo	Seguimiento	Cada vez que el participante asista a la valoración según esquema establecido	✓		
Copia del carnet de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el participante asista según el PAI	✓		
Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)	Seguimiento	Una sola vez, solo para las situaciones que aplique.	✓		
Certificado de asistencia a consulta en salud bucal. (Copia del Carnet)	Formalización del cupo y seguimiento	Cada año	✓		
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año			
Formato autorización uso de imágenes	Formalización del cupo	Una sola vez			
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya novedades			
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez			
Fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia			

Powered by CamScanner

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

Fecha de diligenciamiento: 24 | 02 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

Tipo de vinculación: ( ) Participante de nuevo ingreso (X) Participante de continuidad

Unidad de Servicio sugerida: CDI la Argentina

Tipo documento identidad: (X) 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: 1080269598

Fecha nacimiento: 25 | 02 | 2022

Nombres: Matias

Apellidos: Gozman ortega

¿Presenta discapacidad? ( ) Si (X) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Huila

Municipio de residencia: La Argentina

Zona: Urbana

Barrio: V. del comercio

Vereda:

Sector:

Dirección: Cra 4C 9A-08

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

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

Número de documento: 31537703

Nombres: Adriana

Apellidos: Ortega lasso

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 19 | 02 | 1977

Correo electrónico:

Número de celular: 3133908677

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: Adriana Ortega L.

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Zuli Lopez RL.

Observaciones:

Powered by CamScanner

144

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.080.268.598

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60366746

60366746

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 1 5 1

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

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GUZMAN	ORTEGA

Nombre(s)

MATIAS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes FEB Día 25	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	170985077

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

ORTEGA LASSO ADRIANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 31.887.193	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

GUZMAN CAMPOS JAIME

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 93.242.805	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

JAIME GUZMAN CAMPOS

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 93.242.805	Jaime Guzman C.

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 Mes Día	MANUEL JESUS LA[illegible] APAIME
	Nombre y firma

OFIXPRES [illegible] 100138571

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner

145

Sisbén

Fecha de consulta: 30/09/2025

Ficha: 41378005503200000016

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MATIAS

Apellidos: GUZMAN ORTEGA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268598

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	25/06/2020
Última actualización ciudadano:	05/03/2022
Última actualización vía 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

Powered by CamScanner

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1080268598
NOMBRES	MATIAS
APELLIDOS	GUZMAN ORTEGA
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	01/09/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/30/2025 22:21:49	**Estación de origen:**	192.168.70.220

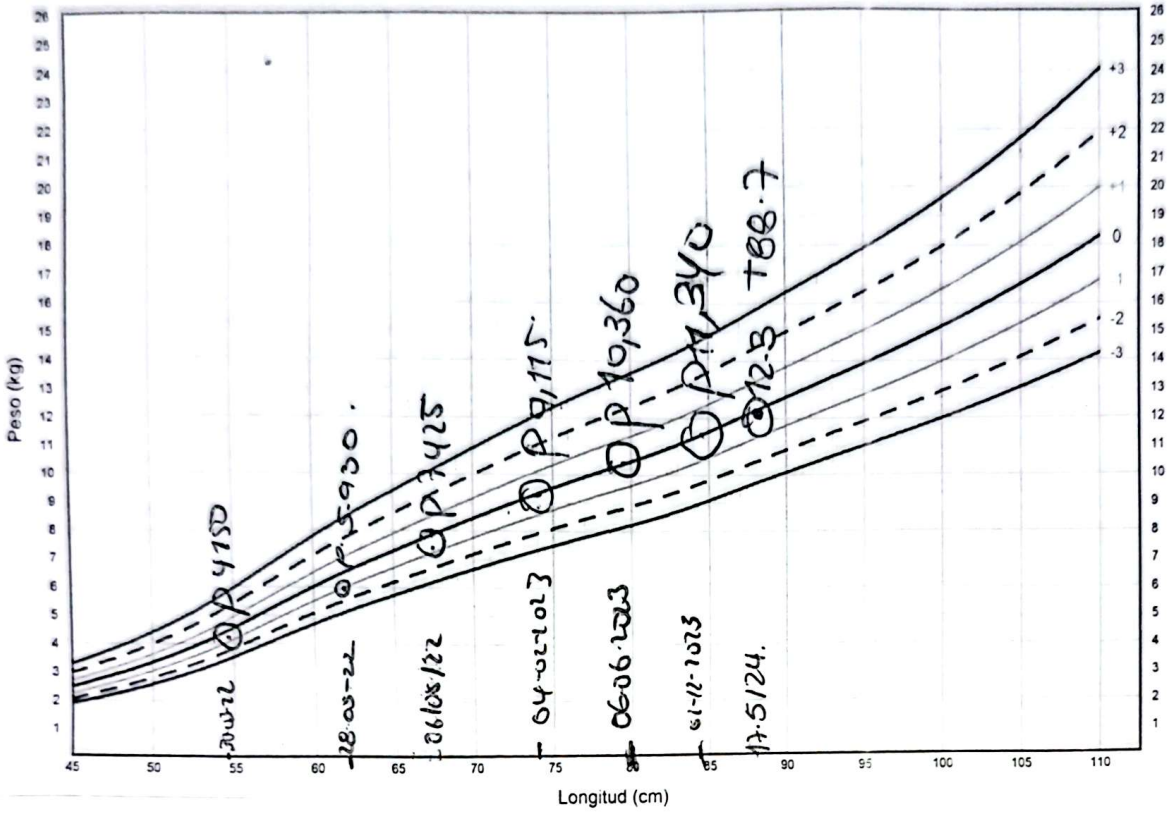
La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la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

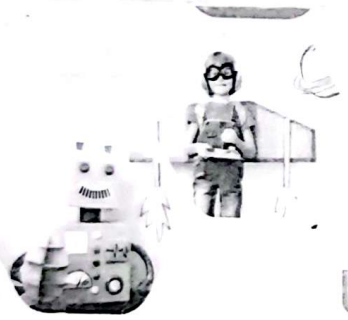
Powered by CamScanner

A continuación, se presentan las gráficas y tablas correspondientes a los diferentes rangos de edad que te mostrarán el estado nutricional de tu hijo(a) y que el médico y/o enfermera tratante debe registrar dependiendo la edad de tu hijo (a)

PESO PARA LA TALLA NIÑOS Puntuación Z (0 a 2 años)



medimas



Uso del carné de salud infantil Medimás EPS

es un documento muy importante para los enfermeros y cuidadores de todos los reflejará un seguimiento detallado desarrollo y vacunación de del programa de

el contenido de este información de este, ellos resolve-

consult

06 3957

Mis datos

Mi nombre completo es Matias Gaiman Ortega
Nuestro Municipio es la plata | Dpto Huila
El día 25 Del mes 02 Del año 2022 | Sexo: F ___ M X
Mi peso al nacer fue 3272 | Mi talle al nacer fue 52
Mi EPS y Grupo sanguíneo es O | Rh +
Mi vacunación de BCG fue
Mi número de identificación es 1080268598
Mi EPS es Comfamiliar
Mi nombre completo es
Mi lugar de residencia es

Datos de mi familia

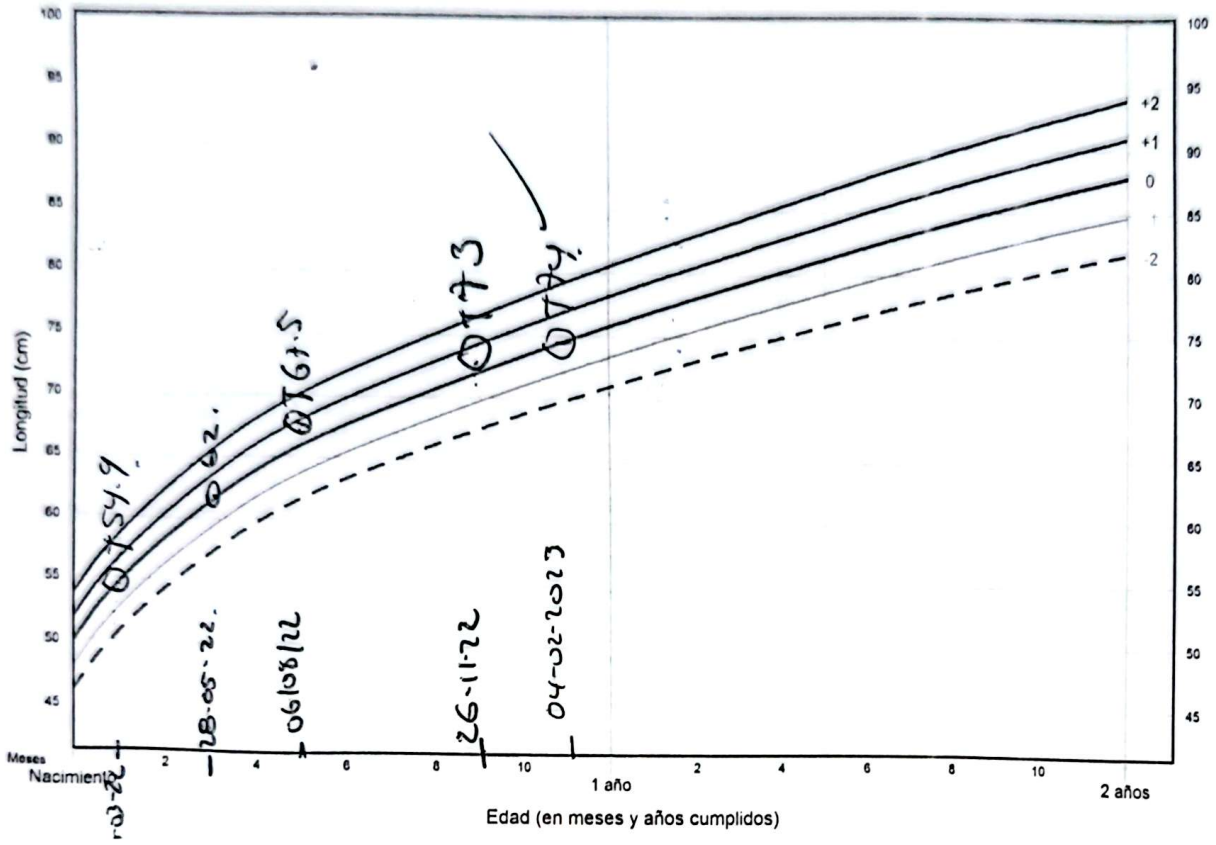
Mi papá se llama
Mi papá es de
Mi papá trabaja en
Mi mamá se llama
Mi mamá es de
Mi mamá trabaja en
Vivo con mis papás y mis hermanos
Vivo con mis abuelos
Vivo con mis tíos
Vivo con mis primos
Vivo con mis amigos
Vivo con mis vecinos
Vivo con mis compañeros de trabajo
Vivo con mis compañeros de estudio
Vivo con mis compañeros de deporte
Vivo con mis compañeros de juego
Vivo con mis compañeros de clase
Vivo con mis compañeros de grupo
Vivo con mis compañeros de equipo
Vivo con mis compañeros de club
Vivo con mis compañeros de asociación
Vivo con mis compañeros de sindicato
Vivo con mis compañeros de partido político
Vivo con mis compañeros de religión
Vivo con mis compañeros de iglesia
Vivo con mis compañeros de templo
Vivo con mis compañeros de mezquita
Vivo con mis compañeros de sinagoga
Vivo con mis compañeros de templo budista
Vivo con mis compañeros de templo hindú
Vivo con mis compañeros de templo sij
Vivo con mis compañeros de templo jainista
Vivo con mis compañeros de templo zoroastriano
Vivo con mis compañeros de templo bahá'í
Vivo con mis compañeros de templo taoísta
Vivo con mis compañeros de templo confuciano
Vivo con mis compañeros de templo shintoísta
Vivo con mis compañeros de templo sintoísta
Vivo con mis compañeros de templo budista
Vivo con mis compañeros de templo hindú
Vivo con mis compañeros de templo sij
Vivo con mis compañeros de templo jainista
Vivo con mis compañeros de templo zoroastriano
Vivo con mis compañeros de templo bahá'í
Vivo con mis compañeros de templo taoísta
Vivo con mis compañeros de templo confuciano
Vivo con mis compañeros de templo shintoísta
Vivo con mis compañeros de templo sintoísta

Datos de mi nacimiento

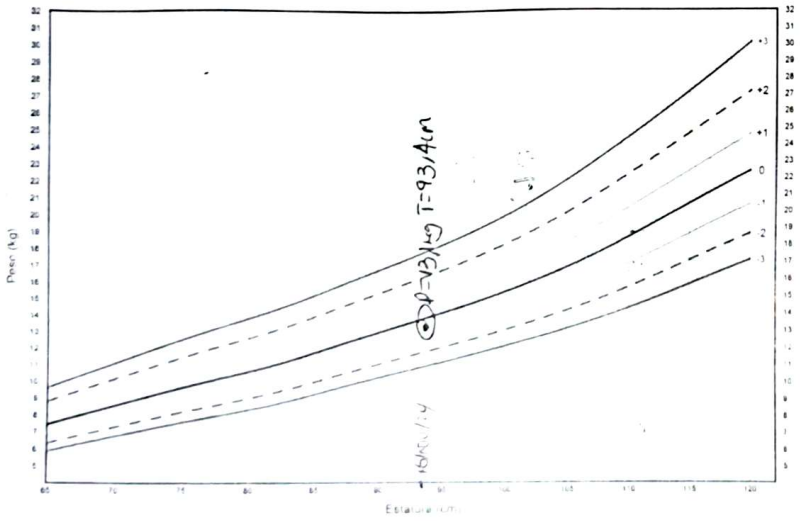
Mi madre tuvo normal tenía ___ edad | Nací por vía Normal ___ Cesárea ___
Lugar de atención
Cuando nací ¿fui hospitalizado? Si ___ No ___ Por qué
Mi mamá realizó controles prenatales Si ___ No ___
Cuando nací mi mamá tenía ___ de edad gestacional. Mi médico dijo que fui a Término ___ Pretermino ___ Postermino ___

Powered by CamScanner

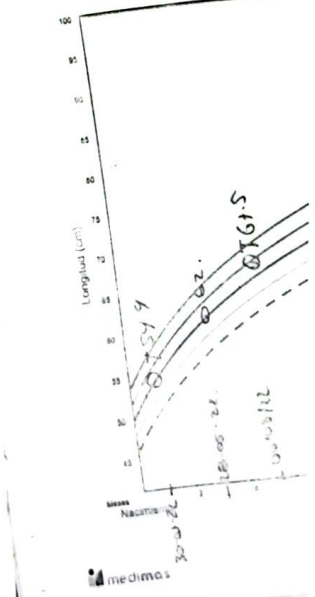
TALLA PARA LA EDAD NIÑOS Puntuación Z (0 a 2 años)



Puntuación Z (2 a 5 años)

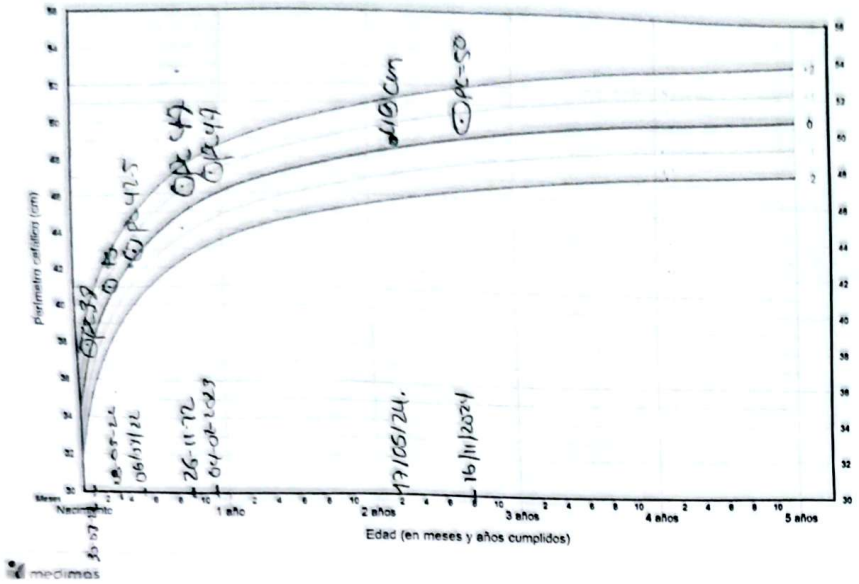


TALLA PARA LA EDAD NIÑOS Puntuación Z

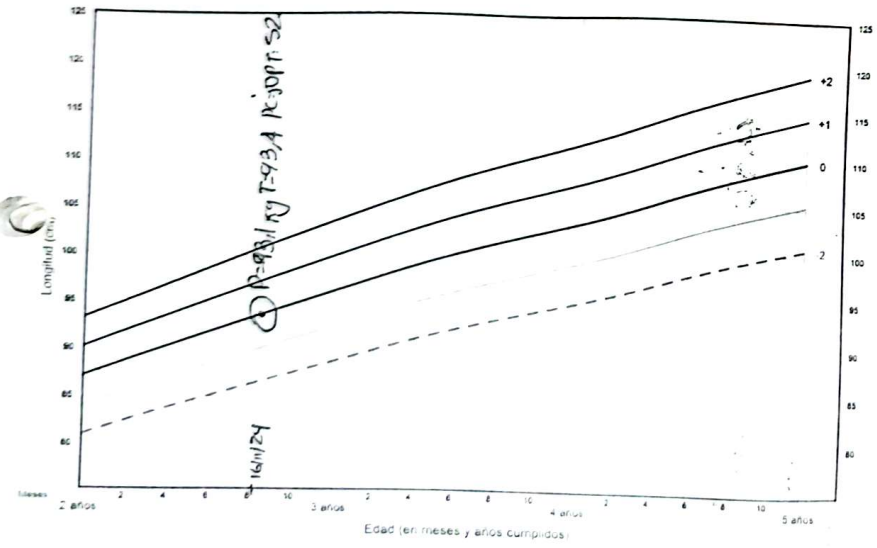


Powered by CamScanner

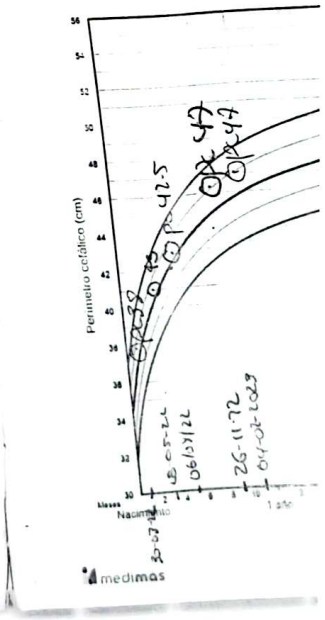
PERÍMETRO CEFÁLICO NIÑOS Puntuación Z (0 a 5 años)



PERÍMETRO CEFÁLICO NIÑOS Puntuación Z (2 a 5 años)



PERÍMETRO CEFÁLICO NIÑOS Puntuación Z



Powered by CamScanner

Datos significativos de la salud del niño o niña

Fecha de atención	Edad	Peso	Talla	Índice Masa Corporal (IMC)	Perímetro Cefálico	Próximo control	Responsable del control	Responsable del próximo control
30-03-2022	1m	4150	54.9		38	28-may-2022		
28-05-2022	3M	5430	62		43	6 AGOSTO 2022		
06-08-2022	5m	7425	67.5		42.5	26-NOV-2022		
26-11-22	8m	8580	73		47	04-02-2023		
04-02-2023	11m	9,115	74.9		47	26-05-2023		
06-06-2023	1A	10,3	80		48	01-12-2023 2pm		
01-12-2023	21	11,340	84		47.5	17-05-2024		
17/05/2024	2A	12.3	88.7		48.5	16 Noviem 2024		
16/11/2024	32m	13,1	93,4		50	03/05/2025		
03/05/2025	3A	P 14kg T=96,7 PC=49 PT=52 PBC 14,5				DX CITA =>		27/02/2026

medimás

Powered by CamScanner

Cita: 25 Febrero 2022
(Fiebre) 7am

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal	Alterado					
	Auditivo OEA/PEAA	Normal	Alterado					
	Cardiopatia Congénita Compleja	Normal	Alterado					
	Visual	Normal	Alterado					
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA								

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERIA (E), MEDICINA (M), PEDIATRIA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoracion nutricional		Puntuacion Z	Atención en salud por
	Dia	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

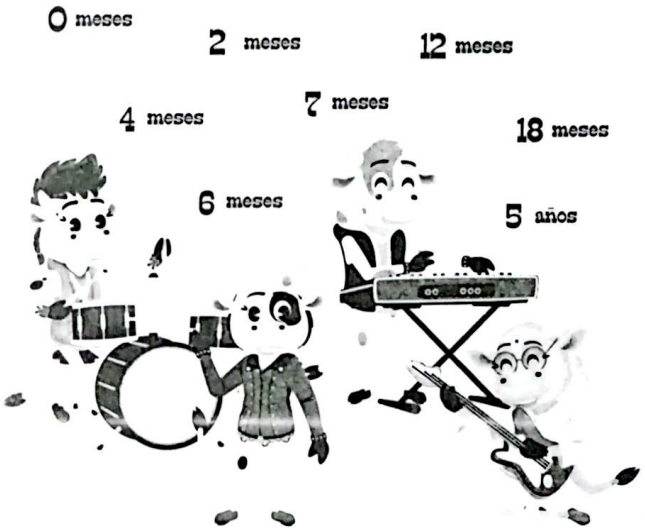
3 años									
4 años									
5 años									

*Menor o igual

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

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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



Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Mariela Cardenas Ortega
Fecha de nacimiento: 25 Febrero 2022
Nº de certificado de nacido vivo: 1709806077
Registro civil: 11.856.268.548
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O+ 39 Semanas
Peso al nacer: 3270gr Talla: 52cms
Dirección: Villa del cumbe j
Teléfono 1: 3133908677 Compañero
Teléfono 2:
Responsable: Adriana ortega luna
Municipio de residencia: La argentina
Departamento: Huila CC. 36.537.103

Busca ya las vacunas ¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Cita: 25 Febrero 2022
(7 días) 2 dosis

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resulado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardipopatia Congénita Compleja	Normal		Alterado				
	Visual	Normal		Alterado				
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA								

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Dia	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

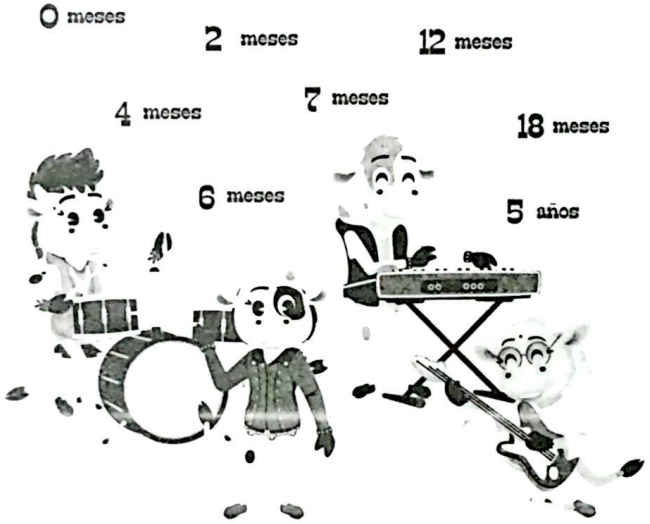
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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



Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Mateo Cuzcano Ortega
Fecha de nacimiento: 25 Febrero 2022
Nº de certificado de nacido vivo: 1709806077
Registro civil: Nuxo-2bE-5fE-
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O+ 39 Sem.
Peso al nacer: 3270gr Talla: 52cms
Dirección: villa del cambiJ
Teléfono 1: 3733908077 Comfa.
Teléfono 2:
Responsable: Adriana ortega luzo
Municipio de residencia: la argentina
Departamento: Huila CC. 31.539.103

Busca ya las vacunas ¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Matias Gonzalez Ortega · Tipo identificación: · No. ID: 1.030.268.598.

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	25	02	2022	Serum	03T06T70	HPAP				Margarita Mujica
	Hepatitis B	Recién nacido	25	02	2022	Serum	032 0X077D	HPAP				
	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1°	26	04	2022	BiHuen Biotech	2110 4C06	ESE Juan Romo	29	06	22	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1°	26	04	2022	Serum	2 8 5 0 X C 3 8 A	ESE Juan Romo	29	06	22	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1°	26	04	2022	Serum	2 8 5 0 X C 3 8 A	ESE Juan Romo	29	06	22	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1°	26	04	2022	Serum	2 8 5 0 X C 3 8 A	ESE Juan Romo	29	06	22	Leidy Robayo
	Diarrea por rotavirus	1°	26	04	2022	BiotechPharma	A B 5 1 C 8 7 1 A	ESE Juan Romo	29	06	22	Leidy Robayo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1°	26	04	2022	BiotechPharma	A 3 P N B 3 2 1 C	ESE Juan Romo	29	06	22	Leidy Robayo
	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2°	29	06	2022	BiHuen Biotech	2110 4C06	ESE Juan Romo	30	08	22	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2°	29	06	2022	Serum	2 8 5 1 X 0 0 J D	ESE Juan Romo	30	08	22	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2°	29	06	2022	Serum	2 8 5 1 X 0 0 J D	ESE Juan Romo	30	08	22	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2°	29	06	2022	Serum	2 8 5 1 X 0 0 J D	ESE Juan Romo	30	08	22	Leidy Robayo
	Diarrea por rotavirus	2°	29	06	2022	Elake Smith	A B C 1 D 3 A B	ESE Juan Romo	30	08	22	Leidy Robayo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2°	29	06	2022	Elake Smith	A 3 P N B 3 A 0	ESE Juan Romo	25	02	22	Leidy Robayo
	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3°	14	09	22	BiHuen	2 1 4 1 0 1 4	I.D.F. 14-01-23				Leidy Jimena Robayo B. C.C. 55.212.565 Aux. Enfermería
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3°	14	09	22	Serum	2 8 5 1 X 0 0 J E					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3°	14	09	22	Serum	2 8 5 1 X 0 0 J E					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3°	14	09	22	Serum	2 8 5 1 X 0 0 J E					
	Influenza estacional	1°	14	09	22	Green Cross	V S 0 2 2 2 0 0 6	Vanbeer	14	10	22	
7 meses	Influenza estacional	2°	14	10	22	Green Cross	V S 0 2 2 2 0 0 6	ESE Juan Romo	cmw	—		Leidy Robayo
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1°	25	02	23	Serum	0 1 3 1 N 0 8 5 A	ESE Juan Romo	—	—	—	Leidy Robayo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	25	02	23	Pfizer	F E 4 8 0 5 — — —	ESE Juan Romo	—	—	—	Leidy Robayo
	Varicela	2°	25	02	23	Merck Sharp	W 0 J 6 9 4 8 — — —	ESE Juan Romo	—	—	—	Leidy Robayo
	Hepatitis A	Única	25	02	23	Merck Sharp	W 0 J 9 B 0 2 — — —	ESE Juan Romo	—	—	—	Leidy Robayo
	Influenza estacional	Anual	25	08	23	Biopharma	V S 0 S 2 3 6 0 4 —	ESE Juan Romo	—	—	—	Leidy Robayo
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.° refuerzo	25	08	23	BiHuenBiotech	2 2 8 0 7 6 0 5 A — —	ESE Juan Romo	—	—	—	Leidy Robayo
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.° refuerzo	25	08	23	Serum	2 8 5 1 X 0 0 J A — —	ESE Juan Romo	—	—	—	Leidy Robayo
	Fiebre amarilla	Única	25	08	23	Sanofi pasteur	U 3 C 5 9 1 C — — —	ESE Juan Romo	—	—	—	Leidy Robayo
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.° refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	25	08	23	Serum	0 1 3 1 N 0 8 2 A	ESE Juan Romo	—	—	—	Leidy Robayo
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
Vacunas complementarias y otras dosis												

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

152

Powered by CamScanner

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

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Matias Euzman Ortega	**DOCUMENTO:** 1080268598
CONTROL DE PLACA	
FECHA DE ATENCIÓN: 27 Agosto 2025	**PROXIMA FECHA:** 27 Febrero 2026
EXPEDIDO POR: Karina Beatriz Martinez Auxiliar en Salud Oral CC 1064 CC 284	

153

Powered by CamScanner

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

CERTIFICADO MÉDICO AUDITIVO

NOMBRES Y APELLIDOS: **MATIAS GUZMÁN ORTEGA**

IDENTIFICACIÓN: **R.C.** **1.080.268.598** EDAD: **3 AÑOS**

Síntomas auditivos?: Sin antecedentes de importancia.
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

Calle 5 #5-32 La Argentina, Huila. Cel. 313 2529933

Powered by CamScanner

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

CERTIFICADO MÉDICO VISUAL

NOMBRES Y APELLIDOS: **MATIAS GUZMÁN ORTEGA**

IDENTIFICACIÓN: **R.C.** **1.080.268.598** EDAD: **3 AÑOS**

Síntomas oculares o visuales?: Prurito ocular frecuente.

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

Mery Cristina Triviño Mejía
R.M. 1310-07

Calle 5 #5-32 La Argentina, Huila. Cel. 313 2529933

Powered by CamScanner

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

ACTA DE COMPROMISO Y CORRESPONSABILIDAD CON PADRES DE FAMILIA Y/O CUIDADORES

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS CDI La Argentina, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio CORHUELLAS. Manifiesto que he sido informado sobre las responsabilidades que me asisten en el marco del Código de Infancia y Adolescencia contemplado en la Ley 1098 de 2006, el cual expresa con relación al sentido de corresponsabilidad de la familia lo siguiente:

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

En atención a lo anterior, en el marco de las acciones de responsabilidad parental, es mi interés manifestar el compromiso en el proceso de atención a la primera infancia de mi hijo (a): Matias Guzman Ortego con RC No 1.080.268.598 Para ello me comprometo a:

1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al Unidad de Servicio, teniendo en cuenta que es un servicio que me presta el Estado en el marco de la garantía de los derechos de los niños y las niñas.
2) Participar de las actividades que sean convocadas por UDS, la Entidad Administradora del Servicio o el ICBF, con el fin de promover el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas.
3) Cumplir el horario de atención establecido en la UDS
4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias ingresa y se retira a mi hijo(a) de la UDS.
5) Entregar los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de mi hijo(a) Estos documentos son:

    1. Certificado de afiliación a salud.
    2. Fotocopia del registro civil del niño.
    3. Fotocopia del carné de vacunas actualizado
    4. Fotocopia del carné de crecimiento y desarrollo actualizado
    5. Certificación de SISBÉN.

Powered by CamScanner

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

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

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

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

Adriana Ortega Lasso
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Zuri Vanesa Rojas L
AGENTE EDUCATIVO

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Argentina

Nombre completo de la niña o niño Matias Guzman ortega

Fecha de nacimiento 25 02 2022 **N° Documento de Identidad** 1080268598

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Zurivanesa Rojas Lizcano

Fecha de registro cualitativo 03 06 2025

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

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

Observaciones generales

el niño identifica sonidos de animales y los imita durante las canciones, Disfruta de las actividades al aire libre y muestra equilibrio al caminar sobre líneas.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Zurivanesa Rojas Lizcano

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

el niño participa con entusiasmo en juegos colectivos respeta reglas simples y anima a sus compañeros de manera positiva

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

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)***

Powered by CamScanner

Valoracion Cualitativa

	Relación con los demás										Relación consigo misma/o												Relación con el mundo									
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social														
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10	11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21 22	23 24	23 24	23 24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32	32	32
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18 19	16 17 18 19	16 17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24	22 23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16	17 18	17 18	17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
4 años y 1 día a 5 años 11 meses y 29 días	1 2	1 2	1 2	3	3	3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8	8	8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17	16 17	16 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 4	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Matias Gusman Ortega, identificado (a) con documento de identidad número 1.060.248.318 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, Adriana Ortega Lasso, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 31537103, 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: Adriana Ortega Lasso
Nombre: Adriana Ortega Lasso
Calidad - Titular: X Representante legal:
Teléfono de contacto: 3133908677
Fecha: 03/03/2025
Municipio: Lo Argentino

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.	F17.MO12.PP	11/05/2018
		Versión 2	Página 1 de 1

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Adriana Ortega lasso, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 31537103 de Mercaderes Cauca padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Matias Gusman Ortega, identificados con NUIP No. 1.080.268.598, 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 H, a los 03 días del mes 03 de 2025

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

Nombre: Adriana Ortega Lasso

Firma: ~~ellos~~

CC. No. 31537103

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Zuri Vanesa Rojas Lizcano

Firma: Zuri Vanesa Rojas L

CC. No. 1.061795142

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

Huellas de Amor Para Tu Vida

ACTA DE ACUERDOS Y COMPROMISOS DE LAS FAMILIAS BENEFICIARIAS DENTRO DEL PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

BIENESTAR FAMILIAR

Fecha 27-marzo-2025 Por medio de la presente acta Yo Adriana Ortega Lasso identificada con CC número 31.537.103, acudiente o responsable del beneficiario Matias Guzman Ortega., 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.

Adriana Ortega L.

Firma Madre/Padre/Cuidador

C.C 31537103

Yuri Vanessa Rojas L

Firma Equipo Agente Educativo

C.C 1061795142

Huella niño o niña



Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **31.537.103**
ORTEGA LASSO

APELLIDOS
ADRIANA

NOMBRES

Adriana Ortega Lasso
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-FEB-1977**
MERCADERES
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

22-AGO-1995 JAMUNDI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1904700-00168892-F-0031537103-20090813 0014870001A 1 28299399

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 83.242.006

Apellidos
GUZMAN CAMPOS

Nombres
JAIME

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.56	M

Fecha de nacimiento
28 JUL 1980

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
LA ARGENTINA (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
20 ABR 2001, LA ARGENTINA

Fecha de expiración
06 MAYO 2033

Firma
Jaime Guzman C.

0221138336

REGISTRADOR NACIONAL
Alvaro de Vega Pinto

ICCOL0221138362190 47<<<<<<<<<<<
8007289M3305061COL83242006<<<4
GUZMAN<CAMPOS<<JAIME<<<<<<<<<<<

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

ElectroHuila

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

Sr(a): BELTRAN V. FRANCISCO JAVIER
c.c. / Nit: 217791
CRA 4C 9A - 08 VILLA DEL C
Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780033650
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 3-LIBRETIN 3 DE LA ARGENT

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
300464537
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

165

Factura De Venta No.
85225387

Fecha De Emisión
17/02/2025

Periodo	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
2 / 2025	14/01/25-13/02/25	$41,220	$41,220	0 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial
Nivel Tensión: 1-Secundaria
Tipo Liqui.: lectura
Estrato: 1-Bajo Bajo
Carga Instalada: 2000 W
Zona: OCCIDENTE
Nodo: T09609-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
1-9029799	KRI	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	13266	13180	1	86

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	86.828
110	Interes moratorio	6
607	Ajuste Decena	4
995	Subsidio	<51,302>

Últimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	1	88	2024	7	78
2024	12	78	2024	6	75
2024	11	61	2024	5	66
2024	10	59	2024	4	77
2024	9	60	2024	3	63
2024	8	63	2024	2	90

Promedio Cuenta	Consumo Año Anterior
68	90

Indicadores De Calidad Individual Retroactivo

Nodo 6500142 Grupo Calida	21
Horas a compensar	1.040
Compensacion por evento	
Meta Calidad opr Duración	62.37
Meta calidad por eventos	21
Eventos acmulados año	84
Duracion acumulador año	85.48
Consumo a compensar	68.2
Cargo distribución	263.7

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	130	86.0	413.0987	$35.526

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Total Cuota Financiacion 0

Tasa de Interés 0.00 %

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$0
Total Electrohuila	$35,536
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	$5,684
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$41,220

CUFE bca06980dbc727b8d819ff1327dff559f684975c6ef349334c214336b80f2c31d9c6efbfa23e3835b95817d80d64a776 Numero de Factura Electronica EH-2009375 Numero de factura 85225387

FOES

Kwh $/Kwh Total N Fact

Último Pago

$42,060
29/01/2025
Emitida Por: YULIETH.CEBALLESB
Pag: 1219

Fecha de Vencimiento: 26/02/2025

Suspensión a Partir del:

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

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 escaneando el Código QR

(415)7707274499679(8020)0300464537(3900)0000041220(96)20250226

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

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner