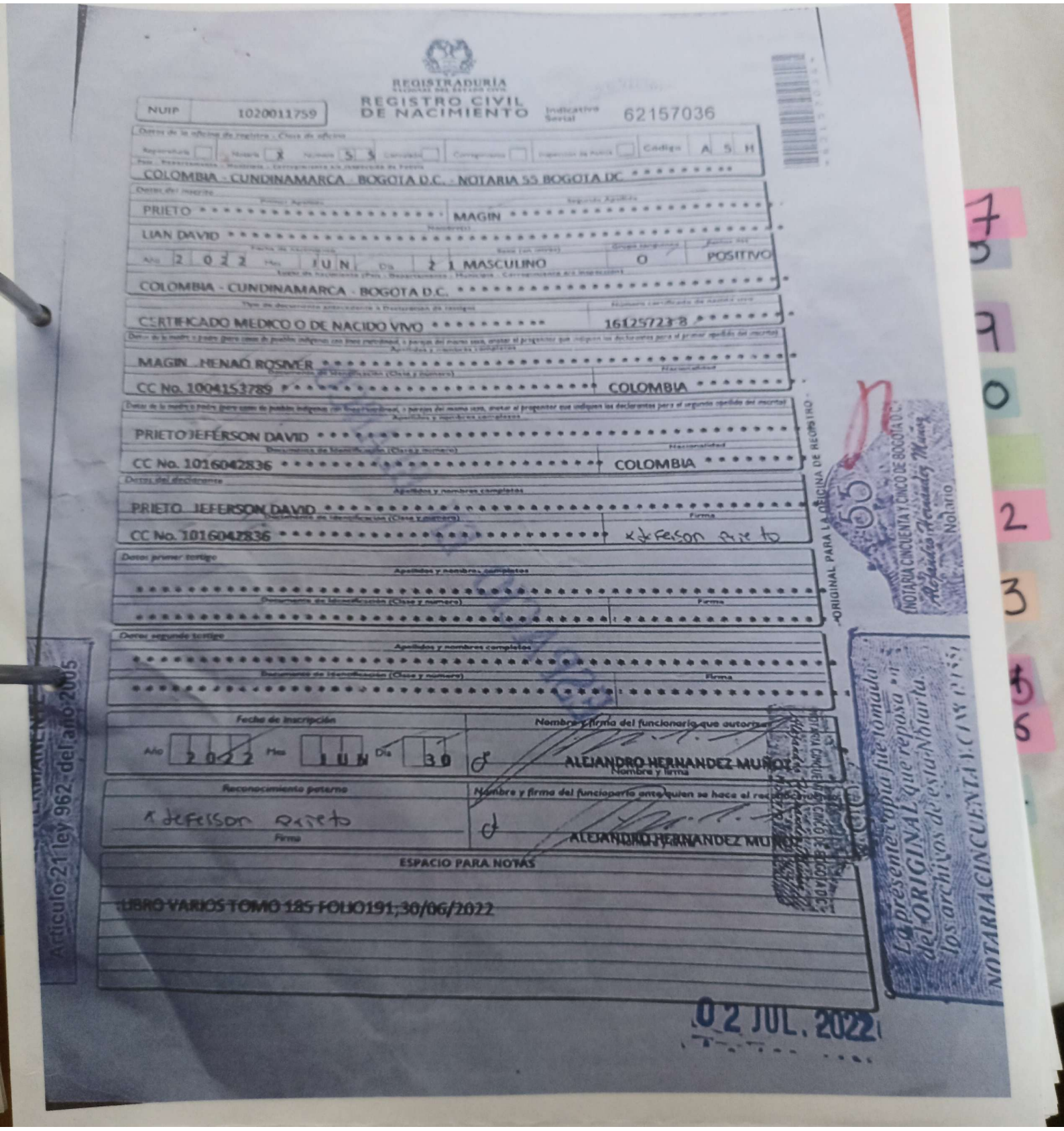
DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotografia fisica, va sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Fotocopia del documento de identidad (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola 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 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



REGISTRADURÍA
REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1020011759 Indicativo Serial 62157036

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina: Notaría X Número 55 Código A 5 H

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. - NOTARIA 55 BOGOTA DC

Datos del inscrito

PRIETO — MAGIN

LIAN DAVID

Fecha de nacimiento: Año 2022 Mes JUN Día 21 — Sexo: MASCULINO — Grupo sanguíneo: O — Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección): COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO — Número certificado de nacido vivo: 16125723-8

Datos de la madre y padre (para casos de posibles indígenas con doble nacionalidad, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: MAGIN HENAO ROSMER

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 1004153789 — Nacionalidad: COLOMBIA

Apellidos y nombres completos: PRIETO JEFERSON DAVID

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 1016042836 — Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: PRIETO JEFERSON DAVID

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 1016042836 — Firma: Jeferson Prieto

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: Año 2022 Mes JUN Día 30

Nombre y firma del funcionario que autorizó: ALEJANDRO HERNANDEZ MUÑOZ — Nombre y firma

Reconocimiento paterno: Jeferson Prieto — Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: ALEJANDRO HERNANDEZ MUÑOZ — Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO VARIOS TOMO 185 FOLIO 191; 30/06/2022

02 JUL. 2022

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

NOTARIA CINCUENTA Y CINCO DE BOGOTA D.C.
Alejandro Hernández Muñoz
Notario

La presente copia fue tomada del ORIGINAL que reposa en los archivos de esta Notaría.

Artículo 21 ley 962 - del año 2005

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 22/09/2025

Ficha: 41378002530000002049

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LIAN DAVID

Apellidos: PRIETO MAGIN

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1020011759

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/07/2023

Última actualización ciudadano: 10/07/2023

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: CARLOS ANDERSON ACOSTA VALDEZ

Dirección: Calle 6 No 3 - 52

Teléfono: 3176617965

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

Powered by CamScanner

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1020011759
NOMBRES	LIAN DAVID
APELLIDOS	PRIETO MAGIN
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	01/11/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/22/2025 15:33:23	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

Powered by CamScanner

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



RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

Los primeros dientes (leche) deben limpiarlos con un algodón o una gasa húmeda cuando los dientes temporales estén completos enseñar al niño a lavarse correcto de cepillarse sus dientes y el uso de seda dental ayudarlo hasta cuando pueda hacerlo bien.

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

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

CUIDADOS GENERALES

Bañe al niño, lave su cara, lave las manos y los dientes, cortele sus uñas Póngale zapatos cuando camine, NO USE TALCOS NI CHUPOS

No le de aceite para purgarlos. Evite que su niño se acerque a los enfermos No le de aceite para purgarlos Evite que su niño se acerque a los enfermos

Express afecto al niño, abrácelo, abrázelo y acarícielo. Permita que el niño Juegue y dedique tiempo para jugar con él. Involucre al niño en las actividades de la familia. Hable con el niño y responda con amor a sus intentos de comunicarse y tenga la atención. Permita que el niño se mueva libremente. No castigue, engañe, ni azote al niño para obligarlo a obedecer.

Explíquele al niño las acciones que no debe hacer. No evite que el niño realice cosas 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.
- Está letárgico (Muy Dormido) o inconsciente (sin sentido).
- Le cuesta el pecho o respira con dificultad.
- Respira más de 60 veces por minuto.
- Presenta deposiciones diarreicas o líquidas.
- Presenta fiebre alta mayor a 38° o líquido.
- Presenta Fiebre más de 3 días.

EDAD	TIPO DE VACUNA		1ra DOSIS O UNICA Fecha	2da DOSIS Fecha Día	2da DOSIS Fecha Mes	3ra DOSIS Fecha Día	3ra DOSIS Fecha Mes	A los 12 meses de edad Fecha Día	A los 12 meses de edad Fecha Mes
Recién Nacido		Hepatitis B (Recién Nacido)							
A partir de las 2 Meses	PENTAVALENTE	Difteria - Tos ferina - Tetanos (DPT)							
		Haemophilus influenzae - 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 tercera 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					

REHIDRATACION ORAL SUERO ORAL



En un litro de agua hervida y fría, disolver todo el contenido de un sobre de suero oral.

si el niño NO ESTA DESHIDRATADO dele con cucharita y vasos dos cucas cada minuto, después de cada deposición

Si el niño presenta ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN acuda a la Promotora de salud, alla Unidad de Rehidratación Oral (UROC) más cercana, o al Hospital.

	EDAD		EDAD
Primera vacunación		Baño en día sin fiebre	
Sigue con los ojos el movimiento de un objeto		Dele más de 20 pequeñas tomas	
Se sobresalta con el ruido		Cambie ropa sucia diario	
Sigue mirando con el rostro			
		Cambie ropa sucia	
Sostiene la cabeza		Juegue diarios primeros	
Se lleva objetos a la boca		Masajitos	
Reacciona con gestos		Los primeros días	
Se sobresalta con el ruido		Se baña más de 1 vez al día	
		Cambie ropa sucia	
Acuesta semiestirado		Cuide cordón umbilical	
Puja cuando va a defecar		Cuide cuidados y baños	
Reacciona cuando se le llama		Descubrir bien un dibujo	
Pone atención a la conversación		Hable al bebé siempre	
Se sienta por 5 min		Cuide cuidados y baños	
Juega alegre con las manos		Dibuje alguna	
Pegar a Sonar		Hablele a los Colores	
Gusta una palabra otra		Dejenos Juegos	
Inicia apuntar			
		Baño diario en día sin fiebre	
Se para solo		Dibuje alguna	
Empieza apuntar sustantivos		Cuando Bien de 3 años	
Entiende orden sencilla		Cuando sea familia	
Sabe en 5 cosas más			
		Juegue diariamente en casa	
Camina		Cuide que Nos y Boca sea	
Pronuncia mas palabras		Cuando sea Nos y Boca sea	
Avisa cuando se le llama		Cuando Nos se aparezca	

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	PESO	OBSERVACIONES
2023	DICIEMBRE	27	8.00	NORMAL
2024	MAYO	25	8.00	REFORZAR
2024	JUNIO	05	8.00	
2024	Noviembre	01	8.00	
2025	Mayo	04	8.00	
2025	Noviembre	27	REFORZADO	
2026	JULIO	02	8.00	NORMAL
2026	JUNIO	26	8.00	

Nuestro Compromiso ! la Humanización del Servicio!

E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS
NIT 813.010.966-1 Tel 8311607
Código del Prestador 4137800820
La Argentina - Huila



CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

Nombre: LEAN DAVID PALECIO LOPEZ
Fecha de nacimiento: 20-JUNIO-22
Registro Civil: 10200117591
Teléfono: 3184478275
Dirección: ROSARIO
Barrio o Vereda:
Nombre Responsable del Niño: ROSIVER MAGNA
EPS afiliación: N. EPS
Sitio de atención:

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

Powered by CamScanner

INTERPRETACION DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

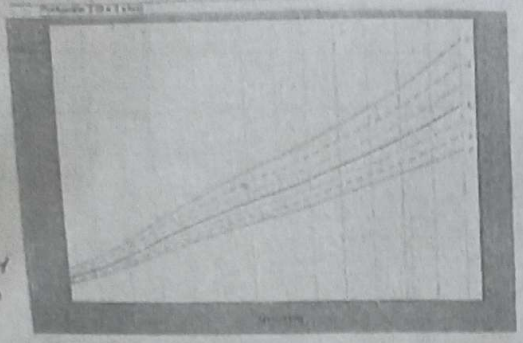
27-12-23
18 M
P= 12.250
T= 85.2
PC= 48
PT=51
PB=16.

04/06/2024
P 12,80
T 90
PC 49
PT 50
b 13

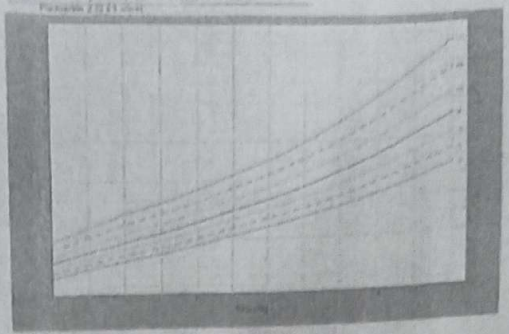
0403

21-07-2025
edad: 2 a 9 m
Peso: 16 K
talla: 99 5
Imc: 16 2

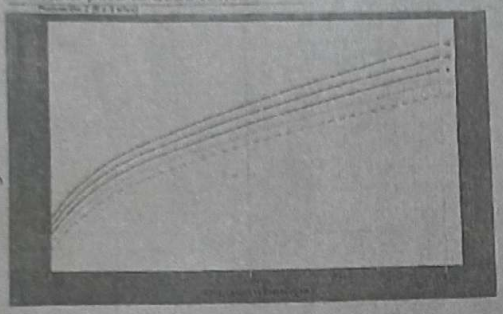
Peso para la Talla Niños



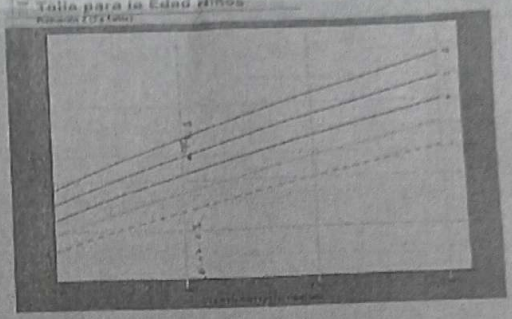
Peso para la Talla Niños



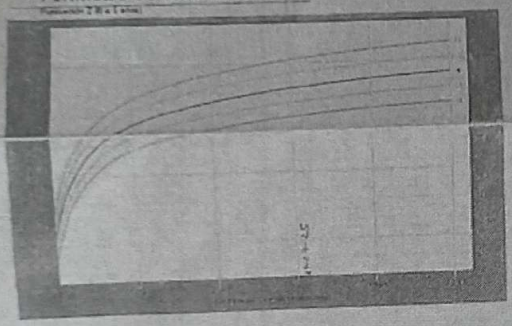
Talla para la Edad Niños



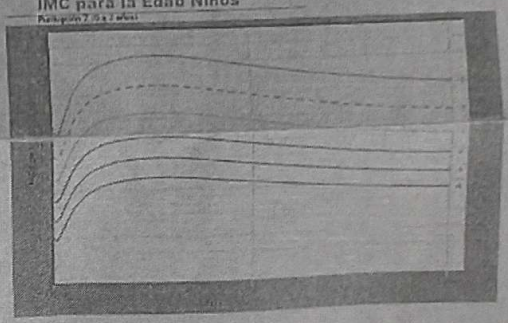
Talla para la Edad Niños



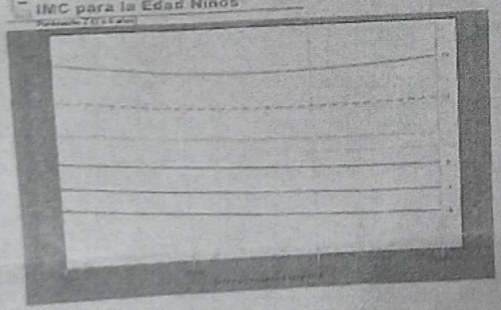
Perimetro Cefalico Niños



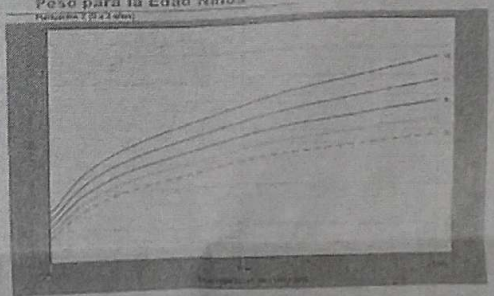
IMC para la Edad Niños



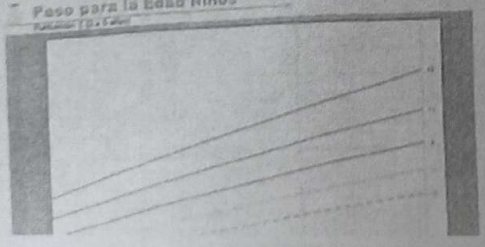
IMC para la Edad Niños



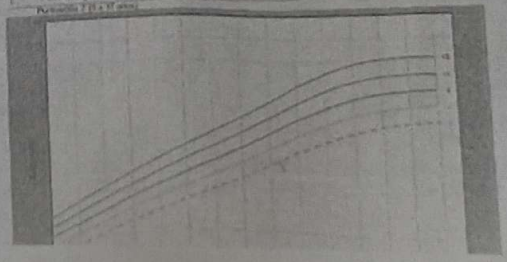
Peso para la Edad Niños



Peso para la Edad Niños



Talla para la Edad Niños



Powered by CamScanner

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	
Cardiopatía Congénita Compleja	Normal	Alterado	
Visual	Normal	Alterado	

ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1ª entrega			
2ª entrega			
3ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

Antes de 6m			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

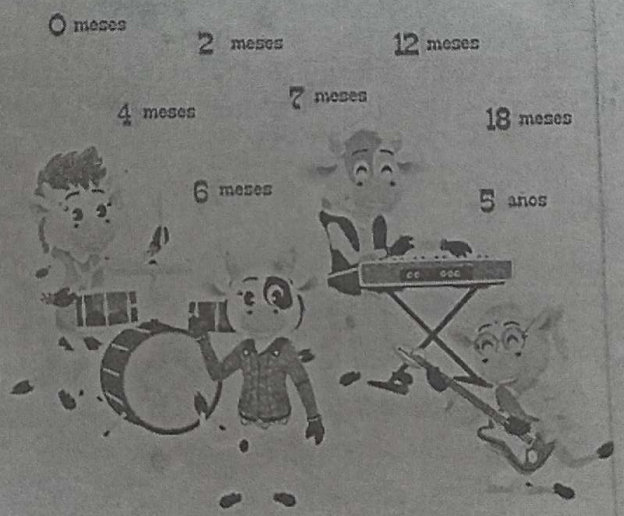
3 años					
4 años					
5 años					

*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: Juan David Prieto Magon.
Fecha de nacimiento: 20 Junio 12022
Nº de certificado de nacido vivo: 161257123-8
Registro civil: 10200 11759
Sexo: Masculino Semana Gest. 41
Grupo sanguíneo: O+ Salud total
Peso al nacer: 3380 Talla: 53
Dirección: Rosario "Cerca ellos cubren"
Teléfono 1: 3184478375
Teléfono 2:
Responsable: Rosivel Marin Hera
Municipio de residencia: Bobdo DC
Departamento: Cundinamarca
cc. 1004153789

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Iran David Pinto Tipo identificación: No ID 1020011759

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	22	06	22	Serum	833 0 M A 0 9 8	Hugs				Natasa Mariano
	Hepatitis B	Recién nacido	21	06	22	Serum	833 1 4 0 P 2 8	Hugs				Angie [illegible]
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1°	23	Sep	22	Bilthovem	Lactancia materna exclusiva Si [ ] No [ ] 2 1 2 3 0 0 7					
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1°										
	Hepatitis B	1°	23	Sep	22	Serum	2851XD07E	V.S				Cristina
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1°										
	Diarrea por rotavirus	1°	23	Sep	22	GSK	A R O L D 0 4 5 A C	Fontibón				Palacio
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1°	23	Sep	22	Pfizer	F R 4 8 9 7					
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2°	23	Nov	22	Bilthovem	Lactancia materna exclusiva Si [ ] No [ ] 2 1 4 0 0 0 3		23	Nov	22	
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2°										
	Hepatitis B	2°	23	NOV	22	Serum	2851YD22A	V.S				Cristina
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2°										
	Diarrea por rotavirus	2°	23	Nov	22	GSK	A R O L D 0 4 5 A C	Fontibón				Palacio
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2°	23	Nov	22	Pfizer	F R 4 8 9 7					
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3°	27	ENO	23	Sanofi	Lactancia materna exclusiva Si [ ] No [ ] 2 1 4 0 0 (4)		23	ENE	23	
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3°	27	ENO	23	Sanofi	2 0 6 0 1 4 0 2 2 3					
	Hepatitis B	3°	27	ENO	23	Sanofi	2 0 6 0 1 4 0 2 2 3					
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2°	27	ENO	23	Sanofi	2 0 6 0 1 4 0 2 2 3					
	Influenza estacional	1°	20	05	23	Biopharma	V 5 0 5 2 3 0 0 4	ESE SRNP	21	06	23	Leidy Rotavo
7 meses	Influenza estacional	2°	21	06	23	Biopharma	V 5 0 5 2 3 0 0 4	ESE Juan Ram	-	-	-	[illegible]
12 meses	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	1°	21	06	23	Serum	0 1 3 1 H 0 8 2 A	ESE Juan Ramo	-	-	-	[illegible]
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	21	06	23	Pfizer	F R 9 9 2 5	ESE Juan Ramo	-	-	-	[illegible]
	Varicela	2°	21	06	23	MSD Sharp	W 0 2 5 0 8 8	ESE Juan Ramo	20	JUN	23	[illegible]
	Hepatitis A	Única	21	06	23	Sinovac	2 0 2 2 0 1 0 0 5	ESE Juan Ra	-	-	-	[illegible]
	Influenza estacional	Anual	16	05	24	Batavian	2 4 0 0 9 7 9	ESE Juan Ram	-	-	-	[illegible]
18 meses	Poliomielitis (VIP [ ] VOPb [ ])	1° refuerzo	26	01	24	Bilthoun Biolog	2 2 3 5 0 0 1 A	ESE Juan Ramo	20	06	23	[illegible]
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1° refuerzo	26	01	24	Serum	2 8 5 2 Y E 0 3 A	ESE Juan Ramo	-	-	-	[illegible]
	Fiebre amarilla	Única	26	01	24	Sanofi pasteur	M 3 5 0 1 0	ESE Juan Ramo	-	-	-	[illegible]
5 años	Poliomielitis (VIP [ ] VOPb [ ])	2° refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2° refuerzo										
	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	2°	26	01	24	Serum	0 1 3 2 N 0 7 2 B	ESE Juan Ramo	-	-	-	Leidy Rotavo
	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 única 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.

Nuestro Compromiso [illegible]

Powered by CamScanner

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

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Juan David Prado Mayin.	**DOCUMENTO:** 1020011759.
CONTROL DE PLACA **FECHA DE ATENCIÓN:** 30 Septiembre 2025	**PROXIMO CONTROL:** 30 Marzo 2026
EXPEDIDO POR: Lina Mayerly Zasso H. Auxiliar en Salud Oral C.C. 1.089.263.139 T.P # 073	

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 **VILLA DEL CAMBIS 2 ROSARIO**, 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): Ariana Sofia Rojas Magin con RC No 1080269 777 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.

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).

1) 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.
2) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) transite al Sistema de Educación Escolar, una vez haya cumplido los cinco (5) años.
3) 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).
4) 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 06 del mes MARZO del año 2025, en el Municipio de LA ARGENTINA HUILA.

Rosiver magin Henao
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Leidy Daniela Bravo Iasso
AGENTE EDUCATIVA

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 Ariana Sofia Rojas Magin, identificado (a) con documento de identidad número 1080269111, 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, Rosiver Magin Henao, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004153789 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 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 FAMILIAR Y COMUNITARIA

Suscriben:

Firma: Rosiver magin Henao
Nombre: Rosiver magin Henao
Calidad - Titular: ✓ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3175878764
Fecha: 06-Marzo-2025
Municipio: La Argentina H.

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

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 Bosiver Magin Henao, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1004153789 de La Argentina Hpadre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Ariana Sofia Rojas Magin, identificados con NUIP No. 1080269111, usuario de la unidad de servicio VILLA DEL CAMBIS 2 ROSARIO, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en LA ARGENTINA HUILA, a los 06 días del mes MARZO de 202(5)

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

Nombre: Bosiver magin Henao

Firma: Bosiver magin Henao

CC. No. 1004153789

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Andrea Yisela Moreno

Firma: Andrea Yisela Moreno

CC. No. 1080262011

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

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.153.789

MAGIN HENAO

APELLIDOS

ROSIVER

NOMBRES

Rosiver magin He

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-ABR-2001

LA ARGENTINA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

07-MAY-2019 LA ARGENTINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1904700-01083153-F-1004153789-20190711 0066265495A 1 53248580

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.004.249.691
ROJAS MATABAJOY

APELLIDOS
JORGE ADOLFO

NOMBRES
Jorge Rojas

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-ABR-2002
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

02-OCT-2020 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1904700-01169249-M-1004249691-20201009 0072021027A 1 8500728309

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

ElectroHuila

SU CODIGO CUENTA NIU

943368167

Para cualquier consulta y pago electrónicos www.electrohuila.com.co FT-CFE-05-001

AUTORETENEDORES DE RENTA RESOL. No 547/2002 DIAN E.CONCEDIDO AUTORIZACI NUMERACION ART 4 RESOL 000005 DEL 14/07/1 DIAN DOMOS GRANDES CONTRIBUYENTE AUTORETENEDOR CA CIRCULAR 4 DEL 03/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

TOTAL A PAGAR

$ 54.020

FACTURA DE VENTA No. 83094204

Documento equivalente según artículo 7 Decreto 1001/97

FECHA (VENCIMIENTO) 08-SEP/2024

FECHA DE LECTURAS 10-JUL-2024 09-AGO-2024

FECHA SUSPENSIÓN 02-OCT-2024

INFORMACIÓN CLIENTE

VICTOR MAGIN PAZ
VDA. E. PUERTO DE LA ARGENTINA
LA ARGENTINA
Residencial

Nit CC 4919357
Ruta 6920590615
Ciclo 070
Estrato 1

INFORMACIÓN TÉCNICA

Tensión 1 SECUNDARIA
Carga Contratada C
Grupo 4

Circuito 6515125
Nombre
Atraso 0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Dos	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
65772	ACE65HN	A	S	00	2409	2344	1	65

Promedio Cuota 75 Consumo Año Anterior 96 Consumo Anterior 94

ULTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
AGO	65
JUN	83
ABR	86
FEB	57
DIC	60
OCT	50
AGO	94

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU: DIU: HC:
EC: VC: VCD:
VCF: CEC:
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 28/07/2024
Valor $ 56490

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
65	959.7909 =	62389
65	1224.785* =	79605

CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)

Valor Total Energía del Periodo	$	65.474
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 38.981
Valor Total Energía Facturado	$	26.493

DETALLE DE CUENTA

	VALOR MES
	$ 65.474
	$ 1.325
	$ 2
AJUSTE DECENA	$ 11.500
[illegible]	$ 14.700
[illegible]	$ - 38.981
SUBSIDIO	

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P	$	1.325
VALOR ELECTROHUILA	$	52.695

TOTAL A PAGAR

$ 54.020

ELECTRODOMÉSTICOS

CONCEPTO C PEND TOTA. CUO SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION C PEND TOTAL FIN SALDO PIN CUOTA

Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 417.0 Tm: 55.0 PRn,m: 95.0 Dn,m 266.0 Rm: 28.0 Cv,m: 1
80.0 CUv,n,m: 1024.7857 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO CAPITAL NO. CONSIGNACIÓN INTERESES

ElectroHuila
Transmitiendo Buena Energía
NIT 891.180.001-1

Powered by CamScanner