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 EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR

UDS CDI MANOS AMIGAS
PARTICIPANTE: MARIA VICTORIA RUANO CAICEDO
RC _ No. 1080268757



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	✓		

Scanned with CamScanner

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	✓		

Scanned with CamScanner

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.080.268.7[illegible]

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63547332

63547332

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1 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
RUANO	CAICEDO

Nombre(s): MARIA VICTORIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes DIC Día 08	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	22128010231662

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: RUANO CAICEDO LINA MAYERLI

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.154.470	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:

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RUANO CAICEDO LINA MAYERLI

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.004.154.470	Lina Mayerli Caicedo

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 2023 Mes FEB Día 03	MANUEL JESUS LATORRE ADARME - REG Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

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

03 FEB 2023

Manuel Jesus Latorre Adarme
Registrador Municipal

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Scanned with CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 19/06/2025

Ficha: 41378001830800000548

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA VICTORIA

Apellidos: RUANO CAICEDO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268757

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 25/08/2022

Última actualización ciudadano: 05/03/2025

Última actualización via registros administrativos: 05/03/2025

***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

Scanned with 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	1080268757
NOMBRES	MARIA VICTORIA
APELLIDOS	RUANO CAICEDO
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.	CONTRIBUTIVO	09/12/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

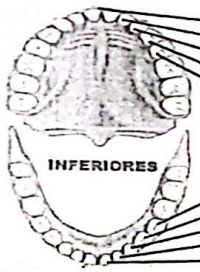
Fecha de Impresión:	06/19/2025 18:15:12	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Scanned with CamScanner

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



SUPERIORES	DIENTE	EDAD
	Incisivo Central	
	Incisivo Lateral	
	Canino	
	Primer Molar	
	Segundo Molar	

INFERIORES	DIENTE	EDAD
	Segundo Molar	
	Primer Molar	
	Canino	
	Incisivo Lateral	
	Incisivo Central	

RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

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

Nunca deje dormir al niño con el biberón en la boca porque azúcar facilita la 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

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

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

Expresе afecto al niño, álcelo, abrácelo 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 llamar la atención. Permita que el niño se mueva libremente. No 'castigue, engañe, ni asuste al niño para obligarlo a obedecer.

Expliquele al niño las cosas que no debe hacer. No exija que el niño realice tareas 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 líquidas.
- Presenta fiebre alta(mayor a 39º o líquidas.
- Presenta Fiebre más de 3 días.

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

		Al año de la 3ra DOSIS		A los 6 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							
Adicionales	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)							

REHIDRATACIÓN ORAL SUERO ORAL



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

si el niño NO ESTA DESHIDRATADO dele con cucharita y vaso dos onzas como mínimo, después de cada deposición

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

AL NACER	EDAD	A LOS 24 MESES	EDAD
Pulsos vigorosamente		Salta en los dos pies.	
Sigue con los ojos el movimiento de un objeto.		Hace bien de 3 a más cubos.	
Se sobresalta con el ruido.		Dice más de 20 palabras claras.	
Sigue movimientos del madre.		Controla bien el orina.	
A LOS 2 MESES		A LOS 30 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 vuelve cuando se le habla.		Se lava 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 cuadrados y círculo.	
Reconoce cuando se le llama.		Describe bien un dibujo.	
Pone atención a la conversación.		Tiene un amigo especial.	
A LOS 9 MESES		A LOS 36 MESES	
Se sienta por si solo.		Hace rebote y agarra la pelota.	
Agarra objetos con los dedos		Dibuja escalera.	
Pidgin o indica.		Nombra 4 o 5 colores.	
Dice una palabra clara.		Organiza Juegos.	
Imita sonidos.		A LOS 72 MESES	
A LOS 12 MESES		Salta desde 60 cms de altura.	
Se para solo.		Dibuja casa.	
Busca objetos escondidos.		Conoce días de la semana.	
Entiende orden sencilla.		Comenta más tiempo.	
Bebe en la taza solo.		A LOS 84 MESES	
A LOS 15 MESES		Salta alternado los pies.	
Corre.		Copia una figura de líneas curvas.	
Pasa hojas de un libro.		Conoce ayer, hoy y mañana.	
Reconoce sus objetos.		Conoce fechas especiales.	
Anda dentro de 2 el baño.			

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2023	Febrero	21	8:00	Vacuna VOP	
2023	Marzo	31	7:00	Vacuna VOP	
2023	Mayo	26	7:00		
2023	Junio	26	7:00		
2023	Agosto	11	7:00		
2023	Noviembre	04	8AM		
2024	Febrero	02	7:00		
2024	Febrero	26	7:00		
2024	Octubre	26	7:00		
2025	FEBRERO	19	7:00	VACUNA	
2025	JULIO	11	8AM		

Nuestro Compromiso I la Humanización del Servicio!

E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS
NIT 813.010.966-1 Tel 8311607
Código del Prestador 41378003821
La Argentina - Huila



P 10072
Sig 38
T: 48
DA 0+

CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

Nombre: María Victoria Ruano Caicedo
Fecha de nacimiento: 8-12-2022
Registro Civil: 1080268757
Teléfono: 3222382176 - 3174181550
Dirección: Primavera
Barrio o Vereda: Primavera
Nombre Responsable del Niño: Lina Mayerli Ruano Caicedo
EPS afiliación: Nueva EPS
Sitio de atención: E.S.E Juan Ramón N.P.

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

Scanned with CamScanner

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					
	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

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

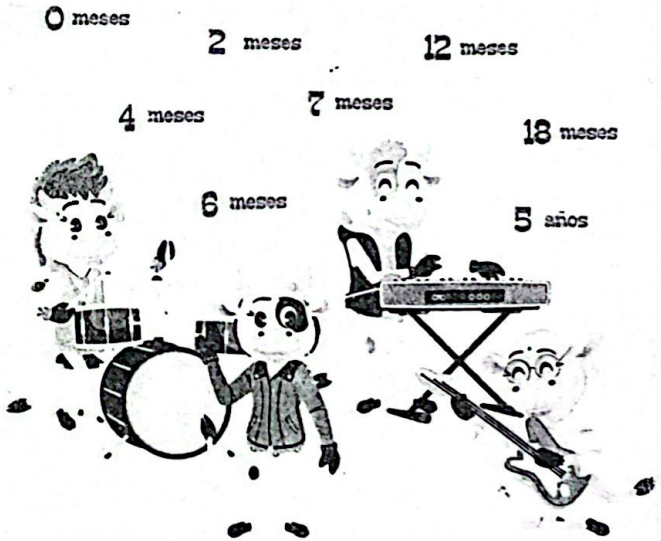
3 años					
4 años					
5 años					

*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: Nuria Victoria Ruano Cascado
Fecha de nacimiento: 08-12-2022
Nº de certificado de nacido vivo: 2212BC0623466Z
Registro civil: 1-080-268-757
Sexo: Femenino Sisben Este 38
Grupo sanguíneo: O+ Nueva EPS
Peso al nacer: 3075 gr. Talla: 48 cm
Dirección: B/la Primavera
Teléfono 1: 3222382176
Teléfono 2:
Responsable: Lina Mayerly Ruano Cascado
Municipio de residencia: La Argentina
Departamento: HUILA
CC. 1004154470

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Scanned with CamScanner

Nombres y Apellidos: Maria Ucheria, Rueda Tipo Identificación: No. ID: 1.080.268.757.

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	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	09	12	2022	Serum	037 11 A 03 1	HDSAP				Yolanda Martinez
	Hepatitis B	Recién nacido	09	12	2022	Serum	032 1 Q 01 8 B	HDSAP	09	02	202	Alejandra Valencia
2 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	08	02	23	Biotheum Biotech.	22C601 A - -	ESE Juan Ramon	11	04	23	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	08	02	23	Serum	285A1X0 2 1 E -	ESE Juan Ramon	11	04	23	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	08	02	23	Serum	285A1X0 2 1 E -	ESE Juan Ramon	11	04	23	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	08	02	23	Serum	285A1X0 2 1 E -	ESE Juan Ramon	11	04	23	Leidy Robayo
	Diarrea por rotavirus	1.ª	08	02	23	Glaxosmith	A R C 1 D 0 9 1 A A	ESE Juan Ramon	11	04	23	Leidy Robayo
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	08	02	23	Pfizer	F R 4 E 9 5 - - -	ESE Juan Ramon	11	04	23	Leidy Robayo
4 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	11	04	2023	Biotheum Biotech	220601A - -	ESE Juan Ramon	11	06	23	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	11	04	2023	Serum	285 1X0 4 0 C -	ESE Juan Ramon	14	06	23	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	11	04	2023	Serum	285 1X0 4 0 C -	ESE Juan Ramon	14	06	23	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	11	04	2023	Serum	285 1X0 4 0 C -	ESE Juan Ramon	14	06	23	Leidy Robayo
	Diarrea por rotavirus	2.ª	11	04	2023	Glaxo smithkline	A R 0 L D 0 9 1 A A	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Robayo
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	11	04	2023	Pfizer	F 4 9 9 2 5 - - - -	ESE Juan Ramon	08	12	23	Leidy Robayo.
6 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	21	06	2023	Biotheum Biotech	220601A - -	ESE Juan Ramo	—	—	—	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	21	06	2023	Serum	285 1X0 4 0 C -	ESE Juan Ramo	—	—	—	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	21	06	2023	Serum	285 1X0 4 0 C -	ESE Juan Ramo	—	—	—	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	21	06	2023	Serum	285 1X0 4 0 C -	ESE Juan Ramo	—	—	—	Leidy Robayo
	Influenza estacional	1.ª	21	06	2023	Biopharma.	U 5 0 5 2 3 0 0 4 -	ESE Juan Ramo	—	—	—	Leidy Robayo
7 meses	Influenza estacional	2.ª	29	09	2023	Biopharma.	U 5 0 5 2 3 0 0 4 -	ESE Juan Ramo	—	—	—	Leidy Robayo
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	12	12	2023	Serum	0 1 3 2 N 0 7 2 B -	ESE JARP	29	06	24	Leidy Robayo
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	12	12	2023	Pfizer	F V 4 4 2 5 — — —	ESE JARP	—	—	—	Leidy Robayo
	Varicela	2.ª	12	12	2023	MSD	X 0 0 6 5 3 7 -	ESE JRNP	08	12	27	Leidy Robayo
	Hepatitis A	Única	12	12	2023	SINOVAC	2 0 2 2 0 1 0 0 5 -	ESE JRNP	—	—	—	Leidy Robayo
	Influenza estacional	Anual	13	06	24	Bexanton	2 4 0 0 0 9 7 9 - 0 0	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Robayo
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	13	06	24	Biotheum Biotech	2 2 3 4 0 0 3 A - -	ESE Juan Ramo	8	12	27	Leidy Robayo
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	13	06	24	Serum	2 8 5 2 X 0 1 4 C -	ESE Juan Ramo	—	—	—	Leidy Robayo
	Fiebre amarilla	Única	13	06	24	Sanofi pasteur	W 3 F 4 3 1 V — — —	ESE Juan Ramo	—	—	—	Leidy Robayo.
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.º	13	06	24	Serum	0 1 3 3 N 0 0 4 A -	ESE Juan Ramo	—	—	—	Leidy Robayo.
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
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.

Scanned with CamScanner

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

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Maria Victoria Ruano Cabrera	**DOCUMENTO:** 1080268.751.
CONTROL DE PLACA **FECHA DE ATENCIÓN:** 21 febrero 2025 **PROXIMO CONTROL:** 21 Agosto 2025	**TOPICACIÓN DE FLUOR** **FECHA DE ATENCIÓN:** 21 febrero 2025. **PROXIMO CONTROL:** 21 Agosto 2025
EXPEDIDO POR: Lina Mayerly Rasso R. Auxiliar en Salud Oral C.C. 1.080.263.132 T.P. # 073	

Scanned with 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 Manos Amigas, 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): Maria Victoria Ruano con RC No 1.080.268.757 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.

Scanned with CamScanner

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 06 del mes mayo del año 2025, en el Municipio de la Argentina

Ofir caicedo
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Viviana T
AGENTE EDUCATIVA

Scanned with 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 Mario Victorio Ruano Caicedo, identificado (a) con documento de identidad número 1.080.268.757, 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, Enilst Ofir Caicedo Luna, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 55212064, 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_____, 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: Enilce Ofir caicedo
Nombre: Ofir caicedo
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3222382176
Fecha: 06-03-2025
Municipio: La Argentina

Scanned with 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 Enilse ofir Caicedo Luna, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 55 212 064 de Balboa, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Maria Victoria Ocano, identificados con NUIP No. 1.080 268.737, usuario de la unidad de servicio CDI MANOS AMIGAS, 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: ofir caicedo

Firma: Enilce ofir caicedo

CC. No. 55212064

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Luz Adriana Moreno Bonilla

Firma:

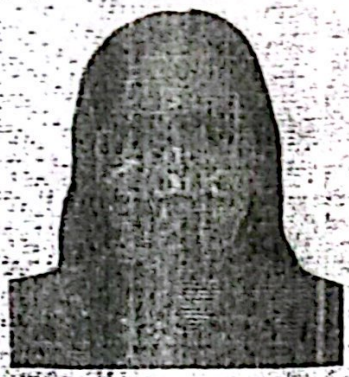
CC. No. 1.080.264.774

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 55.212.064
CAICEDO LUNA
APELLIDOS
ENILSE OFIR
NOMBRES

Enilse ofir Caicedo
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-OCT-1975
BALBOA
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-ABR-1997 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1904700-00208179-F-0055212064-20100107 0019750475A 1 30947635

Scanned with CamScanner

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía
Electrificadora del Huila S.A. ESP
Nit. 891180.001 - 1

Muni
Direcc.
Ciclo: 71

TIENES TODO EL Chance DE GANAR

Rasca & Listo
BetPlay
Apuesta a tu pasión
Baloto revancha

2980

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
295331351
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

97

Factura De Venta No.
80484280

Fecha De Emisión
16/02/2024

Periodo:	Periodo Facturado:	Periodos Vencidos:
2/ 2024	13/01/24-14/02/24	0 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: **Residencial**
Nivel Tensión: **1**
Estrato: **2-Bajo**
Carga Instalada:
Zona: **OCCIDENTE**
Nodo: **T09597-GL**

Costo Unitario de Prestación de Servicio

Generación	373.5
Transmisión	51.24
Distribución	266.43
Restricciones	20.82
Pérdidas	78.52
Comercialización	190.86
Costo Unitario	981.37
Tarifa Aplicada	981.3667

Indicadores De Calidad Individual

Nodo T09597 Grupo Calida 21

Horas a compensar	0
Compensacion por evento	0
Meta Calidad opr Duración	62.37
Meta calidad por eventos	21
Eventos acmulados año	10
Duracion acumulador año	23.44
Consumo a compensar	0
Cargo distribución	316.8

Datos del Consumo

Contador	Marca	TM	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	FM	Consumo
2-24186	CDM	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	14940	14858	1	82

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	80,472
110	Interes moratorio	48
608	Ajuste Decena	<2>
995	Subsidio	<40,236>

Ultimos Consumos

Año	Mes	Consumo
2024	1	85
2023	12	77
2023	11	75
2023	10	75
2023	9	80
2023	8	80

Promedio Cuenta	Consumo Año Anterior
78	67

Liquidación de Consumo

Medi	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
2	1	130	82.0	490.6833	$40.236

Indicadores De Calidad Individual Retroactivo

Nodo 6500144 Grupo Calida 21

Horas a compensar	0
Compensacion por evento	
Meta Calidad opr Duración	62.37
Meta calidad por eventos	21
Eventos acmulados año	52
Duracion acumulador año	52.77
Consumo a compensar	31.0
Cargo distribución	257.9

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Total cuota Financiación 0

Tasa de Interés 0.00 %

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$0
Total Electrohuila	$40,282
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	$6,438
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$46,720

CUFE

FOES	Ultimo Pago
Kwh	$84,270
$/Kwh	30/01/2024
Total	Emitida Por: HDEVIA
N. Fact	Pag: 1113

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento
26/02/2024
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 escaneando el Código QR.

(415)7707274499679(8020)0295331351(3900)0000046720(96)20240226

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

Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner