Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACIÓN 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 GESTANTES PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD EDUCACIÓN INICIAL EN EL HOGAR

UDS : CDI MANOS AMIGAS 2
PARTICIPANTE: YENNY PAOLA CAMPO RINCON
TI _ CC__ No. 1080263184



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotografía física, ésta ira 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. – o 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	✓		

Powered by CamScanner

Fotocopia del control prenatal	Seguimiento	Cada vez que el participante asista a la valoración según esquema establecido	✓		
Copia del carnet de vacunación actualizado según la edad gestacional	Seguimiento	Cada vez que el participante asista según el PAI	✓		
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 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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.080.263.184**

CAMPO RINCON

APELLIDOS

YENNY PAOLA

NOMBRES

Jenny Paola Campo.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-SEP-1992**

LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	**O+**	**F**
ESTATURA	G S RH	SEXO

15-OCT-2010 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1904700-00264182-F-1080263184-20101108 0024709006A 1 34818697

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro valido

Fecha de consulta: 12/07/2025

Ficha: 41378014503700000058

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: YENNY PAOLA

Apellidos: CAMPO RINCON

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1080263184

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 06/11/2018

Última actualización ciudadano: 15/12/2023

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: CARLOS ANDERSON ACOSTA VALDEZ

Dirección: Calle 6 No 3 - 52

Teléfono: 3176617965

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

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social

137

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1080263184
NOMBRES	YENNY PAOLA
APELLIDOS	CAMPO RINCON
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. -CM	SUBSIDIADO	01/05/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/12/2025 16:53:40	**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

Powered by CamScanner

Carnet de la Gestante

La E.S.E Juan Ramón Núñez Palacios como institución Amiga de la mujer y la infancia integral, te acompañan en esta nueva etapa

Nombre completo: Yenny Paola Campo.

Inicie controles prenatales a la semana: #____

Tipo de Documento: cc **Número:** 1080263184.

Dirección: Yalcones

EPS: NEPS..

Régimen: Contributivo (X) **Subsidiado** (__)

IPS Primaria: ESE J.R.N.P.

Teléfono de contacto 1: 3113468073.

Teléfono de contacto 2:____

Yo, _____ Me comprometo a:

1. Asistir a todas las citas de control prenatal
2. Realizarme los exámenes de laboratorio
3. Seguir las recomendaciones médicas indicadas
4. Participar en el curso educativo para la maternidad y paternidad (puedes asistir con tú pareja)

Powered by CamScanner

CITAS DE CONTROL PRENATAL

No.	Dia	Mes	Hora	Consultorio / Atención
1	20.	Diciem.	3. PM.	
2	18	Enero	7am	2025.
3	21	Febrero	2:00p.m	2025
4	21	Marzo	2025	2:30pM 2°piso
5	25	Abril	2025	2 p.m.
6	16	MAYO	2025	2p.m.
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Powered by CamScanner

HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP - OPS/OMS

NOMBRE: Yenny Paola Cambo Rincon
DOMICILIO: VI Yalcones Cra 5 Nº 11-A5
LOCALIDAD: Yalcones
TELEFONO: 3113468073

FECHA DE NACIMIENTO: Día 23 Mes 09 Año 92
EDAD (años): 32 ○ < de 16 ○ > de 40
RAZA: Blanca ○ Indígena ○ Mestiza ○ Negra ○ Otra ⊗
ALFABETA: SI ○ NO ○
ESTUDIOS: Ninguno ○ Primaria ○ Secund. ⊗ Univers. ○ Años en el mayor nivel: 11
ESTADO CIVIL: Casada ○ Unión Libre ⊗ Soltera ○ Otro ○

CONTROL PRENATAL EN:
PARTO EN:
NUMERO DE IDENTIFIC.: 1108026318 4
REGIMEN: CONT ⊗ SUB ○ VIN. ○ OTRO ○
NOMBRE EPS/ARS: Nueva EPS

ANTECEDENTES

FAMILIARES: No ○ Si ○ — TBC — Diabetes — Hipertensión ⊗ — Preeclampsia Eclampsia — Otros
PERSONALES: No ○ Si ○ — TBC — Diabetes 1 — Hipertensión — Preeclampsia Eclampsia — Otros
Cirugía tracto reprod. — Infertilidad — VIH+ — Cardio/ nefropatía — Cond.médica grave

OBSTETRICOS
ULTIMO PREVIO: <2500g ○ >4000g ○ Preeclampsia Eclampsia ○
Gestas Previas: 0A
Abortos: 02
3 Espont. consecutivos
Partos: 1
Vaginales: 1
Cesáreas
Nacidos vivos: 1
Nacidos Muertos
Vivos: 1
Muertos 1 sem.
Después 1 sem.

FIN EMBARAZO ANTERIOR: Día Mes 06 Año 2023 — Menores de 5 meses ○ más de 5 años ○
EMBARAZO PLANEADO: si ○ no ○
FRACASO DE METODO ANTICONCEPTIVO: no usaba ○ barrera ○ DIU ○ Píldora ○ Depoinyectable ○ natural ○

GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR: Kg
TALLA (cm): 155
FUM: Día Mes Año: 03.1.0.24
FPP:
EG CONFIABLE POR: FUM SI ○ NO ○ Eco <20s. SI ○ NO ○
MOVIM.FETALES desde: Día Mes
CIGARRILLOS POR DIA: 0=No fuma
Alcohol No ○ Si ○
Drogas No ○ Si ○
ANTITETÁNICA: Vigente SI ○ NO ○ DOSIS 1ª 2ª MES GESTACION
ANTIRUBEOLA: Previa ○ No sabe ○ Embarazo ○ No ○
EX-NORMAL: SI NO — ODONT. ○ ○ MAMAS ○ ○ CERVIX ○ ○

BACTERIURIA: - ○ + ○ no se hizo ○
GRUPO: O Rh + ⊗ Sensibilización No ○ Si ○
PAPANICOLAOU: Vigente ○ Solicitado ○ No Solicitado ○
V I H: Solicitado Si ○ No ○
VDRL/RPR <20 sem: - ○ + ○ no se hizo ○
SIFILIS CONFIRMADA POR FTA: Si ○ No ○ No se hizo ○
VDRL/RPR ≥20 sem: - ○ + ○ no se hizo ○
Hb <20 sem: <11.0g ○
Fe/FOLATOS Indicados: Fe Si ○ No ○ Folatos Si ○ No ○
Hb <20 sem: <11.0g ○
ESTREPTOCOCO B 35-37 Semanas: - ○ + ○ no se hizo ○
PELVIANA Intento versión externa: Si ○ No ○ Cefálica ○

	Día	Mes	Año	Edad Gest.	Peso	Presión Arterial	Altura Uterina	Presentación	Latidos Fetales	SIGNOS DE ALARMA, EXÁMENES, TRATAMIENTOS	Próxima Cita Día	Próxima Cita Mes
1	1	9	24	11.1	69k	110/70	—	—	142	SS preclínicos II nivel sedirección		
2	18	01	25	16.4	68,1	100/60	14	/	/	Planificación, ss/eco detalle, plan, seguir		
3	21	02	25	20,2	71,4	110/60	19	I	147	Pico detalle control, plan, se alm		
4	21	03	25	24,2	73,8	modo	23	C	138	En manejo con G/O ss preclínicos, Sx ABDOMINAL		
5	25	04	25	29,2	71,4	modo	26	C/C	155	En manejo con G/O Pex Preeclampsia, Hb, ECO, SS preclínicos, plan		
6												
7												
8												

192

Powered by CamScanner

Aplicación de VACUNAS A GESTANTE



No	BIOLÓGICO	FECHA	PROFESIONAL RESPONSABLE
1	Laboratorio 233xxx893 TD Laboratorio Sanofi	21-02-25	Leidy Pabon
2	DPT Acelular	11-4-25	Leidy Pabon
3			
4			

Micronutrientes- FARMACIA



DIA	MES	AÑO	MULTIVITAMINICO	PROFESIONAL

Yeni Paola Campo.

Powered by CamScanner

Consulta Odontológica

DIA	MES	AÑO	RIESGO/ OBSERVACION	PROFESIONAL
19	12	24	Examen Clínico	Dr. Hermanio Jurado Rojas

Consulta por psicología

DIA	MES	AÑO	RIESGO /OBSERVACION	PROFESIONAL
19	12	2024	Antecedentes. Habilidades.	
21	03	2025		

Educación y asesoria PRE Y POST para VIH

DIA	MES	AÑO	RIESGO /OBSERVACION	PROFESIONAL

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	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 o usuario del servicio prestado por el ICBF en la UDS CDI manos amigas 2, 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 corresponsabilidad, es mi interés manifestar el compromiso en el proceso de atención a la primera infancia de la mujer gestante Yenny Paola Campo Rincon con TI ____ CC X No 1.080.263.184 Para ello me comprometo a:

1) Garantizar la asistencia a los encuentros grupales, teniendo en cuenta que es un servicio que me presta el Estado en el marco de la garantía de los derechos de los niños, las niñas y mujeres gestantes.
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, las niñas y mujeres gestantes.
3) Cumplir el horario de atención establecido en la UDS
4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias ingresa y se retira la mujer gestante de la UDS.
5) Entregar los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de la mujer gestante, estos documentos son:

    1. Certificado de afiliación a salud.
    2. Fotocopia del documento de identidad.
    3. Fotocopia del carné de vacunas actualizado
    4. Fotocopia del carné de control prenatal
    5. Certificación de SISBÉN.

Powered by 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 la mujer gestante asista al servicio médico y demás actividades de promoción y prevención para lograr el mejor estado posible de salud.
7) Informar y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de la mujer gestante adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si se cuenta con ellos).
8) 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 familiar.

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el día 06 del mes 03 del año 2025, en el Municipio de Algeciras.

Yenny Paola Campo
ACUDIENTE O CUIDADOR

Yenny Paola Campo
MUJER GESTANTE

AGENTE EDUCATIVA

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	F2.P2.CE	15/07/2021
		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 _____, identificado (a) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios		Videos		Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:
Yo, Yenny Paola Campo Pinzon, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.080.263.184, 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 Corhoellas, 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: Yenny Paola Campo
Nombre: Yenny Paola Campo
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3113468073
Fecha: 06-03-2025
Municipio: La Argentina.

¡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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.080.262.287**

LOPEZ ARCOS

APELLIDOS

EDILSON

NOMBRES

Edilson Lopez Arcos

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **03-ABR-1990**

LA ARGENTINA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

05-NOV-2008 LA ARGENTINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1904700-00593825-M-1080262287-20140625 0039081974A 1 41052987

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner