Huellas de Amor
Para Tu Vida



CONTENIDO CARPETA INDIVIDUAL

- fotografía del usuario
- EVCDI-R
- póliza
- Ley de protección de datos
- Acta de compromiso de padres.
- Autorización uso de imagen
- Fotocopia de registro civil (legible, sin tachones ni enmendaduras).
- Criterio de focalización. (sisben, certificado desplazado o indígena etc) actualizado 2025.
- Acta de visita domiciliaria (cuando aplique).
- Certificado de afiliación al SSGSS (certificado adres) actualizado cada 3 meses 2025
- Fotocopia de recibo publico
- Fotocopias identificaciones de acudientes.
- Fotocopia de control de crecimiento y desarrollo.
- Fotocopia del esquema de vacunación.

Powered by CamScanner

Nº Póliza: 2000395434

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado: DILAN JOSE AVILA JAIMOY

ID Asegurado: 1070025548

Vigencia Desde: 2021/02/01

Vigencia Hasta: 2024/02/01

$10.000.000.00

$9.000.000.00

COBERTURAS

seguros mundial

PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES

PROTEGEMOS tus PASOS

Línea de Atención

#999

BOGOTA (571) 7037471

NACIONAL 01 8000 111 935

seguros mundial

#999

BOGOTA (571) 7037471

NACIONAL 01 8000 111 935

Powered by CamScanner

LEY DE PROTECCIÓN DATOS PERSONALES

En nuestra calidad de responsables del uso de la información de nuestros usuarios y grupos de interés, dando cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales y el decreto reglamentario 1377 de 2013, poniendo a su disposición en www.funcamino.org el Aviso de Privacidad, Las Políticas de tratamiento de sus datos Personales y la Autorización del Uso de su Información Personal. Este último se pone a su disposición, para que, si está de acuerdo, sea diligenciado y entregado.

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

Autorizo a la corporación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA, a realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

a) Para que la fundación pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Operador de Programas misionales del ICBF.
b) Facilitar los Documentos requeridos por los sistemas de información de las entidades autorizadas o las entidades gubernamentales que propenden por el desarrollo integral de las niñas y los niños de primera infancia, madres gestantes y bebes lactantes, bajo el compromiso de mantener la confidencialidad de la información.

DECLARACIONES DEL TITULAR

Yo ANA BELLA JAMIOY Identificado con CC 700426859 8 Expedida en PITALITO Acudiente del menor DILAN JOSE AVILA Identificado con Registro Civil de Nacimiento Numero 70700255 46

DECLARO:

a. Toda la información suministrada es verdadera.
b. Conozco los derechos y las condiciones para el tratamiento de datos, incluyendo de manera enunciativa:
Conocer íntegramente y de forma gratuita mis datos personales o de mi hijo(a) o acudiente, así como actualizarlos y rectificarlos frente a **la fundación** o los encargados del tratamiento.
Conocer el uso que se le ha dado a mis datos personales, previa solicitud de la fundación.
Para efectos de ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir información, revocar la autorización, entre otros, podré acudir a HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA como responsable del tratamiento de manera gratuita al Área de Gerencia, quienes estarán disponibles para la misma.

ANA Bella Jamioy
Firma Usuario y/o Acudiente

Huellas de Amor Para Tu Vida

Powered by CamScanner

NUIP 1.070.065.546 REGISTRO CIVIL

República de Colombia
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Huila
Centro Zonal Pitalito

BIENESTAR FAMILIAR

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ACTA DE COMPROMISO PARA PADRES DE FAMILIA MODALIDAD HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR VIGENCIA 2025

En mi calidad de padre (madre) de familia, usuario(a) del servicio prestado por el ICBF en el Hogar Comunitario de Bienestar los ositos en el cual labora la Madre Comunitaria María edilma Ruiz Cuenis 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 educación inicial de mi hijo (a): Dilan Jose avila Jamioy. Para ello me comprometo a:

1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al Hogar Comunitario, 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 la Madre Comunitaria, Integralidad, 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) Acompañar a mi hijo(a) a su llegada y salida segura del Hogar Comunitario, teniendo en cuenta el horario de atención establecido entre las 8:00 a.m. y las 4:00 p.m.
4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias entrego y recibo a mi hijo(a).
5) Entregar a la Madre Comunitaria, en un periodo inferior a dos (2) meses, los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de mi hijo(a). Estos documentos son:
   1. Fotocopia de la cédula de los padres o responsables del niño.
   2. Fotocopia del registro civil del niño.
   3. Fotocopia del carné de vacunas.
   4. Fotocopia del carné de crecimiento y desarrollo
   5. Certificación de la clasificación del SISBÉN.

   NOTA: En caso de contar con alguno de los documentos mencionados, informar a la Madre Comunitaria para activar la Ruta Interinstitucional que contribuya a garantizar una atención integral para mi hijo(a).

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	11/07/2024
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 5	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 Dilan Jose Avila Jamioy, identificado (a) con documento de identidad número 1070025546 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	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Ana Bella Jamioy Guenis, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004268598 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	

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 y adolescentes 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 y adolescentes, 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 Maria edilma Ruiz, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Flor huellas

Suscriben:

Firma: Ana Bella Jamioy Guenis
Nombre: Ana Bella Jamioy
Calidad - Titular: Representante legal:
Teléfono de contacto: 3006393694
Fecha: 02 02
Municipio: Salado Blanco

¡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

COPIA NO CONTROLADA

Powered by CamScanner

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

13 APR 2022

Adhesivo Copia Registro Civil 31554754-1

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.070.025.546

Indicativo Serial 60300175

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código J 4 F

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

REGISTRADURIA DE CAJICA - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - CAJICA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
AVILA	JAMIOY

Nombre(s): DILAN JOSE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes JUL Día 20	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA CHIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	16098516-9

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: JAMIOY GUENIS ANA BELLA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.268.598	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: AVILA MORALES YUNY JOSE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.007.712.238	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: AVILA MORALES YUNY JOSE

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.007.712.238 — Firma

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 2020 Mes JUL Día 30

Nombre y firma del funcionario que autoriza: JAKELINE VEGA LUGO — REGISTRADOR

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

30.JUL.2020 - SE OMITEN HUELLAS DEL INSCRITO POR COVID 19.

REGISTRADURÍA MUNICIPAL
COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

William Rodríguez Fajardo
Registrador Municipal

FOLIO
TOMO
SERIAL 60300175

OPUPRES - 1303857

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

60300175

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.004.268.598**

JAMIOY GUENIS

APELLIDOS

ANA BELLA

NOMBRES

ANA BELLA JAMIOY

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-MAY-1992**

SALADOBLANCO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

12-JUL-2010 PITALITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1906100-00925611-F-1004268598-20170725 **00566**19137A 1 9910082813

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	1070025546
NOMBRES	DILAN JOSE
APELLIDOS	AVILA JAMIOY
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	SALADOBLANCO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/12/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/07/2025 09:36:50	**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

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 01/02/2025

Ficha: 41660021544600003442

A1

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DILAN JOSE

Apellidos: AVILA JAMIOY

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1070025546

Municipio: Saladoblanco

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/02/2023

Última actualización ciudadano: 09/02/2023

Última actualización via 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

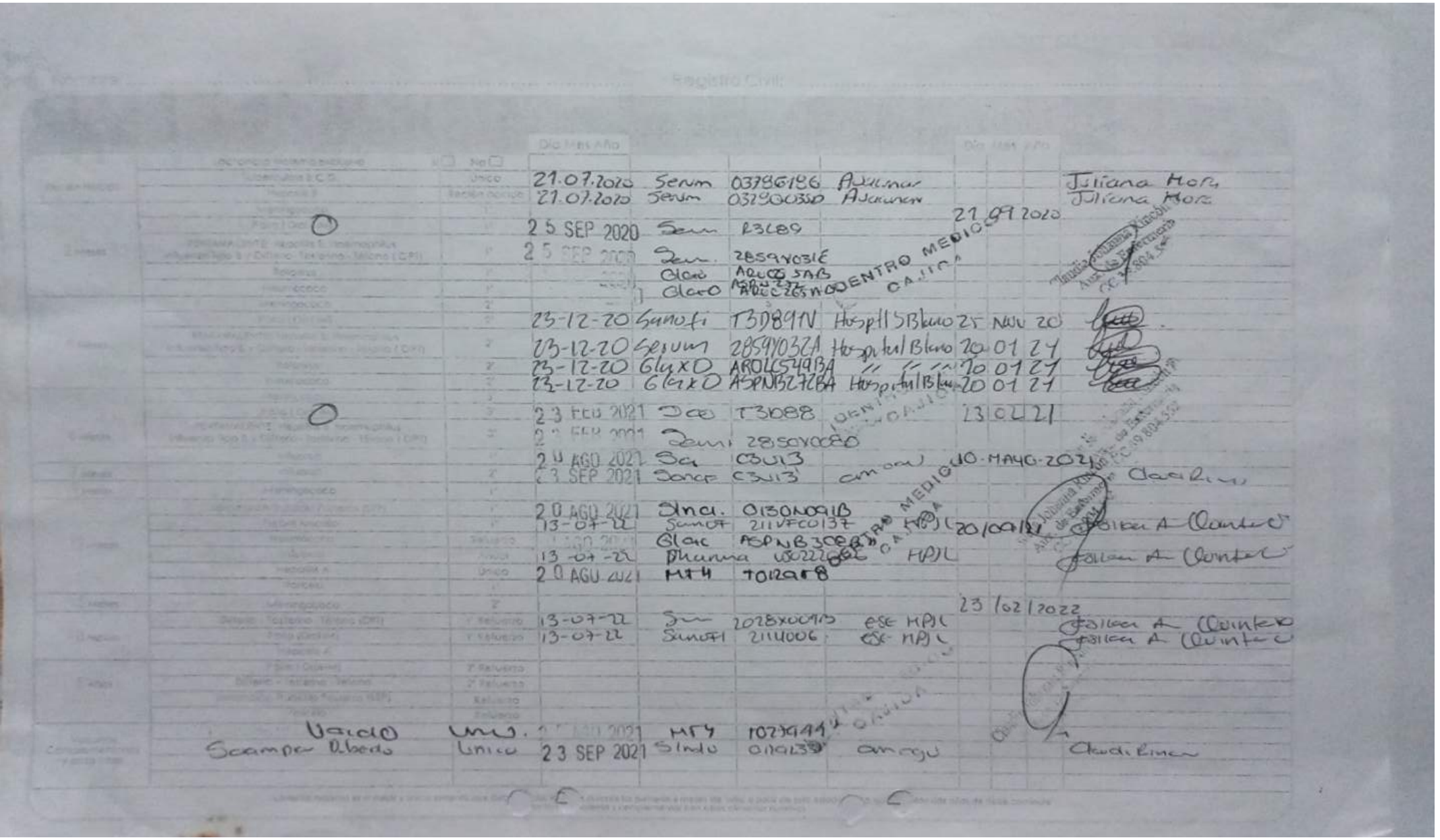
Nombre administrador: SANTIAGO LOZANO CRUZ

Dirección: Calle 2 No 5 - 10 Esquina

Teléfono: 3134762452

Correo Electrónico: familiasaladoblanco@gmail.com

Powered by CamScanner


Registro Civil
Día Mes Año
21.07.2020 Sanm 03786186 Aplicar Juliana Mor
21.07.2020 Sanm 03790038D Aplicar Juliana Mor
25 SEP 2020 Sanm R3L89
25 SEP 2020 Sanm 2859Y03LE
Glax AQUC65AB
Glax ASPNB27
CENTRO MEDICO CAJICA
21/09/2020
23-12-20 Sanofi T3D891N Hospital SBlanco 25 NOV 20
23-12-20 Sanum 2859Y03ZA Hospital Blanco 20 01 21
23-12-20 GlaxO AROLC549BA " " " 20 01 21
23-12-20 GlaxO ASPNB27ZBA Hospital Blanco 20 01 21
23 FEB 2021 Sano T3088 23/02/21
2 FEB 2021 Sanu 2859Y00EO
20 AGO 2021 Sa C3U13
23 SEP 2021 Sanof C3U13 amago
10-MAYO-2021
20 AGO 2021 Sanof. 0130N09JB
13-07-22 Sanofi 211VFC0137
Glax ASPNB30EB
13-07-22 Pfizer
20 AGO 2021 MT4 7012918
20/09/21
23/02/2022
13-07-22 Sanu 2028X00913 ESE HPJC
13-07-22 Sanofi 2114006 ESE HPJC
Valido
Scampa Alberto
Unico
23 SEP 2021 Sinu 0119139 amago
Claudia Rincon

Adherir su estampilla



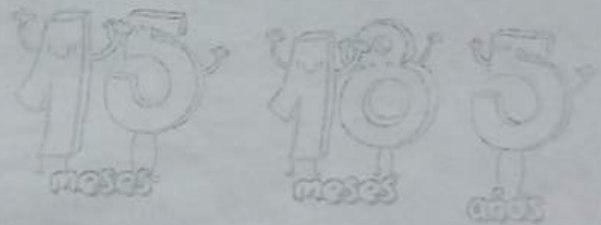
Vacunar oportunamente con todas las dosis a su hijo garantiza la protección contra enfermedades como:

Poliomielitis, difteria, tétanos, hepatitis, enfermedad diarreica producida por rotavirus, neumonía, meningitis tuberculosa, fiebre amarilla, sarampión, paperas, meningitis por haemophilus influenza tipo b, rubéola e influenza.

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







* CUALQUIER DIA ES BUENO PARA VACUNAR A TUS HIJOS
* EN COLOMBIA TODOS LOS DIAS SON DIAS DE VACUNACION



VACUNAR
HomeCare IPS



"Protege a los que mas quieres"

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Dilan Jose avila
20. Julio. 2020
7070025546
7070025546.
Hascalino
O Positivo
Suso
gran fillas.
3006393694
Ana Bella Jamioy
cajica
Cundinamarca.
CC 1004268598

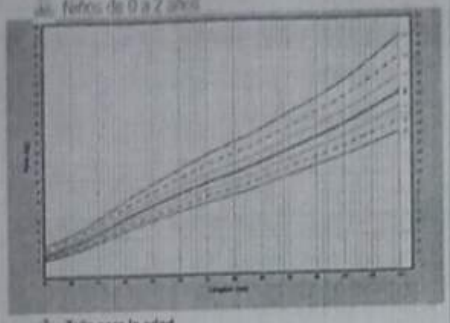
Recuerda:

Vacunando a tu hijo evitas muchas enfermedades

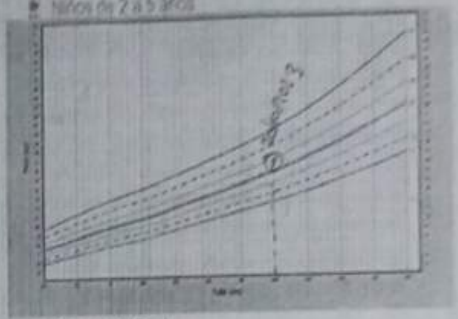


Powered by CamScanner

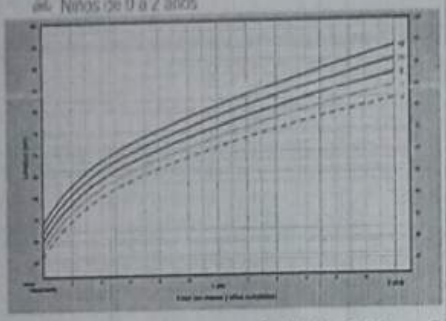
Peso para la Talla
Niños de 0 a 2 años



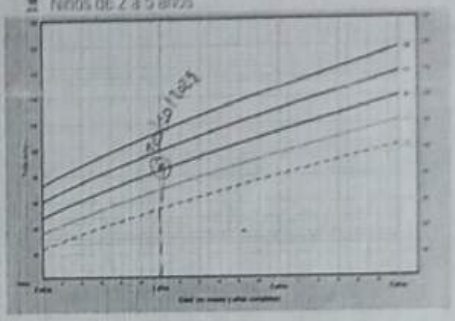
Peso para la Talla
Niños de 2 a 5 años



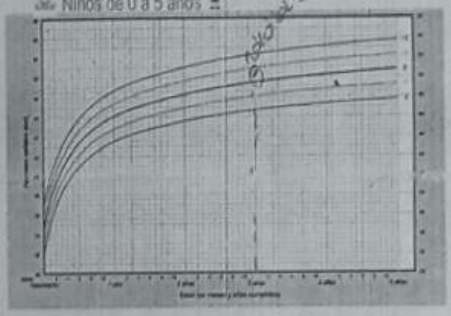
Talla para la edad
Niños de 0 a 2 años



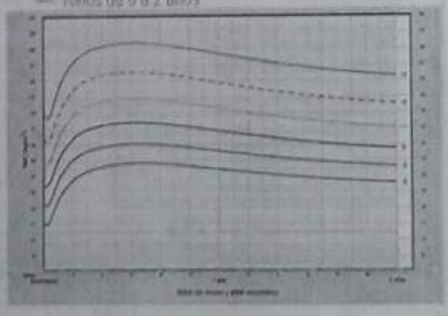
Talla para la Edad
Niños de 2 a 5 años



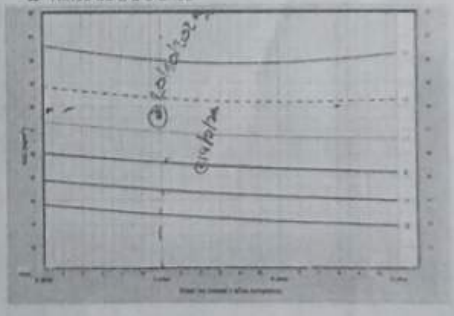
Perímetro Cefálico
Niños de 0 a 5 años



IMC para la edad
Niños de 0 a 2 años



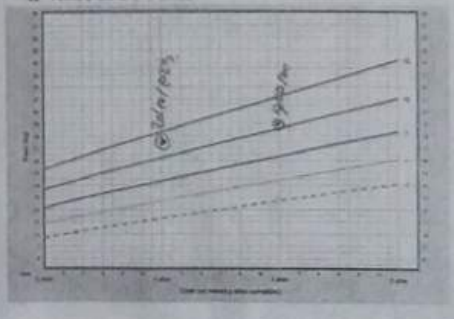
IMC para la Edad
Niños de 2 a 5 años



Peso para la edad
Niños de 0 a 2 años

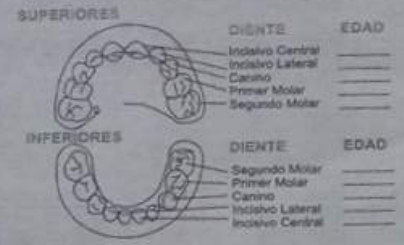


Peso para la Edad
Niños de 2 a 5 años



Powered by CamScanner

ERUPCIÓN DENTAL TEMPORALES (DE LECHE)



RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

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

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

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

CUIDADOS GENERALES

Bañe al niño todos los días, lavele las manos y los dientes, cortele las 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.

Expresa afecto al niño, alcelo, abracelo y acaricielo. Permita que el niño juegue y dedique tiempo para jugar con el. 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.

Explique 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 el.

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).
* La ctitila el pecho o respira con dificultad.
* Respira más de 60 veces en un minuto.
* Presenta deposiciones diarreicas o líquidas.
* Presenta fiebre alta (mayor de 39° centígrados).
* Presenta fiebre más de 3 días.

EDAD	TIPO VACUNA	1a. DOSIS o UNICA	2da. DOSIS		3ra. DOSIS		A los 12 meses de edad	
		FECHA	FECHA		FECHA		FECHA	
			CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA
Recién Nacido	Antituberculosa - BCG							
	Hepatitis B (Recién Nacido)							
A partir de los 2 meses	PENTAVALENTE - Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)							
	PENTAVALENTE - Haemophilus influenzae tipo b							
	PENTAVALENTE - Hepatitis B							
	Vacuna oral de polio - VOP							
	Vacuna oral de rotavirus							
	Vacuna contra el neumococo							
A partir de los 4 meses	PENTAVALENTE*							
	Vacuna oral de 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 tercerade dosis	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)	✓		
	Vacuna oral de polio - VOP			
A los 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, a la Unidad de Rehidratación Oral UR/SCS mas cercana, o al Hospital.



CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DÍA	HORA	CUMPLIO SI	CUMPLIO NO

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRICULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA

FT-SAT1-FP	[illegible]
Versión 1	Página 1 de 2
Clasificación de la información: Pública	

Fecha de diligenciamiento: 30 01 2025

INFORMACIÓN DEL USUARIO

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

Tipo de vinculación: ( ) Usuario de nuevo ingreso (●) Usuario de continuidad

Tipo documento identidad: (●) Registro Civil ( ) Tarjeta de identidad ( ) Permiso de protección temporal ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial de permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta de movilidad fronteriza ( ) Sin documento

Número de documento: 1070025546

Fecha nacimiento: 20 07 2020

Nombres: Dilan Jose

Apellidos: Avila Jamioy

Presenta discapacidad? ( ) Si (●) No

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

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

Indique cuales aplican: ( ) Física ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Intelectual ( ) Psicosocial (mental) ( ) Multiple ( ) Sordoceguera ( ) 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 ( ) Victima del conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL USUARIO

Departamento residencia: Huila

Municipio de residencia: Saladoblanco

Zona: Rural

Barrio:

Vereda: Capillas

Sector:

Dirección: Vereda Capillas

INFORMACIÓN DE MADRE / PADRE / ACUDIENTE

Parentesco: (●) Madre ( ) Padre ( ) Acudiente

Tipo documento Identidad: ( ) Registro Civil (●) Tarjeta de identidad ( ) Permiso de protección temporal ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial de permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta de movilidad fronteriza ( ) Sin documento

Número de documento: 1004268598

Nombres: Ana Bella

Apellidos: Jamioy Guens

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 19 05 1992

Correo electrónico:

Número de celular: 3006393694

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SIM (SIM DE PRE - MATRICULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o acudiente: Ana Bella

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Maria Edilma Ruiz

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

Powered by CamScanner