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



Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO de cero a siempre

Ciudad Oporapa

Nombre completo de la niña o niño Katy Alaid Mera Bravo

Fecha de nacimiento 12 04 2020 **N° Documento de Identidad** 1.080.268.055

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** 03 02 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Jeidy Yuliy Muñoz Rojas

Fecha de registro cualitativo 05 05 2025

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

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

Observaciones generales

La niña no cumple con Proezas y subproezas fundamentales, como por ejemplo la niña no realiza un dibujo con su propia descripción, además no plantea con los niños la organización de juegos complejos

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

La mc le recomienda a la mamá de la niña llevarlas a terapias para que la niña mejore.

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Jeidy Yuliy Muñoz Rojas

Fecha de registro cualitativo 05 08 2025

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

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

Observaciones generales

La niña no reconoce sus fortalezas, y no es capaz de decir para que es bueno y para que no.

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

La madre de la niña dice que no la ha podido llevar a las terapias la mc le pide el favor de agilizar este tema, La mc ha implementado nuevas técnicas en la niña

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Jeidy Yuliy Muñoz Rojas.

Fecha de resgistro cualitativo 05 11 2025

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

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

Observaciones generales

La niña no realiza un dibujo y no hace una descripción de lo que dibujo no explica las normas que tiene incumplir una norma establecida.

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

La niña ya esta siendo llevada a terapias, día de por medio, la mc ha implementado nuevas técnicas para que su lenguaje mejore, ella le hace actividades para esto.

Powered by CamScanner

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

Huellas de Amor
Para Tu Vida

LEY DE PROTECCIÓN DATOS PERSONALES

n 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 atos 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 is 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 ntregado.

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

utorizo a la corporación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA, a realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, macenamiento, 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 Sandra Milenna Bravo Valencia. Identificado con CC 1004153320 Expedida en 28 de Agosto 2020 Acudiente del menor Baby Alaia Mera Bravo Identificado con Registro Civil de Nacimiento Numero 1088268053

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.

Firma Usuario y/o Acudiente

En atención a lo anterior, en el marco de las acciones de responsabilidad parental, es mi interés

Powered by CamScanner

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

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 cuchycuchis en el cual labora la Madre Comunitaria Jeidy Jurley Munoz Rojas. 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): Katy Alava Mera Bravo. 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

6) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) asista al servicio médico y demás actividade 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 Escola una vez haya cumplido los cinco (5) años.
8) Informar a la Madre Comunitaria y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de m hijo(a) al Hogar Comunitario, adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si s cuenta con ellos).
9) Elegir o ser elegido en el comité de control o veedurías ciudadanas que se convoquen con e fin de velar por una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por e ICBF para la Modalidad Hogares Comunitarios de Bienestar.
10) Mantener relaciones interpersonales que promuevan la convivencia pacífica con los padre usuarios y con la Madre Comunitaria.
11) Cumplir con el pago de la cuota de participación, si esta ha sido acordada en Asamblea d Padres y si no pertenezco a una familia en situación de desplazamiento.
NOTA: Los recursos recaudados por concepto de la cuota de participación, serán invertidos e pro de la calidad del servicio y de manera prioritaria se podrán invertir en la adquisición de l Póliza de Seguro para los niños y niñas beneficiarios.
12) Informar al ICBF o a la Entidad Administradora del Servicio sobre situaciones que afecten desarrollo integral o la permanencia de los niños y niñas en el Hogar Comunitario de Bienesta

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el 03 del mes 02 del añ 2025, en el Municipio de Oporapa.

Nombre y Firma del Padre (Madre) de Familia

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 Maty Alaia Mera Bravo, identificado (a) con documento de identidad número 1080268035 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Sandra Milenna Bravo Valencia, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004753320, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por corhuellas, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa HCB

Suscriben:

Firma: [signature]
Nombre: Sandra Milenna Bravo V.
Calidad - Titular: Madre Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3103984192
Fecha: 03-02-2025
Municipio: Oporapa

¡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

CLASIFICADA

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.080.268.053

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60366139

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L 2 B

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

REGISTRAIDURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA...

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MERA	BRAVO

Nombre(s)

KATY ALAIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes SEP Día 12	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA NEIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	160240912

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

BRAVO VALENCIA SANDRA MILENA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.153.320	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

MERA BRAVO YEFERSON

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.265.346	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MERA BRAVO YEFERSON

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.080.265.346	Yeferson Mera. B.

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 2020 Mes SEP Día 17	MANUEL JESUS LATORRE ADARME - REG Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Yeferson Mera. B. Firma	

ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA 27137168-9

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

17 SEP 2020

REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

OPIXPRES 0023857

- ORIGINAL PARA [illegible] DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia, soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV (Salario Mínimo Legal Vigente) y demás evidencias sociofamiliares que permitan determinar la necesidad de priorización de atención en los servicios de educación de educacion inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita:	19/02/2024	**Hora de inicio:**	2:00 pm	**Hora de finalización:**	2:30 pm
Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita:	Ana Yivi Cuellar Parra				
No. Identificación:	1081732009	**Cargo:**	Apoyo Psicosocial	**Profesión:**	Psicóloga
Regional:	Huila	**Municipio:**	Saladoblanco	**EAS:** ✓	**C. Zonal:** ✓ Pitalito

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres:	SANDRA MILENA	**Apellidos:**	BRAVO VALENCIA
Tipo de documento:	CC	**No. de documento:**	1004153320
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	26/07/2002	**Edad:**	22
Dirección:	VEREDA EL CARMEN	**Teléfono:**	3107969172
Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio:	MAMÁ		

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X):	**Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 días**	X	**Mujer gestante**		
Nombres:	KATY ALAIA	**Apellidos:**	MERA BRAVO		
Tipo de documento:	RC	**No. de documento:**	1080268053		
Lugar de nacimiento:	NEIVA HUILA	**Fecha de nacimiento** (dd/mm/aaaa):	12/10/2020	**Edad:**	4 AÑOS
Sexo: **Hombre**		**Mujer** X	**Intersex**	**Nacionalidad:**	COLOMBIANA
¿Afiliado(a) a salud?	**Si** X **No**	**¿Cuál entidad de salud?**	NUEVA EPS	**¿Pertenece a algún grupo étnico?**	**Si** **No** X **Cuál**
¿Presenta alguna discapacidad?	**Si** **No** X	**Cual**			

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

Ubicación de la vivienda (Marque con una X):	**Rural** X	**Urbana**		**Tipo de municipio:**	
Dirección:	VEREDA EL CARMEN	**Teléfono:**	3107969172		
Barrio o vereda:	VEREDA EL CARMEN	**Coordenadas:**	X	Y	

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN *FAMILIAR* (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
EMERSON HERAZO MARTINEZ	CC	1004493061	21	BACHILLER	AGRICULTOR	PADRASTRO
SANDRA MILENA BRAVO	CC	1004153320	22	BACHILLER	AMA CASA	MAMÁ
KATY ALAIA MERA BRAVO	RC	1080268053	4			USUARIA

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, habitos y costumbres)

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F3.G22.PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X):	**Casa**		**Apartamento**	X	**Otro**		**Cuál**		
Tenencia de la vivienda (Marque con una X)	**Propia**		**Arrendada**	X	**Familiar**		**Otro**		
Estrato: 1	**¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda?**	6 MESES	**Asentamiento informal:**	**Si**		**No**	X		

Acceso a servicios públicos (Indique con Si ó No)	Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
	SI	SI	SI	SI

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda? **Si** [ ] **No** [X]

Distribución de espacios:	Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios:
	2	3	SALA COMEDOR, COCINA,BAÑO, PATIO

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad? **Si** [X] **No** [ ] **Cuál** [ ]

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

VIVIENDA CON FACIL ACCESO, SIN HACIINAMIENTO . SIN RIESGOS ESTRUCTURALES, EN BUENAS CONDICIONES DE HABITAT.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las características y particularidades que esta presenta?

SI [ ] **NO** [X]

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
EMERSON HERAZO MARTINEZ	AGRICULTOR	VEREDA EL CARMEN	PADRASTRO

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	0
Informalidad	0
Arriendos	0
Remesas del exterior	0
Honorarios	0
Pensión	0
Negocios / Comercio	0
Cultivos	600.000
Otros	0
TOTAL INGRESOS	600.000

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

ABUELO QUIEN REALIZA TRABAJO DEL CAMPO DIARIAMENTE. CON LOS CUALES GENERA INGRESOS PARA CUBRIR LOS GASTOS DEL HOGAR

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	**Si**	X	**No**		**Tiempo**	
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	**Si**		**No**	X	**Tiempo**	
¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?	**Si**		**No**	X	**Tiempo**	
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	**Si**		**No**	X		
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	**Si**	X	**No**			
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	**Si**	X	**No**			

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

S/N

X. FIRMAS

PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

SANDRA MILENA BRAVO

MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A3

Fecha de consulta: 03/07/2025

Ficha: 4137809650340000174 1

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: KATY ALAIA

Apellidos: MERA BRAVO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268053

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 20/12/2021

Última actualización ciudadano: 10/08/2023

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

ombre administrador: CARLOS ANDERSON ACOSTA VALDEZ

irección: Calle 6 No 3 - 52

léfono: 3176617965

rreo 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

nformación Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1080268053
NOMBRES	KATY ALAIA
APELLIDOS	MERA BRAVO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	OPORAPA

tos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/07/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/03/2025 08:53:53	Estación de origen:	192.168.70.220

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

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

sponsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de los - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos,

Powered by CamScanner

TURA ELECTRONICA DE VENTA

FS 13245329

SURGAS
Surcolombiana de Gas S.A. E.S.P
NIT: 891080717-1
Neiva: Cr. 10 6-27 Altico, Pitalito: Cr. 1B 4-58, Mocoa: Km 2 vía Pitalito, Puerto Asís: Cr. 19 14-28 Américas,Cel: 3123512890 / 3213753539 / 3163973186, Email:

ables de IVA
No. 18764081751512 de fecha 18/10/2024,
pencia 18/10/2026

Fecha y Hora de Generación: 18/12/2024 9:07 AM
Fecha de Validación DIAN: 18/12/2024 9:55 AM
Días Facturados: 30
Periodo Facturado: 11-nov-2024 / 10-dic-2024
Último Pago: 26-nov-2024 / 37070
Condiciones de pago: CREDITO 16 DIAS

TOTAL A PAGAR: $49,410

Pagar antes de: 3-ene-2025

La orden de suspensión procederá en cualquier momento después

4-ene-2025

CONSUMO POR RANGOS

M3	Vr. M3	Vr. Parcial
	8716.09	63279
	7796.12	9355

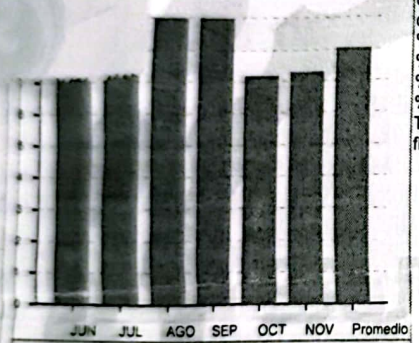
COMPONENTES TARIFARIOS

Gm: 2423.84
Tm: 2352.16
TVm: 702.67
%P: 2.12
Pm: 2.05
UR2198.83
UNR2198.83
CUfm: 4688.7
UR7796.12
UNR7796.12
q18716.09
q28689.43
%S1: 36.7
%S2: 20.91
%C5y6: 20
%CnoRes: 8.9
TRM: 0
fPC: 1

DESCRIPCIÓN DEL COBRO

Concepto	Valor	Atraso	IVA
CONSUMO	72634	0	0
SUBSIDIO	-23223	0	0
AJUSTE DECENA	-1	0	0

UMOS ANTERIORES



ORMAL
498.16
506.79
8.63
0.96
8.46
GLP

Intereses por Mora % 1.7709 %

TOTAL IVA	0
TOTAL A PAGAR	$49,410

SALDO CRÉDITO VIGENTES

CONCEPTO	SALDO CAPITAL ANTERIOR	DESCRIPCIÓN CUOTAS FACTURADAS			NUEVO SALDO CAPITAL	CUOTAS PEND.	INT. %
		Capital	Int. Fin.	Valor Cuota			

Importancia NINGÚN COLABORADOR DE LA EMPRESA ESTÁ AUTORIZADO EN RECIBIR DINERO, POR FAVOR REALIZAR SUS PAGOS SOLO EN LOS PUNTOS DE RECAUDO

es importante que considere lo dispuesto en el artículo 130 de la Ley 142 de 1994 lo cual establece; la responsabilidad solidaria que existe en el pago de las traídas por alguna de las partes del contrato de prestación de servicios. SURCOLOMBIANA DE GAS S.A E.S.P vela por su seguridad y bienestar, por esta nos que su próxima REVISIÓN PERIÓDICA VENCE el 2028-05-04. El saldo acumulado CREG 048/20 del mes anterior es $310038 , su saldo acumulado ual es $301466.

Código 082491 | Periodo 11-nov-2024 / | Pagar | TOTAL A PAGAR $49,410

- USUARIO -

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

CARNÉ DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL MENOR DE 10 AÑOS

Nombre: Katy Alaïa Mena Bravo

Fecha Nacimiento: 12 de Septiembre del 2020

Registro Civil: 1080268053

Dirección: Vereda El Carmen Operapa

Teléfono: 3107989772

Responsable: Sandra Milena Bravo

EPS: Nueva EPS

Tipo de Sangre: O+

Peso al Nacer: 2800gr

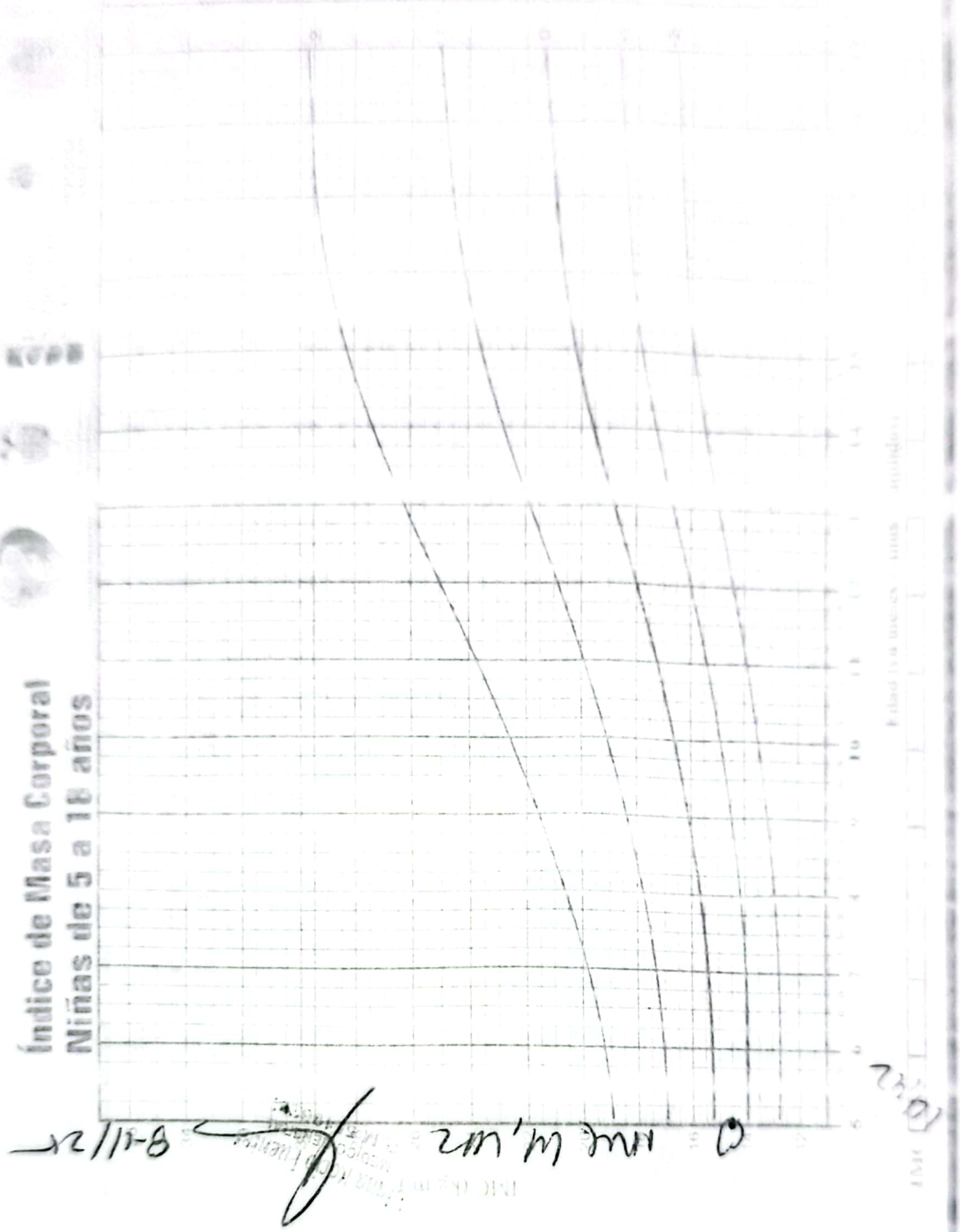
Talla al Nacer: 50 Cm

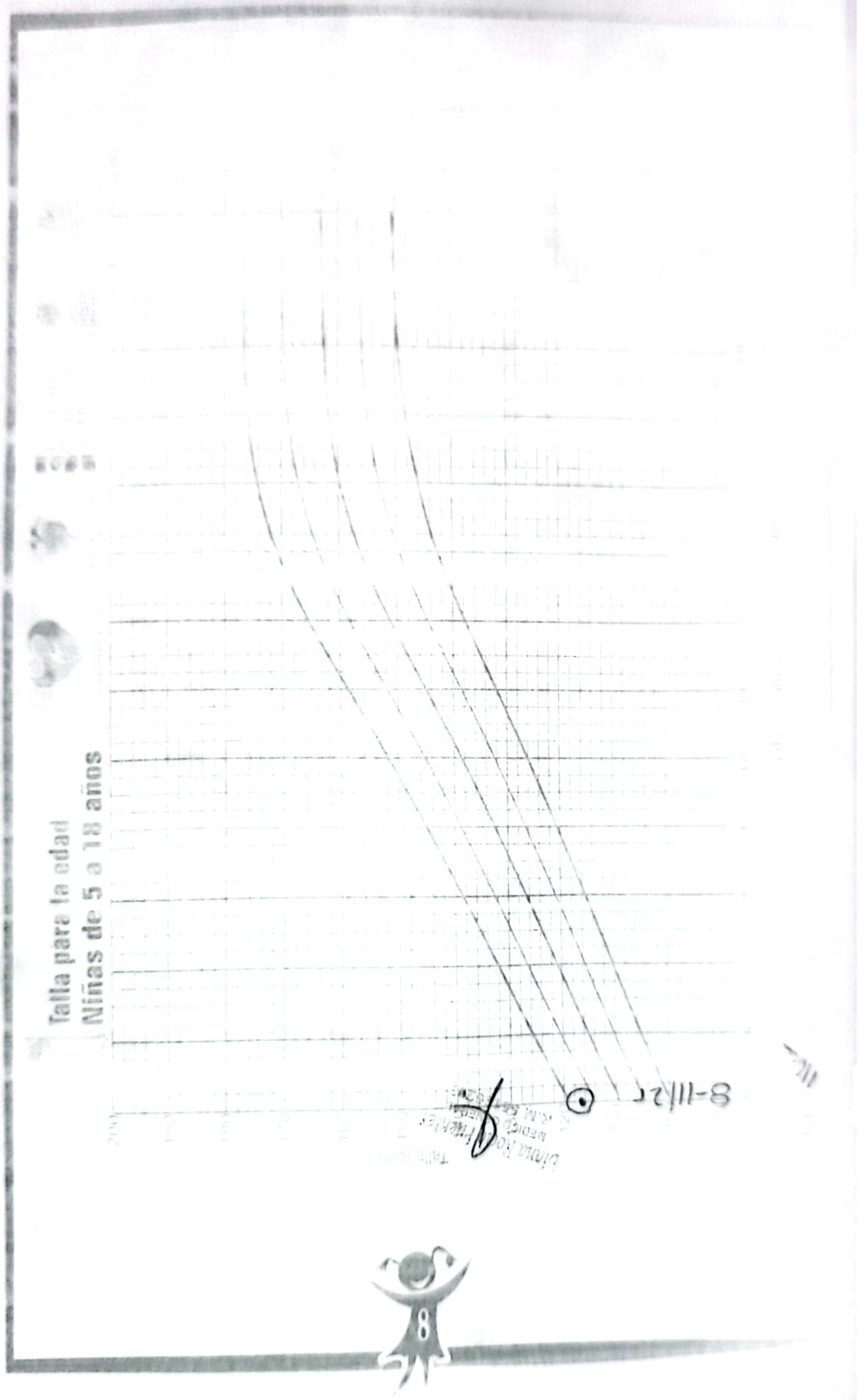


Powered by CamScanner

Perímetro Cefálico
Niñas de 0 a 5 años
Perímetro craneal (cm)
54
52
50
48
46
44
42
40
38
36
34
32
30
1 año
2 años
Edad en años y meses cumplidos

Peso para la talla
Niñas de 2 a 5 años
Peso (kg)
Talla (cms)
PESO
TALLA


Índice de Masa Corporal
Niñas de 5 a 18 años


Talla para la edad
Niñas de 5 a 18 años

Powered by CamScanner

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer — Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

ante el primer mes de vida — Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

dad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
eses			
eses			
eses			
meses			
meses			
meses			
meses			
meses			
meses			
meses			
meses			
meses			
meses			
meses			
(1)			
(2)			

os los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina ada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de erdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
ses		42 meses	
neses		48 meses	
neses		54 meses	
neses		60 meses	
meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

Valor reportado TSH:

Fecha verificación:

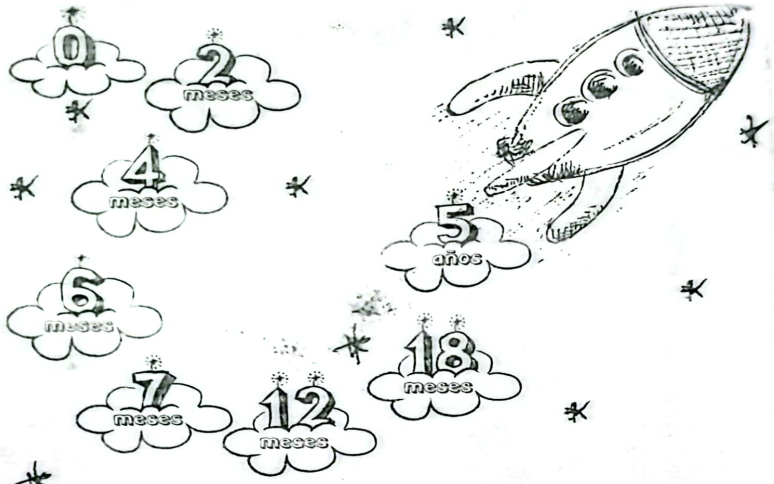
Profesional que verificó:

Exíjalo

garantiza la protección frente a enfermedades

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, 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 día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones
www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI — de cero a Siempre

MinSalud

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Kelly Alexis Mora Bravo
Fecha de nacimiento: 12 Septiembre 2025
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil:
Sexo:
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 3.2 kg
Dirección:
Teléfono: 313 554 5552
Responsable:
Municipio de residencia:
Departamento:

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

			Día	Mes	Año						
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Si ☐ No ☐									
	Tuberculosis B.C.G.	Única	14-01-21	Serum	[illegible]	[illegible]					
	Hepatitis B	Recién nacido	14-01-20	Serum	[illegible]	[illegible]					
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Si ☐ No ☐									
	Polio (Oral - IM)	1ª	18-11-20	Sanofi pasteur	R3L6911V	ESE Juan Ramon	19	01	21	Teidy Rebayo	
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	18-11-20	Serum	2858140324	ESE Juan Ramon	19	01	21	Teidy Rebayo	
	Rotavirus	1ª	18-11-20	Glaxosmithkline	ARLC425AA	ESE Juan Ramon	19	01	21	Teidy Rebayo	
	Neumococo	1ª	18-11-20	Glaxosmithkline	ASPN835AA	ESE Juan Ramon	19	01	21	Teidy Rebayo	
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Si ☐ No ☐									
	Polio (Oral - IM)	2ª	13-01-21	Sanofi pasteur	T3D8911V	ESE Juan Ramon	13	03	21	Teidy Rebayo	
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	13-01-21	Serum	2858140C	ESE Juan Ramon	13	03	21	Teidy Rebayo	
	Rotavirus	2ª	13-01-21	Glaxosmithkline	ARLC425AA	ESE Juan Ramon	13	03	21	Teidy Rebayo	
	Neumococo	2ª	13-01-21	Glaxosmithkline	ASPN835AA	ESE Juan Ramon	13	03	21	Teidy Rebayo	
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.										
	Polio (Oral - IM)	3ª	19-3-21	Sanofi Pasteur	T3D891V	ESE JRNP	12	04	21	Cristian Vargas	
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	19-3-21	Serum	2858140BC	ESE JRNP	12	04	21	Cristian Vargas	
	Influenza	1ª	02-09-21	Sanofi pasteur	U3837LV	ESE J-RNP	03	11	21	Teidy Rebayo	
7 Meses	Influenza	2ª	[illegible]								
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	29-09-21	Serum	0130N013B	ESE J-RNP	12	09	25	Teidy Rebayo	
	Fiebre Amarilla	1ª	06/05/22	[illegible]	[illegible]	ESE J R N P.	—	—	—	Teidy Rebayo	
	Neumococo	Refuerzo	29-09-21	Glaxosmithkline	ASPN836FA	ESE J-RNP	—	—	—	Teidy Rebayo	
	Influenza	Anual									
	Hepatitis A	ÚNICA	29-09-21	MERCK Sharp	T036268	ESE J RNP	—	—	—	Teidy Rebayo.	
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	06/03-22	Serum	2810X001B	ESE JUAN RNP	—	—	—	Teidy Rebayo	
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	06/05-22	Serum	1001P01B	ESE JUAN RNP	—	—	—	Teidy Rebayo	
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo	13-09-25	Bilthoven	2429000	ESE DMM				MAGOLA TRUJILLO	
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo	13-09-25	Serum	2823102281	ESE DMM				MAGOLA TRUJILLO	
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	24-03-23	Serum	013W101B	ESE Juan Ramon	—	—	—	Milena Bravo.	
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª									
	VPH	2ª									
	VPH	3ª									
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	1ª	29-09-21	MERCK Sharp	U006190	ESE J-RNP	12	09	25	Teidy Rebayo.	
	Sarampión-rubéola	1 DA	20-10-21	Serum	B134W239	ESE J-RNP	—	—	—	Teidy Rebayo	
	Varicela	Refuerzo	13-09-25	Merck	Y018377	ESE DMM				MAGOLA TRUJILLO.	

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

Ficha amarilla. Sabanetano = Fiebre amarillas Lote 212VF00852 Aplicada el 06-05-22 Teidy Rebayo ESE Juan Ramon.

Estas vacunas son gratuitas

Powered by CamScanner

Huellas de Amor
Para Tu Vida

COMPROMISO DE CORRESPONSABILIDAD

En mi calidad de acudiente del usuario(a) Katy Alaia Mera Bravo con documento de identidad 1080265053 del HCB los cuchigcuchis del municipio de Oporapa, Huila a cargo de la madre comunitaria Jeidy Jurley Muñoz. de la corporación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA manifiesto que:

Reconozco que la corresponsabilidad es uno de los principios fundamentales que sustenta el modelo de Estado y de sociedad plasmado en la Constitución política en donde el Estado garantiza a mi hijo (a) atención integral por medio del hogar comunitario y es mi responsabilidad como padre o madre de familia garantizar el derecho a la salud de mi hijo.

Por lo anterior manifiesto que no me es posible realizar el traslado del SISBEN de mi hijo al Municipio donde recibe el servicio por que En el municipio donde estoy sensada reciba ayudas del Gobierno.

Si embrago me comprometo a garantizar que mi hijo tenga el crecimiento y desarrollo, las vacunas y los certificados de salud al día.

Manifiesto que conozco y la madre comunitaria me explico que en caso de no garantizar el derecho a la salud la entidad Corhuellas activara ruta por negligencia ante el ente encargado.

Nombre y Firma del Padre (Madre) de Familia

Powered by CamScanner

INFORME REMISIÓN

NOMBRE: Katy Alaia Mera Bravo
EDAD: 4 año 11 meses
NOMBRE DE LA MADRE: Sandra Milena bravo Valencia
HCB: Los Cuchiscuchis
VALORADO POR: Ana Yivi Cuellar Parra
FECHA DE VALORACIÓN: 22- Agosto- 2025

SITUACIÓN ENCONTRADA

Se identifica que la menor, quien hace parte del Hogar Comunitario de Bienestar Los Cuchiscuchis, presenta posible retraso en el desarrollo del lenguaje. A la edad de 4 años únicamente logra mencionar unas pocas palabras, entre ellas "mamá" y "papá", además de otras expresiones que no son claras ni comprensibles.

Durante el proceso de atención en el HCB, la madre comunitaria ha implementado diversas estrategias pedagógicas y de estimulación dirigidas a fortalecer el lenguaje, sin embargo, los avances obtenidos hasta la fecha no han sido significativos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

- Se considera necesario realizar valoración médica especializada, con el fin de descartar posibles alteraciones en el desarrollo del lenguaje o compromisos cognitivos.

- El resultado de esta valoración permitirá establecer un plan de manejo oportuno y adecuado para el beneficio del menor.

Powered by CamScanner

- Posterior a la cita, se solicita a los padres de familia o acudientes entregar a la Corporación CORHUELLAS el informe del especialista, a fin de conocer el diagnóstico y continuar el acompañamiento institucional.

Sin otro particular

1004153320

26-08-2025

ANA YIVI CUELLAR PARRA
Profesional Psicosocial HCB
T.P. 189753
CEL: 3222549353
Correo: cuellarana05@gmail.com

Powered by CamScanner

E.S.E MUNICIPAL DAVID MOLINA MUÑOZ

DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

HOJA DE REFERENCIA

REFERENCIA No: 79010

FECHA REMISION: 4/09/2025 No. HISTORIA CLINICA: 1080268053 1080268053

INSTITUCION A LA QUE SE REMITE: E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO COD: 4155100479

IDENTIFICACION DEL USUARIO:

PACIENTE:	MERA BRAVO KATY ALAIA	EDAD:	4 Años	SEXO:	Femenino
IDENTIFICACION:	1080268053	FECHA DE NACIMIENTO:	12/09/2020		
DIRECCION:	VEREDA	TELEFONO:	3107989172		
MUNICIPIO:	OPORAPA	DEPARTAMENTO:	HUILA		
REGIMEN:	SUBSIDIADO	ASEGURADORA:	NUEVA EPS		

DATOS DE LA REFERENCIA:

			ESPECIALIDAD:	CUPS:
FECHA INGRESO:	4/09/2025	Servicio que refiere: CONSULTA EXTERNA	MEDICINA GENERAL	890201
FECHA EGRESO:	4/09/2025	Servicio al que se refiere: CONSULTA EXTERNA	PEDIATRIA	890283

NIVEL QUE REFIERE: PRIMER NIVEL MOTIVO REFERENCIA: NIVEL DE COMPETENCIA

NIVEL AL QUE REFIERE: SEGUNDO NIVEL MODALIDAD DE SOLICITUD: REMISION

MEDICO QUE REFIERE: DAVID ALEJANDRO IBARRA CHAVEZ

FIRMA Y SELLO: CC: 1004232624 REGISTRO MEDICO: 1004232624

HORA SOLICITUD: PERSONA QUE SOLICITA LA REFERENCIA

HORA CONFIRMACION: PERSONA QUE ACEPTA LA REFERENCIA

HORA SALIDA: HORAS MINUTOS

HORA DE LLEGADA DEL PACIENTE A LA INSTITUCION RECEPTORA (Registrada por el conductor):

NOMBRE CONDUCTOR: No. PLACA AMBULANCIA:

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA Y RESULTADOS DE PRUEBAS

ANAMNESIS - MOTIVO CONSULTA: "TIENE ALTERACIONES EN EL LENGUAJE"

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE FEMENINA, DE 4 AÑOS DE EDAD, ASISTE POR SUS PROPIOS MEDIOS, SIN MENCION DE COMORBILIDADES, INGRESA CON SU MADRE (SANDRA MILENA BRAZO) CON CUADRO CLINICO DE APROX 1 AÑOS, CONSISTENTE EN ALTERACION DEL LENGUAJE CON ALTERACION DE LA PRONUNCIACION, FUE VALORADA POR PROFESIONAL PSICOSOCIAL DONDE OBSERVAN QUE LOGRA PRNUNCIAR PALABRAS CORTAS Y DE SILABAS FACILES DE EXPRESAR, QUIEN INDICA SOLICITAR VALORACION POR ESPECIALIDAD, NO REFIERE OTRA SINTOMATOLOGIA

REVISION POR SISTEMAS:

LO REFERIDO EN LA ENFERMEDAD ACTUAL

ANTECEDENTES:

Patológicos:

Hospitalarios:

Quirúrgicos:

Impreso por: DAVID ALEJANDRO IBARRA CHAVEZ - 4/09/2025 - 11:29:24 a.m.

E.S.E MUNICIPAL DAVID MOLINA MUÑOZ

DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

HOJA DE REFERENCIA

REFERENCIA No: 79010

Traumáticos:
Alérgicos:
Tóxicos:
Medicamentos:
Transfusionales:
Familiares:
E.T.S:
Gineco-obstetricos: Gestas: Partos: Cesáreas: Vivos: Muertos: FUM: FUP:

PARTO POR CESAREA POR PRECLAMPSIA, PESO AL NACER: 2,800GR, TALLA AL NACER: 50CM

EXAMEN FISICO:

SIGNOS VITALES:	TA	FC:	T:	FR:	TALLA:	PESO:	GLASGOW:
	100 / 60	78 /m	36 /C°	19 /m	112 /cm	19 /Kg	

Estado general:	Buen estado general, hidratada y colaboradora
Cabeza y cuello:	Normocefalo, Ojos: PINR, escleras anictéricas, conjuntivas rosadas, ORL: mucosas humedas, rosadas, CAE permeable, timpano normal, PRESENCIA DE FRENILLO LINGUAL
Tórax:	Simétrico, no signos de dificultad respiratoria, RsCsPs, no soplos, Pulmones limpios, bien ventilados, no sobreagregados.
Abdomen:	Blando, depresible, no masas o megalias, Peristaltismos positivo, No signos de irritación peritoneal
Genito-Urinario:	Genitales externos de aspecto normal
Extremidades:	Eutróficas, sin evidencia de deformidad física, Pulsos periféricos presentes, adecuados y simétricos.
Neurológico:	Alerta, orientada en tres esferas, No signos meningeos, Pares craneanos: normales, ROT: ++/++++, Fuerza y tono muscular conservado.
Otros Hallazgos:	REFIERE PALABRAS CORTAS POCO ENTENDIBLES

TRATAMIENTO INSTAURADO (Medicamento, dosis, y duración del tratamiento):

Indicaciones:

RESULTADOS DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS (Anexas):

DIAGNOSTICOS DE EGRESO :

DESCRIPCION DEL MOTIVO Y OBJETIVO DE LA REFERENCIA:

PACIENTE FEMENINA, DE 4 AÑOS DE EDAD, ASISTE POR SUS PROPIOS MEDIOS, SIN MENCION DE COMORBILIDADES, INGRESA CON SU MADRE (SANDRA MILENA BRAZO) CON CUADRO CLINICO DE APROX 1 AÑOS, CONSISTENTE EN ALTERACION DEL LENGUAJE CON ALTERACION DE LA PRONUNCIACION, FUE VALORADA POR PROFESIONAL PSICOSOCIAL DONDE OBSERVAN QUE LOGRA PRNUNCIAR PALABRAS CORTAS Y DE SILABAS FACILES DE EXPRESAR, QUIEN INDICA SOLICITAR VALORACION POR ESPECIALIDAD, NO REFIERE OTRA SINTOMATOLOGIA

AL MOMENTO DE LA VALORACION PACIENTE CLINICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE SIRS, NO SIGNOS DE BAJO GASTO, AFEBRIL,HIDRATADA CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LA NORMALIDAD, AL EXAMEN FISICO REFIERE PALABRAS CORTAS POCO ENTENDIBLES, SE OBSERVA FRENILLO LINGUAL, POR LO QUE SE CONSIDERA PACIENTE CURSANDO CON ALTERACION EN EL LENGUAJE POR LO QUE SE DECIDE DAR ORDEN PARA VALORACION POR PEDIATRIA, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS ALARMA, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

Impreso por: DAVID ALEJANDRO IBARRA CHAVEZ - 4/09/2025 - 11:29:24 a.m.

Página 2 de 2

Powered by CamScanner

Fecha de diligenciamiento: 30 / 01 / 2025

INFORMACIÓN DEL USUARIO

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

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

Tipo documento identidad: (X) 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: 1080268053

Fecha nacimiento: 12 / 09 / 2020

Nombres: Kuby Alaia

Apellidos: Rtera Bravo

¿Presenta discapacidad? ( ) Si (X) No

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

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

Cuales aplican: ( ) Física ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Intelectual ( ) Psicosocial (mental) ( ) Múltiple ( ) Sordoceguera ( ) N/A

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

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

INFORMACIÓN DE RESIDENCIA DEL USUARIO

Departamento de residencia: Huila

Municipio de residencia: Oporapa

Zona: Rural

Barrio: El Carmen

Vereda: El Carmen

Corregimiento

Dirección: V. El carmen.

DATOS DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Tipo de usuario: ( ) 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: 1004753320

Nombres: Sandra Milenna

Apellidos: Bravo Valencia

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 26 / 06 / 2002

Correo electrónico: Erosoemerson7@gmail.com

Número de celular: 3107989772

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

Autoriza registro en sistema de información: (X) Si ( ) No

Nombre y Firma del padre, madre y/o acudiente: S. Milenna Bravo. Sandra Bravo

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Jordy Yuby Muñoz Rojas

Powered by CamScanner

Salud Vital IPS

SOLICITUD EXAMANES DE LABORATORIO

FECHA DE EMISIÓN: 01/02/2022
FOLIO: 5

NUM.HISTORIA 1080268053 **FECHA:** 2025-09-18 11:17:02

FECHA Y LUGAR DE PRESCRIPCIÓN: 2025-09-18 11:17:02 - SEDE PITALITO

KATY ALAIA MERA BRAVO	RC 1080268053	**EDAD:** 5 Años
EL CARMEN	3101598917	PGP SUBSIDIADO PITALITO
FEMENINO	O+	SOLTERO
TIPO USUARIO: SUBSIDIADO	**ESCOLARIDAD:** SIN ESCOLARIDAD	**ZONA** URBANA

DESCRIPCION	CANTIDAD	OBSERVACIONES / RECOMENDACIONES
890383 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	1	EN 3 MESES
890210 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONOAUDIOLOGÍA	1	
837001 - TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL	24	TERAPIA DEL LENGUAJE 24 SESIENES SEMANELA POR 3 MESES

DIAGNOSTICO PRINCIPAL:
F80 - OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE

ABEL ERNESTO POLANIA TOVAR
C.C 83235885
R.M. 83235885
ESP. PEDIATRIA

– 3174007771

– 3174271641

Powered by CamScanner

Salud Vital IPS

Salud Vital del Huila IPS S.A.S
NIT: 900.314.301-5

RECOMENDACIONES

NUM.HISTORIA 1080268053 **FECHA:** 2025-09-18 11:18:42 **FOLIO:** 6

DATOS DE IDENTIFICACIÓN		
NOMBRE: KATY ALAIA MERA BRAVO	ID: RC 1080268053	FECHA DE NACIMIENTO: 2020-09-12
EDAD:5 Años 0 Meses6 Dias	GENERO: FEMENINO	ESTADO CIVIL: SOLTERO
TEL: 3101598917	DIRECCIÓN: EL CARMEN	LUGAR DE RESIDENCIA: OPORAPA
ENTIDAD: PGP SUBSIDIADO PITALITO	TIPO DE USUARIO: SUBSIDIADO	ARL:

SE DAN RECOMENDACIONES HIGIÉNICO -DIETÉTICAS, RECOMENDACIONES DE CRIANZA AMOROSA Y PAUTAS DE CRIANZA , IMPORTANCIA DEL VIN
SE RECOMIENO AL MADRE ESTIMULACION EN CASA: LECTURA DE CUENTOS, CACIONESO RONDAS INFATILES, NO EXPOSICON A PANTA

PARTICIPAR EN JUEGOS DE MESA,

VALORACION FNONOAUDIOLOGIA,
TERAPIA DEL LENGUAJE 24 SESIENES SEMANELA POR 3 MESES
SE DAN RECOMENDACIONES HIGIÉNICO -DIETÉTICAS, RECOMENDACIONES DE TRATO AMOROSO Y PAUTAS DE CRIANZA.
* CONTROL CON PEDIATRIA EN 3 MESES.

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES.
SEGUIMIENTO EN PRIMER NIVEL POR CRECIMIENTO Y DESARROLLLO
CONTINUAR PLAN DE VACUNACION SEGUN PAI.
PREVENCION DE ACCIDENTES.

Profesional: RUBIEL ERNESTO POLANIA TOVAR
CC:83235885
Esp: PEDIATRIA
RM: 83235885

Powered by CamScanner

Salud Vital IPS

SOLICITUD EXAMANES DE LABORATORIO

FECHA DE EMISIÓN: 01/02/2022
FOLIO: 5

NUM.HISTORIA 1080268053 **FECHA:** 2025-09-18 11:17:02

FECHA Y LUGAR DE PRESCRIPCIÓN: 2025-09-18 11:17:02 - SEDE PITALITO

LUCY ALEJA MERA BRAVO	RC 1080268053	**EDAD:** 5 Años
EL CARMEN	3101598917	PGP SUBSIDIADO PITALITO
FEMENINO	O+	SOLTERO
TIPO USUARIO: SUBSIDIADO	**ESCOLARIDAD:** SIN ESCOLARIDAD	**ZONA** URBANA

DESCRIPCION	CANTIDAD	OBSERVACIONES / RECOMENDACIONES
890383 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1	EN 3 MESES
890210 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONOAUDIOLOGÍA	1	
837001 - TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL	24	TERAPIA DEL LENGUAJE 24 SESIENES SEMANELA POR 3 MESES

DIAGNOSTICO PRINCIPAL:
F80 - OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE



ABEL ERNESTO POLANIA TOVAR
[illegible]
[illegible]
PEDIATRIA

SEDE NEIVA: carrera 7A N° 17A - 25B/Quirinal Tel: 8758565 || SEDE NEIVA ALTICO: carrera 11 N° 6 A –13B/Altico Tel: 8667015 || SEDE CAMPOALEGRE: Calle 19 N° 7 – 54B/Centro [illegible] || SEDE GARZÓN: Carrera 8 N° 4 - 21 B/Centro Tel. 8335225 || SEDE PITALITO: Calle 6 N° 1A - 69 B/Agua Blanca Tel. 8364307 || SEDE FLORENCIA: Carrera 3 N° 7 – 25B/Las Avenidas Tel. 4358836 E-mail: saludvitalhuila@hotmail.com

- 3174007774

Powered by CamScanner

Salud Vital del Huila IPS S.A.S
NIT: 900.314.301-5

RECOMENDACIONES

NUM.HISTORIA 1080268053 **FECHA:** 2025-09-18 11:18:42 **FOLIO:** 6

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: KATY ALAIA MERA BRAVO	ID: RC 1080268053	FECHA DE NACIMIENTO: 2020-0
EDAD:5 Años 0 Meses6 Dias	GENERO: FEMENINO	ESTADO CIVIL: SOLTERO
TEL: 3101598917	DIRECCIÓN: EL CARMEN	LUGAR DE RESIDENCIA: OPORA
ENTIDAD: PGP SUBSIDIADO PITALITO	TIPO DE USUARIO: SUBSIDIADO	ARL:

SE DAN RECOMENDACIONES HIGIÉNICO -DIETÉTICAS, RECOMENDACIONES DE CRIANZA AMOROSA Y PAUTAS DE CRIANZA . IMPORTANCIA DEL V
SE RECOMIENO AL MADRE ESTIMULACION EN CASA: LECTURA DE CUENTOS, CACIONESO RONDAS INFATILES, NO EXPOSICON A PAN

PARTICIPAR EN JUEGOS DE MESA,

VALORACION FNONOAUDIOLOGIA,
TERAPIA DEL LENGUAJE 24 SESIENES SEMANELA POR 3 MESES
SE DAN RECOMENDACIONES HIGIÉNICO -DIETÉTICAS, RECOMENDACIONES DE TRATO AMOROSO Y PAUTAS DE CRIANZA.
* CONTROL CON PEDIATRIA EN 3 MESES.

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES.
SEGUIMIENTO EN PRIMER NIVEL POR CRECIMIENTO Y DESARROLLLO
CONTINUAR PLAN DE VACUNACION SEGUN PAI.
PREVENCION DE ACCIDENTES.

Profesional: RUBIEL ERNESTO POLANIA TOVAR
CC:83235885
Esp: PEDIATRIA
RM: 83235885

Powered by CamScanner

PESO 12.7 Kg	TALLA 114.5 Cm	IMC Kg/cm2	ESTADO	PERIMETRO ABD Cm	

	OJOS NORMAL
	CUELLO NORMAL
	ABDOMEN NORMAL
	OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA NORMAL
	PIEL NORMAL

EVALUACIÓN NUTRICIONAL PATRONES OMS NORMAL ENTRE 1 Y - 1 SD EN PARAMETROS P/L-T Y L-T / E

PROBLEMAS EN DESARROLLO DEL LENGUAJE

SINTOMÁTICO RESPIRATORIO	SINTOMÁTICO PIEL	TIPO DIAGNOSTICO CONSULTA
NO APLICA	NO APLICA	IMPRESION DIAGNOSTICA

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO PPAL

F80 OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE

PLANES Y PLAN

PACIENTE CON Dx ANOTADOS ,BUEN ESTADO CLÍNICO, SIN SIGNOS DE PELIGRO, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, EVALUACIÓN NUTRICIONAL
ALERTA NEURODESARROLLO CONPROEBLMEASEN AREA DEL LENGUAJE,
Dx RECOMENDACIONES HIGIÉNICO -DIETÉTICAS, RECOMENDACIONES DE CRIANZA AMOROSA Y PAUTAS DE CRIANZA . IMPORTANCIA DEL VINCULO AFECTIVO,
RECOMIENO AL MADRE ESTIMULACION EN CASA: LECTURA DE CUENTOS, CACIONESO RONDAS INFATILES, NO EXPOSICON A PANTALLAS,

REMAR EN JUEGOS DE MESA,

REMISION FNONOAUDIOLOGIA
TERAPIA DEL LENGUAJE: 24 SESIENES SEMANELA POR 3 MESES
Dx RECOMENDACIONES HIGIÉNICO -DIETÉTICAS, RECOMENDACIONES DE TRATO AMOROSO Y PAUTAS DE CRIANZA,

CONTROL CON PEDIATRIA EN 3 MESES
RECOMENDACIONES NUTRICIONALES
SEGUIMIENTO EN PRIMER NIVEL POR CRECIMIENTO Y DESARROLLLO
ACTUALIZAR PLAN DE VACUNACION SEGUN PAI
PREVENCION DE ACCIDENTES

Plan de Medicamentos	☑ Laboratorio Clinico	☐ Imágenes DX	☐ Incapacidad
Recomendaciones	☐ Referencia	☐ Procedimientos	☐ Control

Remsion Rutas

Ruta ☐ PIMS	Ruta ☐ MP

[redacted]

MEDICO: RUBIEL ERNESTO POLANIA TOVAR
[redacted]

Powered by CamScanner