



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.



de cero
a Siempre

Ciudad **SALADOBLANCO**
 Nombre completo de la niña o niño **LIZBETH GABRIELA TRUJILLO MORALES**
 Fecha de nacimiento **28 08 2023** N° Documento de Identidad **1.081.135.391**
 Sexo **Masculino** ☐ Femenino ☒ Fecha de 1er día de atención en el año **03 03 2025**

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador **BLANCA NIDIA HUNOZ GARCES**

Fecha de registro cualitativo **06 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 menor Lizbeth. Gabriela muestra iniciativa para realizar actividades por si misma, pide ayuda solo cuando lo considera necesario y se muestra orgullosa de sus logros realizados, poco a poco va desarrollando control sobre sus emociones y comportamientos que le permiten actuar con más independencia.**

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador **Blanca Nidia Hunoz Garces.**

Fecha de registro cualitativo **06 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 Gabriela demuestra capacidad en aprender con facilidad los colores, en las actividades, pronuncia, conoce y realiza comparaciones de los colores, especialmente pide para pintar el color azul.**

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador **Blanca Nidia Hunoz Garces.**

Fecha de registro cualitativo **06 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 se muestra muy activa y participativa en las diferentes actividades, siempre dispuesta a moverse, explorar y aprender a través de la acción, demuestra esfuerzo en cada una de las tareas que realiza intentando superar y completar sus trabajos con dedicación.**

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

Valoración Cualitativa	Relación con los demás												Relación consigo mismo/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	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a									
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3						
0 a 6 meses	1	1	1	4	4	4	6	6	6	8	8	8	10	10	10	11	12	13	11	11	11	14	14	14	16	16	16	19	19	19	20	20	20	22	22	22	23	23	23	25	25	25						
6 meses y 1 día a 12 meses	1	1	1	3	3	3	5	5	5	9	9	9	11	12	13	11	15	16	15	15	15	19	19	20	22	22	22	23	23	23	24	24	24	27	27	27	29	29	29	32	32	32						
1 año y 1 día a 2 años	1	1	1	3	3	3	6	6	6	9	9	9	12	13	14	11	16	17	16	16	16	20	20	21	23	23	23	24	24	24	25	25	25	27	27	27	30	30	30	33	33	33						
2 años y 1 día a 3 años	1	1	1	3	3	3	7	7	7	10	10	10	14	15	16	11	18	19	18	18	18	21	21	22	24	24	24	25	25	25	26	26	26	28	28	28	31	31	31	34	34	34						
3 años y 1 día a 4 años	1	1	1	6	6	6	9	9	9	12	12	12	15	16	17	11	20	21	20	20	20	24	24	25	27	27	27	28	28	28	29	29	29	30	30	30	33	33	33	36	36	36						
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1	1	1	3	3	3	4	4	4	6	6	6	8	8	8	11	10	10	9	9	9	11	11	12	14	14	14	15	15	15	16	16	16	19	19	19	22	22	22	25	25	25						

= Procesos y subprocesos no fundamentales

= Procesos y subprocesos fundamentales

PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES
PROTEGEMOS
TUS PASOS



Línea de Atención:

#899
desde celular

Bogotá: 327 4712 / 327 4713
Nacional: 01 8000 111 935



N° Póliza:

2000505434

Tomador:

CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado:

LIZBETH GABRIELA TRUJILLO MORALES

ID Asegurado:

1081735391

Vigencia Desde:

2025/02/25

Vigencia Hasta:

2026/02/01

Muerte
Accidental

\$10.000.000,00

Gastos
Médicos

\$9.000.000,00



COBERTURAS:

- Muerte Accidental
- Gastos Médicos

En caso de accidente o para consultar términos y condiciones, comunicarse a nuestras líneas de atención

#899
desde celular

BOGOTÁ
3274712 / 3274713

NACIONAL
01 8000 111 935



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:

- 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.
- 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 bebés lactantes, bajo el compromiso de mantener la confidencialidad de la información.

DECLARACIONES DEL TITULAR

Yo Claudia Patricia Morales Coellar Identificado con CC 1.004.269.384 Expedida en Saladoblanco Acudiente del menor Lizbeth Gabriela Trujillo Morales Identificado con Registro Civil de Nacimiento Numero 1.081.735.391

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.

Patricia Morales

Firma Usuario y/o Acudiente



Huellas de Amor
Para Tu Vida



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 Aleja en el País de las Maravillas, en el cual labora la Madre Comunitaria Blanca Nidia Huñez Garces, 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): Lizbeth Gabriela Trujillo Morales. 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).

- 6) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) asista al servicio médico y demás actividades de promoción y prevención para lograr el mejor estado posible de salud.
- 7) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) transite al Sistema de Educación Escolar, una vez haya cumplido los cinco (5) años.
- 8) Informar a la Madre Comunitaria y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de mi hijo(a) al Hogar Comunitario, adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si se cuenta con ellos).
- 9) Elegir o ser elegido en el comité de control o veedurías ciudadanas que se convoquen con el fin de velar por una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por el ICBF para la Modalidad Hogares Comunitarios de Bienestar.
- 10) Mantener relaciones interpersonales que promuevan la convivencia pacífica con los padres usuarios y con la Madre Comunitaria.
- 11) Cumplir con el pago de la cuota de participación, si esta ha sido acordada en Asamblea de 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 en pro de la calidad del servicio y de manera prioritaria se podrán invertir en la adquisición de la Póliza de Seguro para los niños y niñas beneficiarios.
- 12) Informar al ICBF o a la Entidad Administradora del Servicio sobre situaciones que afecten el desarrollo integral o la permanencia de los niños y niñas en el Hogar Comunitario de Bienestar.

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

Patricia morales

Nombre y Firma del Padre (Madre) de Familia

	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	F2.P2.CE	11/07/2024
		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 Lizbeth Gabriela Trojillo Nardo, identificado (a) con documento de identidad número 1.081.735.391, 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, Claudia Patricia Morales Cuellar, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.004.269.384, 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 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 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 COMUNITARIA.

Suscriben:

Firma: patricia morales
Nombre: claudia morales
Calidad - Titular: Representante legal:
Teléfono de contacto: 312 5500 758
Fecha: 03-03-2025
Municipio: Saladoblanco

¡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.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número **N** 2282548

NUIP 1.081.735.391...

Tipo de certificado

Datos Esenciales ☐

Acreditar
Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

TRUJILLO MORALES LIZBETH GABRIELA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)

Sexo (en letras)

Tipo Sanguíneo

Año 2 0 2 3 Mes A G O Día 2 8 FEMENINO A -

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

COLOMBIA HUILA PITALITO

Fecha de Inscripción (Mes en letras)

Indicativo señal

Año 2 0 2 3 Mes S E P Día 0 5 0061185534

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

MORALES CUELLAR CLAUDIA PATRICIA

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 1.004.269.384

COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

TRUJILLO YASNO LUIS ALBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 83.029.464

COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

TRUJILLO YASNO LUIS ALBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 83.029.464

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA HUILA SALADOBLANCO

Código

L 6 D

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año 2 0 2 3 Mes S E P Día 0 5

Nombre y firma del funcionario

LUIS ALBERTO MOLINA CHAVARRO

Registrador del Estado Civil



Fecha de consulta:

28/06/2025

Ficha:

41660002544000000125

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LIZBETH GABRIELA

Apellidos: TRUJILLO MORALES

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1081735391

Municipio: Saladoblanco

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

11/09/2023

Última actualización ciudadano:

11/09/2023

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

SANTIAGO LOZANO CRUZ

Dirección:

Calle 2 No 5 - 10 Esquina

Teléfono:

3134762452

Correo Electrónico:

familiasaladoblanco@gmail.com

	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 domiciliar 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 educación 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: 20-02-2023 Hora de inicio: 3:20 PM Hora de finalización: 3:55 PM
 Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: BIANCA NIDIA HUÑOZ GARCES
 No. Identificación: 55148629 Cargo: MADRE COMUNITARIA Profesión: MADRE COMUNITARIA
 Regional: HUILA Municipio: PITALITO EAS: ☒ C. Zonal: ☒ PITALITO

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombres: CLAUDIA PATRICIA MORALES CUELLAR Apellidos: MORALES CUELLAR
 Tipo de documento: C.C. No. de documento: 1004269384
 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 07-08-1990 Edad: 32
 Dirección: VEREDA PRIMAVERA-GUAYABITO Teléfono: 3125500758
 Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: MADRE

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 ☒ Mujer gestante ☐
 Nombres: LIZBETH GABRIELA Apellidos: TRUJILLO MORALES
 Tipo de documento: R.C. No. de documento: 1081735391
 Lugar de nacimiento: PITALITO HUILA Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 28-08-2023 Edad: 18 MESES
 Sexo: Hombre ☐ Mujer ☒ Intersex ☐ Nacionalidad: COLOMBIANA
 ¿Afilado(a) a salud? Si ☒ No ☐ ¿Pertenece a algún grupo étnico? Si ☐ No ☒
 ¿Cuál entidad de salud? ASMET SALUD ¿Cuál ☐
 ¿Presenta alguna discapacidad? Si ☐ No ☒ Cual ☐

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

La madre manifiesta que a la niña se le brinda una alimentación balanceada, presenta talla y peso adecuado para su edad.

Ubicación de la vivienda (Marque con una X): Rural ☒ Urbana ☐ Tipo de municipio: SAJACOBANCO
 Dirección: VEREDA GUAYABITO Teléfono: 3125500758
 Barrio ó vereda: VEREDA GUAYABITO Coordenadas: X: Y:

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
CLAUDIA PATRICIA MORALES CUELLAR	CC	1004269384	32	América	Amadección	MADRE
LUIS ALBERTO TRUJILLO YASNO	CC	83029464			Agricultor	PADEC
LIZBETH GABRIELA TRUJILLO MORALES	CC	1081735391	1 año 18 m	ninguna	N/A	SOLICITANTE

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

La familia presenta una buena relación entre si y la niña considerando que tienen que difundir en la niña buenas costumbres y hábitos de la familia para fortalecer una buena educación basada en valores y principios.

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

	<p>PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</p> <p>FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN</p>	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 ☐ Otro ☐ Cuál

Tenencia de la vivienda (Marque con una X): Propia ☒ Arrendada ☐ Familiar ☐ Otro

Estrato: ¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda? Asentamiento informal: SI ☐ No ☐

Acceso a servicios públicos (Indique con Si ó No):

Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
SI	NO	SI	NO

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda? SI ☐ No ☒

Distribución de espacios: Número de habitaciones: No. residentes bajo el mismo techo: Describa otros espacios:

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad? SI ☒ No ☐ Cuál

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

La vivienda se encuentra situada en zona plana, no presenta riesgos de estructura, es apta para habitarla.

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 ☐

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
LOS TRUJILLO	AGRICULTOR	FINCA	ESPOSO

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	0
Informalidad	600000
Arriendos	0

Remesas del exterior	0
Honorarios	0
Pensión	0
Negocios / Comercio	0
Cultivos	0
Otros	0
TOTAL INGRESOS	

Descripción de evidencias de ingresos

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

Los padres de la niña manifiestan que debe salir a trabajar en los horarios de 7 a 5 PM. en recolección en el tiempo de cosecha y graneros en algunas fincas de la zona veredal.

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?

SI

X

No

¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?

SI

No

X

¿La niña o niño permanece sola(o) en casa?

SI

No

X

¿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

No

X

¿La mujer gestante es cabeza de familia?

SI

No

X

Tiempo

24 h.

Tiempo

Tiempo

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

X. FIRMAS

Bernabé Hernández

PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

Patricia Morales

MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

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



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
NUMERO DE IDENTIFICACION	1081735391
NOMBRES	LIZBETH GABRIELA
APELLIDOS	TRUJILLO MORALES
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	ASMET SALUD EPS S.A.S.	SUBSIDIADO	28/08/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 06/16/2025 18:20:23 Estación de origen: 192.168.70.220

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

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

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)

ElectroHuila
Transmitiendo buena energía
NIT. 800.180.001-1

SU LOGICO CUENTA NIU

856561697

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

AUTOTELNIDOR DE VENTA, REBOL. No. 34722004
 DIAN EXONERADA AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN RET. 4
 REBOL. 000005 DEL 14/07/16 DIAN HOMOS GRANDIO
 CONTRIBUYENTES AUTOTELNIDORES ICA. CIRCULAR 4
 DEL 08/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA
FACTURA DE VENTA No. 84591025

TOTAL A PAGAR

\$ 41.120

Documento equivalente según
artículo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 23/ENE/2025

FECHAS DE LECTURA

LECTURAS

FLEXION SUBFLEXION

02/NOV/2024

03/ENE/2025

27/ENE/2025

INFORMACION CLIENTE

Cliente	LUIS ALBERTO TRUJILLO YASNO	Nit CC	83029464
Dirección	VDA GUAYABITO	Ruta	26600410390
Municipio	SALADOBLANCO	Ciclo	052
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1	SECUNDARIA	Circuito	8500222
Carga Contratada	0		Nombre	
Grupo	4		Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec. Actual	Lec. Ante.	Factor	Consumo (kwh)
4600089388	BYM	A	S	0	3761	3666	1	95

Promedio Cuenta 102

Consumo Año Anterior ill

Consumo Anterior 11

ÚLTIMOS CONSUMOS

CALIDAD DEL SERVICIO

Mes	Consumo
DIC	95
OCT	103
AGO	103
JUN	100
ABR	107
FEB	107
DIC	111

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

ULTIMO PAGO

Fecha	25/11/2024
Valor \$	36160

LIQUIDACIÓN CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa(\$/kwh)	Valor Total(\$)	Consumo(kwh)	Tarifa(\$/kwh)	Valor Total(\$)
47.5	982.574 =	46672			
47.5	982.5245 =	46670			

Valor Total Energía del Periodo	\$	93.342
Valor (Subsidio/Contribución %)	\$	- 54.178
Valor Total Energía Facturado	\$	39.164

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO		VALOR MEB
CONSUMO PERIODO		\$ 90.342
IMPUESTO ALIC. PUBLICO		\$ 1.958
AJUSTE DECENA		\$ - 2
SUBSIDIO		\$ - 54.178

OTROS CARGOS	\$	0
ALUMBRADO F	\$	1.958
VALOR ELECTROHUILA	\$	39.162

TOTAL A PAGAR

\$ 41.120

ELECTRODOMÉSTICOS

FINANCIACIONES

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	BALDO	FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	BALDO FIN	CUOTA
----------	--------	------------	-------	--------------	--------	-----------	-----------	-------

FOEB: Consumo Kw/h	\$Kwh	Valor \$	No Factura
--------------------	-------	----------	------------

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 419.0 Tm: 55.0 PRn,m: 96.0 Dn,m: 263.0 Rm: 3.0 Cv,m: 14
5.0 CUv,n,m: 982.5245 (\$/Kwh)

CREDIVALORES

BALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA
-------	---------	----------------	-----------

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.004.269.384

MORALES CUELLAR

APELLIDOS

CLAUDIA PATRICIA

NOMBRES

Patricia morales

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-AGO-1990

SALADOBLANCO

(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64
ESTATURA

A-
G.S. RH

F
SEXO

07-ENE-2009 SALADOBLANCO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1906700-00167947-F-1004269384-20090810

0014724153A 2

30969658

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **83.029.464**

TRUJILLO YASNO

APELLIDOS

LUIS ALBERTO

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-JUL-1981**

LA ARGENTINA

(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

10-SEP-1999 SALADOBLANCO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

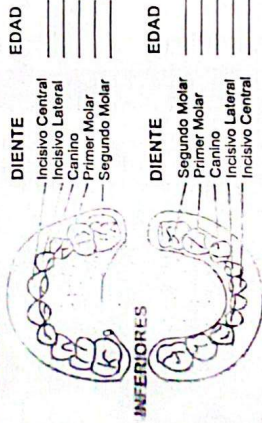


A-1906700-01143802-M-0083029464-20200701

0071093620A 1

53225014

EDAD DE ERUPCIÓN DE DIENTES TEMPORALES (DE LECHE)



RECOMENDACIONES

SAUD GRAL

Se recomienda deslizar los dedos sobre los dientes con un algodón o una gasa húmeda. Cuando los dientes son blandos, se deben lavar con agua y jabón. Procurar no dar al niño alimentos duros que puedan dañar los dientes.

Evitar el uso de chupetes o tetinas, ya que pueden causar caries. Si se usa, debe ser de plástico y no de metal. Procurar no dar al niño alimentos azucarados, ya que pueden dañar los dientes.

La higiene bucal debe iniciarse desde el nacimiento. Se debe limpiar los dientes con un algodón o una gasa húmeda. Cuando los dientes son blandos, se deben lavar con agua y jabón. Procurar no dar al niño alimentos duros que puedan dañar los dientes.

Se debe evitar el uso de chupetes o tetinas, ya que pueden causar caries. Si se usa, debe ser de plástico y no de metal. Procurar no dar al niño alimentos azucarados, ya que pueden dañar los dientes.

La higiene bucal debe iniciarse desde el nacimiento. Se debe limpiar los dientes con un algodón o una gasa húmeda. Cuando los dientes son blandos, se deben lavar con agua y jabón. Procurar no dar al niño alimentos duros que puedan dañar los dientes.

Se debe evitar el uso de chupetes o tetinas, ya que pueden causar caries. Si se usa, debe ser de plástico y no de metal. Procurar no dar al niño alimentos azucarados, ya que pueden dañar los dientes.

La higiene bucal debe iniciarse desde el nacimiento. Se debe limpiar los dientes con un algodón o una gasa húmeda. Cuando los dientes son blandos, se deben lavar con agua y jabón. Procurar no dar al niño alimentos duros que puedan dañar los dientes.

Se debe evitar el uso de chupetes o tetinas, ya que pueden causar caries. Si se usa, debe ser de plástico y no de metal. Procurar no dar al niño alimentos azucarados, ya que pueden dañar los dientes.

La higiene bucal debe iniciarse desde el nacimiento. Se debe limpiar los dientes con un algodón o una gasa húmeda. Cuando los dientes son blandos, se deben lavar con agua y jabón. Procurar no dar al niño alimentos duros que puedan dañar los dientes.

Se debe evitar el uso de chupetes o tetinas, ya que pueden causar caries. Si se usa, debe ser de plástico y no de metal. Procurar no dar al niño alimentos azucarados, ya que pueden dañar los dientes.

La higiene bucal debe iniciarse desde el nacimiento. Se debe limpiar los dientes con un algodón o una gasa húmeda. Cuando los dientes son blandos, se deben lavar con agua y jabón. Procurar no dar al niño alimentos duros que puedan dañar los dientes.

Se debe evitar el uso de chupetes o tetinas, ya que pueden causar caries. Si se usa, debe ser de plástico y no de metal. Procurar no dar al niño alimentos azucarados, ya que pueden dañar los dientes.

La higiene bucal debe iniciarse desde el nacimiento. Se debe limpiar los dientes con un algodón o una gasa húmeda. Cuando los dientes son blandos, se deben lavar con agua y jabón. Procurar no dar al niño alimentos duros que puedan dañar los dientes.

Se debe evitar el uso de chupetes o tetinas, ya que pueden causar caries. Si se usa, debe ser de plástico y no de metal. Procurar no dar al niño alimentos azucarados, ya que pueden dañar los dientes.

La higiene bucal debe iniciarse desde el nacimiento. Se debe limpiar los dientes con un algodón o una gasa húmeda. Cuando los dientes son blandos, se deben lavar con agua y jabón. Procurar no dar al niño alimentos duros que puedan dañar los dientes.

EDAD DIENTE

— Incisivo Central

— Incisivo Lateral

— Canino

— Primer Molar

— Segundo Molar

EDAD DIENTE

— Segundo Molar

— Primer Molar

— Canino

— Incisivo Lateral

— Incisivo Central

EDAD	TIPO VACUNA	1a. DOSIS UNICA FECHA	2da. DOSIS FECHA	3ra. DOSIS FECHA	A los 12 meses FECHA
Recién Nacido	Antidifteria - HCG				
	Hepatitis B (Recién Nacido)				
	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)				
	Hemofilia - tétanos - tétanos (DPT)				
A partir de los 2 meses	Hepatitis B				
	Vacuna oral de polio - VOP				
	Vacuna oral de tétanos				
	Vacuna contra el neumococo				
	PENTAVALENTE*				
A partir de los 4 meses	Vacuna oral de polio - VOP				
	Vacuna oral de tétanos				
	Vacuna contra el neumococo				
	PENTAVALENTE*				
A partir de los 6 meses	Vacuna oral de polio - VOP				
	Vacuna de influenza (De 6 meses a 23 meses)				
De 6 meses a 23 meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)				
	Fiebre Amarilla (FA)				
A los 12 meses	Vacuna contra el neumococo				

EDAD	ADICIONALES
A los 5 años de edad	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)
	Vacuna oral de polio - VOP
	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)
	Vacuna oral de polio - VOP
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DÍA	HORA	CUMPLIO
2023	10	23	10:00	
2023	12	9	10:00	
2024	6	29	10:00	
2024	8	29	10:00	

REHIDRATACION ORAL SUERO ORAL

En un litro de agua hervida y fría, mezclar todo el contenido de un sobre de suero oral. Si el niño NO ESTÁ DESHIDRATADO, darle con cucharita y vaso dos onzas como mínimo, después de cada deposición. Si el niño presenta ALGUN GRADO DE DESHIDRATACION, acudir a la Promotora de Salud, a la Unidad de Rehidratación Oral UROCS más cercana, o al Hospital.

AL OS 4 MESES	AL OS 6 MESES	AL OS 8 MESES	AL OS 10 MESES	AL OS 12 MESES
Hacer una mezcla de 1 litro de agua hervida y fría, mezclar todo el contenido de un sobre de suero oral. Control diario de orina.	Hacer una mezcla de 1 litro de agua hervida y fría, mezclar todo el contenido de un sobre de suero oral. Control diario de orina.	Hacer una mezcla de 1 litro de agua hervida y fría, mezclar todo el contenido de un sobre de suero oral. Control diario de orina.	Hacer una mezcla de 1 litro de agua hervida y fría, mezclar todo el contenido de un sobre de suero oral. Control diario de orina.	Hacer una mezcla de 1 litro de agua hervida y fría, mezclar todo el contenido de un sobre de suero oral. Control diario de orina.

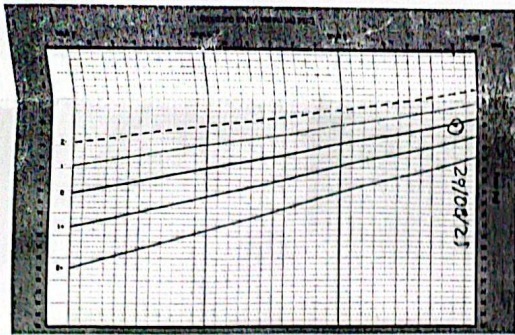
E.S.E. HOSPITAL
NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES
NIT 813.012.833-1 Saladoblanco - Huila



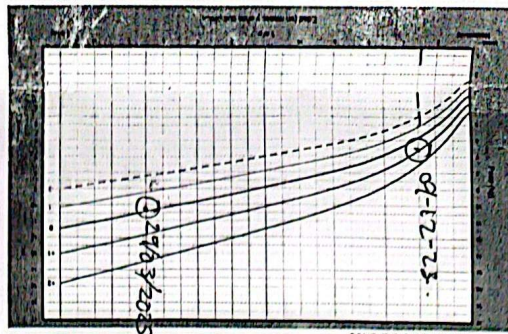
CARNE DE SALUD MENOR DE 11 AÑOS

Nombre Lizbeth Gabriela Tejillo
Fecha de nacimiento 28-08-23
Registro Civil 1081351891
Teléfono 3125449995
Dirección Guayaquito
Barrio o Vereda Moque
Nombre del Responsable del Niño Claudia P. Mojica
EPS Afiliación
Sitio de Atención

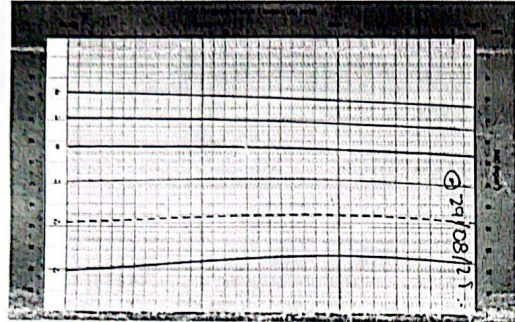
ACUDA A LA UNIDAD DE SALUD EN LAS FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO EL PERSONAL DE SALUD SE LO RECOMIENDE



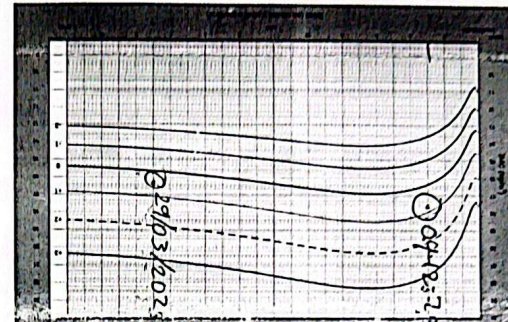
2 **Peso para la Edad**
Ninas de 2 a 5 años



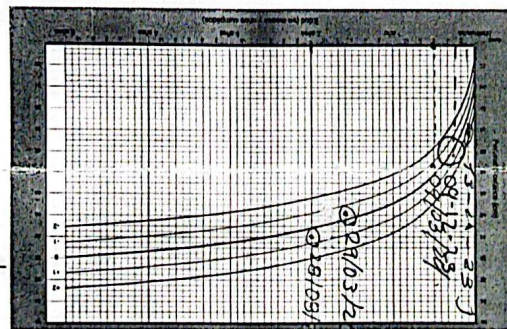
2 **Peso para la Edad**
Ninas de 0 a 2 años



2 **IMC para la Edad**
Ninas de 2 a 5 años

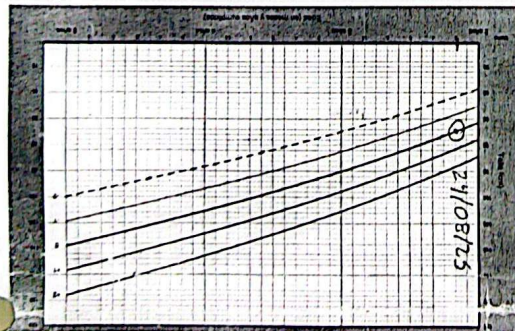


2 **IMC para la Edad**
Ninas de 0 a 2 años

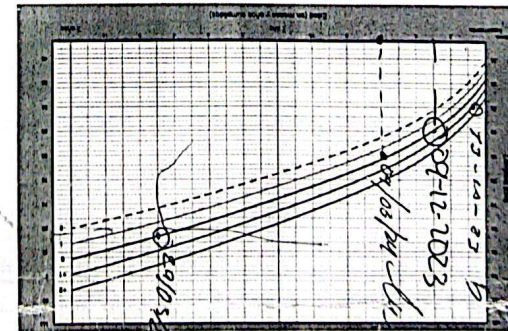


2 **Perimetro Cephalico**
Ninas de 0 a 5 años

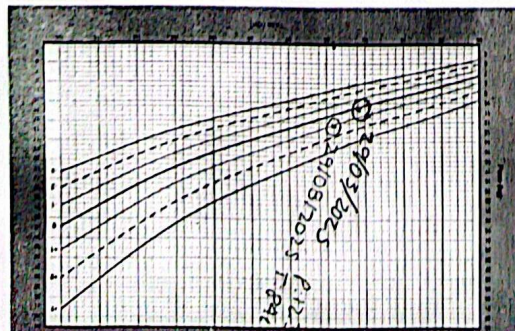
Og- Wano / 2024
Peso: 8.3 kg
Talla: 65 cm
PC: 43 cm
PB: 15.



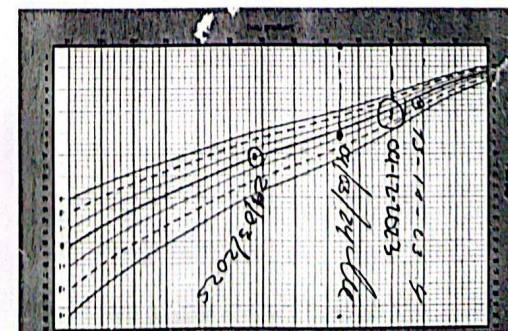
2 **Talla para la Edad**
Ninas de 2 a 5 años



2 **Talla para la Edad**
Ninas de 0 a 2 años



2 **Peso para la Talla**
Ninas de 2 a 5 años



2 **Peso para la Talla**
Ninas de 0 a 2 años

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD
Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

SEGUIMIENTO RECÉN NACIDO				
TSH neonatal	Normal	Alterado		
Auditivo OEA/PEAA	Normal	Alterado		
Cardiopatia Congénita Compleja	Normal	Alterado		
Visual	Normal	Alterado		

ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL
- AGUDEZA VISUAL

3 años			
4 años			
5 años			

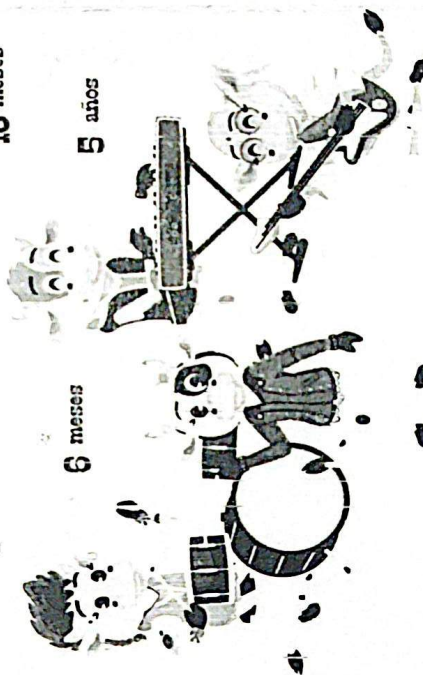
*Menor o igual a 20 normal

Vacunar oportunamente con todas las dosis a tus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis meningea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tóserina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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

0 meses 2 meses 12 meses
4 meses 7 meses 18 meses
6 meses 5 años

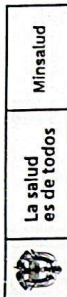


Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol



La salud
es de todos

Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos:

J. I. Roberto Escobedo J. J. J. J.

Fecha de nacimiento:

28 - Agosto - 2023

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1081735 291

Sexo:

femenino

Grupo sanguíneo:

.

Peso al nacer:

3.360 gr Talla: 52cm

Dirección:

U. Guayaquito

Teléfono 1:

3127444795

Teléfono 2:

Responsable:

claudia Patricia Torales C.

Municipio de residencia:

Saladoblanco

Departamento:

(P/I)

Nombres y Apellidos:

Tipo identificación:

No. ID:

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación		Laboratorio	Número de lote		IPS vacunadora	Fecha próxima cita			Nombres y apellidos del vacunador
			Día	Mes		Año	Día		Mes	Año		
Recién nacido	Tuberculosis meningíea (BCG)	Única	28	08	2023	03	1	09	14	08	23	Olivia Quirós
	Hepatitis B	Recién nacido	28	08	2023	03	2	09	14	08	23	Olivia Quirós
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1°	28	10	2023	22	35001					
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus	1°	28	10	2023	22	35001					
	Hepatitis B	1°	28	10	2023	22	35001					
	Difteria, tétanos y tétano (DPT)	1°	28	10	2023	22	35001					
	Diarréas por rotavirus	1°	28	10	2023	22	35001					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1°	28	10	2023	22	35001					
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2°	28	12	2023	22	35001					
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus	2°	28	12	2023	22	35001					
	Hepatitis B	2°	28	12	2023	22	35001					
	Difteria, tétanos y tétano (DPT)	2°	28	12	2023	22	35001					
	Diarréas por rotavirus	2°	28	12	2023	22	35001					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2°	28	12	2023	22	35001					
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3°	28	02	2024	22	35001					
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus	3°	28	02	2024	22	35001					
	Hepatitis B	3°	28	02	2024	22	35001					
	Difteria, tétanos y tétano (DPT)	3°	28	02	2024	22	35001					
	Influenza estacional	1°	28	05	2024	22	35001					
7 meses	Influenza estacional	2°	28	08	2024	22	35001					
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1°	28	08	2024	22	35001					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Reforzo	28	08	2024	22	35001					
12 meses	Varicela	2°	28	08	2024	22	35001					
	Hepatitis A	Única	28	08	2024	22	35001					
	Influenza estacional	Anual	28	08	2024	22	35001					
	Poliomielitis (VIP) VOPB ()	1° refuerzo	28	08	2024	22	35001					
18 meses	Difteria, tétanos y tétano (DPT)	1° refuerzo	28	08	2024	22	35001					
	Fiebre amarilla	Única	28	08	2024	22	35001					
	Poliomielitis (VIP) VOPB ()	2° refuerzo	28	08	2024	22	35001					
	Difteria, tétanos y tétano (DPT)	2° refuerzo	28	08	2024	22	35001					
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2°	28	08	2024	22	35001					
	Varicela	Reforzo	28	08	2024	22	35001					
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1°	28	08	2024	22	35001					
		2°	28	08	2024	22	35001					
Vacunas completadas y otras dosis		3°	28	08	2024	22	35001					

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA

F2 MT1 PP 24/01/2025
Versión 1 Página 2 de 2
Clasificación de la Información:
Pública

Fecha de diligenciamiento: 31 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: 1.081.735.391 Fecha nacimiento: 28 08 2023

Nombres: LIZBETH GABRIELA Apellidos: TRUJILLO MORALES

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) ☐ Múltiple ☐ 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 ☐ Víctima del conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL USUARIO

Departamento residencia: HUILA Municipio de residencia: SALADOBLANCO Zona: RURAL Barrio: Vereda: GUAYABITO

Sector: Dirección: VEREDA GUAYABITO

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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: 1604.269.384

Nombres: CLAUDIA PATRICIA Apellidos: MORALES CUELLAR País de nacimiento: COLOMBIA Fecha nacimiento: 07 08 1990

Correo electrónico: Número de celular: 3125500758 Número de hijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

Autoriza el registro en sistema?: ☒ SI ☐ No <https://prematricula.icbf.gov.co>

Nombre y Firma del padre, madre y/o acudiente: CLAUDIA PATRICIA MORALES CUELLAR

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Blanca Nidia Montez Garces

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