

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA	F2.MT1.PP	31/01/2025
		Versión 2	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Fecha de diligenciamiento: [ ] [ ] [ ]

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: (●) Niñola entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante

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

Unidad de Servicio sugerida: los bulliciosos

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

Número de documento: 1081735278

Fecha nacimiento: 22 7 23

Nombres: THIAGO Julian

Apellidos: Vargas Cordoba

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 autorreconoce ( ) Comunidad negra ( ) Rom / Gitano ( ) Palenquero (a) ( ) Raizal

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Huila

Municipio de residencia: Saladoblanco

Zona: Rural

Barrio:

Vereda: guarabito

Sector: guarabito

Dirección: Vereda guarabito

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (●) Madre ( ) Padre ( ) Cuidadoría

Tipo documento Identidad: ( ) Tarjeta identidad (●) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Sin documento Nacionalidad: _____

Número de documento: 1021269459

Nombres: Karen Sofia

Apellidos: Cordoba Meneses

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 2 3 2001

Correo electrónico:

Número de celular:

Número de fijo:

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 cuidador: Karen Sofia Cordoba

Nombre y Firma del profesional que diligencia: J. Genoveva Peña Hoyos

Observaciones:

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

Cualquier copia impresa en este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número N 2282653

NUIP 1.081.735.278...

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
VARGAS CORDOBA THIAGO JULIAN

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)									Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	3	Mes	E N E	Día	2 2	MASCULINO	O +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)									Indicativo serial
Año	2	0	2	3	Mes	F E B	Día	0 3	0061185399

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
CORDOBA MENESES KAREN SOFIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.004.269.691	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
VARGAS TORRES JULIAN CAMILO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.004.269.459	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
VARGAS TORRES JULIAN CAMILO

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.004.269.459

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA HUILA SALADOBLANCO	L 5 D

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2 0 2 3 Mes F E B Día 0 3

Nombre y firma del funcionario
LUIS ALBERTO MOLINA CHAVARRO
Registrador del Estado Civil

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
32879598-5

Powered by CamScanner

COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.269.691**

CORDOBA MENESES

APELLIDOS

KAREN SOFIA

NOMBRES

Karen Sofia Cordoba

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-MAR-2001**

SALADOBLANCO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

26-MAR-2019 SALADOBLANCO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1906700-01082219-F-1004269691-20190709 0066166393A 1 51783006

DEL ESTADO CIVIL

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.269.459**

VARGAS TORRES
APELLIDOS

JULIAN CAMILO
NOMBRES

Julian camilo Vargas Torr
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-OCT-1999**
SALADOBLANCO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-NOV-2017 SALADOBLANCO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1906700-00963940-M-1004269459-20171227 0058909794A 2 48430830

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 04/03/2026

Ficha: 41660005543500000381

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: THIAGO JULIAN

Apellidos: VARGAS CORDOBA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1081735278

Municipio: Saladoblanco

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 14/08/2019

Última actualización ciudadano: 03/02/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: SANTIAGO LOZANO CRUZ

Dirección: Calle 2 No 5 - 10 Esquina

Teléfono: 3134762452

Correo Electrónico: sisben@saladoblanco-huila.gov.co

Powered by CamScanner

ElectroHuila

SU CODIGO CUENTA NIU
425174013

Para cualquier consulta y pago electrónicos
www.electrohuila.com.co FT -CN -05 -381

AUTORIZACIONES DE VENTA, RESOL. No 0477/2002
DIAN BIMESTRAL AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART 4
RESOL. 110038 DEL 14-07-16 DIAN BOMBO GRANDE
CONTRIBUYENTE AUTORRENDORES ICA CIRCULAR 4
DEL 18/01/99 RECAUDA DE HUILENSE DE NEIVA

TOTAL A PAGAR
$ 49.490

FACTURA DE VENTA No. 80228738

Documento equivalente factura de venta
artículo 7 Decreto 1001/19

FECHA DE EXPEDICIÓN 13-MAR-2026

FECHA DE VENCIMIENTO 13-MAR-2026

FECHA DE LECTURA 05-MAR-2026
FECHA SUSPENSIÓN 28-MAR-2026

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	ETELVINA PEÑA BERMEO	Nit CC	26571181
Dirección	VDA GUAYABITO	Ruta	28600410390
Municipio	SALADOBLANCO	Ciclo	052
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	85000222
Carga Contratada	0	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Medidor	Marca	E	T.M	Obs	Lec.Actual	Ler.Ants.	Factor	Consumo (kwh)
46000133	TEC	N	S	0	5263	5106	1	157

Promedio Diario 153 Consumo 60 Anterior 96 Consumo Anterior 96

ULTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
FEB	157
DIC	181
OCT	185
AGO	155
JUN	155
ABR	144
FEB	96

CALIDAD DEL SERVICIO

FIL: DIU: HC:
EC: VC: VSD:
VCF: CEC:
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 09/01/2026
Valor $ 49200

LIQUIDACIÓN CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)	Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
73.5	997.2506 =	78265			
73.5	1002.5182 =	78698			

Valor Total Energía del Periodo	$	156.983
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 88.597
Valor Total Energía Facturado	$	68.386

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
CONSUMO PERIODO	$ 156.983
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ 3.419
AJUSTE DECENA	$ 5
ENERGIA SOCIAL FOES	$ - 22.920
SUBSIDIO	$ - 88.697

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P	$	3.419
VALOR ELECTROHUILA	$	46.071

TOTAL A PAGAR
$ 49.490

ELECTRODOMESTICOS

CONVENIENTE Consumidores Buena Energía C REAL CONV BAJIO
Nit.891.180.001-1

FINANCIACIONES

FINANCIACION C PERD TOTAL FIN BAJIO FIN CUOTA

FUESTE	Consumo Kwh	$/Kwh	Valor $	No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gn: 361.0 Tm: 52.0 PRn,m: 81.0 Dn,m: 292.0 Rm: 17.0 Cv,m: 1
76.0 CUv,n,m: 1002.5182 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA

ElectroHuila
Nit. 891.180.001-1

Código de Cuenta : 425174013
Factura de Servicios Públicos No: 80228738
Periodo FEB 2026 Fecha de Vencimiento: 18/MAR/2026
Suspensión a partir de: 28-MAR-2026

Valor Total a Pagar $ 49.490

(415)7707274099673(8020)0425174013(3900)0049490(36)23260318

Señor cajero favor leer libre de sellos lento el frente como el respaldo de esta factura

SAM Version 1.3.2 26111020 Lector E214

Powered by CamScanner

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1081735278
NOMBRES	THIAGO JULIAN
APELLIDOS	VARGAS CORDOBA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	PITALITO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	22/01/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	03/04/2026 14:46:49	**Estación de origen:**	192.168.70.220

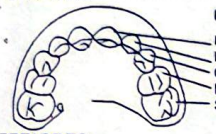
La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la 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

Powered by CamScanner

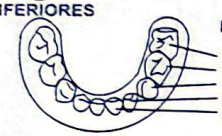
EDAD DE ERUPCIÓN DE DIENTES TEMPORALES ("DE LECHE")

SUPERIORES



DIENTE	EDAD
Incisivo Central	
Incisivo Lateral	
Canino	
Primer Molar	
Segundo Molar	

INFERIORES



DIENTE	EDAD
Segundo Molar	
Primer Molar	
Canino	
Incisivo Lateral	
Incisivo Central	

RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

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

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

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

CUIDADOS GENERALES

Bañe al niño todos los días, lavele las manos y los dientes, cortele las uñas, pongale zapatos cuando camine. NO USE TALCOS NI POLVOS.

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

Exprese afecto al niño, alcelo, abracelo y acaricielo. Permita que el niño juegue y dedique tiempo para jugar con el. Involucre al niño en las actividades de la familia. Hable con el niño y responda con amor sus intentos de comunicarse y llamar la atención. Permita que el niño se mueva libremente. No castigue, engañe, ni asuste al niño para obligarlo a obedecer.

Explique al niño las cosas que no debe hacer. No exija que el niño realice tareas que no puede hacer por su edad. Sea siempre sincero con el.

LLAMÁ SI MI HIJO ESTÁ ENFERMO DEBO REVISAR SI PRESENTA LAS SEÑALES DE PELIGRO QUE ME OBLIGAN A LLEVARLO AL SERVICIO DE URGENCIAS O A VALORACIÓN INMEDIATA POR MÉDICO

- Mi hijo no puede beber ni tomar el pecho.
- Vomita todo lo que come.
- Ha tenido convulsiones o ataques.
- Está letárgico (muy dormido) o inconsciente (sin sentido).
- Le chilla el pecho o respira con dificultad.
- Respira más de 60 veces en un minuto.
- Presenta deposiciones diarreicas o líquidas.
- Presenta fiebre alta (mayor de 39° centígrados).
- Presenta fiebre más de 3 días.

EDAD	ESQUEMA DE VACUNA	1a. DOSIS o UNICA FECHA	2da. DOSIS FECHA CITA	2da. DOSIS FECHA VACUNA	3ra. DOSIS FECHA CITA	3ra. DOSIS FECHA VACUNA	A los 12 meses de edad FECHA CITA	A los 12 meses de edad FECHA VACUNA
Recién Nacido	Antituberculosa - BCG							
	Hepatitis B (Recién Nacido)							
A partir de los 2 meses	PENTAVALENTE: Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)							
	PENTAVALENTE: Haemophilus influenzae tipo b							
	PENTAVALENTE: Hepatitis B							
	Vacuna oral de polio - VOP							
	Vacuna oral de rotavirus							
	Vacuna contra el neumococo							
A partir de los 4 meses	PENTAVALENTE*							
	Vacuna oral de polio - VOP							
	Vacuna oral de rotavirus							
	Vacuna contra el neumococo							
A partir de los 6 meses	PENTAVALENTE*							
	Vacuna oral de polio - VOP							
De 6 meses a 23 meses	Vacuna de influenza (De 6 meses a 23 meses)							
A los 12 meses	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)							
	Fiebre Amarilla (FA)							
	Vacuna contra el neumococo							

		Año de la 3ra DOSIS		A los 5 años de edad		ADICIONALES	
Al año de las terceras dosis	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)						
	Vacuna oral de polio - VOP						
A los 5 años de edad	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)						
	Vacuna oral de polio - VOP						
Adicionales	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)						

REHIDRATACIÓN ORAL SUERO ORAL



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

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

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

AL MES	EDAD	A LOS 24 MESES	EDAD
Patalea vigorosamente.		Salta en los dos pies.	
Sigue con los ojos el movimiento de un objeto.		Hace torre de 5 ó más cubos.	
Se sobresalta con el ruido.		Dice más de 20 palabras claras.	
Sigue movimientos del rostro.		Control diurno de orina.	
A LOS 3 MESES		**A LOS 30 MESES**	
Sostiene la cabeza.		Camina hacia atrás.	
Se lleva objetos a la boca.		Separa objetos grandes y pequeños.	
Balbucea con las personas.		Usa oraciones completas.	
Se voltea cuando se le habla.		Se baña solo las manos y la cara.	
A LOS 6 MESES		**A LOS 48 MESES**	
Intenta sentarse solo.		Lanza y agarra la pelota.	
Pasa objetos de una mano a otra.		Copia cuadrado y círculo.	
Reacciona cuando se le llama.		Describe bien un dibujo.	
Pone atención a la conversación.		Tiene un amigo especial.	
A LOS 9 MESES		**A LOS 60 MESES**	
Se sienta por si solo.		Hace rebotar y agarra la pelota.	
Agarra objetos con los dedos pulgar e índice.		Dibuja escalera.	
Dice una palabra clara.		Nombra 4 ó 5 colores.	
Imita aplausos.		Organiza juegos.	
A LOS 12 MESES		**A LOS 72 MESES**	
Se para solo.		Salta desde 60 cms de altura.	
Busca objetos escondidos.		Dibuja casa.	
Entiende orden sencilla.		Conoce días de la semana.	
Bebe en taza sola.		Comenta vida familiar.	
A LOS 18 MESES		**A LOS 84 MESES**	
Corre.		Salta alternando los pies.	
Pasa hojas de un libro.		Copia una figura de líneas curvas.	
Reconoce sola objetos.		Conoce ayer, hoy y mañana.	
Avisa deseos de ir al baño.		Conoce fecha especiales.	

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DÍA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
23	MARO	21	2:00	✓	
23	Mayo				
2023	10/10	4	3:30		
2023	30/5 Mar	26	9:30	✓	
2023	NOVIC	02	11:40	✓	
2024	Febo				
2024	Marzo	12	11:30	✓	NO
2024	Abril	30	8:00 AM		
2024	[illegible]	[illegible]	[illegible]	✓	
2025	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2025	Marzo	24	8:10	✓	

E.S.E. HOSPITAL
NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES
NIT 813.012.831-1 Saladoblanco - Huila



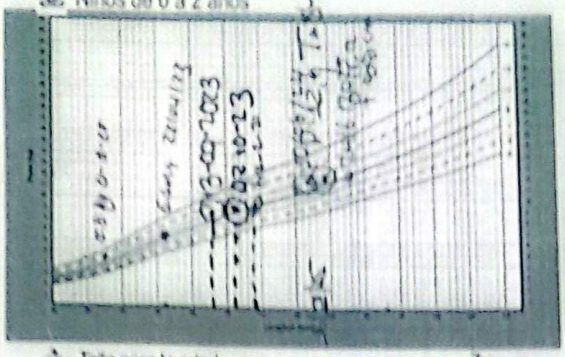
CARNE DE SALUD MENOR DE 11 AÑOS

Nombre: Thiago Julian Vargas
Fecha de nacimiento: 22 - enero - 2023
Registro Civil: 1 081 735 279
Telefono: 323 221 1297
Direccion: Vda: La Chilca
Barrio o Vereda: AN: 3760 TN: 51 PH: 01
Nombre del Responsable del Niño: Karen Sofia Cordoba
EPS Afiliacion: Sanitas
Sitio de Atención:

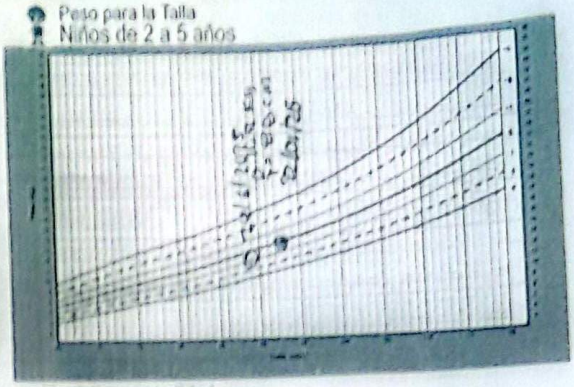
ACUDA A LA UNIDAD DE SALUD EN LAS FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO EL PERSONAL DE SALUD SE LO RECOMIENDE

Powered by CamScanner

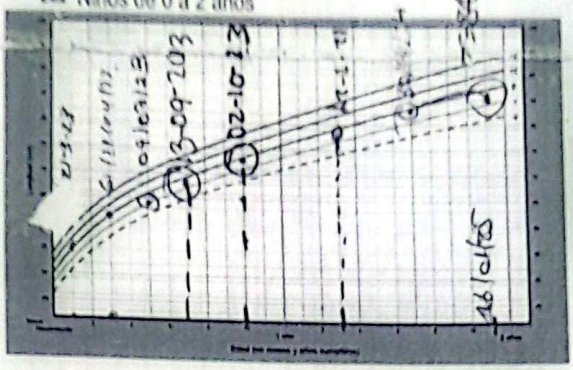
Peso para la Talla
Niños de 0 a 2 años



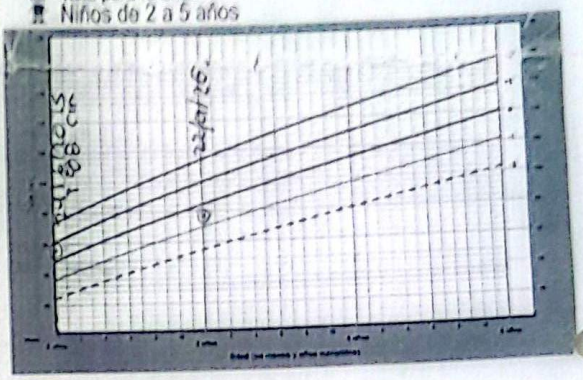
Peso para la Talla
Niños de 2 a 5 años



Talla para la edad
Niños de 0 a 2 años

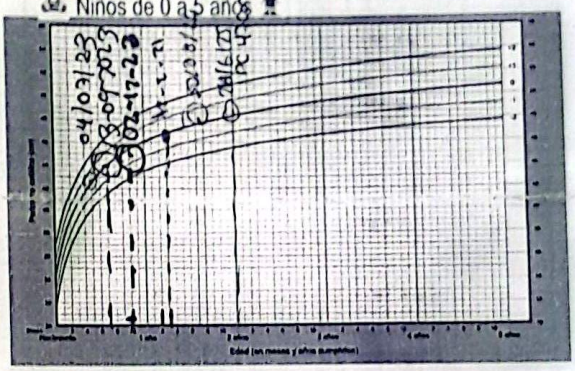


Talla para la Edad
Niños de 2 a 5 años



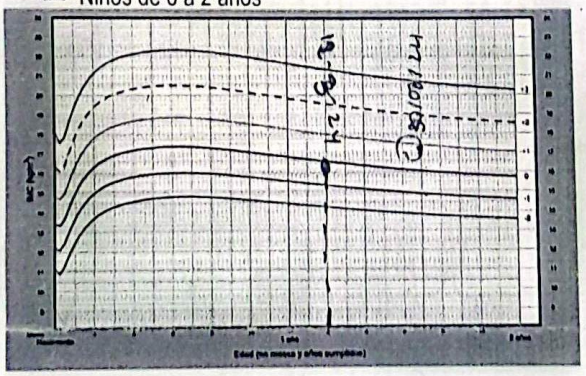
12-03-24
P. 9.9 kg Talla 74.5 cm

Perímetro Cefálico
Niños de 0 a 5 años

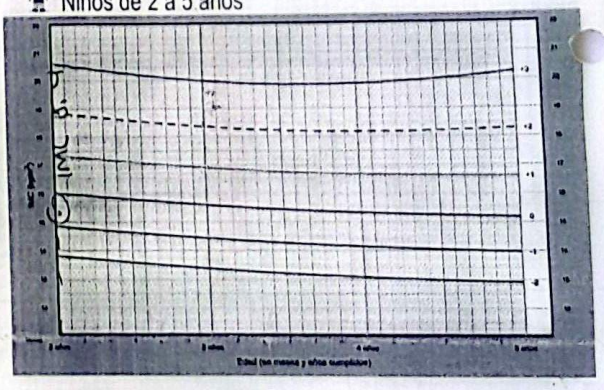


22/01/2026
3 años
P: 13.0
T: 93
PC: 18
PB: 15

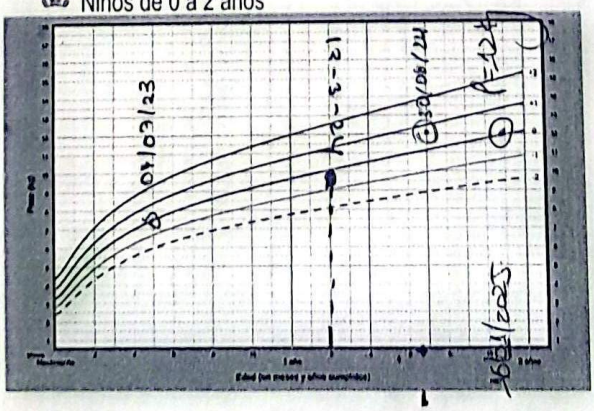
IMC para la edad
Niños de 0 a 2 años



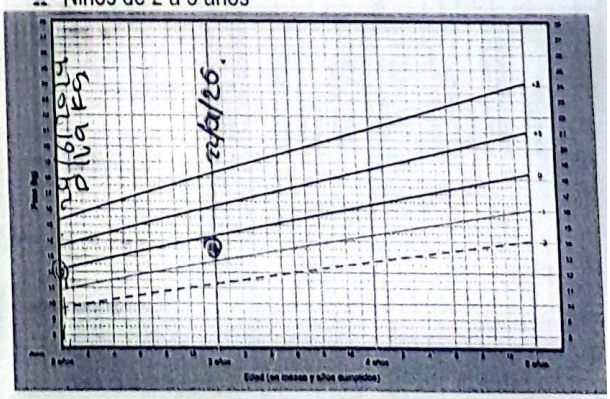
IMC para la Edad
Niños de 2 a 5 años



Peso para la edad
Niños de 0 a 2 años



Peso para la Edad
Niños de 2 a 5 años



Powered by CamScanner

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO									
Resulado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado					
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado					
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado					
	Visual	Normal		Alterado					
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA									

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

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses	22	3	23	✓			
4 a 5 meses	6	06	23	✓			
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			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

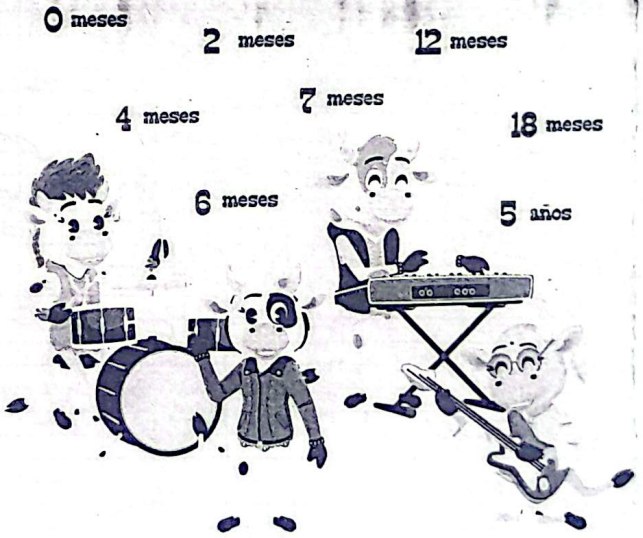
3 años					
4 años					
5 años					

*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, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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



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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Thiago Julian Vergel
Fecha de nacimiento: 22-Enero-2023
Nº de certificado de nacido vivo: 2301341030214 6
Registro civil: 1081735278
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 3760 gr. Talla: 51 cm
Dirección: U la Chirca
Teléfono 1: 3232241297
Teléfono 2: 3227154892
Responsable: Karen Sofia Cordoba M.
Municipio de residencia: Salaboblanco
Departamento: Huila

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: **Tipo identificación:** **No. ID:**

Edad	Me protege de		Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐												
	Tuberculosis meningea (BCG)		Única	22	1	2023	Serum	03A11MA03	H. San Antonio	-	-	-	Angela Cano
	Hepatitis B		Recién nacido	22	1	2023	Serum	03211Q01B3	H. San Antonio	22	3	2023	Angela Cano
2 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐												
	Poliomielitis (VIP)		1.ª	22	03	23	Biológica	220602					
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	22	03	23	Serum	285140405C					
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	1.ª	22	03	23	Serum	285140405C					
	PENTAVALENTE	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	22	03	23	Serum	285140405C					
	Diarrea por rotavirus		1.ª	22	03	23	Glaxo	Rotateq					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		1.ª	22	03	23	prevenar	F49925					
4 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐												
	Poliomielitis (VIP)		2.ª	6	06	23	Biológica	220602					
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	6	06	23	Serum	285140405C					
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	2.ª	6	06	23	Serum	285140405C					
	PENTAVALENTE	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	6	06	23	Serum	285140405C					
	Diarrea por rotavirus		2.ª	6	06	23	Glaxo	Rotateq					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		2.ª	6	06	23	prevenar	F49925					
6 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐												
	Poliomielitis (VIP)		3.ª	08	08	23	Serum	252005					
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	08	08	23	Serum	285140304					
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	3.ª	08	08	23	Serum	285140304					
	PENTAVALENTE	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	08	08	23	Serum	285140304					
	Influenza estacional		1.ª	08	08	23	Gsk	FC00255CU					
7 meses	Influenza estacional		2.ª	19	09	23	Glaxo	CU5005204U					
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		1.ª				Serum	053N00014					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		Refuerzo	27-01-24			Prevenar	L20X0633					
	Varicela		2.ª				Merck	L30X0907					
	Hepatitis A		Única				Merck	V03L06					
	Influenza estacional		Anual				Glaxo	222035AC					
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)		1.º refuerzo	26-07-24			Serum	2220					
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		1.º refuerzo				Serum	2220					
	Fiebre amarilla		Única				Sanofi	L2311FC005					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)		2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		2.ª	26-02-24			Serum						
	Varicela		Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)		1.ª										
			2.ª										
			3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis	Sarampión.		R	30, 8, 24			Serum	0122W102	ESE NSM				Diana Gamc

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.

Powered by CamScanner

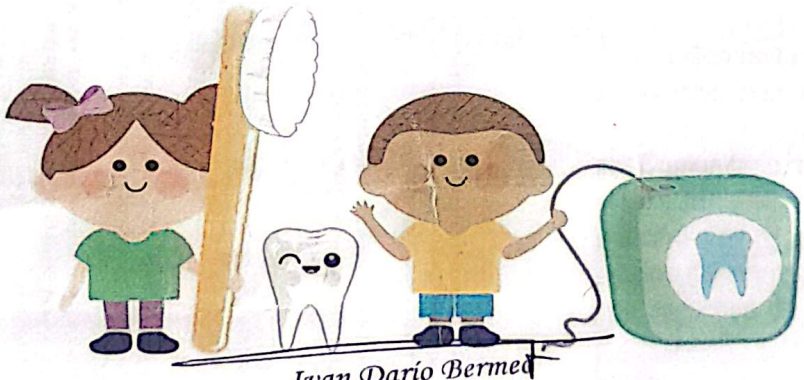
EL ODONTÓLOGO DE LA ESE NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE SALADOBLANCO HUILA

CERTIFICA:

QUE: **VARGAS CORDOBA THIAGO JULIAN RC. 1.081.735.278 DE SALADOBLANCO HUILA, CON 3 AÑOS DE EDAD, DENTICIÓN TEMPORAL COMPLETA, tejidos** orales de color y textura en normalidad aparente, se evidencia en el examen clínico lo siguiente: LABIO SANO, PALADAR SANO, LENGUA SANA, ENCIAS SANA Y FRENILLOS EN NORMALIDA APARENTE, PRESENTA CARIES **SI.**

SE SOLICITA AL ACUDIENTE ASISTIR A CONTROL ODONTOLOGICO DE FORMA PERIODICA Y CADA SEIS MESES CON HIGIENE ORAL.

El siguiente certificado se expide a los 11 días del mes de MARZO del 2026.



Ivan Darío Bermeo
T.P. 83058041
ODONTÓLOGO

IVAN DARIO BERMEO PIMENTEL.
ODONTÓLOGO

Powered by CamScanner

Huellas de Amor
Para Tu Vida

LEY DE PROTECCIÓN DATOS PERSONALES

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

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

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

a) Para que la fundación pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Operador de Programas misionales del ICBF.

b) Facilitar los Documentos requeridos por los sistemas de información de las entidades autorizadas o las entidades gubernamentales que propenden por el desarrollo Integral de las niñas y los niños de primera infancia, madres gestantes y bebes lactantes, bajo el compromiso de mantener la confidencialidad de la información.

DECLARACIONES DEL TITULAR

Yo Karen Sofia Cordoba U. Identificado con CC 1004.269.691. Expedida en Soledad Atlantico Acudiente del menor Thiago Julian Vargas C. Identificado con Registro Civil de Nacimiento Numero 1091.736279

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.

Karen Sofia Cordoba U.

Firma Usuario y/o Acudiente

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

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 Bufis Rosos en el cual labora la Madre Comunitaria M. Cenovia Peña II 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): Thiago Nelson Vargas Cordoba. 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 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 16 del mes 03 del año 2026, en el Municipio de Salado Blanco

Karen Sofia Cordoba V.

Nombre y Firma del Padre (Madre) de Familia

Powered by CamScanner

	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	11/07/2024
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 5	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad thiago julian vargas cordoba, identificado (a) con documento de identidad número [illegible], 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		Videos		Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, karen sofia cordoba M, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004.269691, 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 carruellos, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa hogar comunitario

Suscriben:

Firma: karen sofia cordoba M.
Nombre: KAREN SOFIA CORDOBA M.
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3232911297
Fecha: 16-10-2026
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.

Powered by CamScanner