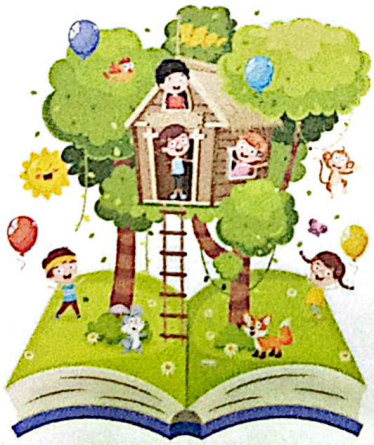
CONTENIDO CARPETA INDIVIDUAL

- Fotografía del Participante.
- Fotocopia de registro civil (legible, sin tachones ni enmendaduras).
- Fotocopia de documento de identidad de la madre y/o padre y/o cuidador principal.
- Criterio de focalización. (Sisbén, certificado desplazado o indígena o acta de visita domiciliaria, etc.) Vigente
- Fotocopia de recibo publico vigente.
- Certificado de afiliación al SSGSS (certificado adres) actualizado cada 6 meses Vigente.
- Fotocopia de control de crecimiento y desarrollo.
- Fotocopia del esquema de vacunación.
- Fotocopia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique).
- Certificado de asistencia a consulta en salud bucal.
- Ley de protección de datos
- Acta de compromiso de padres.
- Autorización uso de imagen
- Escala de valoración cualitativa (EVCDI-R)
- Póliza



Huellas de Amor
Para Tu Vida

Powered by CamScanner



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	30/01/2025
		Versión 2	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Fecha de diligenciamiento: 02 02 2026

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: ○ Niño/a entre 0 y menor de 5 años ○ Persona Gestante

Tipo de vinculación: ○ Participante de nuevo ingreso ◉ Participante de continuidad

Unidad de Servicio sugerida: HCB LOS PASTORCITOS

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: 1087357175

Fecha nacimiento: 27 02 2022

Nombres: Erik Samuel **Apellidos:** Claros Quilcue

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 conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Huila **Municipio de residencia:** Saladoblanco **Zona:** Rural **Barrio:** _____ **Vereda:** paraiso chilca

Sector: rural **Dirección:** vereda Paraiso Chilca.

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: 1004269303

Nombres: Erika Yised **Apellidos:** Quilcue Vargas **País de nacimiento:** Colombia. **Fecha nacimiento:** 08 06 2003

Correo electrónico: _____ **Número de celular:** 3115210066 **Número de fijo:** 3112952856

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: Erika Yised Quilcue Vargas

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Maria Norfi Quinayás Clavo

Observaciones: _____

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

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

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

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 2280071

NUIP 1.081.735.115...

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
CLAROS QUILCUE ERIK SAMUEL

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	2	Mes	F	E	B	Día	2	1	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	2	Mes	M	A	R	Día	2	2	0061185184

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
QUILCUE VARGAS ERICA YISED

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.004.269.303	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
CLAROS MOTTA JOSE FABIAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.004.493.500	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
CLAROS MOTTA JOSE FABIAN

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.004.493.500

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	2	Mes	M	A	R	Día	2	2

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 29805467-0

Nombre y firma del funcionario

LUIS ALBERTO MOLINA CHAVARRO

Registrador del Estado Civil

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.269.303**
QUILCUE VARGAS

APELLIDOS
ERICA YISED

NOMBRES

Erica Quilcue

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-JUN-2003**
SALADOBLANCO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

25-JUN-2021 SALADOBLANCO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1906700-01249425-F-1004269303-20210811 **0075**256774G 1 8502278899

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

A3

Fecha de consulta: 28/01/2026

Ficha: 41660021744700007051

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ERIK SAMUEL

Apellidos: CLAROS QUILCUE

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1081735115

Municipio: Saladoblanco

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	**12/02/2025**
Última actualización ciudadano:	**12/02/2025**
Última actualización via registros administrativos:	**13/02/2025**

***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**

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educacion
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluacion de la Educación
- ICETEX
- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduria Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP- Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.

Powered by CamScanner

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía
Nit 26 180 031-1

SU CODIGO CUENTA NIU
569898071

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

AUTORETENEDORIA DE RENTA, RESOL. No 547/2002
DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART. 4
RESOL. 000055 DEL 14/02/16 DIAN DOMOD GRANDES
CONTRIBUYENTE AUTORETENEDOR ICA CIRCULAR 4
DEL 00/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

TOTAL A PAGAR
$ 178.030

FACTURA DE VENTA No. 89406625

Documento equivalente según artículo 17 Decreto 1001/97
FECHA DE VENCIMIENTO 20/ENE/2026

FECHA DE EXPEDICIÓN: 01-NOV-2025
PERIODO FACTURADO: 05-ENE-2026
FECHA PRÓXIMA SUSPENSIÓN: 22-ENE-2026

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía
Nit:891

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	VARGAS VARGAS MARIA NORFI	Nit CC	55148784
Dirección	VDA LA CHILCA	Ruta	26600720830
Municipio	SALADOBLANCO	Ciclo	052
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	8690029
Carga Contratada	0	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
460218354	BY	A	S	00	13511	13180	1	331

Promedio Cuenta 284 Consumo Año Anterior 242 Consumo Anterior 242

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
DIC	331
OCT	309
AGO	272
JUN	271
ABR	233
FEB	231
DIC	242

CALIDAD DEL SERVICIO

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

ULTIMO PAGO

Fecha 06/11/2025
Valor $ 155310

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
165.5	1024.324 =	169526
165.5	1033.4827 =	171041

CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)

Valor Total Energía del Periodo	$	340.567
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 154.598
Valor Total Energía Facturado	$	185.969

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
CONSUMO PERIODO	$ 340.567
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ 9.298
AJUSTE DECENA	$ 5
ENERGIA SOCIAL FOES	$ - 17.242
SUBSIDIO	$ - 154.598

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P	$	9.298
VALOR ELECTROHUILA	$	168.732

TOTAL A PAGAR
$ 178.030

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

FOES: Consumo Kwh $/Kwh Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 398.0 Tm: 53.0 PRn,m: 83.0 Dn,m: 294.0 Rm: 26.0 Cv,m: 1
77.0 CUv,n,m: 1033.4827 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA

Código de Cuenta : 569898071
Factura de Servicios Públicos No: 89406625

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	1081735115
NOMBRES	ERIK SAMUEL
APELLIDOS	CLAROS QUILCUE
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	01/28/2026 15:18:45	**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

Powered by CamScanner

ACTA DE COMPROMISO

UDS Los Pastorcitos FECHA

NOMBRE PARTICIPANTE Erik Samel Claro1 Quilce EDAD 4

DI 1081735115 NOMBRE CUIDADOR Erika Yised Quilce Vargas

Situación encontrada del usuario (a) El control del niño lo tenia para marto pero por motivo de viajes y madre no lo a podido realizar informa. que saco cita para el dia 30 de Abril 2026. pdr. realizado

Compromiso del participantes o acudiente:

Traer a Copia de Control de Crecimiento y desarrollo Actualizada el dia 30 de Abril 2026

30 de Abril 2026

Fecha de cumplimiento del compromiso:

Erika Yised Quilce Vargas

Firma del participante o acudiente:

DI: 1004969303

TODO POR LA GARANTIA DE LOS DERECHOS DE NUESTRAS NIÑAS Y NIÑOS

Huellas de Amor Para Tu Vida

ACTA DE COMPROMISO

UDS FECHA

NOMBRE PARTICIPANTE EDAD

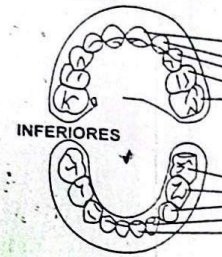
DI NOMBRE CUIDADOR

Situación encontrada del participante

Compromiso del participante o acudiente:

Powered by CamScanner

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



SUPERIORES	EDAD
Incisivo Central	
Incisivo Lateral	
Canino	
Primer Molar	
Segundo Molar	

INFERIORES	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, corte las uñas, pongale zapatos cuando camine. NO USE TALCOS NI CHUPOS.

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

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

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

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

* Mi hijo no puede beber ni tomar el pecho.
* Vomita todo lo que come.
* Ha tenido convulsiones o ataques.
* Está letárgico (muy dormido) o inconsciente (sin sentido).
* 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° centigrados).
* Presenta fiebre más de 3 días.

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

	Al año de la 3ra DOSIS	A los 5 años de edad	ADICIONALES
Al año de las 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		
	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)		
Adicionales			

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 cuchanita 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 más cercana; o al Hospital.

AL MES	EDAD	A LOS 24 MESES	EDA
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 36 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 50 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 sus objetos.		Conoce ayer, hoy y mañana.	
Avisa deseos de ir al baño.		Conoce fecha especiales.	

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DÍA	HORA	CUMPLIO SI	CUMPLIO NO
2022	Abril	12	9:30	✓	
2022	Mayo	11	9:40	✓	
2022	Julio	21	10:00	✓	
2022	Agosto	24	2:00	✓	
2023	Enero	10	8:00	✓	
2023	Mayo.		5:50	✓	
2024	Abril	9	7:40	✓	
2024	Sept.				
2024	Octubre	05	11:00	✓	Cedula
2025	Abril				
2025	Mar2025	3:50		Si	

30 m

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



CARNE DE SALUD MENOR DE 11 AÑOS

Nombre: Erick Samuel Clavos Quilcue
Fecha de nacimiento: 1. 081. 735. 115
Registro Civil: 21- 02- 2022
Teléfono: 320. 473 1643
Dirección:
Barrio o Vereda: La Chilca
Nombre del Responsable del Niño:
Erica Yised Quilcue.
EPS Afiliacion: Compamiliar
Sitio de Atención: SaladoBlanco

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

Powered by CamScanner

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO						D	M	A
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardipopatía 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	30	4	22 ✓				
4 a 5 meses	30	6	22 ✓				
6 a 8 meses	15	9	22 ✓				
9 a 11 meses							
12 a 17 meses	24	2	23 ✓				
18 a 23 meses	20	9	23 ✓				
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	D	M	A	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A	D	M	A
4.ª entrega	D	M	A	D	M	A
5.ª entrega	D	M	A	D	M	A

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

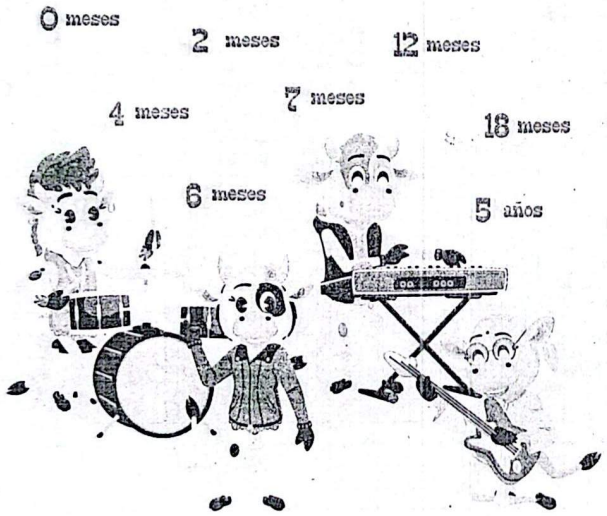
3 años	D	M	A	SIN	NO*
4 años	D	M	A	SIN	NO*
5 años	D	M	A	SIN	NO*

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meníngea, 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: Erick Samuel Claros G
Fecha de nacimiento: 21 - febrero - 2022
Nº de certificado de nacido vivo: 1709775579
Registro civil: 10B1735115
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3030 gr Talla: 49cm
Dirección: U. la Chilca
Teléfono 1: 3115210066
Teléfono 2:
Responsable: Erika Yised Quiroz Vargas
Municipio de residencia: saladoblanco
Departamento: (H)

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 meníngea (BCG)		Única	21	2	2022	Serum	03706 11 0	H San Ant	-	-	-	Diana Quiceno
	Hepatitis B		Recién nacido	21	2	2022	Serum	03201 70	H San Ant	21	04	22	Diana Quiceno
2 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐												
	Poliomielitis (VIP)		1.ª	30	4	22	Biológicas	212100 H					
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	30	4	22	Serum	285/200 TC	H NSM				
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	1.ª	30	4	22	Serum	285/200 TC					
	PENTAVALENTE	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	30	4	22	Serum	285/200 TC					
	Diarrea por rotavirus		1.ª	30	4	22	Glaxo	A120 M3 4AB					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		1.ª	30	4	22	Glaxo	ASPNB 321AC	E				
4 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐												
	Poliomielitis (VIP)		2.ª	30	6	22	Biológicas	212004					
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	30	6	22	Serum	253/200 TD	H NSM				
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	2.ª	30	6	22	Serum	253/200 TD					
	PENTAVALENTE	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	30	6	22	Serum	253/200 TD					
	Diarrea por rotavirus		2.ª	30	6	22	Glaxo	A120 M3 4AB					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		2.ª	30	6	22	Glaxo	ASPNB 321AC	E				
6 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐												
	Poliomielitis (VIP)		3.ª	15	09	22	Serum	214170-14	Hospital Santa Isabel				
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	15	09	22	Serum	285/200 TD					
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	3.ª	15	09	22	Serum	285/200 TD					
	PENTAVALENTE	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	15	09	22	Serum	285/200 TD					
	Influenza estacional		1.ª	15	09	22	Glaxo	W0222006					
7 meses	Influenza estacional		2.ª	21	10	22	Serum	W0222006	RX				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		1.ª	24	02	23	Serum	03NO 175 A	H NSM				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		Refuerzo	24	02	23	Pfizer	FR4894					
	Varicela		2.ª	24	02	23	Merck	W0169U8					
	Hepatitis A		Única	24	02	23	Merck	W0045O2	E				
	Influenza estacional		Anual	24	02	23	Sanofi	V5E5A200 4					
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)		1.º refuerzo	29	9	23	Serum	223900 5037 A	H NSM				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		1.º refuerzo	29	9	23	Serum	285/200 TD					
	Fiebre amarilla		Única	29	9	23	Sanofi	N3C5C1					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)		2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		2.ª	30	09	23							
	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													

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: **CLAROS QUILCUE ERIK SAMUEL RC. 1.081.735.115 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 **NO.**

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 13 días del mes de FEBRERO 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 Erica Yised Quilcue Vargas Identificado con CC 1004269303 Expedida en Saladoblanco Acudiente del menor Erick samuel claros Quilcue Identificado con Registro Civil de Nacimiento Numero 1083735115

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.

Erica Yised Quilcue Vargas.
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 2026

En mi calidad de padre (madre) de familia, usuario(a) del servicio prestado por el ICBF en el Hogar Comunitario de Bienestar HCB LOS PASTORCITOS en el cual labora la Madre Comunitaria : MARIA NORFI QUINAYAS CLAROS 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): ERIK SAMUEL CLAROS QUILCUE. 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 _02___ del mes __02_____ del año 2026, en el Municipio de ___SALADOBLANCO _____.

Erica Yised Quilcue Vargas

Nombre y Firma del Padre (Madre) de Familia

Powered by CamScanner

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

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Erik Samuel Clanos Quilcue, identificado (a) con documento de identidad número 1087735775 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Erica Yised Quilcue Vargas, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004249303 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	

La autorización comprende:

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

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

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

Los productos autorizados son originados por Huellas de Amor por la vida 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 comunitaria

Suscriben:

Firma: Erica Yised Quilcue Vargas
Nombre: Erica Yised Quilcue Vargas
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3115210066
Fecha: 02-02-2026
Municipio: Saladoblanco

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner