	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	NIT. 900027451-0
	LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS USUARIOS	

HCB GOTICAS DEL SABER

USAURIO: ALAN GOMEZ HERRERA *RC No. 1.079.510.369*



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotocopia del Registro civil de nacimiento (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Fotocopia del criterio de focalización según la guía del ICBF. SISBEN- renovar cada 3 meses, o en su defecto Certificado de pertenencia a comunidad indígena, afrodescendientes, raizales, palanqueros, y ROM	Formalización del cupo	Actualización cada 3 meses	X		
Para identificar lugar de residencia, fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia	X		
Fotografía física, esta ira sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	X		

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	**NIT. 900027451-0**
	LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS USUARIOS	

Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo Seguimiento	Cada 3 meses	X		
Fotocopia de la valoración integral en salud/ control de crecimiento y desarrollo	Seguimiento	Cada vez que el usuario asista a la valoración según esquema establecido	X		
Copia del carné de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el usuario asista según el PAI	X		
Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)	Seguimiento	Una sola vez, solo para las situaciones que aplique.	X		
Certificado de asistencia a consulta en salud bucal. (el Carnet)	Formalización del cupo y seguimiento	Cada año	X		
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año	X		
Formato autorización toma de fotos y vídeos	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya ingresos nuevos	X		

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.079.510.369

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51432807

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L 1 C

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

REGISTRADURIA DE PAICOL - COLOMBIA - HUILA - PAICOL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GOMEZ	HERRERA

Nombre(s): ALAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2003 Mes ENE Día 24	MASCULINO	O	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	23014210305230

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: HERRERA POBRE LUZ CARINE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.509.595	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GOMEZ QUIROZ EVERSON

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.509.716	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GOMEZ QUIROZ EVERSON

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.079.509.716	Everson Gomez

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes FEB Día 16	NICTOR BASTIDAS BASTIDAS - REGIST Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Everson Gomez Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

16 FEB 2023

REPÚBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURIA DEL ESTADO CIVIL
PAICOL-HUILA

TOMO III FOLIO III SERIAL 51432807
ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL
Y SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO
(Artículo 1°, Decreto 1260 de 1970)

NICTOR BASTIDAS BASTIDAS
REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 29548115-4 REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.005.080-2 TEL. 381 0

ORIGINAL 2023 A OFICINA DE REGISTRO

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.079.509.595**

HERRERA POBRE

APELLIDOS

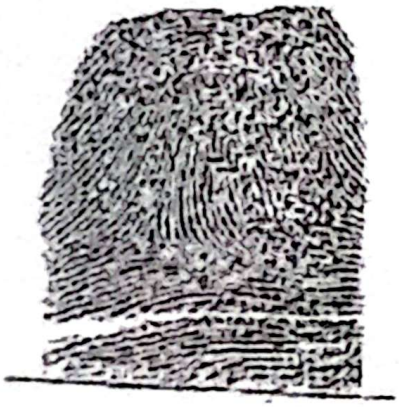
LUZ CARINE

NOMBRES

luz karine herrera

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-ENE-1997**

PAICOL
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

21-ABR-2015 PAICOL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1905200-00720423-F-1079509595-20150708 0044768539G 1 40913791

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.079.509.716**

GOMEZ QUIROZ

APELLIDOS

EVERSON

NOMBRES

EVERSONGOMEZ

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-ABR-1997**

AGRADO
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

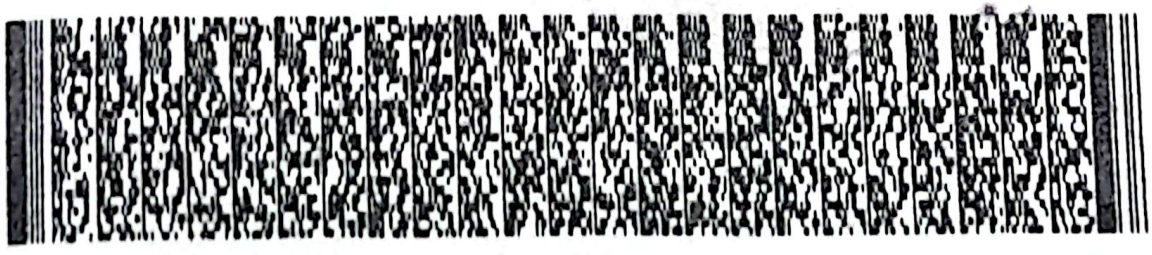
1.75 **O+** **M**

ESTATURA G.S RH SEXO

10-FEB-2016 PAICOL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 25/10/2025

Ficha: 41518003503800000189

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ALAN

Apellidos: GOMEZ HERRERA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079510369

Municipio: Paicol

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/12/2018

Última actualización ciudadano: 21/02/2023

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: MARIA LIZETH MENDEZ CERQUERA

Dirección: Calle 4 No 6 - 74

Teléfono: 3154610988 - 3206315508

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

Powered by CamScanner

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1079510369
NOMBRES	ALAN
APELLIDOS	GOMEZ HERRERA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	PAICOL

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	24/04/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/25/2025 12:30:11	**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

Powered by CamScanner

ElectroHuila
Transmitimos buena energía
Nit 891 180 001-1

SU CODIGO CUENTA NIU
293357083

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

AUTORETENEDORES DE RENTA RESOL. No 647/2002
DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART.4
RESOL. 000056 DEL 14/07/16 DIAN BOMOB GWANDER
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4
DEL 08/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

TOTAL A PAGAR
$ 272.250

FACTURA DE VENTA No. 86573888

Documento equivalente según artículo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO PAGO INMEDIATO

FECHAS DE LECTURA 1: 04/ABR/2025
FECHA SUSPENSIÓN: 02/JUN/2025
P. INMEDIATO

INFORMACION CLIENTE

Cliente	POBRE CAMACHO PEDRO MARIA	Nit CC	214416
Dirección	VDA SANTA RITA	Ruta	6070710030
Municipio	PAICOL	Ciclo	093
Clase Servicio	Residencial	Estrato	2

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	4690099
Carga Contratada	432	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	2

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía
Nit:891180001-1

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
7524344	KRI	A	S	00	29201	28945	1	256

Promedio Cuenta 252 Consumo Año Anterior 249 Consumo Anterior 249

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
MAY	256
MAR	259
ENE	253
NOV	245
SEP	238
JUL	260
MAY	249

CALIDAD DEL SERVICIO

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

ULTIMO PAGO

Fecha 26/02/2025
Valor $ 257910

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
128.0	1002.9486 =	128376
128.0	1020.393 =	130610

CONSUMO PERIODO

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

Valor Total Energía del Periodo	$ 258.986
Valor (Subsidio/Contribución %)	$ - 123.064
Valor Total Energía Facturado	$ 135.922

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES		
DEUDA CAPITAL	$ 134.980	OTROS CARGOS	$ 0
INTERES MORATORIO	$ 1.340	ALUMBRADO P	$ 0
CONSUMO PERIODO	$ 258.986	VALOR ELECTROHUILA	$ 272.250
SUBSIDIO	$ - 123.06		

TOTAL A PAGAR
$ 272.250

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: 387.0 Tm: 62.0 PRn,m: 80.0 Dn,m: 302.0 Rm: 34.0 Cv,m: 1
53.0 CUv,n,m: 1020.393 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO CAPITAL INT. CORRIENTE INT. MORA

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía

ElectroHuila
Transmitimos buena energía
Nit 891 180 001-1

Código de Cuenta : 293357083
Factura de Servicios Públicos No: 86573888
Periodo MAY 2025 Fecha de Vencimiento: PAGO INMEDIATO
Suspensión a partir de: PAGO INMEDIATO

Valor Total a Pagar $ 272.250

(415)7707274499679(8020)0293357083(3900)0000272250(96)20250622

Señor cajero favor dejar libre de sellos tanto el frente como el respaldo de esta factura

SAMI Version 1.3.1 25040908 Lector 7408

Powered by CamScanner

REGISTRO DE VACUNACION

VACUNAS	DOSIS				
	1a.	2a.		3a.	
	Fecha Vacuna	FECHA		FECHA	
		CITA	VACUNA	CITA	VACUNA
B.C.G.					
D.P.T.					
POLIO					
SARAMPION					
FIEBRE AMARILLA*					
OTRA					

* EN ZONAS ENDEMICAS

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD



CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIO	
				SI	NO
2023	MAYO	17.	9:40	WD	
2023	AGTO	15	9AM	ENF	
2023	Octubre	25.	9AM	ENF.	
2024	ENERO	29	10:30	WD	
2024	NOVIEM	21	2PM	ENF	
2024	Enero	9AM	29.	WD	
2025	mayo	08	10:30	MED.	

CARNE DE SALUD MENOR DE 7 AÑOS

Nombre Alan Gómez Herrera.

Fecha de nacimiento 24/Enero/2023

Registro Civil 1079510369.

Municipio Destepo

Dirección

Barrio o Vereda Madrono

Nombre del Responsable del niño

Historia Clínica No.

Organismo de Salud Ese San jose Batacolori

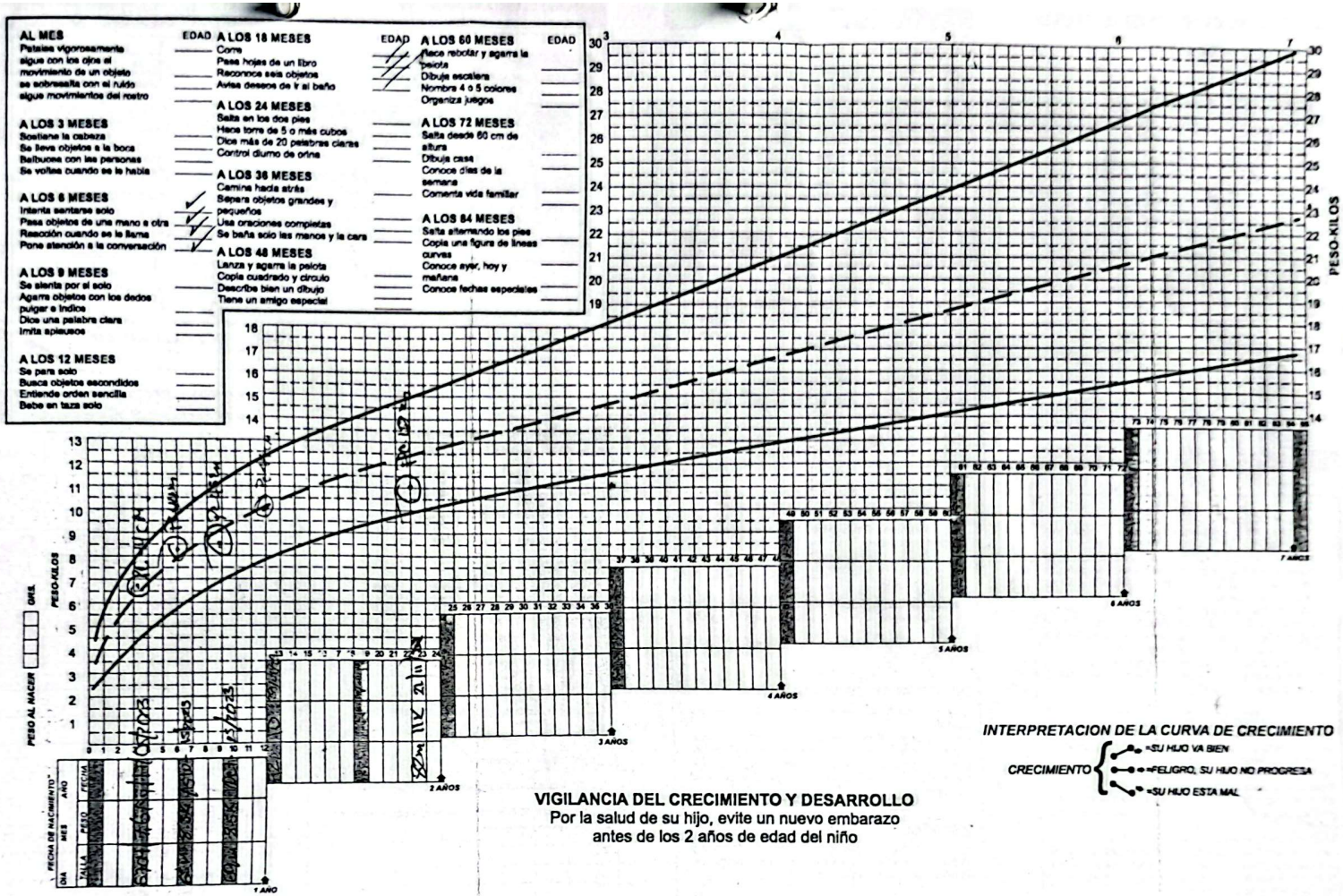
ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO LOS AGENTES DE SALUD SE LO RECOMIENDEN

Plan Nacional para la Supervivencia y Desarrollo Infantil

unicef

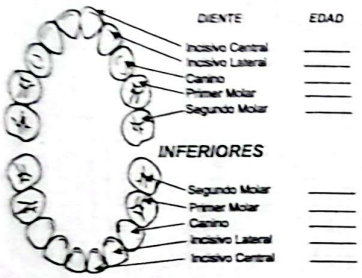
Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

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



RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

Los primeros dientes deben limpiarlos con un algodón o una gasa humeda.
Cuando los dientes temporales están completos debe enseñar al niño la forma correcta de cepillarse los dientes y el uso de la seda dental, ayudándolo hasta cuando pueda hacerlo bien.
Nunca deje dormir al niño con el biberón en la boca, porque el azúcar facilita la caries dental, además el chupo puede originar alteración de la forma de los maxilares y mala posición de los dientes.
Procure no dar dulces o caramelos entre comidas.
La primera visita al odontólogo debe hacerse a los 2 años aproximadamente.

CUIDADOS GENERALES

Bañe al niño todos los días, lávele las manos y los dientes cortele las uñas, póngale zapatos cuando camine. No use telas o chupo.
No le de aceites para purgarlos.
Evite que su niño se asuste o los enfermos.
Exponga diario al niño, lávelo, acaricielo y arrullelo.
Permita que el niño juegue y dedíquele tiempo para jugar con él.
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, no engañe, no asuste al niño para obligarlo a obedecer.
Enfrente los conflictos con calma y razón.
No exija que el niño realice tareas que no pueda hacer por su edad. Tenga siempre un buen control.

RECOMENDACIONES

ALIMENTACION

Dele a su hijo leche materna hasta los 2 años de edad. Desde recién nacido hasta las 4 meses de edad el niño solamente necesita leche materna.

A los 4 meses, además de la leche materna, comience a darle frutas, no ácidas, cereales y verduras en papilla, naco o puré y vísceras como hígado, bofe o pajarilla. utilice taza y cuchara. Evite el uso del biberón. Dele primero la leche materna y después los otros alimentos, haciendo poco a poco mas sólidos para que comience a masticar.

A los 6 meses, además de la leche materna, dele las frutas, los cereales, las verduras y las vísceras, dele frijoles, lentejas, arvejas, pasta, papa y arroz, también puede darle huevo y carne molida.

A los 9 meses, además de la leche materna, el niño puede comer de todo los alimentos que come la familia, preparados con pocos condimentos. usando siempre sal yodada y fluorizada.

PREVENCION DE ACCIDENTES

Intoxicaciones: No deje al alcance del niño drogas ovenencs que pueda tomar.

Quemaduras: No deje a su niño solo en la cocina; evitele el contacto con fósforo, cocinol, gasolina, o pólvora.

Heridas o fracturas: No le deje al alcance objetos cortopunzantes. Evítele juegos en lugares peligrosos.

Ahogamientos: No lo deje solo en la alberca, en pozos o quebradas.

VACUNACION

Hagalo vacunar. Al cumplir el primer año de vida, debe tener completas todas las vacunas con todas sus dosis.
De esta manera, el niño no sufrirá de enfermedades prevenibles.

INFECCION RESPIRATORIA AGUDA

Una neumonía no manejada a tiempo puede ser mortal.
La gripa en su niño puede llegar a ser una neumonía, por eso vigile la respiración de su hijo, si este respira con dificultad, mas rápido de lo normal, o el pecho se le hunde, llévelo inmediatamente al organismo de salud mas cercano.

DIARREAS

Son peligrosas, por que el niño puede deshidratar y morir. Cuando empieza la diarrea aumente los líquidos (sopas, jugos, coladas y otros).

<<NO SUSPENDA LA ALIMENTACION>>

REHIDRATACION 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 ALGUN GRADO DE DESHIDRATACION acuda a la Promotora de Salud, a la Unidad de Rehidratación Oral de Saneamiento UROCS mas cercana, o al Organismo de Salud.

FACTORES DE RIESGO PARA EL NIÑO

- ○ Peso al nacer menor a 3.000 gramos.
- ○ Gemelo o nacimientos múltiples.
- ○ No lactancia natural o destete precoz.
- ○ Hermanos desnutridos.
- ○ Muerte de hermanos menores de 5 años.
- ○ 4 o más hermanos vivos.
- ○ Menos de 2 años de diferencia con hermano anterior.
- ○ Niño que permanece solo o al cuidado de otros niños.
- ○ Violencia al interior de la familia.
- ○ Ingreso familiar menor de un salario mínimo.
- ○ Carencia de agua en la casa.
- ○ Inadecuada disposición de excretas.
- ○ Inadecuada disposición de basuras.
- ○ Presencia de insectos, roedores y otros animales domésticos en la casa.
- ○
- ○

REGISTRO DE VACUNACION

VACUNAS	DOSIS 1a. Fecha Vacuna	2a. FECHA CITA	2a. FECHA VACUNA	3a. FECHA CITA	3a. FECHA VACUNA
B.C.G.					
D.P.T.					
POLIO					
SARAMPION					
FIEBRE AMARILLA*					
OTRA					

* EN ZONAS ENDEMICAS

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIO SI	CUMPLIO NO
2023	MAYO	17	9:40	WD	
2023	AGTO	15	9 AM	ENF	
2023	Octubre	25	9 AM	ENF	
2024	ENERO	29	10:30	WD	
2024	NOVIEM	21	2 PM	ENF	
2024	ENERO	9 AM	29	WD	
2025	mayo	08	10:30	MED	

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD



CARNE DE SALUD MENOR DE 7 AÑOS

Nombre Alan Gower Herrera
Fecha de nacimiento 24 | ENERO | 2022
Registro Civil 1079510369
Municipio Destrepo
Dirección
Barrio o Vereda Maicao
Nombre del Responsable del niño
Historia Clínica No.
Organismo de Salud ESE San José
Bataclari

ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO LOS AGENTES DE SALUD SE LO RECOMIENDEN

Plan Nacional para La Supervivencia y Desarrollo Infantil

unicef

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 Si ☐ No ☐											
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	24	01	23	Serum	03A1HA0188	HSCP	24	01	23	
	Hepatitis B	Recién nacido	24	01	23	Serum	03A1Q0188	HSCP	24	01	23	
2 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.°	5	04	2023	Biltheven	220601 1A					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°	5	04	2023							
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.°	5	04	2023							
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.°	5	04	2023							
	Diarrea por rotavirus	1.°	5	04	2023							
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	5	04	2023							
4 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.°				Biltheven	21390033					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°		06	23	Serum	28514033	HSJ Restrepo (Valle)				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.°				Glaxo	ARLC009344					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.°	06			Pfizer	FR4895					
	Diarrea por rotavirus	2.°										
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°										
6 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.°	15	08	23	Biltheven	220801 6A					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.°										
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.°	15	08	23	Serum	28514033D	HSJ Restrepo (Valle)	06-07-23			
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.°										
	Influenza estacional	1.°	15	08	23	Green Cross	V505230 02	HSJ	15	09	23	
7 meses	Influenza estacional	2.°	15	09	23	Green Cross	V505230 02					
12 meses	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	1.°	09	03	24	Serum	01327198AA					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	09	03	24	Pfizer	GW7603					
	Varicela	1.°	09	03	24	MSD	X015182					
	Hepatitis A	Única	09	03	24	MSD	X015914					
	Influenza estacional	Anual	24	07	24	Butantan	2223900 1					
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.° refuerzo	29	07	24	Biltheven	2240079					
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.° refuerzo	29	07	24	Serum	1405270110					
	Fiebre amarilla	Única	29	07	24	Sanofi	V31107					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.° refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo										
	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	2.°	29	07	24	Serum	01332015A	HSJ Restrepo				
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
Vacunas complementarias y otras dosis	COVID	01	15	09	23	Moderna	044 2A23A	HSJ Restrepo Revacunado				

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

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resultado 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							
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			

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

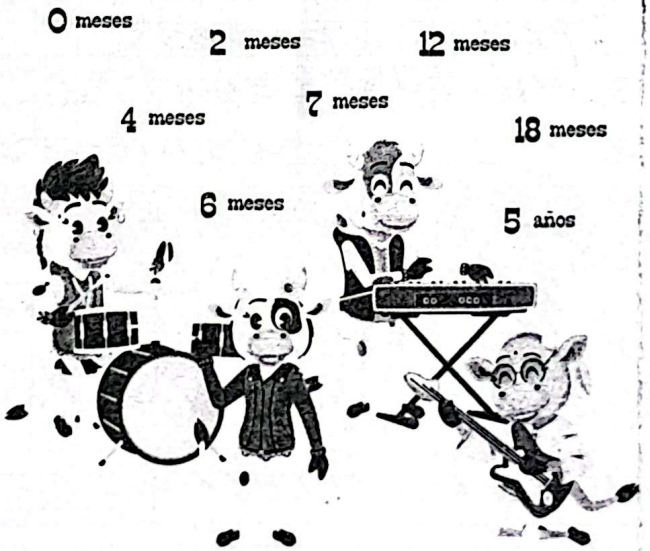
3 años			
4 años			
5 años			

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis 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: Alan Gomez Herrera

Fecha de nacimiento: 24-ENERO-2023.

Nº de certificado de nacido vivo: 2301421030523O

Registro civil: 1079510369

Sexo: MASCULINO Huila

Grupo sanguíneo: O (+) - 38.

Peso al nacer: 3400 Talla: 50

Dirección: Madrigal, Villa Nelli

Teléfono 1: 3166853207

Teléfono 2:

Responsable: JUZ KARINE HERRERA.

Municipio de residencia: NORDO. Pobre.

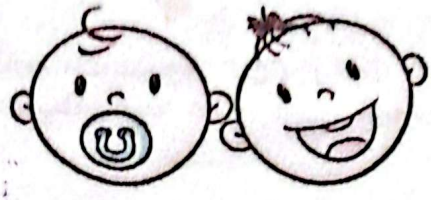
Departamento: HUILA.

1079509595 sanitas

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner



ATENCIÓN DE SALUD BUCAL

PROCEDIMIENTO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
Edu, CPb, Fluor barniz	26	10	2024	06	08	2025
Edu, CPB, Fluor	25	09	2025.		03	2026

Powered by CamScan

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad

Nombre completo de la niña o niño Alan. Gomez Hurtado

Fecha de nacimiento 24- 01- 2023. **N° Documento de Identidad** 1079810369.

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 03- 06- 2025.

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Lidia Consuelo Pobre.

Fecha de registro cualitativo 23- 09- 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

es un niño que llego siendo un poco brusco. y no le gustaba q1 lo tocara para nada amedida q1 pasaron los dias se bolvio. muy ticino amable le encanta los bubus. todos son sus amiguitos.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo

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

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo

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

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

Powered by CamScanner

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

Alan.

loración alitativa ⇩	Relación con los demás												Relación consigo misma/o										Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social														
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10	11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21 22	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30	29 30	29 30	31 32	31 32	31 32
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24	22 23 24	25	25	25	26	26	26
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16	17 18	17 18	17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2	1 2	1 2	3	3	3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8	8	8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17	16 17	16 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	**NIT. 900027451-0**
	Acta de compromiso y corresponsabilidad con padres de familia y/o cuidadores	

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS GOTICAS DEL SABER, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio_____. 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 atención a la primera infancia de mi hijo (a): ALAN GOMEZ HERRERA con RC No 1.079.510.369 Para ello me comprometo a:

1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al HCB, 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 UDS, 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) Cumplir el horario de atención establecido en la UDS
4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias ingresa y se retira a mi hijo(a) de la UDS.
5) Entregar los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de mi hijo(a) Estos documentos son:

    1. Certificado de afiliación a salud.
    2. Fotocopia del registro civil del niño.
    3. Fotocopia del carné de vacunas actualizado
    4. Fotocopia del carné de crecimiento y desarrollo actualizado
    5. Certificación de SISBÉN.

    NOTA: En caso de no contar con alguno de los documentos mencionados, informar en la UDS 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 y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de mi hijo(a), adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si se cuenta con ellos).
9) Elegir o ser elegido en el comité de control social que se convoquen con el fin de velar por una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por el ICBF para la Modalidad Comunitaria

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el día 03 del mes JUNIO del año 2025, en el Municipio de PAICOL - HUILA.

Luz Carime Herrera Pobre
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Lidia Cpobre.
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad ALAN GOMEZ HERRERA, identificado (a) con documento de identidad número 1.079.510.369, 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 inequivocamente 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, LUZ CARINE HERRERA POBRE, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.079.509.595 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 LIDIA CONSUELO POBRE ROJAS, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa

Suscriben:

Firma: Luz Carine Herrera Pobre
Nombre: LUZ CARINE HERRERA POBRE
Calidad - Titular: MADRE Representante legal: MADRE
Teléfono de contacto: 3166853207
Fecha: 03/06/2025
Municipio: PAICOL – HUILA

Powered by CamScanner