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

HCB GOTICAS DEL SABER

USAURIO: MAIOL BETANCOHURT RIOS *RC No.* 1.079.510.371



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			
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.			
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			
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 1.079.510.371

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51432809

5143280 9

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE PAICOL - COLOMBIA - HUILA - PAICOL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BETANCOHURT	RIOS

Nombre(s): MAICOL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes FEB Día 01	MASCULINO	A	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	230294103165 94

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: RIOS VEGA ZULENNY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.082.182	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: BETANCOHURT CUCHIMBA JOSE EDUIN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.508.669	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BETANCOHURT CUCHIMBA JOSE EDUIN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.079.508.669	Jose' eduin BC

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	HECTOR BASTIDAS BASTIDAS REGIST Nombre y firma

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.005.080-2 TEL. 381 0240

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.004.082.192

RIOS VEGA

APELLIDOS

ZULENNY

NOMBRES

Zulenny Rios Vega

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-2000

PAICOL
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

10-ENE-2019 AGRADO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1900700-01063871-F-1004082192-20190222 0064622304A 1 51778427

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 25/10/2025

Ficha: 41518076803600000654

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MAIOL

Apellidos: BETANCOHURT RIOS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079510371

Municipio: Paicol

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/06/2022

Última actualización ciudadano: 27/02/2023

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	1079510371
NOMBRES	MAIOL
APELLIDOS	BETANCOHURT RIOS
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	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/02/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/25/2025 12:33:24	**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.

Powered by CamScanner



DATOS DEL RECIEN NACIDO

QUIEN SOY

Nombres y apellidos: Maiol Betancourt Rios.

Identificación: 7079570377 EPS: Nueva Eps.

Fecha de nacimiento: Día. 07 Mes: 02 Año: 2023

Edad: ____ Días: 59 Mese s: 7 Años: ____ Sexo: Masculino.

Recién Nacido: Pretermino: ___ A termino: X Edad Gestacional: ____

Embarazo: Único: X Múltiple: ____ No de Gestaciones 39 semanas.

Peso: 3360 Kg. Talla: 50 cm. Perímetro Cefálico: ____ cm.

Tipo de sangre: O+ Lugar que ocupa entre los hermanos: 02.

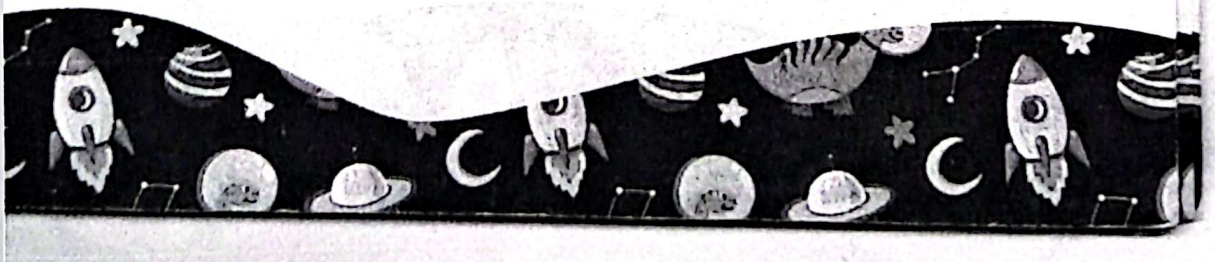
TSH: ____ Serología: ____

Nombre de la Madre: Zulay Rios Vega Ocupación: Ama de casa.

Nombre del Padre: José Edwin Betancourt C Ocupación: Agricultor.

Dirección: Vereda Sta Rita. Teléfono: ____

Alimentación: Lactancia materna exclusiva: Si: X No: ____



Powered by CamScanner

Frecuencia	Profesional	Fecha	Hora	Edad	Peso (Kg)	Talla (cms)	Perímetros	TA	Evaluación nutricional	Firma
1 mes	Medico	30-03-23	11:30 AM	1 mes	5.8	57cm	pc: 39	90/6	Eutrofico	
2-3 meses	Enfermera									
4-5 meses	Medico	30/07/023	14:10	4 mes	7.5	63cm	pc = 43.5 pb = 14	90/6		
6-8 meses	Enfermera	12/09/23	12:00	7 Meses	8.18kg	68cm			Adecuado Peso/Talla	
9-11 meses	Enfermera	18/11/23	10:00	10 meses	8.9kg	72cm		—	Adecuado Peso/Talla	
12-18 meses	Medico	20/02/24	10:30	12 m	9,3	75,2 cm	pc: 47,2cm pb = 13.6	—	Rg 2 m 14 m 10 m	
18-23 meses	Enfermera									
24-29 meses	Medico									
30-35 meses	Medico									
3 años	Medico									
4 años	Enfermera									
5 años	Medico									
6 años	Medico									
7 años	Enfermera									
8 años	Medico									
9 años	Enfermera									
10 años	Medico									
11 años	Enfermera									

Powered by CamScanner



Frecuencia	Profesional	Fecha	Hora	Edad	Peso (Kg)	Talla (cms)	Perimetros	TA	Evaluación nutricional	Firma
1 mes	Medico	30-03-23	11:30	1 mes	3.8	57cm	pc= 34	90/6	Eutrofia	
2-3 meses	Enfermera									
4-5 meses	Medico	30/07/023	14:00	4 mes	7.3	63cm	pc = 43.5 ,08 - 14	90/6		
6-8 meses	Enfermera	12/09/23	12:00	7 Meses	8.18kg	68cm			Adecuado Kenbard	
9-11 meses	Enfermera	18/11/23	10:00	10 mes	8.9kg	72cm		—	Adecuado Kenbard	
12-18 meses	Medico	16/02/24	10:30	12 m	9,3	75,2 cm	pc = 47cm	—	Riesgo talla baja	
18-23 meses	Enfermera	05/09/24	10:00	AM	11.1	80.5cm	PB = 13.6 PB = 47cm PA = 49cm	—	Adecuado	
24-29 meses	Medico	20-02-25	2:30	24m	12,5	85 cm	pc : 48	—	Adecuado	
30-35 meses	Medico	22/08/25	10:00	30m	15kg	92cm	PC: 49 -	—	Adecuado Kenbard	
3 años	Medico	03/02/26								
4 años	Enfermera									
5 años	Medico									
6 años	Medico									
7 años	Enfermera									
8 años	Medico									
9 años	Enfermera									
10 años	Medico									
11 años	Enfermera									

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



DATOS DEL RECIEN NACIDO

QUIEN SOY

Nombres y apellidos: Maiol Betancourt Rios.

Identificación: 1079570377 EPS: Nueva Eps.

Fecha de nacimiento: Día. 07 Mes: 02 Año: 2023

Edad: ____ Días: 59 Mese s: 7 Años: ____ Sexo: Masculino.

Recién Nacido: Pretermino: ___ A termino: X Edad Gestacional: ____

Embarazo: Único: X Múltiple: ____ No de Gestaciones 39 semanas.

Peso: 3360 Kg. Talla: 50 cm. Perímetro Cefálico: ____ cm.

Tipo de sangre: AH+ Lugar que ocupa entre los hermanos: 02.

TSH: ____ Serología: ____

Nombre de la Madre: Zulay Rios Vega Ocupación: Ama de casa.

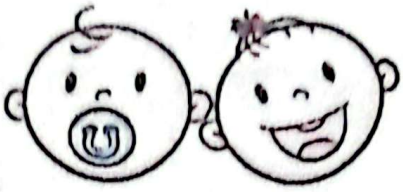
Nombre del Padre: José Edwin Betancourt C. Ocupación: Agricultor

Dirección: Vereda sta Rita. Teléfono: ____

Alimentación: Lactancia materna exclusiva: Si: X No: ____

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



ATENCIÓN DE SALUD BUCAL

PROCEDIMIENTO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
Edu, CPb, Fluor barniz	26	10	2024		08	2025
Edu, CPB, Fluor	24	09	2025.		03	2026



Powered by CamScanner

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
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
Recién nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	01	02	2023	Serum	03A1MA0227	H-S-O P.				M. Adelfa Garnuto
	Hepatitis B	Recién nacido	01	02	2023	Serum	032 1Q0 180	H-S-O P.	01	04	2023	M. Adelfa Garnuto
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.°	01	04	2023	Bilthoven	220601 2	Hosp - Paicol				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°	01	04	2023	Serum	2BS1X0404C	Hosp. Paicol				Dana Yohana Montealegre
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.°	01	04	2023	Serum	2BS1X0404C	Hosp. Paicol				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°	01	04	2023	Serum	2BS1X0404C	Hosp. Paicol				
	Diarrea por rotavirus	1.°	01	04	2023	GSK	AEDLDD971A	Hosp. Paicol				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	01	04	2023	Polisacarido	FE4B95	Hosp. Paicol				
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.°	30	06	23	biologicals	220705		01	06	23	
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	30	06	23	Serum	2BS1X0404D					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.°	30	06	23	Serum	— — — — — — — —					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°	30	06	23	Serum	— — — — — — — —					
	Diarrea por rotavirus	2.°	30	06	23	GSK	AFD1D09 1A	Paicol				Dana Montealegre
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	30	06	23	polisacaride	F499925					
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.°	30	08	23	Biological	220601 2	E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO AGRADO - HUILA VACUNACION	30	08	23	Angie Morera
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.°	30	08	23	Serum	2BS1Y0370					Angie Morera
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.°	30	08	23	Serum	2BS1Y0370					Angie Morera
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°	30	08	23	Serum	2BS1Y0370	E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO AGRADO - HUILA				Luis Fernando Ramirez Aux. Enfermeria C.C. 1.079.509.945
	Influenza estacional	1.°	30	08	23	GreenCross	VS05300G	ESE paicol				
7 meses	Influenza estacional	2.°	30	09	23	GreenCross	VS05230 04					
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	01	02	24	Serum	0:31NO28A	ESE Paicol				Glyoroc Nuroline Norela
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	01	02	24	Pzifer	F49125					
	Varicela	2.°	01	02	24	MSD	X006537					
	Hepatitis A	Única	01	02	24	Sinovac	20220100 5					
	Influenza estacional	Anual	03	07	24	Butantan	2380 0 1 0					
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.° refuerzo	24	08	24	Serum	2302 3X013A	ESE paicol				Norela
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.° refuerzo	24	08	24	Serum	2302 3X013A	ESE paicol				Norela
	Fiebre amarilla	Única	24	08	24	Sanofi	X8A87	ESE paicol				Norela
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.° refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	24	08	24	Serum	015N003A	ESE paicol				Norela
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
Vacunas complementarias y otras dosis												

Busca a los 5 años las vacunas que aún hacen falta

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

3134806243
Yoyner

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

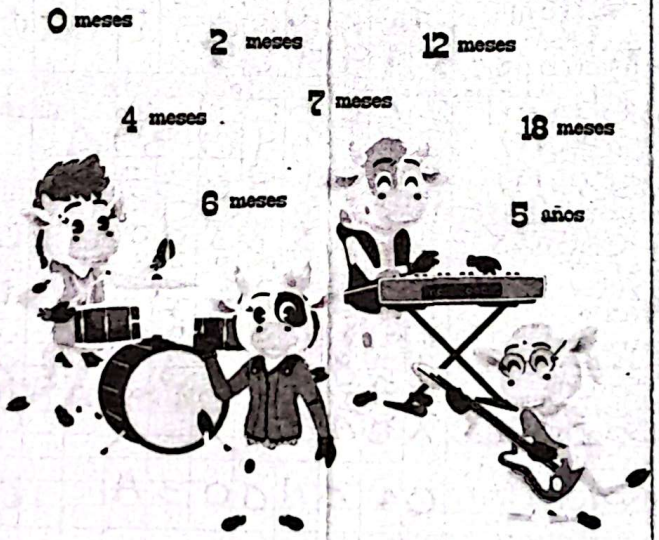
3 años					
4 años					
5 años					

*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)

CITA: 01 Abril 2023

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Maiol Betancourt Rios
Fecha de nacimiento: 01 Febrero 2023
Nº de certificado de nacido vivo: 230294103165 94
Registro civil: 1079510371
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: At
Peso al nacer: 3360 Talla: 50 cm
Dirección: Vl Santa Rita.
Teléfono 1: 3229068360
Teléfono 2:
Responsable: Zulenny Rios V.
Municipio de residencia: Agrado
Departamento: Huila
CC: 1004082192.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

ElectroHulla

SU CODIGO CUENTA NIU
293353955

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

AUTOPETENDORES DE PENTA PERSOL No 047/2002
DIAN EXONERADO AUTORETENCION RESOLUCION ART.4
RESOL. SOBRE DEL 12/07/16 DIAN GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTORETENDORES CIRCULOR 4
DEL 30/01/09 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

TOTAL A PAGAR
$ 72.460

FACTURA DE VENTA No. 87302695

Documento Equivalente Factura Electrónica de Venta Artículo 11 Decreto 1001/97

FECHAS DE LECTURAS	04-JUN-2025
FECHA SUSPENSIÓN	02-AGO-2025
	P. INMEDIATO

FECHA DE VENCIMIENTO PAGO INMEDIATO

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	BETANCOURT H. LUIS IGNACIO	Nit CC	214421
Dirección	VDA SANTA RITA	Ruta	6070710080
Municipio	PAICOL	Ciclo	093
Clase Servicio	Residencial	Estrato	2

INFORMACION TECNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	4690127
Carga Contratada	0	Nombre	
	4	Atrasos	2

INFORMACION CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
19370816	HIK	A	S	00	1997	1862	1	135

Promedio Cuenta 135 Consumo Año Anterior 174 Consumo Anterior 174

ULTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
JUL	135
MAY	113
MAR	107
ENE	185
NOV	219
SEP	181
JUL	174

CALIDAD DEL SERVICIO

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

ULTIMO PAGO

Fecha 04/06/2025
Valor $ 116320

LIQUIDACION

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
67.5	1020.4586 =	69421
67.5	1069.8407 =	72214

CONSUMO PERIODO

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

Valor Total Energía del Periodo	$	141.635
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 69.179
Valor Total Energía Facturado	$	72.456

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
CONSUMO PERIODO	$ 141.635
AJUSTE DECENA	$ 1
SUBSIDIO	$ - 69.179

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P	$	0
VALOR ELECTROHULLA	$	72.460

TOTAL A PAGAR

$ 72.460

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

FOEB: Consumo Kwh $/Kwh Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACION DEL SERVICIO

Gm: 394.0 Tm: 54.0 PRn,m: 79.0 Dn,m: 299.0 Rm: 79.0 Cv,m: 1
61.0 CUv,n,m: 1069.8407 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT.CORRIENTE	INT.MORA

ElectroHulla
Transmitimos buena energía
Nit 891 180 001-1

Código de Cuenta : 293353955
Factura de Servicios Públicos No: 87302695
Periodo JUL 2025 Fecha de Vencimiento: PAGO INMEDIATO
Expedición a partir de: PAGO INMEDIATO

Valor Total a Pagar $ 72.460

(415)7707274499679(8020)0293353955(3900)0000072460(96)20250817

Este recibo es válido tanto el frente como el reverso de esta factura

EAN Version T.S. 0563 Lector 7408

ElectroHulla
Transmitimos Buena Energía
Nit:891180001-1

Powered by CamScanner

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:
Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad MAIOL BETANCOHURT RIOS, identificado (a) con documento de identidad número 1.079.510.371 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos		Audios		Videos		Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:
Yo, ZULENNY ROJAS RIOS, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.004.082.192, 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_____, 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: Zulenny Rios Rojas
Nombre: ZULENNY ROJAS RIOS
Calidad - Titular: MADRE Representante legal: MADRE
Teléfono de contacto: 3212737928
Fecha: 03/02/2025
Municipio: PAICOL – HUILA

Powered by CamScanner

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

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 Fundacion Grupo Libertad. 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): MAIOL BETANCOHURT RIOS con RC No 1.079.510.371 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 02 del año 2025, en el Municipio de Paicol.

Zulenny Rios vega
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Lidia Cobo
MADRE COMUNITARIA

(Decreto 1260 de 1970)
NÉSTOR BASTIDAS BASTIDAS
REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.005.080-2 TEL: 381 0240

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad

Nombre completo de la niña o niño Maid Betan Ant.

Fecha de nacimiento 01-02 2023. **N° Documento de Identidad** 1079 510 371.

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Lidia consuelo pobre.

Fecha de registro cualitativo 25-04-2025

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 alegre aun no habla claro pero se hace entender Controla esfinters. independiente sabe colocarse los zapatos. todos son sus amigos. salta en los dos pies juntos.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Lidia c pobre.

Fecha de registro cualitativo 23-07 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

el niño ya habla mas claro. salta en los dos pies. Con Controla esfinters. perfecto tiene amigos se integra mas. hace garabatos. come solo. yes ticino

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Lidia consuelo pobre.

Fecha de resgistro cualitativo 23-10-2025

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 cada dia crece en pensamiento y estatura se sabe todos los colores. le cuesta colocarse los zapatos aun habla mas claro. maneja muy bien los colores hace pinzas y es noble muy noble

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

Powered by CamScanner

Manol.

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

Powered by CamScanner