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

**HCB** GOTICAS DEL SABER

**USAURIO:** ANTONELA CELIS TELLO *RC No.* 1.079.510.383



| 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<br><br>Seguimiento | Cada 3 meses | ✓ | | |
| 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 | ✓ | | |
| Copia del carné de vacunación actualizado según la edad. | Seguimiento | Cada vez que el usuario asista según el PAI | ✓ | | |
| 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 | | | |
| Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores. | Formalización del cupo | Una sola vez | ✓ | | |
| Formato escala de valoración cualitativa. | Seguimiento | 3 veces al año | | | |
| Formato autorización toma de fotos y vídeos | Formalización del cupo | Una sola vez | ✓ | | |
| Formato ficha de caracterización digital o impresa | Seguimiento | Actualizar cada que haya ingresos nuevos | ✓ | | |

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.079.510.383

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51432831

**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 |
|---|---|
| CELIS | TELLO |

Nombre(s)

ANTONELA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2023 Mes MAR Día 22 | FEMENINO | B | POSITIVO |

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

COLOMBIA HUILA NEIVA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 23039810390543 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos

TELLO LOPEZ JUDITH

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 36.255.066 | COLOMBIA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos

CELIS TAMAYO ALEXANDER

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 83.243.724 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

CELIS TAMAYO ALEXANDER

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 83.243.724 | |

**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 MA Y Día 12 | NICTOR BASTIDAS BASTIDAS - REGIST<br>Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | Nombre y firma |

12 MAYO 2023

**ESPACIO PARA NOTAS**

Adhesivo Copia Registro Civil 33404784-2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURIA DEL ESTADO CIVIL
PAICOL - HUILA
TOMO III FOLIO III SERIAL 51432831
ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL
Y SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO
(Artículo 115 Decreto 1260 de 1970)
NICTOR BASTIDAS BASTIDAS
REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

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

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.255.066

TELLO LOPEZ
APELLIDOS

JUDITH
NOMBRES

Judith Tello L.
FIRMA





INDICE DERECHO

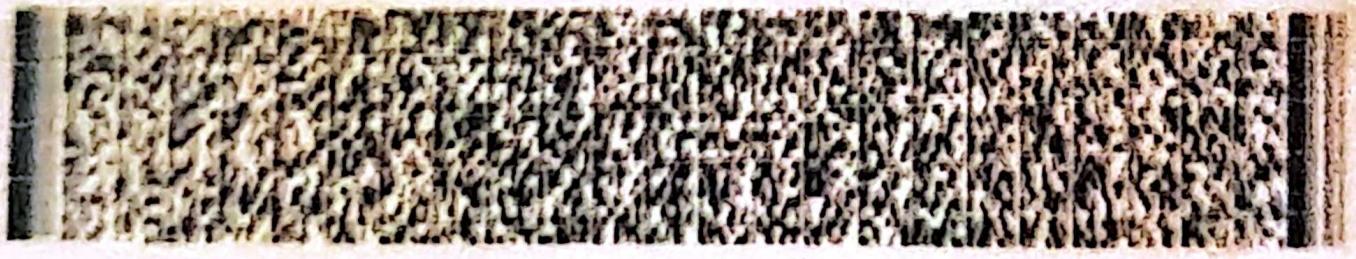
FECHA DE NACIMIENTO 21-ENE-1984

AGRADO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

29-ENE-2004 PITAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMA CATALINA BLANDON LOPEZ



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 | 1079510383 |
| NOMBRES | ANTONELA |
| APELLIDOS | CELIS TELLO |
| 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 | 22/04/2023 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 10/25/2025 12:32:31 | **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

Sisbén

Registro válido

**Fecha de consulta:** 25/10/2025

**Ficha:** 41518003503800000187

# A2

**Pobreza extrema**

DATOS PERSONALES

**Nombres:** ANTONELA

**Apellidos:** CELIS TELLO

**Tipo de documento:** Registro civil

**Número de documento:** 1079510383

**Municipio:** Paicol

**Departamento:** Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 12/10/2023

**Última actualización ciudadano:** 12/10/2023

**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

1107368717

# QUIEN SOY

Nombres y Apellidos: Anllovella celis tello.

Fecha de Nacimiento: Día 22 mes 03 año 2023

Identificación: 1079510383 T. Sangre: B (+) positiva

Nombre de mi Mamá: Judith Tello lopez Ocupación: Ama de casa

Nombre de mi Papá: Alexander celis Ocupación: conductor

Dirección: V/ Sta Rita. Tel o Cel.: 3154962576

**DATOS PERSONALES DE REGISTRO DE CRECIMIENTO**

***Información de Nacimiento:***

Fecha de Nacimiento: DD _____ MM _____ AA _____

Recién Nacido: Pretermino ____ Atermino ____ Edad Gestacional ____

Embarazo: Único ____ Múltiple ____ No. de Gestaciones _____

Lugar que ocupa entre los hermanos _____

Peso ____ Grs Talla ___ cms Perímetro Cefálico _____ cms

Tiene Hermano Menor: Si____ No ____ Fecha de Nacimiento _____

***Alimentación:***

Edad introducción de alimentos diferentes a la leche materna _____

Edad en que suspende la lactancia materna Semanas _____ Meses _____



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

3

# LOS NIÑOS TIENEN DERECHOS...




QUE SE CUMPLAN ES RESPONSABILIDAD DE LOS ADULTOS

## CITAS PROGRAMADAS

| AÑO | MES | DIA | HORA | Cumplio | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | SI | NO |
| 2023 | Mayo | 27. | 9:AM. | si | KaruBond |
| 2023 | Julio | 27. | 9:40 | si. | Pruebitas |
| 2023 | Noviembre | 04. | 11:00 | X | KaruBond |
| 2024. | Febero. | 10. | | | X |
| 2024 | MARZO | 16 | Dasha | | |
| 2024 | ABRIL. | 27 | Septiem | si | Alejandra |
| 2025 | Agosto | 22 | 09:40 | X | |
| | | | | | |
| | | | | | |



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

- Juega conmigo, desde muy pequeña entiendo que estás jugando cuando imitas sonidos de animales, haces gestos; cuando tomas un juguete y lo escondes y lo apareces nuevamente.
- Cuando me veas llorar, acaríciame pues tus manos alivian mi dolor, reducen mis temores y mis miedos.
- Permíteme explorar, recuerda que yo estoy empezando a conocer el mundo, necesito que tengas paciencia para que me expliques sus riesgos.

Su hija puede disfrutar en su infancia del calor de la relación que les brinden sus padres hermanos, abuelos y otros parientes, teniéndolos como personas disponibles para su cuidado y protección, ligados a él por un vínculo que genera placer mutuo. De esta forma tendrá más tarde confianza en sí misma y contara con un desarrollo biológico, psíquico y social armónico.

## FORMULARIO DE REGISTRO

| Fecha de Toma de Medida | Edad en años y meses | Peso en Kilogramos | Talla en Centimetros | Evaluación |
|---|---|---|---|---|
| 27-05-2023 | 2 meses | 5.100 gms. | 57 cm. | |
| 27-07-2023 | 4 meses. | 6.200 gm. | 61cm. | PC. 41.5 cm PT. 45cm |
| 04/11/2023 | 7 meses. | 7.8 kg. | 66 cm | Adecuado |
| 16-08-2024 | 11 meses. | 9.080 | 72 cm | Adecuado |
| 28/09/2024 | 18 Meses | 11.5 kg | 82 CM | Adecuado |
| 22/08/2029 | 2 Años 5 meses. | 15 kg. | 92 cm | Adecuado. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Recién nacido | | | Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ | | | | | | | | | |
| | Tuberculosis meningea (BCG) | Única | 24 | 03 | 2023 | Serum | 037 1MA 078 | Clinica EMCOSALUD | | | | Enfermera |
| | Hepatitis B | Recién nacido | 24 | 03 | 2023 | Serum | 032 1G0 1K8 | Clinica EMCOSALUD | | | | Enfermera |
| 2 meses | | | Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ | | | | | | 24 | 05 | 2023 | |
| | Poliomielitis (VIP) | 1.° | 27 | 05 | 2023 | Bilthoven | 220705 | | | | | Luisa |
| | Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 1.° | 27 | 05 | 2023 | Serum | 285 1X0 40D | | | | | Fda |
| | Hepatitis B | 1.° | 27 | 05 | 2023 | Serum | 285 1X0 40D | | | | | Uzcano |
| | Difteria , tosferina y tétano (DPT) | 1.° | 27 | 05 | 2023 | Serum | 285 1X0 40D | | | | | |
| | Diarrea por rotavirus | 1.° | 27 | 05 | 2023 | GSK | ARG0L0 091AA | Esc santa rosa de una palco | | | | |
| | Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo | 1.° | 27 | 05 | 2023 | Polysacaride | F4992 5 | | | | | |
| 4 meses | | | Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ | | | | | | | | | |
| | Poliomielitis (VIP) | 2.° | 27 | 07 | 2023 | Bilthoven | 220705 | | 29 | 07 | 23 | |
| | Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 2.° | 27 | 07 | 2023 | Serum | 285 1X0 40D | | | | | Luisa |
| | Hepatitis B | 2.° | 27 | 07 | 2023 | Serum | 285 1X0 40D | | | | | Fda |
| | Difteria , tosferina y tétano (DPT) | 2.° | 27 | 07 | 2023 | Serum | 285 1X0 40D | | | | | Uzcano |
| | Diarrea por rotavirus | 2.° | 27 | 07 | 2023 | GSK | ARG0L0 091AA | Esc santa rosa de una palco | | | | |
| | Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo | 2.° | 27 | 07 | 2023 | Polysacaride | F4992 5 | | | | | |
| 6 meses | | | Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ | | | | | | | | | |
| | Poliomielitis (VIP) | 3.° | 29 | 09 | 23 | Biological | 220702 | | 30 | 09 | 2023 | |
| | Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 3.° | 29 | 09 | 23 | Serum | 285 1X0 40D | | | | | Doma Montalegre |
| | Hepatitis B | 3.° | 29 | 09 | 23 | Serum | — — — — — — | | | | | |
| | Difteria , tosferina y tétano (DPT) | 3.° | 29 | 09 | 23 | Serum | — — — — — — | | | | | |
| | Influenza estacional | 1.° | 29 | 09 | 23 | Green Cross | V5052 3004 | Esc santa rosa de una palco | | | | |
| 7 meses | Influenza estacional | 2.° | 04 | 11 | 23 | Green Cross | V5052 3009 | Esc palco1 | 31 | 10 | 2023 | Luisa Uzcano |
| 12 meses | Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) | 1.° | 23 | 3 | 24 | Serum | 013300 4A | | | | | |
| | Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo | Refuerzo | 23 | 03 | 24 | Pfizer | 0W7665 | ESE | | | | Elyoroca |
| | Varicela | 2.° | 23 | 03 | 24 | MSD | X0251052 | Palco1 | | | | |
| | Hepatitis A | Única | 23 | 03 | 24 | MSD | A0027722 | Palco1 | | | | Elyana |
| | Influenza estacional | Anual | 28 | 09 | 24 | Butantan | 240097 | Palco1 | | | | Elyana |
| 18 meses | Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐) | 1.° refuerzo | 20 | 09 | 24 | Serum | 230801 0 | Palco1 | | | | Elyana |
| | Difteria, tosferina y tétano (DPT) | 1.° refuerzo | 28 | 09 | 24 | Serum | 285 2X0 13C | Palco1 | | | | Elyana |
| | Fiebre amarilla | Única | 28 | 09 | 24 | Sanofi | A3A60 1V | Palco1 | | | | Elyana |
| 5 años | Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐) | 2.° refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Difteria, tosferina y tétano (DPT) | 2.° refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) | 2.° | 28 | 09 | 2024 | Serum | 613 3N00 4A | | | | | Elyoroca |
| | Varicela | Refuerzo | | | | | | | | | | |
| Niñas a partir de los 9 años | Virus del papiloma humano (VPH) | 1.° | | | | | | | | | | |
| | | 2.° | | | | | | | | | | |
| | | 3.° | | | | | | | | | | |
| Vacunas complementarias y otras dosis | | | TRAER 1 mes S.Y.R. | | | | | | | | | |

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: Antonella Celu Tello.
Fecha de nacimiento: 22 03 2023
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1079510383
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3310 Talla: 53 cm
Dirección: Vi Santarita
Teléfono 1: 3154962576.
Teléfono 2: 3169850472
Responsable: JUDITH TELLO LOPEZ
Municipio de residencia:
Departamento: Huila
CC: 36255066

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

2

3214568717

# QUIEN SOY

Nombres y Apellidos: Anthonella celis Tello.

Fecha de Nacimiento: _____ Día 22 mes 03 año 2023

Identificación: 1079510383 T. Sangre: B (+) positivo

Nombre de mi Mamá: Judith Tello lópez Ocupación: Ama de casa

Nombre de mi Papá: Alexander celis Ocupación: conductor

Dirección: V/ Sta Rita. Tel o Cel.: 3154962576

**DATOS PERSONALES DE REGISTRO DE CRECIMIENTO**

***Información de Nacimiento:***

Fecha de Nacimiento: DD _____ MM _____ AA _____

Recién Nacido: Pretermino ____ Atermino ____ Edad Gestacional ____

Embarazo: Único ____ Múltiple ____ No. de Gestaciones _____

Lugar que ocupa entre los hermanos _____

Peso ____ Grs Talla ___ cms Perímetro Cefálico _____ cms

Tiene Hermano Menor: Si____ No ____ Fecha de Nacimiento _____

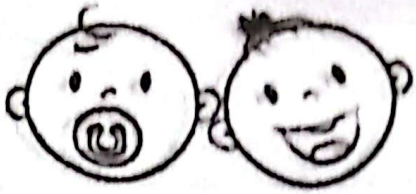
***Alimentación:***

Edad introducción de alimentos diferentes a la leche materna _____

Edad en que suspende la lactancia materna Semanas _____ Meses _____



Powered by CamScanner



# ATENCIÓN DE SALUD BUCAL

| PROCEDIMIENTO | DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Edu. CPb. Fluor barniz | 26 | 10 | 2024 | 04 | 04 | 2025 |
| Salud oral Fluor edu | | 10 | 2025 | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |





Powered by CamScanner

ElectroHuila

SU CODIGO CUENTA
293356206

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

AUTORETENEDOREU DE RENTA, RESOL. No 047/2002
DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART.4
RESOL. : 000065 DEL 14/07/16 DIAN NOMOU GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4
DEL 30/01/99 SECRETARÍA DE HACIENDA DE NEIVA

TOTAL A PAGAR
$ 97.330

FACTURA DE VENTA No. 86573889

Documento equivalente según artículo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE LECTURAS: 04/ABR/2025 — 02/JUN/2025

FECHA DE VENCIMIENTO PAGO INMEDIATO — FECHA SUSPENSIÓN P. INMEDIATO

## INFORMACIÓN CLIENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cliente | HERRERA CERQUERA GUILLERMO | Nit CC | 214417 |
| Dirección | VDA SANTA RITA | Ruta | 6070710040 |
| Municipio | PAICOL | Ciclo | 093 |
| Clase Servicio | Residencial | Estrato | 2 |

## INFORMACIÓN TÉCNICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nivel Tension | 1 SECUNDARIA | Circuito | 4690009 |
| Carga Contratada | 432 | Nombre | |
| Grupo | 4 | Alt | 2 |

Transmitimos Buena Energía
NIT:891.180.001-1

## INFORMACION CONSUMO

| Contador | Marca | T.E | T.M | Obs | Lec.Actual | Lec.Ante. | Factor | Consumo (kwh) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7549338 | KRI | A | S | 00 | 15562 | 15457 | 1 | 105 |

Promedio Cuenta 87 — Consumo Año Anterior 95 — Consumo Anterior 95

## ÚLTIMOS CONSUMOS



MAY MAR ENE NOV SEP JUL MAY

| Mes | Consumo |
|---|---|
| MAY | 105 |
| MAR | 79 |
| ENE | 87 |
| NOV | 95 |
| SEP | 102 |
| JUL | 101 |
| MAY | 95 |

## CALIDAD DEL SERVICIO

FIU: DIU: HC:
SDI: VCI: VCD:
VCF: CEC:
Valor Compensar

## ULTIMO PAGO

Fecha 24/02/2025
Valor $ 94280

## LIQUIDACIÓN CONSUMO PERIODO

| Consumo(kwh) | Tarifa($/kwh) | Valor | Consumo(kwh) | Tarifa($/kwh) | Valor Total ($) |
|---|---|---|---|---|---|
| 52.5 | 1020.3486 = | | | | |
| 52.5 | 1020.393 = | 5 | | | |

| | |
|---|---|
| Energía del Periodo | $ 106.225 |
| Contribución %) | $ - 50.476 |
| ía Facturado | $ 55.749 |

## DETALLE DE CUENTA

| | VALOR MES |
|---|---|
| Ve... | $ 41.170 |
| INTERES MORATORIO | $ 410 |
| CONSUMO PERIODO | $ 106.225 |
| AJUSTE DECENA | $ 1 |
| SUBSIDIO | $ - 50.476 |

OTROS CR... $
P... $
POHUILA $ 97.330

TOTAL A PAGAR
$ 97.330

## ELECTRODOMÉSTICOS

| CONVLA | PEND | TOTAL CONV | SALDO |
|---|---|---|---|

## FINANCIACIONES

| FINANCIACION C | PEND | TOTAL FIN | SALDO FI | CUOTA |
|---|---|---|---|---|

| Consumo Kwh | $Kwh | Valor $ | Nó 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
Nit 891.180.001-1

Cuenta : 293356206
Servicios Públicos No: 86573889
Fecha de Vencimiento: PAGO INMEDIATO
de: PAGO INMEDIATO

Valor Total a Pagar $ 97.330

(415)7709227449 (8020)0000056206(3900)0000097330(96)20250622

BMI V... ...n 1.3.1 25*10900 Lector 7408

Powered by CamScanner

**Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:**
Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad ANTONELA CELIS TELLO, identificado (a) con documento de identidad número 1.079.510.383, 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, JUDITH TELLO LOPEZ, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 36.255.066, 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: Judith Tello L.
Nombre: JUDITH TELLO LOPEZ
Calidad - Titular: MADRE Representante legal: MADRE
Teléfono de contacto: 3154662576
Fecha: 03/02/2025
Municipio: PAICOL – HUILA



Powered by CamScanner

| | FUNDACION GRUPO LIBERTAD | NIT. 900027451-0 |
|---|---|---|
| GRUPO LIBERTAD | 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): ANTONELA CELIS TELLO con RC No 1.079.510.383 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

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

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.

Judith tello A.
**PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR**

Lidia Cpobn
**MADRE COMUNITARIA**

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

Powered by CamScanner

## PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

**Ciudad**

**Nombre completo de la niña o niño** Antonda.

**Fecha de nacimiento** 22-03-2023. **Nº Documento de Identidad** 1079510383.

**Sexo** Masculino ○ Femenino ⊗ **Fecha de 1er día de atención en el año** 05-02-2025.

**Primer Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Lidia consuelo pobr.

**Fecha de registro cualitativo** 23-04-2025

**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 una niño que aun no controla esfinters bien. habla. pero no claro. con señas se hace entender. es cariñoso y le gusta jugar con niños mas Grandes.

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

**Segundo Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Lidia consuelo pobr

**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**

la niña ya habla mas claro. controla esfinters.bien se entiega con todos. come solo. hace garabatos. coge el lapiz con pinza es muy tierna.

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

**Tercer Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Lidia consuelo pobr.

**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 una niña tierna muy sinciba. le gusta jugar con niños mas Grandes q ella. conta salta en los dos pies. come solita y ya se sube albañito solita.

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

Powered by CamScanner

Antonela

## PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

| oración litativa ⇨ | 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 | 1a | 2a | 3a | 1a | 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 | 5 6 7 8 | 5 6 7 8 | 6 7 8 | 8 9 10 | 10 | 10 | 11 12 13 | 11 12 13 | 11 12 13 | 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 | 5 6 7 8 | 5 6 7 8 | 5 6 7 8 | 9 10 | 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 | 22 | 22 | 22 | 23 24 25 26 | 23 24 25 26 | 23 24 25 26 | 27 28 | 27 28 | 27 28 | 29 30 31 | 29 30 31 | 29 30 31 | 32 33 | 32 33 | 32 33 |
| 1 año y 1 día a 2 años | 1 2 | 1 2 | 1 2 | 3 4 5 | 3 4 5 | 6 7 8 | 6 7 8 | 6 7 8 | 9 10 | 11 12 | 11 12 | 13 14 | 13 14 | 13 14 | 15 16 | 15 16 | 17 18 19 | 17 18 19 | 17 18 19 | 20 21 | 20 21 | 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 | 5 6 7 8 | 5 6 7 8 | 5 6 7 8 | 9 10 | 10 11 12 | 10 11 12 | 11 12 | 11 12 | 11 12 | 13 14 15 | 13 14 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 26 | 25 26 | 25 26 | 27 | 27 | 27 |
| 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 | 9 10 11 | 9 10 11 | 9 10 11 | 12 | 13 14 15 16 | 13 14 15 16 | 17 18 | 17 18 | 17 18 | 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 | 4 5 | 4 5 | 4 5 | 6 7 | 8 | 8 | 9 10 | 9 10 | 9 10 | 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