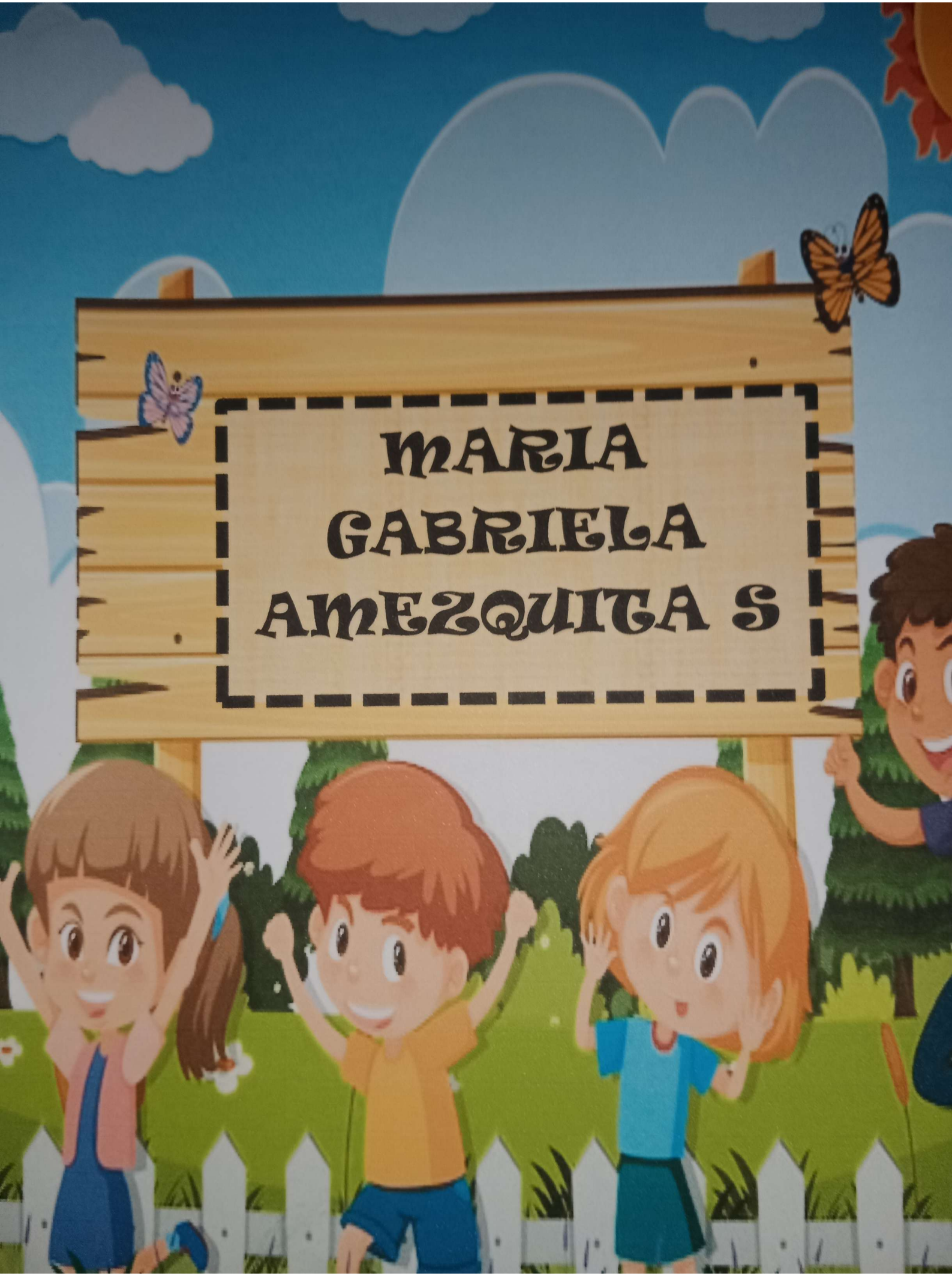
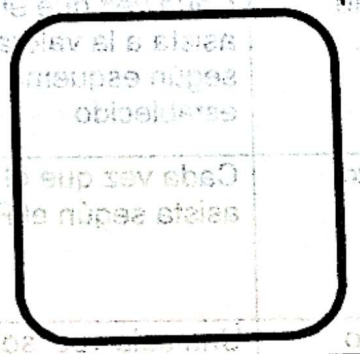


Powered by CamScanner

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

HCB El Bosquesito.

USAURIO: Maria Gabriela Arenezquita **RC No.** 1.079.413.566.



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			
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez			
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			
Fotografía física, esta ira sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez			

Powered by CamScanner

FUNDACION GRUPO LIBERTAD LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS USUARIOS			NIT. 900027451-0		
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo 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			
ormato autorización oma de fotos y vídeos	Formalización del cupo	Una sola vez			
ormato ficha de racterización digital o presa	Seguimiento	Actualizar cada que haya ingresos nuevos			

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59256198

59256198

NUIP 1.079.413.566

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE TESALIA - COLOMBIA - HUILA - TESALIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
AMEZQUITA	SANTOS

Nombre(s): NARIA GABRIELA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes ABR Día 29	FEMENINO	B	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	172698974

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: SANTOS ORTIZ MARITSABEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.084.576.787	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: AMEZQUITA LIZCANO CARLOS ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.408.031	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: AMEZQUITA LIZCANO CARLOS ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.079.408.031	Carlos A. Amezquita

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 2022 Mes MAY Día 06	DIOGENES ORTIZ BRAND - REGISTRADO Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL
TESALIA - HUILA
05 MAR 2025
FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL

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

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
38159764-2

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.084.576.787

SANTOS ORTIZ
APELLIDOS

MARITSABEL
NOMBRES



Maritsabel Santos O.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-SEP-1988

NATAGA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

20-SEP-2006 NATAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL



P-1905000-50153992-F-1084576787-20061129 04975 06333A 02 192672093

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.079.408.031**

AMEZQUITA LIZCANO
APELLIDOS

CARLOS ANDRES
NOMBRES

carlos A. Amezquita
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-JUN-1985**
TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

03-FEB-2004 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ HENAO LOPEZ

P-1902500-50126731-M-1079408031-20040930 0084104274A 02 158720323

Powered by CamScanner

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.084.576.582



Apellidos
SANTOS ORTIZ

Nombres
DAGNA SOFIA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.66	F

Fecha de nacimiento
20 ENE 2006

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
NATAGA (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
24 ENE 2024, TESALIA

Firma
Dagna Sofia Santos

Fecha de expiración
25 ENE 2034

.CO

037539575

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL037539575019025<<<<<<<<<<
0601201F3401251COL1084576582<3
SANTOS<ORTIZ<<DAGNA<SOFIA<<<<<

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: **08/05/2025**

Ficha: **41797005539100000547**

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA GABRIELA

Apellidos: AMEZQUITA SANTOS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079413566

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **08/06/2020**

Última actualización ciudadano: **13/05/2022**

Última actualización vía 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: **VANESSA MAZABEL PERDOMO**

Dirección: **Carrera 9 No 6 - 11**

Teléfono: **8377022 - 3134061848**

Correo Electrónico: **sisben@tesalia-huila.gov.co**

Powered by CamScanner

Sisbén

Departamento Nacional de Planeación

Grupo familiar - Ficha: 41797005539100000547

Departamento: HUILA Municipio: TESALIA

Hogar:	Tipo Documento:	Documento:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Grupo Sisbén IV:	Estado
1	Cédula de ciudadanía	1084576787	SANTOS	ORTIZ	MARITSABEL		A02	Registro válido
1	Cédula de ciudadanía	1084576582	SANTOS	ORTIZ	DAGNA	SOFIA	A02	Registro válido
1	Registro civil	1079413566	AMEZQUITA	SANTOS	MARIA	GABRIELA	A02	Registro válido

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	1079413566
NOMBRES	MARIA GABRIELA
APELLIDOS	AMEZQUITA SANTOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	TESALIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	05/08/2025 13:06:43	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el

Powered by CamScanner

ElectroHuila
Transmitiendo Valor y Energía
Nit 891.180.001-1

SU CODIGO CUENTA NIU
904497535
Para cualquier consulta y pago electrónicos
www.electrohuila.com.co FT -CFE -05 -081

AUTORRETENEDOR DE RENTA, RESOL. No 547/2002 DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART. 4 RESOL. 000055 DEL 14/07/16 DIAN BOYOS GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4 DEL 08/01/99 SECRETARÍA DE HACIENDA DE NEIVA

FACTURA DE VENTA No. 85090107

TOTAL A PAGAR
$ 36.900

Documento equivalente según articulo .7 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 25/FEB/2025

FECHAS DE LECTURAS: 11/DIC/2024 — 06/FEB/2025
FECHA SUSPENSIÓN: 27/FEB/2025

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	CARLOS ANDRES ANEZQUITA LIZCANO	Nit CC	1079408031
Dirección	VR LAS DELICIAS	Ruta	6080520202
Municipio	TESALIA	Ciclo	094
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6580050
Carga Contratada	11	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.N	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
66774316456HN		A	S	0	1042	956	1	86

Promedio Cuenta 111 — Consumo Año Anterior 172 — Consumo Anterior 172

ULTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
ENE	86
NOV	103
SEP	86
JUL	145
MAY	180
MAR	185
ENE	172

CALIDAD DEL SERVICIO

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

ULTIMO PAGO

Fecha 23/12/2024
Valor $ 39050

LIQUIDACIÓN CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)	Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
43.0	982.5245 =	42219			
43.0	1209.633 =	43214			

Valor Total Energía del Periodo	$ 85.663
Valor (Subsidio/Contribución %)	$ - 50.185
Valor Total Energía Facturada	$ 35.478

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
CONSUMO PERIODO	$ 85.663
IMPUEST. ALUM. PUBL.CC	$ 1.419
AJUSTE DECENA	$ 3
SUBSIDIO	$ - 50.185

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P	$	1.419
VALOR ELECTROHUILA	$	35.481

TOTAL A PAGAR
$ 36.900

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

FOEB: Consumo Kwh	BKwh	Valor $	No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 421.0 Tm: 58.0 PRn,m: 97 0 Dn,m: 280.0 Rm: 7.0 Cv,m: 14 3.0 CUv,ri,m: 1009.3231 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA

ElectroHuila
Transmitiendo Valor y Energía
Nit:891.180.001-1

Powered by CamScanner

Mis controles



Observaciones

Interconsultas

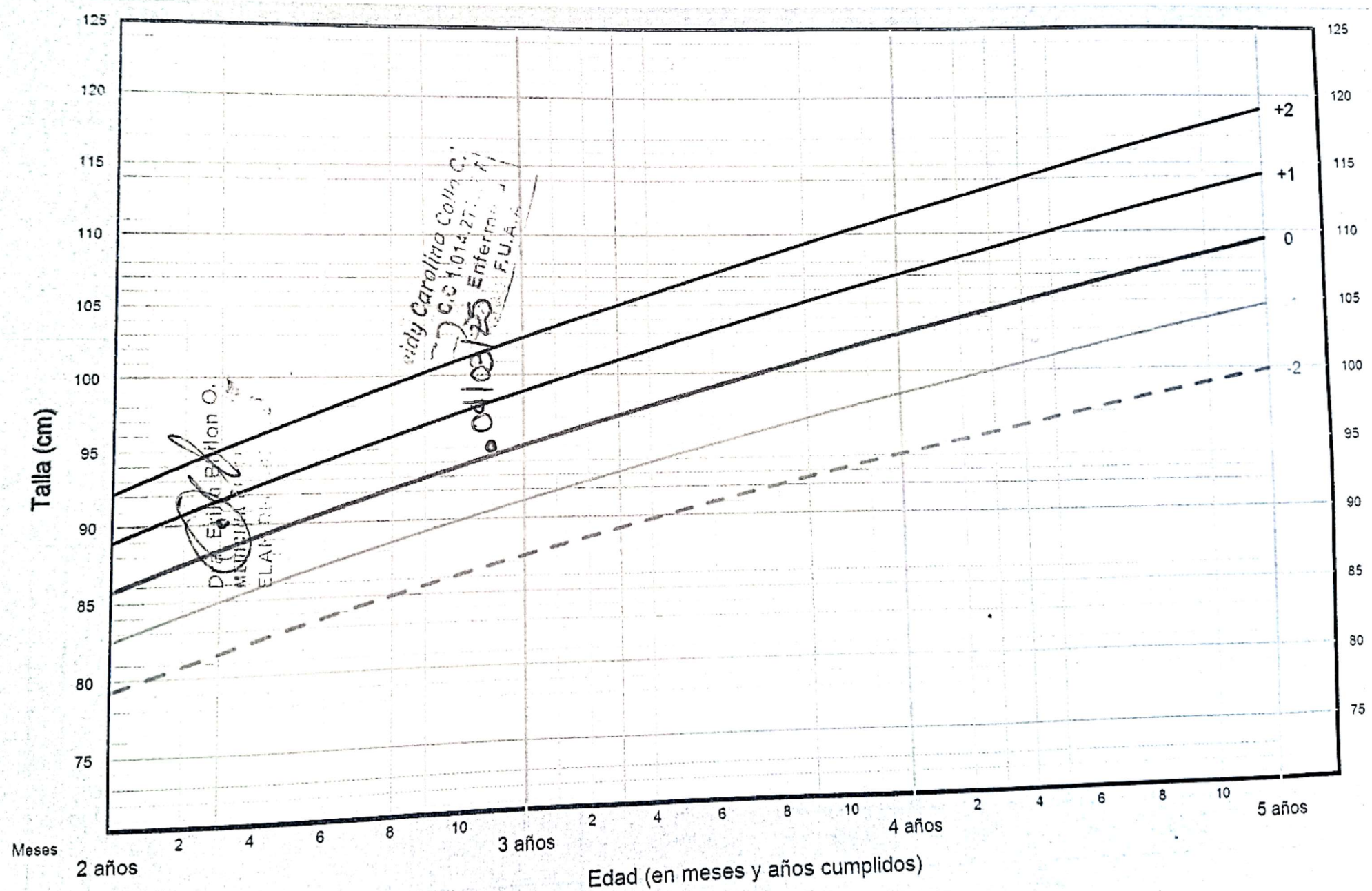
Powered by CamScanner

Peso para la Talla Niñas - 2 a 5 años

Powered by CamScanner



Talla para la Edad Niñas - 2 a 5 años



Powered by CamScanner

Perímetro Cefálico Niñas - 0 a 5 años

Powered by CamScanner

RECOMENDACIONES

Si eres una gestante asista a los controles odontológicos evitaras riesgo para ti y tu bebe con enfermedades como la preclamsia.

Amamanta al bebe desde que nace, pues cuando succiona estimula el crecimiento y desarrollo adecuado de la lengua, maxilares y paladar.

A los lactantes limpieles las encías con gasa impregnada con agua hervida después de comer.

No utilice chupo ni biberón.

No estimule la creación de hábitos nocivos como la succión digital labial y lingual.

Cuide los dientes de los niños desde que aparecen, cepillelos simplemente con agua y aumenta la frecuencia del cepillado para evitar la aparición de caries.

A partir de los 3 años de edad utiliza crema dental para niños y supervise que no la ingiera de esta forma evitaremos aparición de fluorosis dental en los niños.

Controle adecuadamente el uso de sal en el hogar.

Cepille bien los dientes al levantarnos, después de cada comida y antes de acostarnos. Verifique la cantidad de crema dental (equivalente al tamaño de una lenteja) en niños de 3 a 8 años.

La crema dental no debe de estar al alcance de los niños menores de 8 años, un adulto debe ser el encargado de aplicar crema dentalal cepillo y de realizar el cepillado de los dientes del niño.

Limpiar el espacio entre los dientes con seda dental, no con palillos, bolsas, etc. Porque ocasiona daño en las encías.

Cambie de cepillo dental cada 6 meses, utilice uno de cuerdo a tu edad.

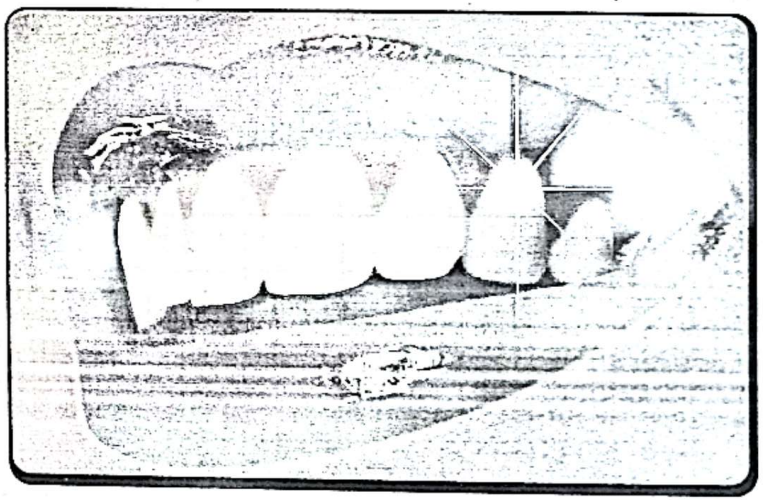
Cepille las prótesis dentales después de cada comida, existen pastillas que se usan para desinfectar.

Powered by CamScanner

Hospital
SANTA TERESA
Los Mejores Cuidando su Salud

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SANTA TERESA
NIT. 891.103.889 - 6
TESALIA - HUILA

CUIDEMOS NUESTRA SONRISA



NOMBRE: Maria Gabriela Ametqueta S.

DOC. DE IDENTIDAD: 10194-13566

EPS - EPS Sanitas

Servicio: Salud Oral

FECHA	1a VEZ	CPB	OET	FLÚOR	SELLANTE	OPERATORIA	CIRUGÍA ORAL	ENDODONCIA	CONSULTA URGENCIA	TTO. YERMINADA
20-08-24	✓	✓		Barniz	Pyp	Prox Control		20-02-25		Yuly Constanza T.
03-05-25	✓	✓		Barniz	✓	Pyp Prox Control 08-11-25				

Mar P. González
Higienista Oral
Reg. 1364
C.C. 1081393223

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				
	Cardipopatia 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

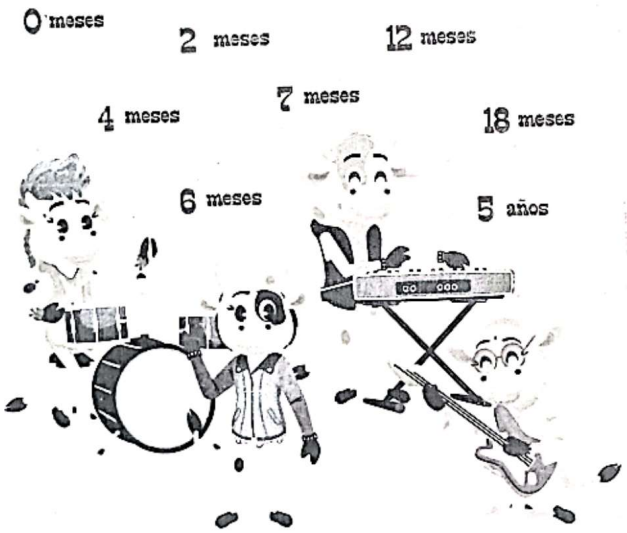
3 años				
4 años				
5 años				

*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: Maria Gabriela Amesc
Fecha de nacimiento: 29-04-2022
Nº de certificado de nacido vivo: 172698974
Registro civil: 1.079. 413 566.
Sexo: Femenina.
Grupo sanguíneo: B (+).
Peso al nacer: 3770 Talla: 52.
Dirección: v l el Bambú
Teléfono 1: 3108728514
Teléfono 2:
Responsable: Maritsabel Santos Or
Municipio de residencia: Tesalia.
Departamento: Huila.
CC: 1084576787.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

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

Edad	Me protege de		Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Tuberculosis meningea (BCG)		Única	29	04	2022	Sii	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ 0370610D	HDSP	28	06	2022	
	Hepatitis B		Recién nacido	29	04	2022	Sii	0320X0170D	HDSP.				
2 meses	Poliomielitis (VIP)		1.ª	29	06	22	Biological.	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ 21210004.	ESE Tesalia				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)		1.ª	29	06	22	Serum.	28S1X007D.	ESE Tesalia				
	PENTAVALENTE Hepatitis B		1.ª	29	06	22	Serum	28S1X007D.	ESE Tesalia				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)		1.ª	29	06	22							
	Diarrea por rotavirus		1.ª	29	06	22	Esk.	A20LD0911AD.	ESE Tesalia				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		1.ª	29	06	22	Esk.	AJ8NB3424AA.	ESE Tesalia				
4 meses	Poliomielitis (VIP)		2.ª	01	09	22	Biological	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ 21210004.	ESE Tesalia	30	08	22	
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)		2.ª	01	09	22	Serum.	28S1X007E.	ESE Tesalia				
	PENTAVALENTE Hepatitis B		2.ª	01	09	22	Serum	28S1X007E.	ESE Tesalia				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)		2.ª	01	09	22							
	Diarrea por rotavirus		2.ª	01	09	22	Esk.	A20LD0411AD	ESE Tesalia				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		2.ª	01	09	22	Esk.	AJ8NB3424AA	ESE Tesalia				
6 meses	Poliomielitis (VIP)		3.ª	01	11	22	Biological.	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ 21410114	ESE Tesalia				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)		3.ª	01	11	22	Serum.	28S1Y022B.	ESE Tesalia				
	PENTAVALENTE Hepatitis B		3.ª	01	11	22	Serum.	28S1Y022B.	ESE Tesalia				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)		3.ª	01	11	22							
	Influenza estacional		1.ª	01	11	22	Green Cross	V50222006.	ESE Tesalia				
7 meses	Influenza estacional		2.ª	01	12	22	Green Cross	V50222006	ESE Tesalia				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		1.ª	27	04	23	Serum.	01311N107B	ESE Tesalia				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		Refuerzo	27	09	23	Prevenar.	FY99925.	ESE Tesalia				
	Varicela		2.ª	27	09	23	Merck.	W025088.	ESE Tesalia				
	Hepatitis A		Única	27	09	23	Merck.	20221005.	ESE Tesalia				
	Influenza estacional		Anual	18	11	23	Serum	V50523004	ESE Tesalia				
18 meses	Poliomielitis (VIP ☒ VOPb ☐)		1.er refuerzo	18	11	23	Serum	11022B3 5/B0	ESE/Tesalia				
	Pentavalente (DPT)		1.er refuerzo	18	11	23	Serum	28S2N0 01814	ESE Tesalia				
	Fiebre amarilla		Única	18	11	23	Serum	W3250	ESE Tesalia				
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)		2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		2.ª	18	11	23	Serum	01322NC4723	ESE Tesalia				
	Varicela		Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)		1.ª										
			2.ª										
			3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis	Sarampión y Rubeola		A1	25	05	24	Serum	01222W108	ESE Tesalia				

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

	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 El Bosquesito., vinculada a la Entidad Administradora del Servicio Fundación 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): Maria Gabriela Amezquita con RC No 1079.413.566. 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 Marzo del año 2025, en el Municipio de Tesalia.

Maritsabel Santos Ortiz
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Marly Perez
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	F2.P2.CE	15/07/2021
		Versión 4	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:
Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Maria Gabriela Amezquita., identificado (a) con documento de identidad número 1079.413.566. de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:
Yo, Maritsabel santos Ortiz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.084.576.780 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

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, adolescentes y jóvenes 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, adolescentes y jóvenes, y 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 HCB El Bosquecito, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa HCB Comunitario

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: Maritsabel santos Ortiz
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 03-02-2025
Municipio: Tesalia.

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	NIT. 900027451-0
	BITACORA DE SEGUIMIENTO MENSUAL AL DESARROLLO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS EN HCB	

Nombre del niño o niña:	Numero de documento de identidad:
Maria Gabriela Amezquita	1079413566
Fecha del seguimiento:	**Edad del niño o niña en años y días:**
21 - Agosto - 2025	4 AÑOS Y 2 meses.
Nombre del HCB:	**Nombre de quien realiza el seguimiento:**
EL Bosquecito	Marly Yohana Perez R.

Describa brevemente lo observado en el mes en el niño o niña con referencia a:

Relación con los compañeros	Como expresa sus emociones	Relación con su entorno
Gabriela es una niña que ya a aprendido a compartir con su compañeritos.	-risas. -llanto. -abrazos. -gestos.	-ya comparte más con el medio que la rodea.

Durante el mes que fue lo más significativo que realizo el niño o niña:

su alegria

Powered by CamScanner

FUNDACION GRUPO LIBERTAD	BITACORA DE SEGUIMIENTO MENSUAL AL DESARROLLO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS EN HCB	NIT. 900027451-0

Nombre del niño o niña: Maria Gabriela Amezquita	**Numero de documento de identidad:** 1079413566
Fecha del seguimiento: 24-octubre-2025.	**Edad del niño o niña en años y dias:** 4 años 4 meses
Nombre del HCB: El Bosquecito.	**Nombre de quien realiza el seguimiento:** Marly Yohana Perez Ramos

Describa brevemente lo observado en el mes en el niño o niña con referencia a:

Relación con los compañeros	Como expresa sus emociones	Relación con su entorno
Gabriela es una niña que yase relaciona mejor con sus compañeros y comparte	-abrazos. -llanto. -gestos.	-ya a compre dido la impo tancia de re cionarse co el mundo q la rodea.

Durante el mes que fue lo más significativo que realizo el niño o niña:

Su Compañerismo

Marly Y. PerezP

MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

FUNDACION GRUPO LIBERTAD	NIT. 900027451-0
BITACORA DE SEGUIMIENTO MENSUAL AL DESARROLLO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS EN HCB	

Nombre del niño o niña:	Numero de documento de identidad:
Maria Gabriela Amezquitas.	1079 473 566.
Fecha del seguimiento:	**Edad del niño o niña en años y días:**
26 - Noviembre - 2025.	4 años y 5 meses.
Nombre del HCB:	**Nombre de quien realiza el seguimiento:**
H.C.B El Bosquecito.	Marly Yohana Perez R.

Describa brevemente lo observado en el mes en el niño o niña con referencia a:

Relación con los compañeros	Como expresa sus emociones	Relación con su entorno
- Es una niña que le gusta relacionarse con sus compañeras y le gusta, bailar, cantar y jugar	- risas. - llanto. - abrazos	

Durante el mes que fue lo más significativo que realizo el niño o niña:

Su carisma.

Marly Perez Ramos.

MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	**NIT. 900027451-0**
	BITACORA DE SEGUIMIENTO MENSUAL AL DESARROLLO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS EN HCB	

Nombre del niño o niña: Maria Gabriela Ameequito	**Numero de documento de identidad:** 1079413566
Fecha del seguimiento: 21 - Agosto - 2025	**Edad del niño o niña en años y días:** 4 AÑOS Y 2 meses.
Nombre del HCB: EL Bosquecito	**Nombre de quien realiza el seguimiento:** Marly Yohana Perez R.

Describa brevemente lo observado en el mes en el niño o niña con referencia a:

Relación con los compañeros	Como expresa sus emociones	Relación con su entorno
Gabriela es una niña que ya a aprendido a compartir con su compañeritos.	-risas. -llanto. -abrazos. -gestos.	-ya comparte más con el medio que la rodea.

Durante el mes que fue lo más significativo que realizo el niño o niña:

su alegria

Powered by CamScanner

FUNDACION GRUPO LIBERTAD	**FUNDACION GRUPO LIBERTAD** **BITACORA DE SEGUIMIENTO MENSUAL AL DESARROLLO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS EN HCB**	**NIT. 900027451-0**

Nombre del niño o niña: Maria Gabriela Arezquita.	**Numero de documento de identidad:** 1079413566.
Fecha del seguimiento: 22-abril-2025	**Edad del niño o niña en años y días:** 3 AÑOS Y 11 mes.
Nombre del HCB: El Bosquecito.	**Nombre de quien realiza el seguimiento:** Marly Yohana Perez R.

Describa brevemente lo observado en el mes en el niño o niña con referencia a:

Relación con los compañeros	Como expresa sus emociones	Relación con su entorno
-Es una niña un poco egoista con sus compañeros y esta aprendiendo a compartir.	-gestos -llanto. -abrazos -risas.	-por su forma de ser se le dificulta un poco la relación con el entorno que la rodea.

Durante el mes que fue lo más significativo que realizo el niño o niña:

que esta aprendiendo a no ser egoista con los compañeros.

Marly Perez Ramo

Powered by CamScanner

GRUPO LIBERTAD	**FUNDACION GRUPO LIBERTAD** **BITACORA DE SEGUIMIENTO MENSUAL AL DESARROLLO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS EN HCB**	**NIT. 900027451-0**

Nombre del niño o niña: Maria gabriela amezquita	**Numero de documento de identidad:** 1079413566
Fecha del seguimiento: 23 - Mayo - 2025	**Edad del niño o niña en años y días:** 4 años -
Nombre del HCB: El Bosquecito.	**Nombre de quien realiza el seguimiento:** Marly Perez Ramos.

Describa brevemente lo observado en el mes en el niño o niña con referencia a:

Relación con los compañeros	Como expresa sus emociones	Relación con su entorno
-ya esta aprendiendo a compartir con sus compañeros.	-llanto -abrazos -risas.	-ya se esta relacionando más con su entorno que la rodea.

Durante el mes que fue lo más significativo que realizo el niño o niña:

Su compañerismo.

Marly Perez R.

MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	**NIT. 900027451-0**
	BITACORA DE SEGUIMIENTO MENSUAL AL DESARROLLO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS EN HCB	

Nombre del niño o niña: María Gabriela Amezquita S.	**Numero de documento de identidad:** 1079413566
Fecha del seguimiento: 21-Marzo-2025	**Edad del niño o niña en años y días:** 3 Años - 11 meses
Nombre del HCB: El Bosquecito	**Nombre de quien realiza el seguimiento:** Melissa Alexandra Pabón P.

Describa brevemente lo observado en el mes en el niño o niña con referencia a:

Relación con los compañeros	Como expresa sus emociones	Relación con su entorno
es una niña egoista con sus compañeros no se a adaptado a un a hechos	asiendo gestos, llorando y diciendo una que otra palabra	le gusta ser curiosa con su entorno

Durante el mes que fue lo más significativo que realizo el niño o niña:

que esta aprendiendo a compartir con sus compañeros ya tiene mas empatia

Melissa Alexandra P.

MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	NIT. 900027451-0
	BITACORA DE SEGUIMIENTO MENSUAL AL DESARROLLO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS EN HCB	

Nombre del niño o niña:	Numero de documento de identidad:
Maria gabriela Amezquita	1079413566.
Fecha del seguimiento:	**Edad del niño o niña en años y días:**
20- junio -2025	4 AÑOS Y 6 Meses.
Nombre del HCB:	**Nombre de quien realiza el seguimiento:**
H.C.B. El Bosquecito.	Marly yohana Perez Ram

Describa brevemente lo observado en el mes en el niño o niña con referencia a:

Relación con los compañeros	Como expresa sus emociones	Relación con su entorno
Es una niña que a aprendido a compartir con los compañeritos	- abrazos. - besos.. - risas.	- por su forma Ser ya se rela na facilmen con el entorn que la rode

Durante el mes que fue lo más significativo que realizo el niño o niña:

Su empatia para su Compañeros.

Marly yohana Perez P

MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner