	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	NIT. 900027451-0
FUNDACIÓN GRUPO LIBERTAD NIT 900.027.451	LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS USUARIOS	

HCB HCB LOS ENANITOS

USAURIO: IAN ZAID BLASQUEZ BAHAMON *RC No. 1079413474*



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

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
29554855-2

NUIP 1.079.413.474

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59256078

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [2]

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

REGISTRADURIA DE TESALIA - COLOMBIA - HUILA - TESALIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BLASQUEZ	BAHAMON

Nombre(s)

IAN ZAID

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes SEP Día 07	MASCULINO	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	166199319

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

BAHAMON PABON MARYCRUZ

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.409.180	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

BLASQUEZ GARCIA LUIS ERNESTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 83.250.264	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BLASQUEZ GARCIA LUIS ERNESTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 83.250.264	Luis. ernesto. Blas

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 2021 Mes SEP Día 14	DIOGENES ORTIZ BRAND / REGISTRADO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Luis. ernesto. Blasquez Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURIA MUNICIPAL
DEL ESTADO CIVIL
TESALIA - HUILA
14 SEP 2021

FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL
Firma:

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

Registrador Mpal del Estado Civil

OFIXPRES

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.079.409.180

BAHAMON PABON
APELLIDOS

MARYCRUZ
NOMBRES

MARYCRUZ BAHAMON
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-MAY-1988
CAMPOALEGRE
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

27-MAR-2007 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1902500-50160411-F-1079409180-20070622 0040207173A 02 221373821

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO
83250264

APELLIDOS
BLASQUEZ GARCIA

NOMBRES
LUIS ERNESTO

Luis ernesto Blasquez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-JUL-1979

NATAGA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72
ESTATURA

B+
G.S. RH

M
SEXO

20-MAR-2001 NATAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1905000-70098972-M-0083250264-20020118 00217 02018B 01 115257122

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B3

Fecha de consulta: 13/05/2025

Ficha: 41797002539500000409

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: IAN ZAID

Apellidos: BLASQUEZ BAHAMON

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079413474

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/08/2019

Última actualización ciudadano: 21/09/2021

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: VANESSA MAZABEL PERDOMO

Dirección: Carrera 9 No 6 - 11

Teléfono: 8377022 - 3134061848

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

Powered by CamScanner

Numeración autorizada
Rango Desde FACT1 Hasta FACT12500000
Vigencia desde 2024-04-09 Hasta 2026-04-09
730 Días.

[61_-393386]
RECAUDOS SUCHANCE
FECHA:11/06/2024 16:48:14
RECAUDO PARA:ALCANOS DE COLOMBIA S.A.
NIT:7709998004139
COLILLA:61_-393389 002400458042
TEL CLIENTE:0
NOM CLIENTE:LUIS ERNESTO BLASQUEZ GARC
TRANSACCION:34886230
PLAN-OFIC:-156116763
OFICINA:83250264

TEL CONTACTO

Vlr:***67720.0 IVA:****0.0 VT:*****67720

OF:42 E:23701 SV:42001

)706223
NIT/cédula 83250264
Ciudad TESALIA

a eletrónica de venta FACT960887
116010630800 Clics 43
pago 2024-05-06 Atraso 0
2.310 Corriente% 2310 Mora P. Servicio% 0.487
en reclamación $0,00
6c231222ed18b46c89f85371a527625e320a639b6003

Valor unitario	Subtotal	IVA	Total
$-3,67	$-3,67	0	-$3,67
$4.851,07	$97.021,40	0	$97.021,40
$4.557,13	$25.337,64	0	$25.337,64
$-2.910,64	$-58.212,84	0	-$58.212,84

Subtotal $64.142,53

65	FE Interes Revision Periodic	UND	1,00	$1.259,37	$1.259,37	0	$1.259,37
19	Revision Periodica	UND	1,00	$1.947,98	$1.947,98	370,12	$2.318,10

Subtotal $3.577,47
Valor total $67.720,00

❷

Concepto	Und	Cant	Valor unitario	Subtotal	IVA	Total

Subtotal $0,00

❸

Concepto	Saldo	Cuota mes		Vr. cuota	Nuevo saldo	Cuotas pend.
		Cuota	Interés			
Revision Periodica	$54.518,20	$2.318,10	$1.259,37	$3.577,47	$52.200,10	19/36

Total ítems: 4 Total factura electrónica: $123.614,74

Total a pagar ① + ② $67.720,00

Código de usuario y/o referencia 643566

Próximas fechas
Lectura
Entrega fact.

Revisión periódica

Fecha vencimiento: 2027-12-30

Periodo facturado	20-ABR.-2024-20-MAY.-2024	Días facturados	31
Medidor No.	0000002182818121	Estrato	1 Uso DOM DOM

	Lectura	Fecha	Tipo
Anterior	2648	2024-04-19	Real
Actual	2676	2024-05-20	Real

Factor de corrección	0,913	Consumo corregido	25,56
Poder calorífico	1146,16	Consumo Kw/H	303,74 Valor Kw/H 11,86

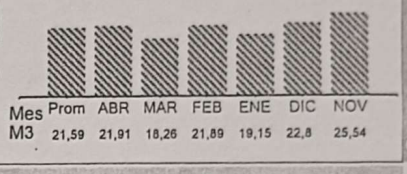
Observaciones de lectura

Indicadores de calidad DES:0% IPLI:100% IO:100% IRST:100%

Componentes tarifarios

CUvm,i,j	3609,420
Cufm,i,j	3230,790
Cmi,j	1012,080
Tm,i	1358,390
fPCm,i,j	1,140
β	0,370
TRM	3873,440
Pm	259,860
Tvm	954,850
%S1	60,000
%S2	50,000
%C5y6	20,000
%Cnr	8,900
DAUR	970,300
DAUNR	616,290

Consumos anteriores m³



ESTRENA ELECTRODOMÉSTICOS
Y TECNOLOGÍA
Escanea, regístrate y financia
a través de tu factura de gas

Cupo disponible

$0,00

Fecha Próxima toma de lectura 19 de Junio de 2024. Próxima entrega de factura: Del 26 al 27 de Junio del 2024

El fraude atenta contra su vida, la de sus vecinos y pone en riesgo su inmueble. Denúncielo. LÍNEA DE ATENCIÓN 6015806041 - LÍNEA EMERGENCIA 164 - 018000918808

(415)7709998004139(8020)156116763(3900)0000067720/9 20240606
FAVOR NO COLOCAR SELLOS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS

Recaudador

Código usuario y/o referencia 643566
Periodo de facturación 20-ABR.-2024-20-MAY.-2024
Factura electrónica de venta FACT960887
Pague hasta 2024-06-06
Total a pagar $67.720,00

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	1079413474
NOMBRES	IAN ZAID
APELLIDOS	BLASQUEZ BAHAMON
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:	05/13/2025 21:11:32	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

specto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación ctiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la S o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en na entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la dad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la sulta.

esponsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de

Powered by CamScanner

EDAD DE ERUPCION DE DIENTES TEMPORALES (DE LECHE)



RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

Los primeros dientes deben limpiarlos con un algodón o una gasa humeda.

Cuando los dientes temporales estén completos debe enseñar al niño la forma correcta de cepillarse los dientes y el uso de la seda dental, ayudándolo hasta cuando pueda hacerlo bien.

Nunca deje dormir al niño con el biberón en la boca, porque el azúcar facilita la caries dental, además el chupo puede originar alteraciones de la forma de los maxilares y mal posición de los dientes.

Procure no dar dulces o caramelos entre comidas.

La primera visita al odontólogo debe hacerse a los 2 años.

CUIDADOS GENERALES

bañe al niño todos los días, lávele las manos y los dientes, córtele las uñas, póngale zapatos cuando camine. No use talcos ni chupos.

No le de aceites para curarlos. Evite que sus niños se acerque a los enfermos.

Exprese afecto al niño, álcelo, abrácelo y acarícielo. Permita que el niño juegue y dedique tiempo para jugar con él.

Involucre al niño en las actividades de la familia. Hable con el niño y responda con amor a sus intentos de comunicarse y llamar la atención. Permita que el niño se mueva libremente. No castigue, engañe, ni asuste al niño para obligarlo a obedecer.

Explíquele con cariño las cosas que no debe hacer.

No exija que el niño realice tareas que no puede hacer.

RECOMENDACIONES

ALIMENTACIÓN

Dele a su niño leche materna hasta los 2 años de edad.

Desde recién nacido hasta los 6 meses de edad el niño solamente necesita leche materna.

A los 6 meses, además de la leche materna, comience a darle frutas, no ácidas, cereales y verduras en papilla, naco o puré y vísceras como hígado, bofe o pajarilla. Utilice taza y cuchara.
EVITE EL USO DEL BIBERÓN

Dele primero la leche materna y después los otros alimentos, haciéndolo poco a poco más sólidos para que comience a masticar.

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

A los 9 meses, además de la leche materna, el niño puede comer de todos los alimentos que come la familia, preparados con pocos condimentos, usando.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Intoxicaciones: No deje al alcance del niño drogas o venenos que pueda tomar.
Quemaduras: No deje a su niño solo en la cocina; evite el contacto con fósforos, bicinol, gasolina o pólvora.
Heridas o fracturas: No le deje al alcance objetos cortopunzantes. Evítele juegos en lugares peligrosos.
Ahogamiento: No lo deje solo en la alberca, en pozos.

VACUNACIÓN

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

INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

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

DIARREAS

Son peligrosas, porque el niño se puede deshidratar y morir. Cuando empiece la diarrea aumente los líquidos (sopas, jugos, coladas y otros).

NO SUSPENDA LA ALIMENTACIÓN

RECOMENDACIONES

REHITRACION ORAL "SUERO ORAL"



En un litro de agua hervida y fría mezcle todo el contenido de un sobre de suero oral.

Si el niño NO ESTA DESHIDRATADO, dele con cucharadita y varias dos onzas como mínimo después de cada comida.

Si el niño presenta ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN, acuda a la Promotora de Salud, a la Unidad de Rehidratación Oral y de Saneamiento UROCS más cercana o al Organismo de Salud.

FACTORES DE RIESGO PARA EL NIÑO

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

PROGRAMA DE VACUNACIONES

VACUNAS	Fecha Vacuna	DOSIS 1a. FECHA Cita	1a. FECHA Vacuna	2a. FECHA Cita	2a. FECHA Vacuna	3a. FECHA Cita	3a. FECHA Vacuna	Refuerzo FECHA Cita	Refuerzo FECHA Vacuna
B.C.G.									
D.P.T									
Polio									
Pentavalente									
Fiebre Amarilla*									
Triple Viral									
Otra									

*En zonas endémicas

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIO SI	CUMPLIO NO
2021	Octubre	12	PM	✓	
2022	ENERO	12	10am		
2022	ABRIL	9	2pm		
22	JULIO	29	10am		
22	octubre				
23	Febrero	06			
23	JUNIO	01			
23	Septiembre	06	2pm	✓	
23	Octubre	14		✓	
24	Abril	09	2pm	✓	
24	Octubre		2pm		
25	octubre	17	2:20pm	X	
26	Septiembre	08			

Hospital SANTA TERESA

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



CARNE DE SALUD MENORES DE 7 AÑOS

Nombre: JAN ZAID BLASQUEZ
Fecha de Nacimiento: 7-sep-2021
Registro Civil: 1079413474
Municipio: Tesalia.
Dirección:
Barrio o Vereda: Limonar alto
Nombre del responsable del niño: Maricruz
Historia Clínica No.:
EPS/ARS: comfamiliar

ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LA FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO EL AGENTE DE SALUD SE LO RECOMIENDE. ES POR EL BIEN DE SU HIJO

Powered by CamScanner

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO						D	M	A
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado		D	M	A
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado		D	M	A
	Cardipopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado		D	M	A
	Visual	Normal		Alterado		D	M	A
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA						D	M	A

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	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	D	M	A	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A	D	M	A
4.ª entrega	D	M	A	D	M	A
5.ª entrega	D	M	A	D	M	A

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m	D	M	A
1 año	D	M	A
2 años	D	M	A
3 años	D	M	A
4 años	D	M	A
5 años	D	M	A

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años	D	M	A	AVL	AVL
4 años	D	M	A	AVL	AVL
5 años	D	M	A	AVL	AVL

*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: Ian Zaid Blasquez
Fecha de nacimiento: 07- Sep- 2021.
Nº de certificado de nacido vivo: 166199314.
Registro civil: 1.079.413.474
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: B (+).
Peso al nacer: 2810 Talla: 46 cm.
Dirección: B/ Limonar.
Teléfono 1: 3112716058.
Teléfono 2:
Responsable: Mary Cruz Bahamón
Municipio de residencia: Texalito.
Departamento: Huila.
CC: 1079409180.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

FECHA	1a VEZ	CPB	OET	FLÚOR	SELLANTE	OPERATORIA	CIRUGÍA ORAL	ENDODONCIA	CONSULTA URGENCIA	TTO. YERMINADA
08-24	/		BaInB		P+P	Prox Control: 21-02-25				Higienista Oral Resolución 2597
nayo de 25	x		Consulta primera Infancia por odontología			Dx → Sano				
						Prox cond → NOV 2025				

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.

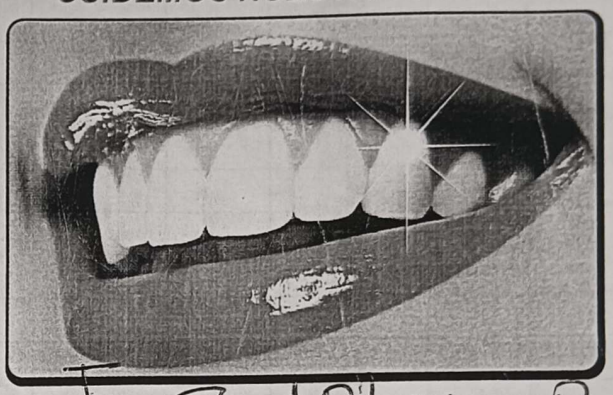
Cambie de cepillo dental cada 6 meses, utilice uno de cuerdo a tu edad.

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

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: Ian Zaid Blanquez B.

DOC. DE IDENTIDAD: 1079413474

EPS - EPS Sanitas.

Servicio: Salud Oral

Powered by CamScanner

	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 Los Henanitos, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio 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): Ian Zaid Blasquez B con RC No 1079413474 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 3 del mes Febrero del año 2025, en el Municipio de Tesalia (H).

Maricruz Babamón Pabón
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad Tesalia

Nombre completo de la niña o niño IAN ZAID BLANCO BALTAMON

Fecha de nacimiento 7 9 21 **N° Documento de Identidad** 7079013474

Sexo Masculino ○ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 05 4 25

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Yazmin Sanchez

Fecha de registro cualitativo 29 4 25

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 se encuentra dentro de los items adecuados para su edad

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Yazmin Sanchez

Fecha de registro cualitativo 30 4 25

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 cumple con los items adecuados para la edad

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Yazmin Sanchez

Fecha de resgistro cualitativo 30 10 25

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

se encuentra dentro del rango adecuado para su edad cumple con los items.

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

Powered by CamScanner

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

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	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1	1	1	4	4	4	6	6	6	8	8	8	10	10	10	11	11	11	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				12	12	12	15	15	15	17	17	17	20	20	20									
	3	3	3													13	13	13				18	18	18	21	21	21									
																									22	22	22									
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				23	23	23	27	27	27	29	29	29	32	32	32
	2	2	2	4	4	4	6	6	6	10	10	10	12	12	12	16	16	16	20	20	20	22	22	22	24	24	24	28	28	28	30	30	30	33	33	33
				5	5	5	7	7	7				13	13	13	17	17	17	21	21	21				25	25	25	29	29	29	31	31	31			
							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	17	17	17				20	20	20	22	22	22	24	24	24	25	25	25
	2	2	2	4	4	4	7	7	7	10	10	10	12	12	12	16	16	16	18	18	18	19	19	19	21	21	21	23	23	23				26	26	26
				5	5	5	8	8	8																											
2 años y 1 día a 3 años	1	1	1	4	4	4	6	6	6	9	9	9	10	10	10	13	13	13	15	15	15				19	19	19	22	22	22	25	25	25	27	27	27
	2	2	2	5	5	5	7	7	7	10	10	10	11	11	11	14	14	14	17	17	17	20	20	20	23	23	23	26	26	26						
	3	3	3				8	8	8				12	12	12				18	18	18	21	21	21	24	24	24									
3 años y 1 día a 4 años	1	1	1	6	6	6	9	9	9	12	12	12	13	13	13	17	17	17	19	19	19				22	22	22	26	26	26	28	28	28	31	31	31
	2	2	2	7	7	7	10	10	10				14	14	14	18	18	18	20	20	20	23	23	23	25	25	25	27	27	27	29	29	29	32	32	32
	3	3	3	8	8	8	11	11	11				15	15	15				21	21	21	24	24	24				30	30	30	33	33	33	35	35	35
	4	4	4										16	16	16																					
	5	5	5																																	
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1	1	1	3	3	3	4	4	4	6	6	6	8	8	8	9	9	9	11	11	11	13	13	13	15	15	15	16	16	16	18	18	18	19	19	19
	2	2	2				5	5	5	7	7	7				10	10	10	12	12	12	14	14	14				17	17	17				20	20	20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

Powered by CamScanner

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

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Ian Zaid Blasquez Bahamón, identificado (a) con documento de identidad número 1079413474, 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, Maricruz Bahamón Pabon, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1079409180, 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 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 Fundación Grupo Libertad., 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: Maricruz Bahamon Pabon
Nombre: Maricruz Bahamon Pabon
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3152705398
Fecha: 3 - 02 - 2025
Municipio: Tesalia (Huila)

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

CLASIFICADA

Powered by CamScanner