REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA 34625549-0

59256457

NUIP 1.079.413.767

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59256457

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] 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
TRUJILLO	CASTILLO

Nombre(s): DANNA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes ENE Día 31	FEMENINO	O	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	2402271084583 2

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: CASTILLO FIERRO SANDRA MERCEDES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.410.047	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: TRUJILLO JIMENEZ ROBINSON

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.032.386.960	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: TRUJILLO JIMENEZ ROBINSON

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.032.386.960	Robinson Trujillo J.

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 2024 Mes FEB Día 15	DIOGENES ORTIZ BRAND - REGISTRADO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Robinson Trujillo J. Firma	DIOGENES ORTIZ BRAND Registrador MPAL del Estado Civil Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL
TESALIA - HUILA
15 FEB 2024
FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL
Firma:
DIOGENES ORTIZ BRAND
Registrador MPAL 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 -

OFIXPRES 100238573

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.079.410.047
CASTILLO FIERRO
APELLIDOS
SANDRA MERCEDES
NOMBRES

Sandra M Castillo F.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-SEP-1991
TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

13-NOV-2009 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1902500-00208914-F-1079410047-20100113 0019921506A 1 33621823

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.032.386.960

TRUJILLO JIMENEZ
APELLIDOS

ROBINSON
NOMBRES

Robinson Trujillo J.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-ABR-1987
TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.84 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

05-MAY-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500113-45138095-M-1032386960-20050615 04508 05166A 02 201123005

Powered by CamScanner

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía

Electrificadora del Huila S.A ESP
Nit. 891.180.001-1

Sr(a): DORA JIMENEZ TRUJILLO
c.c. / Nit: 41634800
CL 4 # 4-49
Municipio: 797 TESALIA HUILA Ruta: 47970014300
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 1-LIBRETIN 1 DE TESALIA

Su código de cuenta NIU
542729901
Para cualquier consulta y pago electrónico

Factura de venta No.
86849909

Periodo	Periodo facturado	Pago total	Pago mínimo	Periodos vencidos
6 / 2025	14/05/25-13/06/25	$33,580	$33,580	0 meses

Datos de cuenta

Clase servicio	Residencial
Estrato	1-Bajo Bajo
Zona	OCCIDENTE
Nivel tensión	1-Secundaria
Carga instalada	300
Tipo liquidación	lectura
Nodo	T10095-PCNP

Costo unitario prestación del servicio

COMPONENTES ELECTROHUILA	
1 Comercialización	153.38
+ 2 Distribución	302.89
TOTAL ELECTROHUILA =	456.27
MERCADO ENERGÍA MAYORISTA	
3 Generación	387.04
+ 4 Transmisión	62.2
+ 5 Restricciones	34.37
+ 6 Pérdidas	80.52
TOTAL MERCADO MAYORISTA =	564.13
Costo unitario ElectroHuila + Mercado =	1020.39

Histórico de consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	5	76	2024	11	62
2025	4	83	2024	10	73
2025	3	64	2024	9	65
2025	2	76	2024	8	70
2025	1	72	2024	7	81
2024	12	69	2024	6	85

Promedio de la cuenta	Consumo mes año anterior
73	85

Conceptos ElectroHuila

Concepto		Valor
21	Consumo Periodo	74,489
607	Ajuste Decena	4
995	Subsidio	<43,400>

Cálculo actual del consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-22899	CDM	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	5736	5663	1	73

Liquidación de consumo

Contador	Desde	Hasta	Consumo	Tarifa	Valor Real	Subsi/Contri	ValorCobrar
1	1	173	73 KW/h	$425.8737	$74.489	-58%	$31.089

TOTAL

Financiación ElectroHuila

Descripcion	Saldo

Tasa de interés 0%

CUFE 7acb17b1d538ae9f67b51e919eaca9a45b326104d3a31df9c3c1e98e1335c9db05cee18b2e1439fdd76328
Numero de Factura Electronica EH-3572833 Numero de factura: 86849909

Fecha de emisión	Mi último pago fue	Tengo plazo de pagar hasta	Me quedo sin servicio a partir de
16/06/2025	$72,550 24/05/2025	26/06/2025 Vencimiento	Suspensión

Valor Energía ElectroHuila	+ Valor Servicio de Aseo	+ Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía)	+ Valor Otros Cobros	= TOTAL A PAGAR
$31,093		$2,487	$0	$33,580

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN
Reporta cualquier novedad relacionada con la prestación del servicio
01 8000 952 115 | 3134354436
PQR: radicacion@electrohuila.co
www.electrohuila.com.co
24/7

¡Escanea! paga en línea

Pag: 5126

(415)7707274499679(8020)0542729901(3900)0000033580(96)20250626

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORRETENEDORES ICA CIRCULAR 4 DEL 08/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA, ARTICULO 65 DEL ACU 029 DE 2018
AUTORRETENEDORES DE RENTA RESOLUCIÓN No. 547/2002 DIAN AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN No. 13028092835296 DE 17-01-2024
LA PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO EN VIRTUD DEL ARTICULO 130 DE LA LEY 142 DE 1994 MODIFICADA ART. 18 LEY 689 DE 2001
Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 17/09/2025

Ficha: 41797004539700000200

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DANNA

Apellidos: TRUJILLO CASTILLO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079413767

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/04/2024

Última actualización ciudadano: 05/04/2024

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: DANIELA VALENTINA MUÑOZ LOPEZ

Dirección: Carrera 9 No 6 - 11

Teléfono: 8377022 - 3144647676

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

Powered by CamScanner

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1079413767
NOMBRES	DANNA
APELLIDOS	TRUJILLO CASTILLO
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	01/02/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/17/2025 08:16:52	**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.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos,

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: _____ Tipo de Indentificación _____ No. ID: _____

	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	31	01	24	Serum	03729MA52	HUS				Juan P
	Hepatitis B	Recién nacido	31	01	24	Serum	03232000SF	HUS				Juan P
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	1ª	02	04	24	Biological.	2 2 3 4 0 0 3	ESE Tesalia.				Lina Quivano
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	02	04	24	Serum.	2 B 5 2 X 0 0 3 A	ESE Tesalia.	31-3-24			Lina Quivano
Pentavalente	Hepatitis B	1ª	02	04	24	Serum	2 B 5 2 X 0 0 3 A	ESE Tesalia.				Lina Quivano
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	02	04	24	Serum						
	Diarrea por rotavirus	1ª	02	04	24	GSK.	A 2 0 L 0 7 5 0 A-A	ESE Tesalia.				Lina Quivano
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	02	04	24	Pfizer.	G W 7 6 6 5	ESE Tesalia				Lina Quivano
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	2ª	04	06	24	Biological	2 2 3 4 0 0 3	ESE Tesalia				Lina Quivano
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	04	06	24	Serum	2 B 5 2 X 0 1 4 C	ESE Tesalia				Lina Quivano
Pentavalente	Hepatitis B	2ª	04	06	24	Serum	2 B 5 2 X 0 1 4 C	ESE Tesalia				Lina Quivano
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	04	06	24	Serum	2 B 5 2 X 0 1 4 C	ESE Tesalia				Lina Quivano
	Diarrea por rotavirus	2ª	04	06	24	GSK	A 2 0 L 0 7 5 0 A-A	ESE Tesalia				Lina Quivano
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	04	06	24	Pfizer	G X 1 9 1 2	ESE Tesalia				Lina Quivano.
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	3ª	02	08	24	Biological	2 2 3 9 0 0 2.	ESE Tesalia				Kelly G.
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	02	08	24	Serum	2 B 5 2 Y 0 1 1 E	ESE Tesalia				Kelly G.
Pentavalente	Hepatitis B	3ª	02	08	24	Serum	2 B 5 2 Y 0 1 1 E	ESE Tesalia				Kelly G.
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	02	08	24	Serum	2 B 5 2 Y 0 1 1 E					Kelly G.
	Influenza estacional	1ª	02	08	24	Butantan.	2 4 0 0 9 7 9.	ESE Tesalia				Kelly G.
7 meses	Influenza estacional	2ª	03	09	24	Butantan	2 4 0 0 9 7 9	ESE Tesalia				Lina Marcela Quivano R.
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	01	02	25	Serum	0 1 5 3 N 0 0 3 A	ESE Tesalia				Lina G.
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	01	02	25	Pfizer	6 X 5 1 3 9	ESE Tesalia				Lina G.
	Varicela	1ª	01	02	25	Sinovac	2 0 2 2 0 7 0 4 5	ESE Tesalia				Lina G
	Hepatitis A	Única	01	02	25	Sinovac	2 0 2 2 0 7 0 4 5	ESE Tesalia				Lina G
	*Influenza estacional	Anual	14	08	25	Segirus.	P 1 0074080A.	ESE Tesalia				
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	14	08	25	Biological	2 4 2 3 0 0 3 A.	ESE Tesalia				Lina Quivano
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☒	1er Refuerzo	14	08	25	Serum.	2 B 5 3 X 0 2 1 F.	ESE Tesalia				Lina Quivano
	**Fiebre Amarilla	Única	20	05	25	Biomanguinos	2 4 6 0 0 8 2.	ESE Tesalia				Lyla Kvent
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	14	08	29	Serum.	0 1 3 3 N 1 2 1 A	ESE Tesalia				Lina Quivano
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª										
		2ª										
		3ª										
Sin rango de edad	Covid-19	1ª										
		2ª										
		1er Refuerzo										
		2do Refuerzo										
Vacunas complementarias												

Lina Marcela Quivano R. AUXILIAR DE ENFERMERIA

ESE Hospital Tesalia VACUNACION

Powered by CamScanner

Vacunar Oportunamente con todas las dosis a tus hijos, **Garantiza la Protección** frente a enfermedades como:

Tuberculosis meníngea, **H**epatitis B, **P**oliomielitis, **M**eningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus Influenzae tipo B, **D**ifteria, **T**osferina, **T**étanos, **D**iarrea por rotavirus; **N**eumonía, **O**titis, **M**eningitis bacteriemia causada por Neumococo, **E**nfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, **S**arampión, **R**ubéola, **P**arotiditis, **V**aricela, **H**epatitis A, **F**iebre Amarilla y **V**irus del Papiloma Humano.

Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

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)

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega						1.ª entrega			
2.ª entrega						2.ª entrega			
3.ª entrega						3.ª entrega			
4.ª entrega						4.ª entrega			
5.ª entrega						5.ª entrega			

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

	SI*	NO*
3 años		
4 años		
5 años		

*Menor o igual a 20 normal

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO										
TSH neonatal	Normal		Alterado							
Tamizaje OEA/PEAA	Normal		Alterado							
Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado							
Visual	Normal		Alterado							
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA										

Resultado Tamizaje neonatal

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			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Dayra Trujillo Castillo

Tipo de Documento: X TI ___ OTRO

No. de Documento: 1079413767

Fecha de Nacimiento: 31 04 2024

Sexo: femenino

Grupo sanguíneo: O positivo

Peso al nacer: 3418 gr Talla: 50 cm

Dirección: Calle 4 N 4-49 Santa Teresa

Teléfono 1: 3213915555

Teléfono 2: 3227111977

Responsable: SANDRA MILENES CASTILLO PEREZ

Municipio de residencia: TESALIA

Departamento: HUILA

E.S.E. Hospital SANTATERESA Tesalia Huila



MIS DATOS

Mi nombre completo es:

DANNA TRUJILLO CASTILLO

Nací en: NEIVA HUILA

El día 31 del Mes ENERO del Año 2024

Mi peso fue 3718 Mi talla fue 50 cm

Mi tipo y grupo sanguíneo es: RH O+

Mi resultado de TSH fue:

Mi número de Registro Civil es: 1079413767

Cuando nací, ¿Quedé hospitalizado? Si ☐ No ☒

¿Porqué?

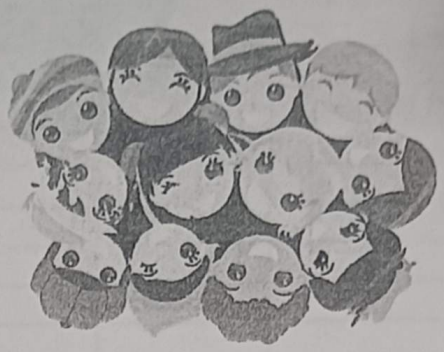
Mi EPS es: SANITAS

Mi mamá se llama: SANDRA CASTILLO Tel: 3227719977

Mi papá se llama: ROBINSON TRUJILLO Tel: 3213954555

Powered by CamScanner

Carné de Salud Infantil



Mis controles

Escribe aquí los datos significativos de la salud del niño o niña.

Fecha de Atención	Edad	Peso	Talla	PC	Próximo Control	Responsable del Control
18/03/24	36 Días	4.61kg	58cm	PC=38 cm.	08/05/24 Jefe.	
05/06/24	4m	8.7kg	70cm	40cm	05/09/24 3 meses	
06/09/24	7M.	10kg	77cm		06/12/24 Jefe.	
07/01/25.	11 Meses	12.1kg	81cm	PC=47cm PB=17cm	08/04/25 Medico	Daniela Andrea Cabrera Guerrero CC. 1.079.411.925 Enfermera Jefe
13/5/25	15m	14kg	85cm	PC:50 PB:17	13/9/25 16meses	
17/10/25	21m.	14.5kg	92cm	47cm	17/04/26	

Observaciones: _____

_____

Interconsultas: _____

_____

Powered by CamScanner

FECHA	1a VEZ	CPB	OET	FLÚOR	SELLANTE	OPERATORIA	CIRUGÍA ORAL	ENDODONCIA	CONSULTA URGENCIA	TTO. YERMINADA
21-08-24	✓			Educación	Salud	Oral		Prox Control: 21-02-25		Muy Constanza Trujillo C. Higienista Oral Resolución 2597
27-03-25	✓			Barnit	Pyp	Prox Control 27-09-25				Maria Del Mar P

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.

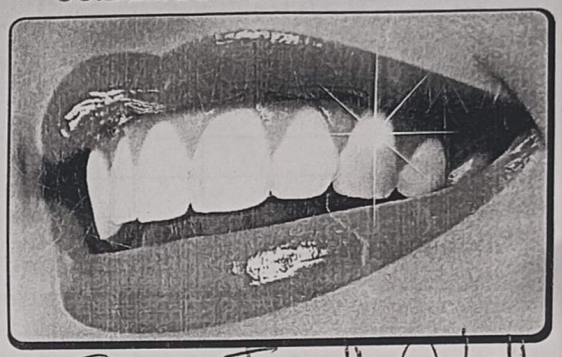
Cambie de cepillo dental cada 6 meses, utilice uno de cuerdo a tu edad.

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: Danna Trujillo Castillo

DOC. DE IDENTIDAD: 1079413767

EPS - EPS Sanitas

Servicio: Salud Oral

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 los enanitos, 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): Dana Trujillo castilla con RC No 1079413367 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 16 del mes septiembre del año 2025, en el Municipio de Tesalia.

Sandra Marcela Castillo
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

MADRE COMUNITARIA

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 Sandra Trujillo Castillo, identificado (a) con documento de identidad número 1077413767, 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, Sandra Mercedes Castillo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1079470047, 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	✓

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: Sandra Trujillo Castillo
Nombre: _____
Calidad - Titular: X Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3227771977
Fecha: 16/9/25
Municipio: Tesalia

¡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