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

HCB LOS PATICOS

USAURIO: HANNA ZAREITH REINA HERNANDEZ __RC N0.1079413400



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	/		

Powered by CamScanner

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

Fotografía física, esta ira sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	/		
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	/		
Formato autorización toma de fotos y vídeos	Formalización del cupo	Una sola vez	/		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya ingresos nuevos			

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
28261402-9

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.079.413.400

Indicativo Serial 59255983

59255983

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 o/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE TESALIA - COLOMBIA - HUILA - TESALIA.....

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
REINA.....	HERNANDEZ.....

Nombre(s)

HANNA ZAREITH.....

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes ENE Día 12	FEMENINO.....	O.....	POSITIVO.

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

COLOMBIA HUILA TESALIA.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....	160228244.....

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

REINA HERNANDEZ ANGELICA.....

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.074.981.....	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

.....

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
.....	.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

REINA HERNANDEZ ANGELICA.....

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.004.074.981.....	Angélica Reina H

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 MAR Día 25	DIOGENES ORTIZ BRANO - 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 DEL ESTADO CIVIL
TESALIA - HUILA
25 MAR 2021

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

DIOGENES ORTIZ BRANO
Registrador Nacional del Estado Civil

FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL
Firma: _____

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.004.074.981**

REINA HERNANDEZ

APELLIDOS

ANGELICA

NOMBRES

Angelica Reina Hernández

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-MAY-1995**

TESALIA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

01-NOV-2013 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1900100-00525513-F-1004074981-20131218 0036240397A 3 41052176

Powered by CamScanner

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía
Electrificadora del Huila S.A. ESP
NIt. 891.180.001 - 1

Sr(a): ORTIZ CHALA ARMIN
c.c. / Nit: 83245824
BRR SAN MARTIN PACARNI
Municipio: 797 TESALIA HUILA Ruta: 47970044920
Dirección Postal:
Ciclo: 72 Sector: 4-INSP. PACARNI

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
366979332
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
84870084

Fecha De Emisión
20/01/2025

Periodo:	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
1 / 2025	16/12/24-15/01/25	$29,810	$29,810	0 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial
Estrato: 1-Bajo Bajo
Zona: OCCIDENTE
Nivel Tensión: 1-Secundaria
Carga Instalada: 1000 W
Nodo: T12966-PCNP
Tipo Liqui.: lectura

COSTO UNITARIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO	
Generación	419
Transmisión	55
Distribución	263
Restricciones	3
Pérdidas	9
Comercialización	14
Costo Unitario	98
Tarifa Aplicada	982.

Indicadores De Calidad Individual

Indicadores De Calidad Individual Retros

Nodo 6580315 Grupo Calida
Horas a compensar
Compensacion por evento
Meta Calidad opr Duración
Meta calidad por eventos
Eventos acmulados año
Duracion acumulador año
Consumo a compensar
Cargo distribución

Calculos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-28265332	PAF	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	6407	6340	1	67

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	65.829
608	Ajuste Decena	<1>
995	Subsidio	<38.226>

Últimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2024	12	64	2024	6	64
2024	11	70	2024	5	60
2024	10	78	2024	4	59
2024	9	73	2024	3	52
2024	8	55	2024	2	64
2024	7	60	2024	1	65

Promedio Cuenta	Consumo Año Anterior
66	65

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	173	67.0	411.9816	$27.603

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Tasa de Interés 0.00 %

Total cuota Financiación 0

Resumen Cuenta

Saldo Financiado
Total Electrohuila
Total Servicio de Aseo
Total Alumbrado Público
Total Otros Cobros
Total a Pagar

CUFE 4326891eb8c13ce68cd02179ce08b2e4adcc426b2015c9b6b63b336aa7eedecdb5a51e79326d3d49994bfcecf972ace0

FOES

Kwh $/Kwh Total N. Fact

Ultimo Pago

$59,790
28/12/2024
Emitida Por: HDEVIA
Pag: 3124

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento: 29/01/2025
Suspensión a Partir del:

Línea de transparencia

Reporta en la línea de transparencia todos los presuntos actos de soborno, corrupción o comportamientos indebidos de nuestros trabajadores y/o contratistas.
Línea gratuita **018000 117766**
Correo **electrohuila@lineatransparencia.com**
Accede directamente escaneando el Código QR

(415)7707274499679(8020)0366979332(3900)000029810(96)

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

Registro válido

A2

Fecha de consulta: 05/11/2025

Ficha: 41797121640200000048

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: HANNA ZAREITH

Apellidos: REINA HERNANDEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079413400

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/05/2021

Última actualización ciudadano: 05/10/2021

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: DANIELA VALENTINA MUÑOZ LOP

Dirección: Carrera 9 No 6 -

Teléfono: 8377022 - 3144647

Correo Electrónico: sisben@tesalia-huila.go

Powered by CamScanner

NTACION

su niño leche materna hasta los 2 años de

recién nacido hasta los 6 meses de edad el amente necesita leche materna.

6 meses, además de la leche materna, co a darle frutas, no ácidas, cereales y s en papilla, naco o puré y vísceras como bofe o pajarilla. Utilice taza y cuchara.

EL USO DEL BIBERÓN

imero la leche materna y después los otros os, haciéndolos poco a poco más sólidos e comience a masticar.

meses, además de la leche materna, dele os cereales y las verduras y las vísceras, oles, lentejas, arvejas, pasta, papa y arroz, puede darle huevo y carne molida.

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

NCIÓN DE ACCIDENTES

iciones: No deje al alcance del niño drogas o s que pueda tomar.
duras: No dejo a su niño solo en la cocina; contacto con fósforos, cocinol, gasolina o

o fracturas: No le deje al alcance objetos nzantes. Evítele juegos en lugares os.
niento: No lo deje solo en la alberca, en

IACION

vacunar. Al cumplir el primer año de vida, ner completas todas las vacunas con todas sis. De esta manera, el niño no sufrirá de edados.

CIÓN RESPIRATORIA AGUDA

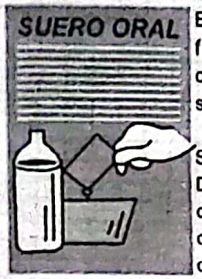
umonía no manejada a tiempo puede ser

en su niño pude llegar a ser una neumonía, vigile la respiración de su hijo; si éste respira cultad, más rápido de lo normal, o el pecho unde, llévelo inmediatamente al organismo d.

EAS

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

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 vaso 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.

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

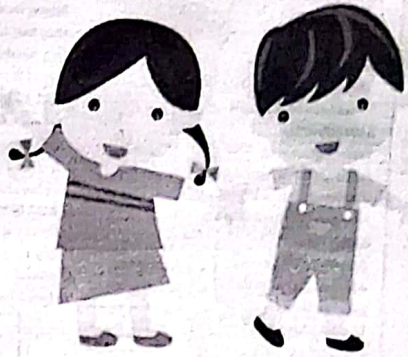
*En zonas endémicas

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIO SI	CUMPLIO NO
21	05	07		✓	
21	08	07	7:40	✓	
21	11	26			
21	DICIEMBRE	04			
22	MARZO	20			
22	ABRIL	21	Vac.	✓	
22	MAYO	12	Enf	✓	
22	JUNIO				✓
23	ENERO	10	MED	✓	
23	JULIO	14	MD	✓	
24	ENERO	18		✓	
25	ENERO	18			
26	ENERO	24			

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: Hanna Reina Hernandez

Fecha de Nacimiento: 12-01-21

Registro Civil: 40794134 00

Municipio: pacarni

Dirección: pacarni

Barrio o Vereda

Nombre del responsable del niño Angelica

Historia Clínica No.

EPS/ARS Ecoopsos

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

PESO AL NACER 3510 GRS.

FECHA DE NACIMIENTO

PESO - KILOS

EDAD	PESO	FECHA
3	6.8	7-05
3	6.8	7-05
6	7.8	16-08-2
7.3	11.5	21-0
7.8	11.1	4-08-
8.3	11.9	18-01-23
8.1	13.3	14-11-23
8.7	14	18-01-24
9.5	16	21-04-24

AL MES
Publica vocalizamiento
Sigue con los ojos el movimiento de un objeto
Se sobresalta con el ruido
Sigue movimientos del rostro

A LOS TRES MESES
Sostiene la cabeza
Se lleva objetos a la boca
Balbucea con las personas
Se voltea cuando se le habla

A LOS SEIS MESES
Intenta sentarse solo
Pasa objetos de una mano a otra
Reacciona cuando se le llama
Pone atención a la conversación

A LOS 9 MESES
Se sienta por sí solo
Agarra objetos con los dedos pulgar e índice
Dice una palabra clara
Imita aplausos

A LOS 12 MESES
Se para solo
Busca objetos escondidos
Entiende orden sencilla
Bebe en taza solo

A LOS 18 MESES
Corre
Pasa hojas de un libro
Reconoce seis objetos
Avisa deseos (o ir al baño

A LOS 24 MESES
Salta en los dos pies
Hace torre de 6 o más cubos
Dice más de 2 palabras claras
Control diurno e orina

A LOS 30 MESES
Camina hacia atrás
Sequra objeto grandes y pequeños
Usa oraciones completas
Se lava solo las manos y la cara

A LOS 48 MESES
Lanza y recibe la pelota
Copia cuadrado y círculo
Describe bien un dibujo
Tiene un amigo especial

A LOS 60 MESES
Hace rebotar y agarra la pelota
Dibuja escalera
Nombra 4 o 5 colores
Organiza juegos

A LOS 72 MESES
Salta desde 60 cms. de altura
Dibuja casa
Conoce días de la semana
Comenta vida familiar

A LOS 84 MESES
Salta alternando los pies
Copia una figura de líneas curvas
Conoce ayer, hoy y mañana
Conoce fechas especiales

VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Por la Salud de su hijo, evite nuevo embarazo antes de los 2 años de edad del niño

INTEI

Powered by CamScanner

...ÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

...er Fecha:

...IER CONTROL MEDICO

...de vida Fecha:

...IENTO POR ENFERMERÍA

...a de cita ...ramada	Fecha en que asistio	Profesional que atendió

...recibir suplementos con Hierro y Vitamina ... los 6 meses hasta los 5 años de edad, de ... la estrategia **AIEPI.**

...cha	Edad	Fecha
	42 meses	
	48 meses	
	54 meses	
	60 meses	
	66 meses	

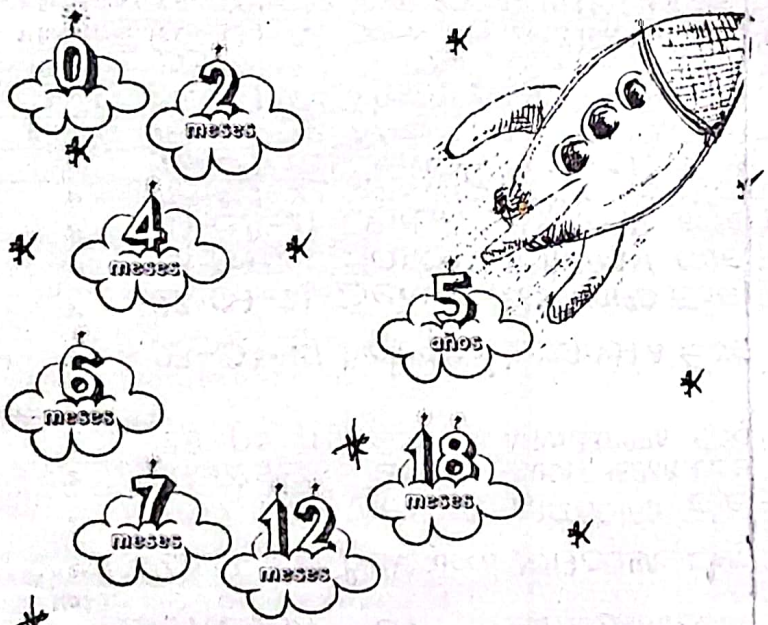
...debe realizar toma de TSH al momento ...e hipotroidismo.

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

3182900237 Gina Q

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

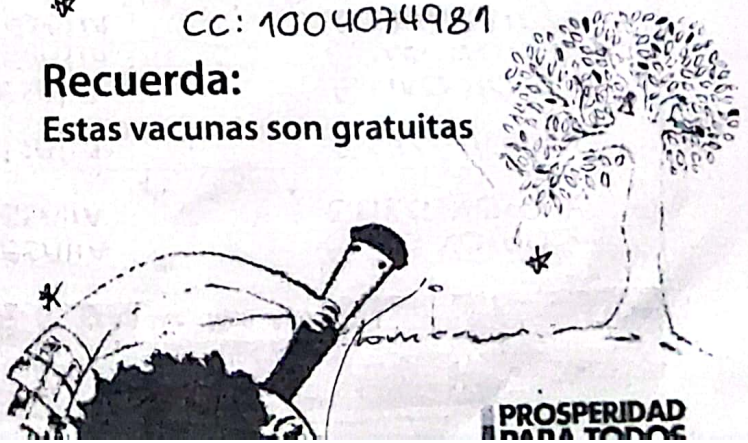
Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: HannazReina H
Fecha de nacimiento: 12-ENERO-2021
Nº de certificado de nacido vivo: 160228244
Registro civil: 1079413400
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 2550
Dirección: Pacarni
Teléfono: 3118293349
Responsable: Angelica Reina
Municipio de residencia: Tesalia
Departamento: Huila
CC: 1004074981

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Powered by CamScanner

Registro Civil: _____

Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Lactancia materna exclusiva	Sí [X] No [ ]						
Tuberculosis B.C.G.	Única	12-01-21	Serum	03796165	ESE TESALIA		Erika Vargas
Hepatitis B	Recién nacido	12-01-21	Serum	0329Y012B	ESE TESALIA		Erika Vargas
Lactancia materna exclusiva	Sí [ ] No [ ]					12 03 21	
Polio (Oral - IM)	1ª	19-03-21	Serum	T30891V	ESE TESALIA		Erika Vargas
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	19-03-21	Serum	2850Y008C	ESE TESALIA		Erika Vargas
Rotavirus	1ª	19-03-21	GSK	AROLC768AA	ESE TESALIA		Erika Vargas
Neumococo	1ª	19-03-21	GSK	ASPNB288AB	ESE TESALIA		Erika Vargas
Lactancia materna exclusiva	Sí [X] No [ ]					19 05 21	
Polio (Oral - IM)	2ª	28-05-21	Biological	20170014A	ESE TESALIA		Erika Vargas
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	28-05-21	Serum	2850Y018D	ESE TESALIA		Erika Vargas
Rotavirus	2ª	28-05-21	GSK	AROLC768AA	ESE TESALIA		Erika Vargas
Neumococo	2ª	28-05-21	GSK	ASPNB302BA	ESE TESALIA		Erika Vargas
Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.						28 07 21	
Polio (Oral - IM)	3ª	23-07-21	Biological	20270074A	ESE TESALIA		Erika Vargas
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	23-07-21	Serum	2850Y018D	ESE TESALIA		Erika Vargas
Influenza	1ª	23-07-21	SANOFI	U3B871V	ESE TESALIA		Erika Vargas
Influenza	2ª	27-08-21	SANOFI	U3B871V	ESE TESALIA	23 08 21	Erika Vargas
Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	28-01-22	SERUM	0130N128A	ESE TESALIA	12 01 22	Lina Quivano
Fiebre Amarilla	1ª	16-09-22	SANOFI	V3E341	ESE TESALIA		Lina Quivano
Neumococo	Refuerzo	28-01-22	MERCK	ASMB81J04	ESE TESALIA		Lina Quivano
Influenza	Anual	16-09-22	GREENCROSS	V5D222006	ESE TESALIA		Lina Quivano
Hepatitis A	ÚNICA	28-01-22	GSK	U0192266	ESE TESALIA		Lina Quivano
Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª Refuerzo	16-09-22	SERUM	2821Q016A	ESE TESALIA		Lina Quivano
Polio (Oral - IM)	1ª Refuerzo	16-09-22	SERUM	2141019	ESE TESALIA		Lina Quivano
Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo					5 AÑOS	
Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						
Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	25.08.23	SERUM	0131U0B2A	ESE TESALIA		Lina Quivano
Varicela	1ª	28-01-22	MERCK	U0192686	ESE TESALIA		Lina Quivano
VPH	2ª						
VPH	3ª						

Estas vacunas son gratuitas

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

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.

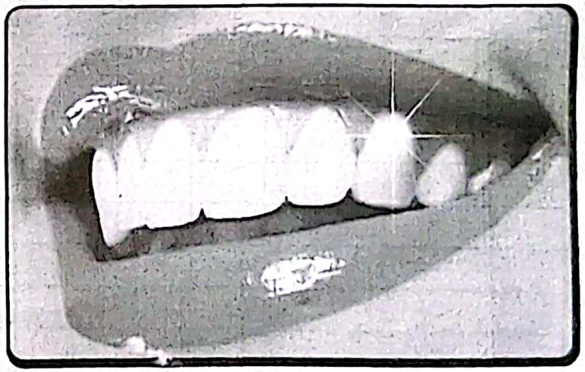
Cambie de cepillo dental cada 6 meses, utilice uno de cuerdo a tu edad.

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: Hanna Zareth Rena

DOC. DE IDENTIDAD: 1.079.413.400.

EPS - EPS Nueva Eps.

Servicio: Salud Oral

Powered by CamScanner

FECHA	1a VEZ	CPB	OET	FLÚOR	SELLANTE	OPERATORIA	CIRUGÍA ORAL	ENDODONCIA	CONSULTA URGENCIA	TTO. YERMINADA
25-02-22	✓			Barniz	PyP	Prox	Control		25-08-22	Biviana Son Cedeño Higienista Oral C.C. 1.007.490.292
27-08-22				Barniz	PyP	Prox	Control		2-2-23	Biviana Son Cedeño Higienista Oral
07-03-23		✓		Barniz	PyP	Prox	Control		07-09-23	Biviana Son Cedeño Higienista Oral C.C. 1.007.490.292
22-11-23		✓		Barniz	PyP	Prox	Control		22-05-24	Biviana Son Cedeño Higienista Oral
23-05-24	✓	✓		Barniz	PyP	Prox	Control		23-11-24	Lcdy Constanza Higienista Oral
24-01-25	✓	✓		Barniz	✓	PyP	Prox	Control	24-06-25	Yuly Constanza Higienista Oral Resolución 2597
11-07-25	✓	✓		Barniz	✓	PyP	Prox	Control	11-01-26	Mar P. González Higienista Oral Reg. 1364 C.C. 1081393223

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 Patitos, 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): Hanna Zarith Pana con RC No 1079483400 Para ello me comprometo a:

1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al HCB, teniendo en cuenta que es un servicio que me presta el Estado en el marco de la garantía de los derechos de los niños y las niñas.
2) Participar de las actividades que sean convocadas por UDS, la Entidad Administradora del Servicio o el ICBF, con el fin de promover el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas.
3) Cumplir el horario de atención establecido en la UDS
4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias ingresa y se retira a mi hijo(a) de la UDS.
5) Entregar los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de mi hijo(a) Estos documentos son:

1. Certificado de afiliación a salud.
2. Fotocopia del registro civil del niño.
3. Fotocopia del carné de vacunas actualizado
4. Fotocopia del carné de crecimiento y desarrollo actualizado
5. Certificación de SISBÉN.

NOTA: En caso de no contar con alguno de los documentos mencionados, informar en la UDS para activar la Ruta Interinstitucional que contribuya a garantizar una atención integral para mi hijo(a).

Powered by CamScanner

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

6) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) asista al servicio médico y demás actividades de promoción y prevención para lograr el mejor estado posible de salud.
7) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) transite al Sistema de Educación Escolar, una vez haya cumplido los cinco (5) años.
8) Informar y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de mi hijo(a), adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si se cuenta con ellos).
9) Elegir o ser elegido en el comité de control social que se convoquen con el fin de velar por una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por el ICBF para la Modalidad Comunitaria

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el día 03 del mes 02 del año 2025, en el Municipio de Pacoa ni - Tesalia

Angelica Reina H
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 Hanna Zaraith Reina, identificado (a) con documento de identidad número 1079413402 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, Angelica Reina Hernandez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004074981 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 HCB Los Patios, en representación d ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y programa HCB Comunitario

Suscriben:

Firma: Angelica Reina H
Nombre: Angelica Reina H
Calidad - Titular: ____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: ____
Fecha: 03-02-2025
Municipio: Pacora-Tesalia

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO de cero a siempre

Ciudad Tesalia - Pacarni

Nombre completo de la niña o niño Hanna Zarith Reina Hernandez

Fecha de nacimiento 12 01 2021 **N° Documento de Identidad** 1079413400

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador olga Rocio Ovina

Fecha de registro cualitativo 21 04 Año 2025

Rango de edad
0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ●

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales
La niña va pasando sus indicadores segun la edad

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador olga Rocio Ovina

Fecha de registro cualitativo 21 07 Año 2025

Rango de edad
0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ●

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales
va pasando su indicador su indicador segu su edad

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Olga Rocio Ovina

Fecha de resgistro cualitativo Día 27 10 Año 2025

Rango de edad
0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ●

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales
la niña va pasando los indicadores segun su edad. por medio de sus habilidades

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

Powered by CamScanner

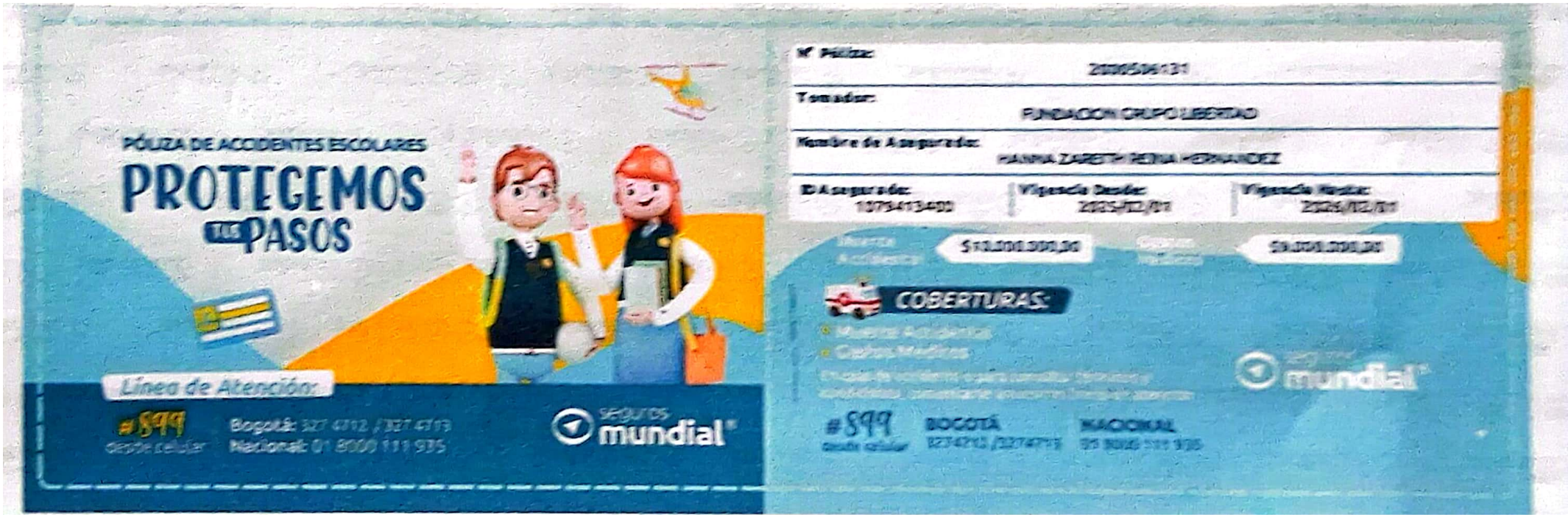
PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner