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

## HCB: CHIQUILLADAS

**USAURIO: *KILIAN SANTIAGO MONTEALGRE ALDANA***

**_ RC NO.*1079413370***



| DOCUMENTO | REQUERIDO PARA | FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO | CUMPLIDO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | EN PROCESO |
| Fotocopia del Registro civil de nacimiento (Legible, sin tachones, ni enmendaduras) | Formalización del cupo | Una sola vez | X | | |
| Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable | Formalización del cupo | Una sola vez | X | | |
| Fotocopia del criterio de focalización según la guía del ICBF. SISBEN- renovar cada 3 meses, o en su defecto Certificado de pertenencia a comunidad indígena, afrodescendientes, raizales, palanqueros, y ROM | Formalización del cupo | Actualización cada 3 meses | X | | |

PAPPYER PAPPYER PAPPYER PAPPYER

Powered by CamScanner

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Para identificar lugar de residencia, fotocopia de un recibo de servicios público. | Formalización del cupo | Al inicio y en caso de cambiar de residencia | X | | |
| Fotografía física, esta ira sobre esta lista de chequeo | Formalización del cupo | Una sola vez | X | | |
| Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente. | Formalización del cupo<br>Seguimiento | Cada 3 meses | X | | |
| 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 | X | | |
| Copia del carné de vacunación actualizado según la edad. | Seguimiento | Cada vez que el usuario asista según el PAI | X | | |
| 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 | X | | |
| Formato escala de valoración cualitativa. | Seguimiento | 3 veces al año | | | |
| Formato autorización toma de fotos y vídeos | Formalización del cupo | Una sola vez | X | | |
| Formato ficha de caracterización digital o impresa | Seguimiento | Actualizar cada que haya ingresos nuevos | | | |

PAPPYER PAPPYER PAPPYER PAPPYER PAPPYER

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA 27725660-8

NUIP 1.079.413.370

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59255946

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

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

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

REGISTRADURIA DE TESALIA - COLOMBIA - HUILA - TESALIA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| MONTEALEGRE | ALDANA |

Nombre(s): KILIAN SANTIAGO

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2020 Mes DIC Día 26 | MASCULINO | O | 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 | 160281407 |

**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: ALDANA GOMEZ MADELENE

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.004.074.821 | 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: MONTEALEGRE TRUJILLO HEINER

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.079.410.991 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: MONTEALEGRE TRUJILLO HEINER

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 1.079.410.991 | Heiner montealegre t. |

**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 ENE Día 05 | DIOGENES ORTIZ BRAVO REGISTRADO<br>Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Heiner montealegre t.<br>Firma | DIOGENES ORTIZ BRAVO<br>Registrador MP. de Estado Civil<br>Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

REGISTRADURIA MUNICIPAL

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.079.410.991
MONTEALEGRE TRUJILLO
APELLIDOS
HEINER
NOMBRES
FIRMA

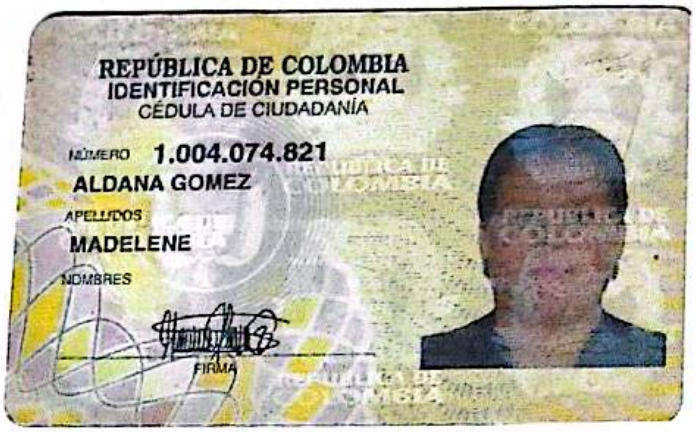


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-ENE-1994
IQUIRA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
05-SEP-2012 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1902500-00413698-M-1079410991-20121127 0031782895A 1 36738277

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.074.821
ALDANA GOMEZ
APELLIDOS
MADELENE
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-ENE-2000
TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
26-FEB-2018 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1902500-00990724-F-1004074821-20180328 0060531190A 1 48416730

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

**Fecha de consulta:** 29/01/2025

**Ficha:** 41797007539200000512

# B3

**Pobreza moderada**

## DATOS PERSONALES

**Nombres:** KILIAN SANTIAGO

**Apellidos:** MONTEALEGRE ALDANA

**Tipo de documento:** Registro civil

**Número de documento:** 1079413370

**Municipio:** Tesalia

**Departamento:** Huila

## INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 23/09/2019

**Última actualización ciudadano:** 08/09/2021

**Última actualización vía registros administrativos:**

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** SANDRA XIMENA TIERRADENTRO CANO

**Dirección:** Carrera 6 No 6 - 11

**Teléfono:** 8377022 - 3235134593

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




Powered by CamScanner

PAPPYER PAPPYER PAPPYER PAPPYER PAPPYER

**EMPRESAS PÚBLICAS DE TESALIA**
**"EMPTESALIA S.A. E.S.P."**
NIT. 900.332.875 - 7
Calle 6 No. 6 - 24 - Celular: 318 816 3669
Email: emptesaltasaseo@gmail.com

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS SSP

**NÚMERO DE FACTURA** 396966

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE: PEREZ VALENZUELA HERCILIA | NUID: 7495 | DIRECCIÓN: FINCA Cod. Pos. |
| ESTRATO: 2 | NUMERO DE CUENTA CONTRATO: 0 | RUTA: 0200-4450-0 |
| CLASE DE USO: Residencial Pacarni | CÓDIGO CATASTRAL: | CÓDIGO DANE: |
| U. MULTIUSUARIO RESIDENCIAL: | U. MULTIUSUARIO NO RESIDENCIAL: | HOGAR COMUNITARIO O SUSTITUTO: |

**DATOS DEL MEDIDOR** — FECHA DE EXPEDICIÓN: 09/01/2025

| No. MEDIDOR | ESTADO DEL MEDIDOR | DETERMINACIÓN DEL CONSUMO | LECTURA ANTERIOR | LECTURA ACTUAL | CONSUMO | PROMEDIO | % SUBSIDIO | ULTIMO PAGO | SUSPENSIÓN A PARTIR DE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 13 102039 | | | 1668 | 1675 | 7 | 19 | | 26 dic 2024 20,200 | 30-ENE-25 |

**DATOS DEL CONSUMO**

TABLA PARA LIQUIDAR CONSUMOS

| RANGO | ACUEDUCTO Cons. m3 | $/m3 | SUBTOTAL | ALCANTARILLADO $/m3 | SUBTOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 0-16 | 7 | 951.19 | 6,658 | 282 | 0 |
| 17-32 | 0 | 951.19 | 0 | 282 | 0 |
| >33 | 0 | 951.19 | 0 | 282 | 0 |
| COSTO TOTAL CONSUMO | | | 6,658 | | 0 |

FECHAS DE LECTURAS: 18 dic 2024 - 18 dic 2024
DÍAS FACTURADOS: 30
CAUSAL DE REFACTURACIÓN:

CONSUMO ÚLTIMOS SEIS MESES

| Periodo | cons. m3 | Valor Factura | Gráfico |
|---|---|---|---|
| 21 MAY-24 20 JUN | 22 | 17,582 | |
| 21 JUN-24 20 JUL- | 21 | 16,931 | |
| 21 JUL-24 20 AGO | 19 | 15,029 | |
| 21 AGO-24 20 SE | 19 | 15,029 | |
| 21 SEP-24 20 OCT | | 15,029 | |
| 21 OCT-24 20 NO | 19 | 15,029 | |

ATRASO: 0
PERÍODO FACTURADO: 21 NOV-24 20 DIC-24

| DESCRIPCIÓN | ACUEDUCTO | ALCANTARILLADO | ASEO |
|---|---|---|---|
| Cargo Fijo | 6,460 | 0 | 0 |
| Consumo Basico | 6,658 | 0 | |
| Consumo Complementario | 0 | 0 | |
| Consumo Suntuario | 0 | 0 | |
| COSTO DEL SERVICIO | 13,118 | 0 | 0 |
| SUBSIDIO | -2,623 | 0 | 0 |
| VALOR NETO | 10,495 | 0 | 0 |
| Ajuste a la Centena | 5 | | |
| | 10,500 | 0 | 0 |
| TOTAL | | | 10,500 |

FECHA LIMITE DE PAGO: 21/ENE/2025 — TOTAL A PAGAR

| ESTADO DEL CRÉDITO / CONCEPTO | SALDO ANTERIOR DE CAPITAL | DESCRIPCIÓN CUOTA FACTURADA: ABONO A CAPITAL | INTERÉS FINAN. | VALOR CUOTA | CUOTAS PEND. | NUEVO SALDO | INTERESES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

**LA TASA AMBIENTAL POR USO:** Contribuye a la preservación y protección de las fuentes de agua (Art. 37 Res. CRA 287 DE 2004) - **LA TASA AMBIENTAL RETRIBUTIVA:** Contribuye a la descontaminación de las aguas residuales (Ley 99 de 1993).
En esta factura se han cobrado los siguientes valores por concepto de estas tasas con destino a las autoridades ambientales.

| | Tarifa por m3 consumo de 1 a 20 m3 | Tarifa por m3 consumo de 21 m3 | valor total cobrado |
|---|---|---|---|
| Acueducto (tasa por uso) | | | |
| Alcantarillado (tasa retributiva) | | | |

OBSERVACIONES:
PROVEEDOR TECNOLOGICO HASSQL LTDA
Nit:830078927-9

Impreso por: LITOMALA IMPRESOS Misael Mayorca Perdomo NIT 7.686.303-4 Cel. 317 440 8643 Neiva

---

Emptesalia
EMPRESAS PÚBLICAS DE TESALIA
"EMPTESALIA S.A. E.S.P."
NIT. 900.332.875 - 7

PERÍODO FACTURADO: 21 NOV-24 20 DIC-24
FACTURA No 396966

NOMBRE: PEREZ VALENZUELA HERCILIA
FINCA Cod. Pos.

NUID: 7495

| | VALOR: |
|---|---|
| ACUEDUCTO | 10,500 |
| ALCANTARILLADO | 0 |
| ASEO | 0 |
| | 0 |
| TOTAL A PAGAR | 10,500 |

ESPACIO SELLO BANCO

FECHA LIMITE DE PAGO: 21/ENE/2025

Impreso por: LITOMALA IMPRESOS Misael Mayorca Perdomo NIT 7.686.303-4 Cel. 317 440 8643 Neiva

PAPPYER PAPPYER PAPPYER PAPPYER PAPPYER

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

# 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 | 1079413370 |
| NOMBRES | KILIAN SANTIAGO |
| APELLIDOS | MONTEALEGRE ALDANA |
| 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 | NUEVA EPS S.A. | SUBSIDIADO | 01/09/2023 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| Fecha de Impresión: | 01/29/2025 15:06:22 | 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

## RECOMENDACIONES

### CIÓN

...ño hasta los 2 años de

...n nacido hasta los 6 meses de edad el ...ebe necesita leche materna.

...ses, además de la leche materna, ...e darle frutas, ...cidas, cereales y ...a papilla, caldo o pu... y vísceras como ...e a papilla. Use ...aza y cuchara

### ...ISO DEL BIBERÓN

...o la leche materna y después los otros ...hacérselos poco a poco más sólidos ...viene a medicar.

...ses, además de la ...che materna, dele ...cereales y las verd...as y las vísceras, ...s, lentejas, arvejas, ...ata, papa y arroz, ...ede darle huevo y car...e molida.

...es, además de la le...e materna, el niño ...e de todos los alimentos que come la ...reparados con p...os condimentos.

### ...ÓN DE ACCIDENTES

...es. No deje al alcance del niño drogas o ...e pueda tomar.
...s. No deje a su niñ... solo en la cocina; ...diado con fósforos, ...cocina; gasoline o

...rnaturas: No le deje al alcance objetos ...antes. Evítele ju...gos en lugares

...o. No lo deje solo en la alberca, en

### ...IÓN

...unar. Al cumplir el primer año de vida, ...completas todas las vacunas con todas ...De esta manera, el niño no sufrirá de ...dos.

### ...RESPIRATORIA AGUDA

...onía no manejada a tiempo puede ser

...su niño pude llegar a ser una neumonía, ...le la respiración de su hijo; si éste respire ...ad, más rápido de lo normal, o el pecho ...s, llévelo inmediatamente al organismo

## RECOMENDACIONES

### REHITRACION ORAL Y "SUERO ORAL"




En un litro de ... fría mezcl... ... contenido de ... suero oral.

Si el niño ... ESTA DESHIDRATA... ... cucharaditas ... onzas como ... después de cada ...

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

## FACTORES DE RIESGO PARA ...

- [ ] 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 o 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 excretas.
- [ ] Inadecuada disposición de basuras.

Platino Control el ungres

## REGISTRO DE VACUNACIONES

| BIOLÓGICOS | Fecha Vacuna | 1a. | | 2a. | | Refuerzo | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | FECHA | | FECHA | | FECHA | |
| | | Cita | Vacuna | Cita | Vacuna | Cita | Vacuna |
| B.C.G. | | | | | | | |
| D.P.T | | | | | | | |
| Polio | | | | | | | |
| Pentavalente | | | | | | | |
| Fiebre Amarilla* | | | | | | | |
| Triple Viral | | | | | | | |
| Otra | | | | | | | |

*La zona endémica

## CITAS PROGRAMADAS

| AÑO | MES | DIA | HORA | CUMPLIO SI | CUMPLIO NO |
|---|---|---|---|---|---|
| 2024 | Abril | 06 | | ✓ | |
| 2024 | Julio | | | | |
| | agosto | | | | |
| 21 | septiembre | 01 | 8AM | ✓ | |
| 21 | octubre | | | | |
| 22 | Enero | 05 | | ✓ | |
| 22 | Marzo | | | | |
| 22 | Junio | 30 | | | |
| 22 | Diciembre | 26 | 10AM | ✓ | |
| 23 | Mayo | 28 | 9AM | ✓ | |
| 23 | Diciembre | | | | X |
| 24 | Enero | 24 | | ✓ | |
| 25 | Enero | 24 | | | |

Hospital SANTA TERESA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SANTA TERESA
NIT. 891 103 869-6
TESALIA - HUILA



# CARNE DE SALUD MENORES DE 7 AÑOS

Nombre: Valeria Montuli...
Fecha de Nacimiento: 16/Dic/2020
Registro Civil: 1074413370
Municipio: Tesalia
Dirección:
Barrio o Vereda:
Nombre del responsable del niño:
Historia Clínica No.
EPS/IPS: Coomeva

OGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

momento de nacer | Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

el primer mes de vida | Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

| d | Fecha de cita programada | Fecha en que asistió | Profesional que atendió |
|---|---|---|---|
| ses | | | |
| ses | | | |
| ses | | | |
| neses | | | |
| neses | | | |
| neses | | | |
| neses | | | |
| neses | | | |
| neses | | | |
| neses | | | |
| neses | | | |
| neses | | | |
| neses | | | |
| neses | | | |
| neses | | | |
| ) | | | |
| ) | | | |

os niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina
6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de
al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

| | Fecha | Edad | Fecha |
|---|---|---|---|
| | | 42 meses | |
| | | 48 meses | |
| | | 54 meses | |
| | | 60 meses | |
| | | 66 meses | |

os los niños se debe realizar toma de TSH al momento
r para estudio de hipotiroidismo.

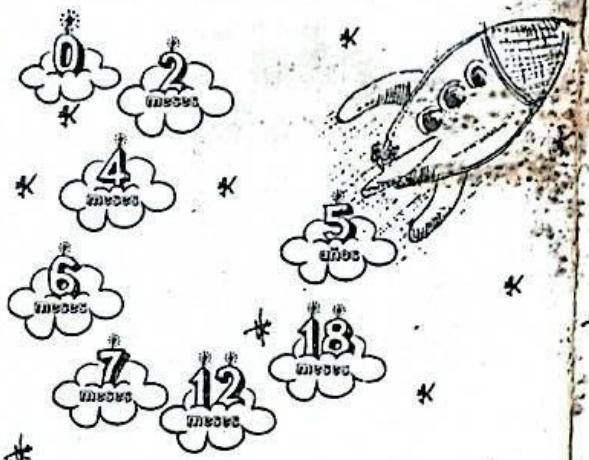
| | |
|---|---|
| ortado TSH: | |
| ificación: | |
| al que verificó: | |

**Exíjalo**

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.

## 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

AIEPI

de cero a Siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

# Vacunas al día, se la ponemos fácil

**CARNÉ DE VACUNACIÓN**

Nombre: Kiran Santiago Montealegre
Fecha de nacimiento: 26-Dic-20.
Nº de certificado de nacido vivo: 160281407
Registro civil: 1079413370
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 3365 Gramos.
Dirección: B. los pinos.
Teléfono: 3133709738
Responsable: Madelene Aldana
Municipio de residencia: Tesalia
Departamento: Huila
cc: 1004074821.

## Recuerda:

**Estas vacunas son gratuitas**



PROSPERIDAD PARA TODOS

Powered by CamScanner

mbre: ..... Regi... Civil: .....

| Edad | 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 | SI ☑ No ☐ | | | | | | |
| | Tuberculosis B.C.G. | Única | 28-12-20 | Serum | 03796215 | HOSP | | Nipi Vega |
| ién Nacido | Hepatitis B | Recién nacido | 26-12-20 | Serum | 03205002A | HOSP | 26 02 21 | Jefe Uribe |
| | Lactancia materna exclusiva | SI ☐ No ☐ | | | | | | Lina Quivano |
| | Polio (Oral - IM) | 1° | 03-03-21 | Sanofi | T3E691X | ESE Tesalia | | Lina Quivano |
| 2 Meses | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1° | 03-03-21 | Serum | 2B5D1008E | ESE Tesalia | | Lina Quivano |
| | Rotavirus | 1° | 03-03-21 | GSK | A0L478AA | ESE Tesalia | | Lina Quivano |
| | Neumococo | 1° | 03-03-21 | GSK | A3N32E0A | ESE Tesalia | | Lina Quivano |
| | Lactancia materna exclusiva | SI ☐ No ☐ | | | | | 29 04 21 | |
| | Polio (Oral - IM) | 2° | 04-05-21 | Sanofi | T3DE91X | ESE Tesalia | | Lina Quivano |
| 4 Meses | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2° | 04-05-21 | Serum | 2B5D1008E | ESE Tesalia | | Lina Quivano |
| | Rotavirus | 2° | 04-05-21 | GSK | A0L478EM | ESE Tesalia | | Lina Quivano |
| | Neumococo | 2° | 04-05-21 | GSK | A3N32E8A | ESE Tesalia | | Lina Quivano |
| | Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva. | | | | | | 29 06 21 | |
| 5 Meses | Polio (Oral - IM) | 3° | 04-08-21 | Biological | 20270007A | ESE Tesalia | | Lina Quivano |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 3° | 04-08-21 | Serum | 2B5D1021C | ESE Tesalia | | Lina Quivano |
| | Influenza | 1° | 24-08-21 | Sanofi | U3B8374V | ESE Tesalia | | Lina Quivano |
| 7 Meses | Influenza | 2° | 14-08-21 | Sanofi | U3B8374V | ESE Tesalia | 29 07 21 | Lina Quivano |
| | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | 1° | 17-02-22 | Serum | 0130012EA | ESE Tesalia | 26 12 22 | Lina Quivano |
| | Fiebre Amarilla | 1° | 10-09-22 | Sanofi | U3E37 | ESE Pareja | | Adriana Silva |
| 2 Meses | Neumococo | Refuerzo | 17-02-22 | GSK | A3N8B31BA | ESE Tesalia | | Lina Quivano |
| | Influenza | Anual | 10-09-22 | Biond | V5M2006 | ESE Pareja | | Adriana Silva |
| | Hepatitis A | ÚNICA | 17-02-22 | Merck | U019226 | ESE Tesalia | | Lina Quivano |
| 8 Meses | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1° Refuerzo | 10-09-22 | GSK | 2B4QU11B | ESE Pareja | | Adriana Silva |
| | Polio (Oral - IM) | 1° Refuerzo | 10-09-22 | Serum | 2127004 | ESE Pareja | | Adriana Silva |
| | Polio (Oral - IM) | 2° Refuerzo | | | | | | |
| 5 Años | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2° Refuerzo | | | | | | |
| | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | Refuerzo | | | | | | |
| Niñas Años o más | Varicela | 1° | 17-02-22 | Merck | U019268 | ESE Tesalia | | Lina Quivano |
| | | 2° | | | | | | |
| | VPH | 3° | | | | | | |
| acunas ementarias ras dosis | | | | | | | | |

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 limpielos las encias 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.

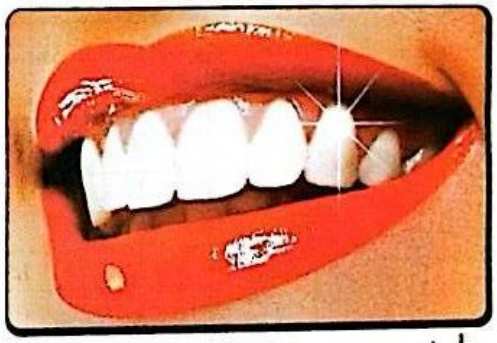
Cambie de cepillo dental cada 6 meses, utilice uno de cuerdo a tu edad.

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: Killian Santiago M.

DOC. DE IDENTIDAD: 1.079.413.370.

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 28-07-23 | ✓ | ✓ | | Barniz | PyP | Rx | Control | | 28-Enero-24 | |
| 12-12-2024 | ✓ | ✓ | | Barniz | ✓ | RP | Rx Control | 12-06-25 | | |

Viviana Son Cedeño
Higienista Oral
C.C. 1.007.490.292

Yuly Constanza Trujillo L.
Higienista Oral
Resolución 2507

Powered by CamScanner

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA<br>FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN | F2.P2.CE | 11/07/2024 |
|---|---|---|---|
| | | 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 Kilian Santiago Montealegre Aldana, identificado (a) con documento de identidad número 1299133730, 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, Madelene Aldana Gómez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004074821, 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_____, 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: Madelene Aldana Gómez
Nombre: Madelene Aldana Gómez
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3133709738
Fecha: 01/02/25
Municipio: Tesalia (H)

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.




Powered by CamScanner

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

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS Madelene Aldana Gómez, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio Chiquilladas. 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): Kilian Santago Montealegre con RC No 1079413370 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

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

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 01 del mes febrero del año 2025, en el Municipio de Tesalia (H).

Madelene Aldana Gómez
**PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR**

Liana Rocha
**MADRE COMUNITARIA**

Powered by CamScanner