VERIFIQUE QUE EL VALOR IMPRESO EN EL RECIBO CORRESPONDA AL VALOR ENTREGADO
Ot OFICINA Bs 53001 Ex 23702
AV CARACAS #11 13321

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

HCB: CHIQUILLADAS

USAURIO: LITZY SAMARA ROCHA USA NO. 1084871049



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		
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		

Powered by CamScanner

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

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 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	X		
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			

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.084.871.049

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61178328

61178328

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L Z A

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

REGISTRADURIA DE IQUIRA - COLOMBIA - HUILA - IQUIRA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ROCHA	USA

Nombre(s): LITZY SAMARA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes SEP Día 10	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA NEIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	23095210644128

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: ROCHA USA YULIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.084.869.609	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: ROCHA QUIBANO MARCO AURELIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 12.207.746	Marco A. Rocha Q.

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 2023 Mes SEP Día 22	MAGNOLIA GONGORA TRUJILLO - REGIS
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.084.869.609

ROCHA USA

APELLIDOS

YULIANA

NOMBRES

Yuliana Rocha Usa

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-NOV-1997

GARZON
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

04-DIC-2015 IQUIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1904600-01125690-F-1084869609-20200114 0069642206A 1 9911209756

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.080.421
USA COLMENARES

APELLIDOS
MARIA STELLA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-MAR-1973
MIRAFLORES
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

23-AGO-1991 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00026143-F-0052080421-20080721 0001350239A 1 1210012637

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 08/09/2025

Ficha: 41797123740600004559

C1

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: LITZY SAMARA

Apellidos: ROCHA USA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1084871049

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/04/2024

Última actualización ciudadano: 04/04/2024

Última actualización via registros administrativos: 06/04/2024

***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 - 31446476

Correo Electrónico: sisben@tesalia-huila.gov

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario

Powered by CamScanner

Sr(a): JORGE EDUARDO RAMOS GARCES
c.c. / Nit: 4896205
INSP PACARNI
Municipio: 797 TESALIA HUILA Ruta: 47970046550
Dirección Postal:
Ciclo: 72 Sector: 4-INSP. PACARNI

Su código de cuenta NI
372476207
Para cualquier consulta y pago electrónico

Factura de venta No.
87677895

Periodo	Periodo facturado	Pago total	Pago mínimo	Periodos vencidos
8 / 2025	15/07/25-14/08/25	$65,190	$65,190	1 meses

Datos de cuenta

Clase servicio	Residencial
Estrato	1-Bajo Bajo
Zona	OCCIDENTE
Nivel tensión	1-Secundaria
Carga instalada	700
Tipo liquidación	lectura
Nodo	T09797-PCNP

Costo unitario prestación del servicio

COMPONENTES ELECTROHUILA	
1 Comercialización	161.79
+ 2 Distribución	299.85
TOTAL ELECTROHUILA =	461.64
MERCADO ENERGÍA MAYORISTA	
3 Generación	394.29
+ 4 Transmisión	54.69
+ 5 Restricciones	79.77
+ 6 Pérdidas	79.46
TOTAL MERCADO MAYORISTA =	608.21
Costo unitario = ElectroHuila + Mercado	1069.84

Histórico de consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	7	72	2025	1	7
2025	6	71	2024	12	8
2025	5	77	2024	11	6
2025	4	67	2024	10	6
2025	3	64	2024	9	6
2025	2	71	2024	8	5

Promedio de la cuenta	Consumo mes año anterior
70	53

Conceptos ElectroHuila

Concepto		Valor
0	Deuda Capital	30,866
1	Deuda Interes Capital	105
21	Consumo Periodo	72,749
110	Interes moratorio	154
995	Subsidio	<43,505>

Cálculo actual del consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Cons
1-30831	ALD	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	13016	12948	1	6

Liquidación de consumo

Contador	Desde	Hasta	Consumo	Tarifa	Valor Real	Subsi/Contri	ValorCob
1	1	173	68 KW/h	$430.0557	$72,749	-60%	$29,244

TOTAL

Financiación ElectroHuila

Descripcion	Saldo

Tasa de interés 0%

CUFE 277f4583964fcabb5dded4f44cd61bcec9faf686f74c4493c50e06c9f7f02f613166cc32a452b87b
Numero de Factura Electronica EH-4306535 Numero de factura: 87677895

Fecha de emisión	Mi último pago fue	Tengo plazo de pagar hasta	Me quedo sin ser a partir de
16/08/2025	$68,130 08/07/2025	PAGO INMEDIATO	PAGO INM
		Vencimiento	Suspensión

Valor Energía ElectroHuila	+ Valor Servicio de Aseo	+ Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía)	+ Valor Otros Cobros	=
$60,369		$4,821	$0	$65,19 TOTAL A PAGAR

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: 3322

REPRESENTANTE LEGAL

AUTORRETENEDORES DE RENTA RESOLUCIÓN No. 5472002 DIAN AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN No. 18038038338 DE 03-05-2024 SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORRETENEDORES SEGÚN CIRCULAR 4 DEL 08/05/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA, ARTICULO 697 DEL ACUERDO 028 DE 2018

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS

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	1084871049
NOMBRES	LITZY SAMARA
APELLIDOS	ROCHA USA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	IQUIRA

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.	CONTRIBUTIVO	11/09/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/08/2025 19:31:05	**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**,

Powered by CamScanner

PACARNI-TESALIA HUILA 10 de septiembre del 2025

HCB

CHIQUILLADAS

MADRE COMUNITARIA

YULIANA ROCHA USA

NOTA

CORDIAL SALUDO

Por medio de este presente le informo que la niña LITZY SAMARA ROCHA USA identificada con RC 1084871049 tiene la salud en el municipio de IQUIRA- HUILA no hago cambio al municipio de TESALIA-HUILA porque la atención es mejor en el municipio que la tengo, pero nosotros vivimos en pacarni, quiero que tengan en cuenta eso y no me quiten el cupo de la niña ya que lo necesito.

GRACIAS POR SU COMPRENCIÓN

ATT:

Yuliana Rocha Usa

YULIANA ROCHA USA

MADRE

CC:1084869609

Powered by CamScanner

HOSPITAL
María Auxiliadora
E.S.E. IQUIRA - HUILA
COD 41350047401 Nit. 891.103.968-1



CARNÉ DE SALUD
NIÑAS DE 0 A 2 AÑOS

Nombres: Litzy Samary
Apellidos Rocha Usa
Fecha de Nacimiento 10-09-23
Registro Civil: 1084871049
Municipio: Iquira
Dirección: Pacami
Barrio o Vereda: B. Porvenir
Nombre del responsable de la niña: Yuliana Rocha Usa
Historia Clínica No:
Organismo de Salud:

ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS, CUANDO LOS AGENTES DE SALUD SE LO RECOMIENDEN

"Atención con Calidad"

Powered by CamScanner

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

AÑO	MES	DIA	PESO (Kg)	TALLA (cm)	PERÍMETRO BRAQUIAL(cm)
2023	12	14	6,4	62	16
2024	02	10	7.4	66	17.
2024	04	19	7,7	66.6	167
2024	07	06	8,06	70	16
2024	10	09	9,10	73	16
2025	04	16	9,5	79	16

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORAS	CUMPLIDO SI	CUMPLIDO NO	PERSONAL QUE ATENDIO
2023	12	14		X		
2024	02	10		X		
2024	04	19		X		
2024	07	06		X		
2024	10	09		X		
2025	04	16		X		
2025	10					

Powered by CamScanner

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

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

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

d	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
es							
eses							
eses							
eses							
eses							
neses							
neses							
neses							
os							
os							
os							

RTIFICACIÓN CON ICRONUTRIENTES

rega	D	M	A
rega	D	M	A
rega	D	M	A

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

IÓN EN SALUD BUCAL

de 6m	D	M	A
io	D	M	A
os	D	M	A
os	D	M	A
os	D	M	A
os	D	M	A

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

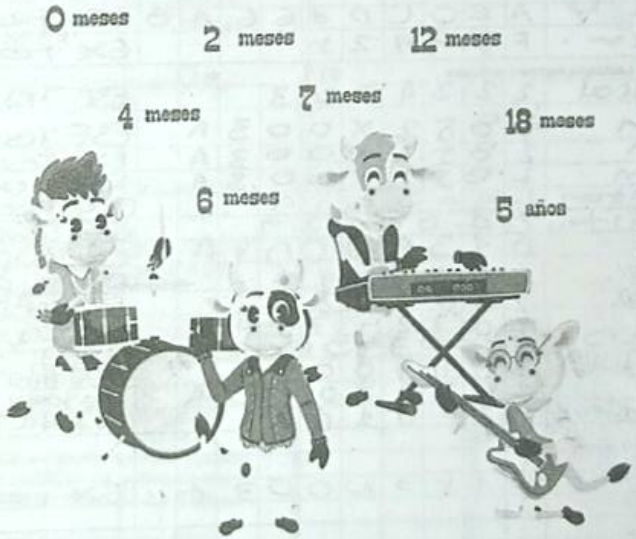
3 años	D		A				
4 años	D		A				
5 años	D		A				

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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



Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

Edcka Neo (3)

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Lilt24 Samara Rocha
Fecha de nacimiento: 10-Septiembre-2023
Nº de certificado de nacido vivo: 230952106AA128
Registro civil: 1084871049.
Sexo: Femenino.
Grupo sanguíneo: O (+) positiva
Peso al nacer: 2950 gr Talla: 47 cm
Dirección:
Teléfono 1: 322 3587618
Teléfono 2:
Responsable: Yuliana Rocha Usa.
Municipio de residencia: Iquira.
Departamento: Huila
C.C. 1084869609.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Tipo identificación: 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
		Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
Tuberculosis meningea (BCG)	Única	11	09	2023	Serum	8372MA0532	Casa Uros				Juliet Ar.
Hepatitis B	Recién nacido	11	09	2023	Serum	8322Y009B	Casa Uros	11	11	2023	Juliet Ar.
		Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
Poliomielitis (VIP)	1.°	10	11	23	Biological	22350 01	ESE Tesalia				
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°	10	11	23	Serum	2853X05B	ESE Tesalia				María Garces
Hepatitis B	1.°	10	11	23	Serum	2823X005B	ESE Tesalia				Aux. de Enfermeria
Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°	10	11	23		2823X005B					Res. 434
Diarrea por rotavirus	1.°	10	11		GSK.	AROLD466AB	ESE Tesalia				
Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	10	11	23	GSK.	FY9925	ESE Tesalia				
		Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						10/01/24.			
Poliomielitis (VIP)	2.°	12	01	24	Biological	22350 01	ESE Tesalia.				Lina Quinaro
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	12	01	24	Serum	2852X003A.	ESE Tesalia.				Lina Quinaro
Hepatitis B	2.°	12	01	24	Serum	2852X003A.	ESE Tesalia.				Lina Quinaro
Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°	12	01	24							
Diarrea por rotavirus	2.°	12	01	24	GSK.	AROLD466AB	ESE Tesalia				Lina Quinaro
Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	12	01	24.	pfizer.	FY9925	ESE Tesalia.				Lina Quinaro
		Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
Poliomielitis (VIP)	3.°	14	03	24	Biological	2234 003	ESE Tesalia				Kelly Garcia
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.°	14	03	24	Serum	2852X003A	ESE Tesalia				Kelly Garcia
Hepatitis B	3.°	14	03	24	Serum	2852X003A	ESE Tesalia				Kelly Garcia
Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°	14	03	24	Serum	2852X003A	ESE Tesalia				Kelly Garcia
Influenza estacional	1.°	24	05	24	Betantan	2 4 0 5 9 1 9	ESE Tesalia				Kelly Garcia
Influenza estacional	2.°	6	7	24	Butantan	2 4 0 0 9 2 9	ESE Tesalia				Kelly Garcia
Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	25	09	24	Serum	0133N004A	ESE IQUIPA				Linemans.
Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	25	09	24	Prevenar.	6X5139	ESE IQUIPA	10 Septiembre			Bicelly Polo
Varicela	2.°	25	09	24	Merck Sharp.	Y007622	ESE IQUIPA				Bicelly Polo
Hepatitis A	Única	25	09	24	Sinovac	20220704045	ESE IQUIPA				Bicelly Polo
Influenza estacional	Anual	06	06	25	Segirus	B1007E0E04.	ESE Tesalia				Bicelly Polo
Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.° refuerzo	29	03	25	BIOLOGICALS	2321702	ESE Santa Teresa				Lina
Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.° refuerzo	29	03	25	Serum	2823X013A	ESE Santa Teresa				
Fiebre amarilla	Única	29	03	25	Sanofi Pasteur	23F01688	ESE Santa Teresa				Lila R.
Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.° refuerzo										
Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo										
Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	29	03	25	Serum	0153N003A.	ESE Tesalia				Lila R.
Varicela	Refuerzo										
Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
	2.°										
	3.°										
Triple Viral	2dORF.	29	03	25	Serum	23F01688					
Triple Viral	2dORF.	29	03	25	Serum	0153N003A	ESE Santa Teresa				Lila R.

La lactancia materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Powered by CamScanner

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: Litzy Samara Rocha

DOC. DE IDENTIDAD: 1084871049

EPS - EPS Sanitas

Servicio: Salud Oral

Powered by CamScanner

FECHA	1a VEZ	CPB	OET	FLÚOR	SELLANTE	OPERATORIA	CIRUGÍA ORAL	ENDODONCIA	CONSULTA URGENCIA	TTO. YERMINADA
14-03-24	✓			Educacion Salud Oral.					14-04-24	Lcdy Constanza Trujillo C. Higienista Oral Resolución 1567 Hoja R.
4-10-2024				✓					04-11-25	
5-04-2025		✓		✓					05-10-25	

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 Liliana Rocha Usa, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio Cr. Gaitanes. 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): Leidy Samara Rojas con RC No 1084871049 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** 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 10 del mes Septiembre del año 2025, en el Municipio de Pacoti - Tesalia

Yuliana Rocha
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Yuliana Rocha
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 Lutzy Samara Rocha, identificado (a) con documento de identidad número 1064871049, 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	

Autorización - Uso imagen del titular:
Yo, Yuliana Rocha Usa, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1084869609, 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 la **Fundaciòn Grupo Libertad**, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Modalidad **HCB Comunitaria**

Suscriben:

Firma: YULIANA ROCHA
Nombre: Yuliana Rocha
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3223587618
Fecha: 10 SEPTIEMBRE 2025
Municipio: PACORA - 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.

Powered by CamScanner