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

HCB _NUBE LUZ__

USUARIO: _IDAM STHIFER QUINTERO LEYVA *RC No.* _*1079413571*__



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotocopia del Registro civil de nacimiento (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Fotocopia del criterio de focalización según la guía del ICBF. SISBEN- renovar cada 3 meses, o en su defecto Certificado de pertenencia a comunidad indígena, afrodescendientes, raizales, palanqueros, y ROM	Formalización del cupo	Actualización cada 3 meses	✓		
Para identificar lugar de residencia, fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia	✓		
Fotografía física, esta ira sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
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.	N/A		
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	N/A		
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	N/A		

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRADURIA 29691501-0

NUIP 1.079.413.571

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59256203

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
QUINTERO.....	LEYVA.....

Nombre(s)

IDAM STHIFER.....

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes MAY Día 19	MASCULINO.....	A.....	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.....	172944319.....

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

LEYVA NAVARRO DAYANA.....

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 1.081.394.715.....	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

QUINTERO VALENCIA JEISON JAVIER.....

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.412.721.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

QUINTERO VALENCIA JEISON JAVIER.....

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.079.412.721.....	Jeison Javier Quintero

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 2022 Mes JUN Día 01	DIOGENES ORTIZ BRAND - REGISTRADO Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL
TESALIA - HUILA
01-JUN-2022
FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL
Firma:
DIOGENES ORTIZ BRAND
Registrador MPAL del Estado Civil

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

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.081.394.715

Apellidos
LEYVA NAVARRO

Nombres
DAYANA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.66

Sexo
F

Fecha de nacimiento
12 OCT 2004

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
LA PLATA (HUILA)

Fecha y Lugar de expedición
27 OCT 2022, TESALIA

Firma

Fecha de expiración
27 OCT 2032



.CO

009342130

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL009342130019025<<<<<<<<<<
0410128F3210271COL1081394715<4
LEYVA<NAVARRO<<DAYANA<<<<<<<<<

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.079.412.721
QUINTERO VALENCIA
APELLIDOS
JEISON JAVIER
NOMBRES

Jeison Javier quint
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-ABR-1999
PIAMONTE (CAUCA)
PIAMONTE (CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
02-MAY-2017 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ÍNDICE DERECHO

P-1902500-00913099-M-1079412721-20170613 0055806407Q 1 48415950

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD NIT. 900027451-0	CÓDIGO: AG-DP-001	
	FORMATO DE AUTORIZACION ENTREGA Y RECOGIDA	Versión: 2	Pág. 1 - 1

Tesalia Huila, 03 - 02 - 2025

Señores
Fundacion Grupo Libertad.
La ciudad

ASUNTO: AUTORIZACION PARA LA ENTREGA Y RECOGIDA DE MI HIJO

Cordial saludo,

Yo, Dayana leyva Navarro como madre de familia, identificada con la cédula de ciudadanía número 1081394715 y Jeison Javier Quintero como padre de familia, identificado con la cédula de ciudadanía número 1079412721; **AUTORIZO** a las siguientes personas:

Yendis Maria Navarro c.c. 26471571
Jeison Javier Quintero C.c. 1079412721
Dayana leyva Navarro C.c. 1081394715

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) Idam Sthifer Quintero leyva de la profesora Yenny C Monje P..

Se entrega copia de las cedulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

Dayana leyva Navarro

carrera 2 No 2 sur-14
contabilidadgrupolibertad@gmail.com
CEL: 3116328780
Tarqui Huila

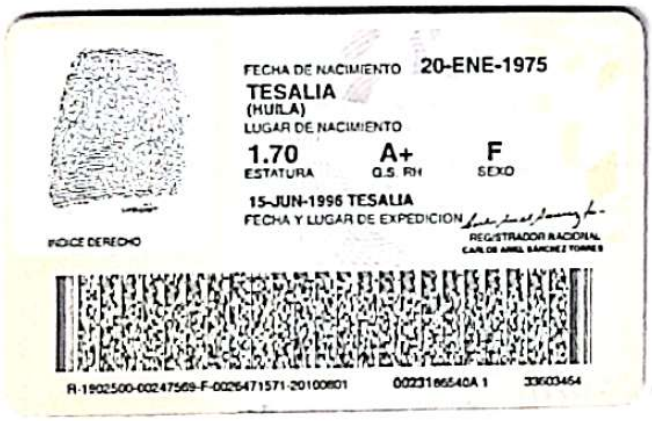
Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.471.571
NAVARRO OSPINA
APELLIDOS
YENDIS MARIA
NOMBRES

Yendis Maria Navarro O
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-ENE-1975
TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
15-JUN-1996 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

R-1902500-00247569-F-0026471571-20100801 0023186540A 1 33603464

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 04/11/2025

Ficha: 41797124840600001089

A4

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: IDAM STHIFER

Apellidos: QUINTERO LEYVA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079413571

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/03/2025

Última actualización ciudadano: 11/03/2025

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

A1→A5	B1→B7	C1→C18	D1→D21
Pobreza extrema	Pobreza moderada	Vulnerabilidad	Ni pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: DANIELA VALENTINA MUÑOZ LOPEZ

Dirección: Carrera 9 No 6 - 11

Teléfono: 8377022 - 3144647676

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

Powered by CamScanner

electroHuila

Electrificadora del Huila S.A ESP
NIT. 891.180.084-1

c.c. / Nit: 26471571
BARRIO MARLIO CABRER
Municipio: 797 TESALIA HUILA Ruta: 47970043090
Dirección Postal:
Ciclo: 72 Sector: 4-INSP. PACARNI

Su código de cuenta NIU
669218046
Para cualquier consulta y pago electrónico

Factura de venta No.
86045073

Periodo	Periodo facturado	Pago total	Pago mínimo	Periodos vencidos
4 / 2025	14/03/25-14/04/25	$3,620	$3,620	0 meses

Datos de cuenta

Clase servicio	Residencial
Estrato	1-Bajo Bajo
Zona	OCCIDENTE
Nivel tensión	1-Secundaria
Carga instalada	45
Tipo liquidación	lectura
Nodo	T12810-PCNP

Costo unitario prestación del servicio

COMPONENTES ELECTROHUILA	
1 Comercialización +	154.14
2 Distribución	272.98
TOTAL ELECTROHUILA =	427.12
MERCADO ENERGÍA MAYORISTA	
3 Generación +	388.6
4 Transmisión +	49.85
5 Restricciones +	14.69
6 Pérdidas	88.84
TOTAL MERCADO MAYORISTA =	541.98
Costo unitario ElectroHuila + Mercado =	969.1

Histórico de consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	3	12	2024	9	58
2025	2	45	2024	8	42
2025	1	50	2024	7	51
2024	12	60	2024	6	35
2024	11	53	2024	5	33
2024	10	61	2024	4	32

Promedio de la cuenta	Consumo mes año anterior
48	32

Conceptos ElectroHuila

Concepto		Valor
21	Consumo Periodo	7,753
607	Ajuste Decena	1
995	Subsidio	<4,402>

Cálculo actual del consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-8116439	SP	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	7805	7797	1	8

Liquidación de consumo

Contador	Desde	Hasta	Consumo	Tarifa	Valor Real	Subsi/Contri	ValorCobrar
1	1	173	8 KW/h	$418.8847	$7.753	-57%	$3.351

TOTAL

Financiación ElectroHuila

Descripcion	Saldo

Tasa de interés 0%

CUFE f94ea4d7efe0ba66087da291a5780664e91feeb33b06ddc25906f952c4dc57ca6754e66128d649a7e6cdf4
Numero de Factura Electronica EH-2834360 Numero de factura: 86045073

Fecha de emisión	Mi último pago fue	Tengo plazo de pagar hasta	Me quedo sin servicio a partir de
19/04/2025	$5,390 26/03/2025	29/04/2025 Vencimiento	Suspensión

Valor Energía ElectroHuila	+ Valor Servicio de Aseo	+ Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía)	+ Valor Otros Cobros	=
$3,352		$268	$0	$3,620 TOTAL A PAGAR

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

¡Escanea! paga en línea

Pag. 2925

(415)7707274499679(8020)0669218046(3900)0000003620(96)20250429

LA PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO EN VIRTUD DEL ARTICULO 130 DE LA LEY 142 DE 1994 MODIFICADA ART. 18 LEY 689 DE 2001

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS 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	1079413571
NOMBRES	IDAM STHIFER
APELLIDOS	QUINTERO LEYVA
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. -CM	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/04/2025 22:45:00	**Estación de origen:**	192.168.70.220

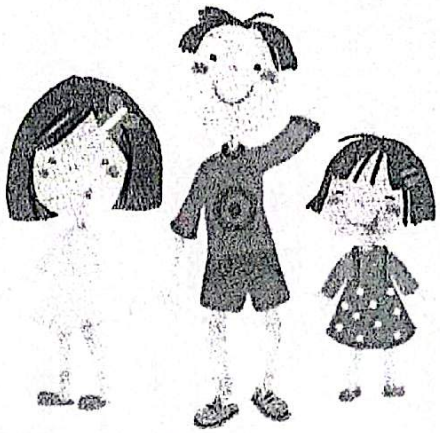
La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la 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

Powered by CamScanner

Idam Sthifer Quintero

E.S.E. Hospital SANTATERESA Tesalia Huila



Mis controles

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

Fecha de Atención	Edad	Peso	Talla	PC	Próximo Control	Responsable del Control
19/01/24	20m	10kg	85cm	45	Mayo 24 Medico	Karolina Cabrera F. Enfermera Jefe T.P. 1,007.821.214
11/06/24	2 A	11.8	80c	42	Dic Jefe	Dra. Erika Ballon O. MEDICINA GENERAL ELAM RM: 442052
28/01/25	2 AÑOS 8 meses	12.9	88cm	PC 45cm Pb 15cm	Enero Medico	C.C 1.014.27[illegible]367 Enfermera
30/07/25	3 años 2 meses	11.6kg	91cm	PC:45 Pb:14	Julio 2026	Harold Ayala P. MEDICO UNIMETRO R.M 1042972804

29-07 Proximo control

Observaciones: _____

_____

Interconsultas: _____

_____

Powered by CamScanner

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO

Tamizaje Neonatal	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)

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
1 a 3 meses							
1 a 5 meses							
1 a 8 meses							
1 a 11 meses							
1 a 17 meses							
1 a 23 meses							
1 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

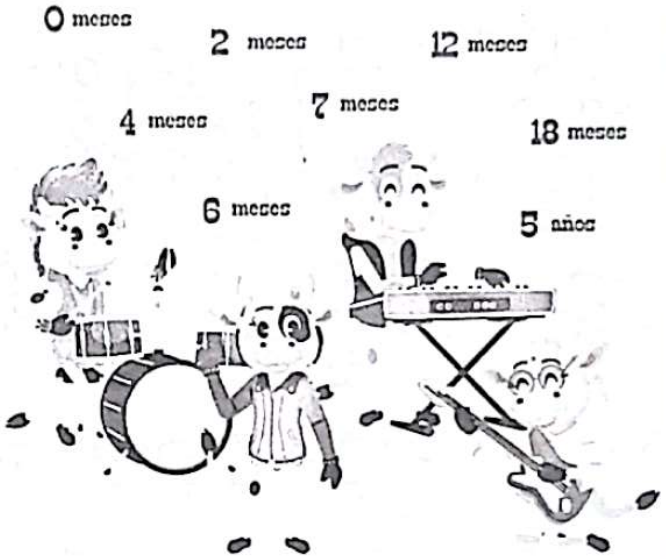
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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



Ministerio de Salud y Protección Social

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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Isam Sthifer Quintero
Fecha de nacimiento: 19-Mayo-2022
Nº de certificado de nacido vivo: 17 29 44319
Registro civil: 1079413571.
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: A (+).
Peso al nacer: 3430 Talla: 49cm
Dirección: El Moral
Teléfono 1: 3168004974
Teléfono 2:
Responsable: Dayana Leiva Navarro
Municipio de residencia: Tesalia
Departamento: Huila.
CC: 1081394715.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: **Tipo Identificación:** **No. ID:**

Edad	Mecanismo de protección	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	20	05	2022	Serum	037DMA090	HDSP	19	julio	22	[illegible]
	Hepatitis B	Recién nacido	19	05	2022	Serum	037DXO170	HDSP				Jairobus
2 meses			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	19	07	22	Biological	21210004	ESE Tesalia				Lina Quivano
PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	19	07	22	Serum	285 1X007D.	ESE Tesalia				Lina Quivano
PENTAVALENTE	Hepatitis B	1.ª	19	07	22	Serum	285 1X007D.	ESE Tesalia				Lina Quivano
PENTAVALENTE	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	19	07	22							
	Diarrea por rotavirus	1.ª	19	07	22	GSK.	AR01D041AD.	ESE Tesalia				Lina Quivano
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	19	07	22.	Prevenar	FR4897	ESE Tesalia				Lina Quivano
4 meses			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	20	09	22.	Biological	21210004.	ESE Tesalia.				Lina Quivano
PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	20	09	22	Serum	285 1Y022B.	ESE Tesalia				Lina Quivano
PENTAVALENTE	Hepatitis B	2.ª	20	09	22	Serum.	285 1Y022B.	ESE Tesalia				Lina Quivano
PENTAVALENTE	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	20	09	22			ESE Tesalia				
	Diarrea por rotavirus	2.ª	20	09	22.	GSK.	AR01D050AB	ESE Tesalia				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	20	09	22	Prevenar	FR4897.	ESE Tesalia				Lina Quivano.
6 meses			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	30	11	22	Biological	21410115	ESE Tesalia				Maria J Garcés
PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	30	11	22	Serum	285 1X021D	ESE Tesalia				Maria J Garcés
PENTAVALENTE	Hepatitis B	3.ª	30	11	22	Serum.	285 1X021D	ESE Tesalia				Maria J Garcés
PENTAVALENTE	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	30	11	22	Serum.	225 1X021D.	ESE Tesalia				Mª José Garcés,
	Influenza estacional	1.ª	26	05	23	Green cross	V550523001	ESE Tesalia				Lina Quivano
7 meses	Influenza estacional	2.ª	06	07	23	Green cross	V550523004	ESE Tesalia				Ma José Garcés
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	26	05	23	Serum	013 1L092A.	ESE Tesalia				Lina Quivano
12 meses	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	26	05	23	Serum.	F4992 5	ESE Tesalia				Lina Quivano
12 meses	Varicela	2.ª	26	05	23	Merck	W0255880.	ESE Tesalia				Lina Quivano
12 meses	Hepatitis A.	Única	26	05	23	Serum	20220100 5	ESE Tesalia				Lina Quivano
12 meses	Influenza estacional	Anual	16	12	23	Green Cross	V550523004.	ESE Tesalia				
18 meses	Poliomielitis (VIP ☒ VOPb ☐)	1.º refuerzo	16	12	23	Serum	2350001.	ESE Tesalia				
18 meses	PENTAVALENTE	1.º refuerzo	16	12	23	Serum	285 2X003B.	ESE Tesalia				
18 meses	Fiebre amarilla	Única	16	12	23	SANOFI	W3W50.	ESE Tesalia				
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
5 años	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	16	12	23	Serum.	0153 P001A	ESE Tesalia				Lina Q.
5 años	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis	Sarampión y Rubeola	A	22	06	24	Serum	01 22W 108	ESE Tesalia				[illegible]

La leche 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
Una Mejora Cultura en Salud

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

CUIDEMOS NUESTRA SONRISA



NOMBRE: Idam Stiper Quintero.

DOC. DE IDENTIDAD: 1.079.413.571

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
[illegible]	✓			Barniz	PyP	Prox	Control		13-07-23	Biviana Son Cedeño Higienista Oral C.C. 1.007.490.292
21-07-23				Barniz	PyP	Prox	Control		21-Enero-24	Biviana Son Cedeño Higienista Oral C.C. 1.003.490.292
18-01-24				Barniz		PyP		prox: Control	18-07-24	Yuly Constanza Trujillo C. Higienista Oral Resolución 2597
27-07-24	✓	✓		Barniz	PyP	Prox	Control		27-01-25	Yuly Constanza Trujillo C. Higienista Oral Resolución 2597
08-01-25	✓	✓		Barniz	PyP	Prox	Control		28-07-25	Yuly Constanza Trujillo C. Higienista Oral Resolución 2597
25-07-25	✓	✓		Barniz	✓	PyP	Prox	Control	25-01-26	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 Nube Luz, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio Fundación 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): Idan Sthifer Quintero Leyva con RC No 1079413571 Para ello me comprometo a:

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

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

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

Powered by CamScanner

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

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el día 05 del mes Febrero del año 2025, en el Municipio de Tesalia.

Dayana Tequia Navarro
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Yeinzy Monje
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

HOJA DE REGISTRO INDIVIDUAL

de cero a siempre

Ciudad Tesalia

Nombre de la niña o niño Idam Sthifer Quintero Leyva

Fecha de nacimiento Día 19 Mes 05 Año 2022

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○

Primera Valoración

Nombre del observador Yeinzy Carolina Monje Perez

Fecha de valoración Día 21 Mes 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 año 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 🟨 **Resultado de la valoración**
En proceso ○ Esperado 🟡 Avanzado ○

Observaciones generales
El niño se encuentra en el nivel esperado ya que cumple los items relacionados dentro de su rango de edad

Acciones a realizar para potenciar el desarrollo en el caso de perfil en riesgo

Segunda Valoración

Nombre del observador Yeinzy C Monje P.

Fecha de valoración Día 21 Mes 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 año 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 🟦 **Resultado de la valoración**
En proceso ○ Esperado 🔵 Avanzado ○

Observaciones generales
El niño se encuentra en el nivel esperado ya que cumple los items relacionados dentro de su rango de edad

Acciones a realizar para potenciar el desarrollo en el caso de perfil en riesgo

Tercera Valoración

Nombre del observador Yeinzy C Monje P.

Fecha de valoración Día 29 Mes 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 año 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 🟥 **Resultado de la valoración**
En proceso ○ Esperado 🔴 Avanzado ○

Observaciones generales
El niño se encuentra en el nivel esperado ya que cumple los items relacionados dentro de su rango de edad.

Acciones a realizar para potenciar el desarrollo en el caso de perfil en riesgo

Powered by CamScanner

	Relación con los demas															Relación consigo mismo												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 y de género			Social																	
Valoración ⇨	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	①②③	①②③	①②③	④⑤	④⑤	④⑤	⑥⑦	⑥⑦	⑥⑦	⑧⑨	⑧⑨	⑧⑨	⑩	⑩	⑩	⑪⑫⑬	⑪⑫⑬	⑪⑫⑬	⑭⑮	⑭⑮	⑭⑮	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑲⑳㉑㉒	⑲⑳㉑㉒	⑲⑳㉑㉒	㉓	㉓	㉓	㉔	㉔	㉔	㉕	㉕	㉕
6 meses y 1 día a 12 meses	①②	①②	①②	③④	③④	③④	⑤⑥⑦⑧	⑤⑥⑦⑧	⑤⑥⑦⑧	⑨⑩	⑨⑩	⑨⑩	⑪⑫⑬⑭	⑪⑫⑬⑭	⑪⑫⑬⑭	⑮⑯⑰⑱	⑮⑯⑰⑱	⑮⑯⑰⑱	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	㉒	㉒	㉒	㉓㉔㉕㉖	㉓㉔㉕㉖	㉓㉔㉕㉖	㉗㉘	㉗㉘	㉗㉘	㉙㉚㉛	㉙㉚㉛	㉙㉚㉛	㉜㉝	㉜㉝	㉜㉝
1 año y 1 día a 2 años	①②	①②	①②	③④⑤	③④⑤	③④⑤	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑨⑩	⑨⑩	⑨⑩	⑪⑫	⑪⑫	⑪⑫	⑬⑭	⑬⑭	⑬⑭	⑮⑯	⑮⑯	⑪⑯	⑰⑱⑲	⑰⑱⑲	⑰⑱⑲	⑳㉑	⑳㉑	⑳㉑	㉒㉓	㉒㉓	㉒㉓	㉔	㉔	㉔	㉕㉖	㉕㉖	㉕㉖
2 años y 1 día a 3 años	①②③	①②③	①②③	④⑤	④⑤	④⑤	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑨	⑨	⑨	⑩⑪⑫	⑩⑪⑫	⑩⑪⑫	⑬⑭	⑬⑭	⑬⑭	⑮	⑮	⑮	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	㉒㉓㉔	㉒㉓㉔	㉒㉓㉔	㉕㉖	㉕㉖	㉕㉖	㉗	㉗	㉗
3 años y 1 día a 4 años	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑨⑩⑪	⑨⑩⑪	⑨⑩⑪	⑫	⑫	⑫	⑬⑭⑮⑯	⑬⑭⑮⑯	⑬⑭⑮⑯	⑰⑱	⑰⑱	⑰⑱	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	㉒㉓㉔㉕	㉒㉓㉔㉕	㉒㉓㉔㉕	㉖㉗	㉖㉗	㉖㉗	㉘㉙㉚	㉘㉙㉚	㉘㉙㉚	㉛㉜㉝㉞	㉛㉜㉝㉞	㉛㉜㉝㉞	㉕㉖	㉕㉖	㉕㉖
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	①②	①②	①②	③	③	③	④⑤	④⑤	④⑤	⑥⑦	⑥⑦	⑥⑦	⑧	⑧	⑧	⑨⑩	⑨⑩	⑨⑩	⑪⑫	⑪⑫	⑪⑫	⑬⑭	⑬⑭	⑬⑭	⑮	⑮	⑮	⑯⑰	⑯⑰	⑯⑰	⑱	⑱	⑱	⑲	⑲	⑲

Pocesos y subprocesos Fundamentales

Pocesos y subprocesos no fundamentales

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA 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 Idam Sthifer Quintero Leiva, identificado (a) con documento de identidad número 1079413571, 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, Dayana Leyva Navarro, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1081394715, 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 Nube Luz, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa HCB Comunitario

Suscriben:

Firma: Dayana Leyva Navarro
Nombre: Dayana Leyva Navarro
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3163132049
Fecha: 03-02-2025
Municipio: Tesalia

Powered by CamScanner