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

HCB _NUBE LUZ__

USUARIO: _JUAN PABLO RAMOS ANACONA *RC No.* _*1081427790*__



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

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 2437684

NUIP 1.081.427.790

Tipo de certificado	Datos Esenciales	Acreditar Parentesco
	☐	X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
RAMOS ANACONA JUAN PABLO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)									Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	2	Mes	D	I	C	Día 0 1	MASCULINO	A +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA HUILA NEIVA

Fecha de Inscripción (Mes en letras)										Indicativo serial
Año	2	0	2	2	Mes	D	I	C	Día 2 6	0060374232

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
ANACONA AMBITO ALGENIS

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.061.222.397	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
RAMOS SILVA KENNEDY

Documento de Identificacion (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 12.241.219	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
ANACONA AMBITO ALGENIS

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.061.222.397

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA HUILA LA PLATA — Código: L 5 B

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2 0 2 2 Mes D I C Día 2 6

Nombre y firma del funcionario

NAIR ADRIANA [illegible] PIZO
Registrador del Estado Civil

REGISTRADURÍA

Adhesivo Copia Registro Civil
33402909-3

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.061.222.397
ANACONA AMBITO

APELLIDOS
ALGENIS

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-MAR-1991
INZA
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

03-NOV-2009 INZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1904900-00302375-F-1061222397-20120810 0030778317A 1 7091843914

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

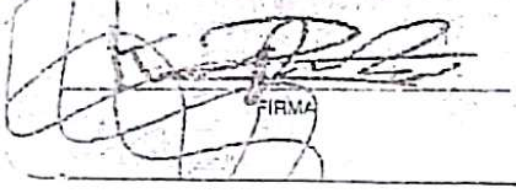
NUMERO 12.241.219

RAMOS SILVA

APELLIDOS

KENNEDY

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-OCT-1976

ACEVEDO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

27-ABR-1995 PITALITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1103100-00130060-M-0012241219-20091120 0006476262A 1 27841398

Powered by CamScanner

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

Tesalia huila, 13-02-2025

Señores
Fundacion Grupo Libertad.
La ciudad

ASUNTO: AUTORIZACION PARA LA ENTREGA Y RECOGIDA DE MI HIJO

Cordial saludo,

Yo, Algenis Anacona Ambito como madre de familia, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.061222397 y Kenedy Ramos Silva como padre de familia, identificado con la cédula de ciudadanía número 12241219; **AUTORIZO** a las siguientes personas:

Kennedy R. S. c.c. 12.241219.
Yury Andrea Moralanda C.c. 1117960816
_____ C.c. _____

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) Juan pablo Ramos Anacona de la profesora Yeiny Mosquera.

Se entrega copia de las cedulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

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

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.117.960.816

MARULANDA MORA

APELLIDOS

YURY ANDREA

NOMBRES

Yury Andrea marulanda

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-DIC-2001

CARTAGENA DEL CHAIRA
(CAQUETA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

02-MAR-2020 LA ARGENTINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1904700-01141303-F-1117960816-20200605 0070885341A 1 56002755

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 04/11/2025

Ficha: 41378053503400001149

A1

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JUAN PABLO

Apellidos: RAMOS ANACONA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1081427790

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/06/2023

Última actualización ciudadano: 11/07/2023

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

*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: CARLOS ANDERSON ACOSTA VALDEZ

Dirección: Calle 6 No 3 - 52

Teléfono: 3176617965

Correo Electrónico: administradorsisben@laargentina-huila.gov.co

¡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

Powered by CamScanner

ElectroHuila

Transmisiones Buena Energía
Electrificadora del Huila S.A. ESP
NIT. 891.180.001 - 1

Sr(a) : ROJAS DELIO
c.c. / Nit: 201456
CL 8 # 8-12
Municipio: 797 TESALIA HUILA Ruta: 47970045050
Dirección Postal:
Ciclo: 72 Sector: 4-INSP. PACARNI

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
297570402
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
84870097
Fecha De Emisión
20/01/2025

Periodo:	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
1 / 2025	16/12/24-15/01/25	$49,850	$49,850	0 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial
Nivel Tensión: 1-Secundaria
Tipo Liqui.: lectura
Estrato: 2-Bajo
Carga Instalada: 1000 W
Zona: OCCIDENTE
Nodo: T12966-PCNP

COSTO UNITARIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

Generación	419.14
Transmisión	55.37
Distribución	263.15
Restricciones	3.47
Pérdidas	96.01
Comercialización	145.39
Costo Unitario	982.52
Tarifa Aplicada	982.5245

Indicadores De Calidad Individual

Cálculos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-16412536	NOA	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	10669	10581	1	88

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	86.462
995	Subsidio	<41.144>

Últimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2024	12	103	2024	6	108
2024	11	102	2024	5	93
2024	10	99	2024	4	109
2024	9	105	2024	3	95
2024	8	100	2024	2	102
2024	7	91	2024	1	46

Promedio Cuenta	Consumo Año Anterior
100	46

Indicadores De Calidad Individual Retroactivo

Nodo 6580315 Grupo Calida	31
Horas a compensar	
Compensacion por evento	
Meta Calidad opr Duración	81.0
Meta calidad por eventos	2
Eventos acmulados año	4
Duracion acumulador año	20.2
Consumo a compensar	0
Cargo distribución	266.

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	173	88.0	514.977	$45.318

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Tasa de Interés 0.00 %

Total cuota Financiación 0

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$0
Total Electrohuila	$45,318
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	$4,532
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$49,850

CUFE 2cf1a8468a7bf3f90325e1355c844d11f9a82f88cdd1aece5e370be03153e70d05f9387279686d0f57196d3fe3ab8338

FOES

Kwh $/Kwh Total N. Fact

Último Pago

$58,460
21/12/2024
Emitida Por: HDEVIA
Pag: 3137

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

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

Línea de transparencia

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

(415)7707274499679(8020)0297570402(3900)0000049850(96)20250129

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

Powered by CamScanner

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	1081427790
NOMBRES	JUAN PABLO
APELLIDOS	RAMOS ANACONA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA PLATA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	02/12/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/04/2025 23:31:50	**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

Powered by CamScanner

DATOS DEL RECIEN NACIDO
QUIEN SOY

Nombres y apellidos: Juan Pablo Ramos A.

Identificación: 1081427790 EPS: _____

Fecha de nacimiento: Día: 01 Mes: 12 Año: 2022

Edad: _____ Días: _____ Mese s: _____ Años: ____ Sexo: M

Recién Nacido: Pretermino: ___ A termino: ___ Edad Gestacional: 36 1.

Embarazo: Único: ____ Múltiple: _____ No de Gestaciones_____

Peso: 1920 Kg. Talla: 45 cm. Perímetro Cefálico: 31.5 cm.

Tipo de sangre: A+ Lugar que ocupa entre los hermanos: 4

TSH: _____ Serología: _____

Nombre de la Madre: _____ Ocupación: _____

Nombre del Padre: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Alimentación: Lactancia materna exclusiva: Si: _____ No: _____

Powered by CamScanner

CITAS DE CONTROL

DIA	MES	AÑO	HORA	PROFESIONAL
13	Julio	2023	~~ENF~~	
14	Octubre	2023	NO.	Alejandra Granja González Enfermera C.C. 1.152.695....
28	Octubre	2023		
06	Diciembre	2023	202 Bco	
04	Julio	2024	ENF.	
~~10~~	Enero	2025	MED	Enfermera Jefe CIRUJANO UdeA CMEDICO Y RM 1007348370
	Junio	2025	ENF	
04	Julio	2025	Enf	Juan U.
04	Julio	2026	Med	

Powered by CamScanner

3132100255 - Una Q

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resultado 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							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años	D	M	A		
4 años	D	M	A		
5 años	D	M	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)

Cita:

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Juan Pablo · Ramos Arroyo
Fecha de nacimiento: 12/ Diciembre/2022
Nº de certificado de nacido vivo: 7-2125010220882
Registro civil: 1081427790 Santos.
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: A+ Sin Eqli: 3E
Peso al nacer: 1920 Gramos Talla: 45 cm
Dirección: Primavera Losada. C117N 4-24.
Teléfono 1: 3205641451.
Teléfono 2:
Responsable: Agenis Amorosa Ambito
Municipio de residencia: La Argentina
Departamento: Huila
CC. 1081222.397.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Jeidy
3115287104.

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Juan pablo Ramos Anacona — Tipo Identificación: — No. ID:

Edad	Vacuna que protege contra		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	Tuberculosis meníngea (BCG)		Única	14	12	2022	Serum	037 1 MA 031	CASA UROS				JSWEYDA ARIAS
	Hepatitis B		Recién nacido	03	12	2022	SERUM	037 1 R 01 BB	CASA UROS	03	02	2022	JSWEYDA ARIAS
2 meses				Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)		1.ª	01	02	23	BIOMANBIO	22C 6012A - -	ESE Juan Ramos	01	04	23	Leidy Rebayo
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	01	02	23	Serum	2E5 1 X 021 E -	ESE Juan Ramos	01	04	23	Leidy Rebayo
		Hepatitis B	1.ª	01	02	23	Serum	2E5 1 X 021 E -	ESE Juan Ramos	01	04	23	Leidy Rebayo
		Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	01	02	23	Serum	2E5 1 X 021 E -	ESE Juan Ramos	01	04	23	Leidy Rebayo
	Diarrea por rotavirus		1.ª	01	02	23	GlaxoSmithK	AE6 C 09 1 A A	ESE Juan Ramos	01	04	23	Leidy Rebayo
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		1.ª	01	02	23		FE4 8 95 - - - -	ESE Juan Ramo	01	04	23	Leidy Rebayo
4 meses				Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)		2.ª	22	04	23	BIOMANBIO	220 6012A - -	E.S.E Juan				Leidy Rebayo
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	22	04	23	Serum	2E5 1 X 040 C -	E.S.E Juan				Leidy Rebayo
		Hepatitis B	2.ª	22	04	23	Serum	2E5 1 X 040 C -	E.S.E Juan				Leidy Rebayo
		Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	22	04	23	Serum	2E5 1 X 040 C -	ESE Juan				Leidy Rebayo
	Diarrea por rotavirus		2.ª	22	04	23	GlaxoSmith	AE6 C 09 1 A A	ESE Juan				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		2.ª	22	04	23	Pfizer	FY1 99 25 - - - -	ESE Juan				
6 meses				Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)		3.ª	05	07	23	Biological	220 7005	ESE Tesalia				
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	05	07	23	Serum	285 1 X 040 C	ESE Tesalia				Maria Garces
		Hepatitis B	3.ª	05	07	23	Serum	285 1 X 040 C	ESE Tesalia				Aux. de Enfermeria
		Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	05	07	23	Serum	285 1 X 040 C	ESE Tesalia				Res. 434
	Influenza estacional		1.ª	05	07	23	GSK	V5 0 5 230 0 9	ESE Tesalia				Lina Quiceno
7 meses	Influenza estacional		2.ª	11	09	23	Green Cross	VI 0 5 23 00 9	ESE Tesalia				Lina Quiceno
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		1.ª	16	12	23	Green	015 3 N 90 1 A.	ESE Tesalia				Lina Quiceno
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		Refuerzo	16	12	23	Serum	T4 9 92 5	ESE Tesalia				Lina Quiceno
	Varicela		2.ª	16	12	23	Serum	X0 9 6537	ESE Tesalia				Lina Quiceno
	Hepatitis A		Única	16	12	23	Serum	20 2 20 1 005	ESE SAN SEBASTIAN				Maria Yicela Salazar
	Influenza estacional		Anual	21 AGO 2024			BUTANTAN	24 20 09 7 9 0 0	ESE SAN SEBASTIAN				Maria Yicela Salazar
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)		1.º refuerzo	21 AGO 2024			Serum	23 0 8 0 1 6	ESE SAN SEBASTIAN				Maria Yicela Salazar
Pente	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		1.º refuerzo	21 AGO 2024			Serum	28 5 2 4 0 1 3 C.	ESE SAN SEBASTIAN	5 años			
	Fiebre amarilla		Única	21 AGO 2024			SANOFI	X3A 5 8 1 V.	ESE SAN SEBASTIAN				
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)		2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		2.ª	21 AGO 2024			Serum	053 N 0 03 A.	ESE SAN SEBASTIAN				Maria Yicela Salazar
	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													

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

PIDE TU CITA

LA PLATA **CALL CENTER**

3235639250

Horario de asignación de citas

Mañana: 6:30 a.m. a 12:00 a.m.
Días: De Lunes a Viernes

Tarde: 1:30 p.m. a 5:00 p.m.
Días: Lunes a Viernes

Sábado: 6:30 a.m. a 11:00 a.m.

Belén **318-3208889**

7:00 a.m. a 5:00 p.m.
Días: De Lunes a Viernes

E.S.E San Sebastián

Siempre cuidando su sonrisa

San Sebastian

E.S.E. SAN SEBASTIAN	CODIGO	APS-ED-08
LA PLATA HUILA	VERSION	01-003
Int. 813.002.872-4	APROBACIÓN	2016

CARNET

PREVENCIÓN SALUD BUCAL



Nombres y Apellidos: Juan Pablo Ramos

No. De Documento: 1081427790 Tipo de Doc: RC

Fecha de Nacimiento: 1-12-23 Edad: 1

EPS: Sanitas

Dirección o Vereda: B/ Nuevo Inca

Teléfono:

Powered by CamScanner

PROCEDIMIENTO	Fecha de Atención			Próxima Cita		
	D	M	A	D	M	A
[illegible]	6	12	23	6	06	24
[illegible]	28	11	24	28	05	25
[illegible]	25	06	25	25	12	25

8/8/ DA

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 fundacion 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): Juan pablo R. A. con RC No 1.081427790. 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 dia 13 del mes Febrero del año 2025, en el Municipio de Tocaima.

PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

HOJA DE REGISTRO INDIVIDUAL

de cero a siempre

Ciudad Tesalia

Nombre de la niña o niño Juan Pablo Ramos Anacona

Fecha de nacimiento Día 01 Mes 12 Año 2022

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○

Primera Valoración

Nombre del observador Yenny 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 Yenny 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 Yenny C Monje P.

Fecha de valoración Día 29 Mes 10 Año 2025

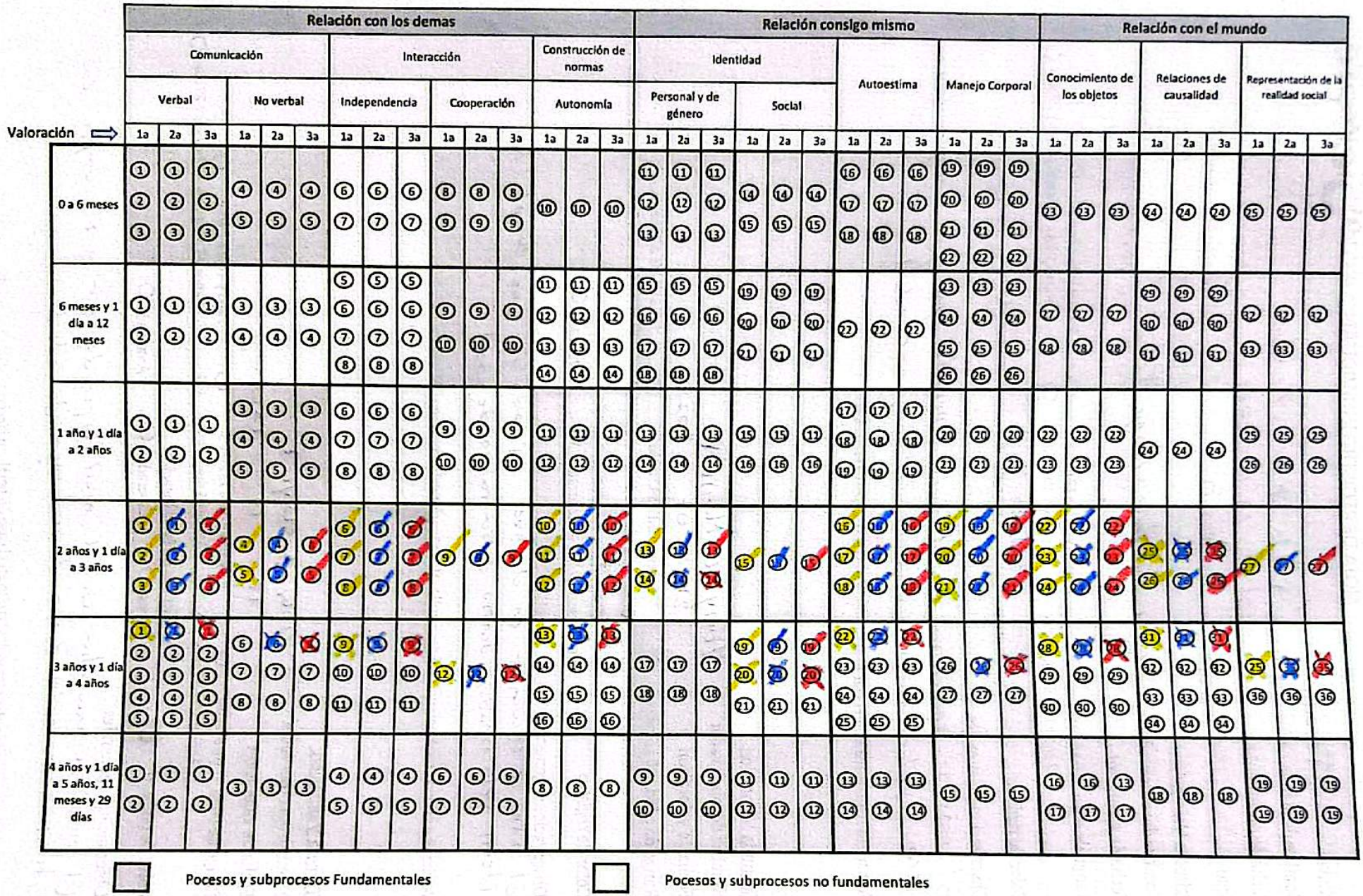
Rango de edad
0 a 6 meses ○ | 6 meses y 1 día a 12 meses ○ | 1 año y 1 día a 2 años ○
2 año y 1 día a 3 años ⊗ | 3 años y 1 día a 4 años ○ | 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

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



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 Juan pablo Ramos Anacona., identificado (a) con documento de identidad número 1081427790, 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, Argenis Anacona Ambito., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.061272397, 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: _____
Nombre: Argenis Anacona Ambito
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3119623492
Fecha: 13-02-2025
Municipio: Tesalia Huila

Powered by CamScanner