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

HCB NUBE LUZ

USUARIO: JACOB PEREZ OSORIO *RC No.* 1076519541



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	✓		

Powered by

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1076519541

Indicativo Serial 62279974

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código K 4 W

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

COLOMBIA - HUILA - NEIVA NOTARIA 2 NEIVA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEREZ	OSORIO

Nombre(s): JACOB

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes MAR Día 31	MASCULINO	A	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	23044610404644

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: OSORIO MARTINEZ IXCHEL YURIANNA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI No. 1077846651	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: PEREZ PERDOMO JAMINTON

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI No. 1084866672	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: OSORIO MARTINEZ IXCHEL YURIANNA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
TI No. 1077846651	

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:

NOTARIA SEGUNDA DE NEIVA
es fiel copia fotostática de su original
TIENE VALIDEZ PERMANENTE
Neiva 05 ABR 2023
EL Notario

REPÚBLICA DE COLOMBIA · REINALDO QUINTERO QUINTERO · NOTARIO SEGUNDO DEL CIRCULO DE NEIVA

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes ABR Día 04	REINALDO QUINTERO QUINTERO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Jaminton Perez Perdomo 1084866672 Firma	REINALDO QUINTERO QUINTERO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:LIBRO DE VARIOS TOMO 225 FOLIO 149:04/04/2023

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.077.846.651**

OSORIO MARTINEZ

APELLIDOS

IXCHEL YURIANNA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **18-SEP-2005**

GARZON
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

18-SEP-2023 **A+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

05-NOV-2019 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1900100-01108761-F-1077846051-20191109 0068811891A 1 8500023929


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.084.866.672

PEREZ PERDOMO

JAMINTON

COL | 1.70 | M

05 DIC 2005 | A+

IQUIRA (HUILA)

27 DIC 2023, IQUIRA

Jaminton Perez P.

31 JUL 2034


CO

0519576459

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Corrido

ICCOL0519576450190 46<<<<<<<<<<<
0512055M3407312COL1084866672<6
PEREZ<PERDOMO<<JAMINTON<<<<<<<

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

Tesalia - Huila, 2 de julio del 2025

Señores
Fundacion Grupo Libertad
La ciudad

ASUNTO: AUTORIZACION PARA LA ENTREGA Y RECOGIDA DE MI HIJO

Cordial saludo,

Yo, Ezbel Yuranna osorio martinez como madre de familia, identificada con la cédula de ciudadanía número 1077846651 y Jamilton perez perdomo como padre de familia, identificado con la cédula de ciudadanía número 1084866672; **AUTORIZO** a las siguientes personas:

Dorly perdomo ramirez c.c. 1084866334
James perez alarcon C.c. 83246388
_____ C.c. _____

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) Jacob perez osorio de la profesora Yuriy Mejia.

Se entrega copia de las cedulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

Yuranna

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **83246388**

PEREZ ALARCON
APELLIDOS

JAMES
NOMBRES

James Perez Alarcón

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-NOV-1982**
IQUIRA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	A+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-DIC-2001 IQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1904600-70101041-M-0083246388-20020130 00569 02030A 02 102556613

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.084.866.334**

PERDOMO RAMIREZ

APELLIDOS

DARLY

NOMBRES

Darly perdomo R.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-NOV-1986**

IQUIRA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

18-FEB-2005 IQUIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1904600-00233122-F-1084866334-20100409 0021960708A 1 30994608

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 04/11/2025

Ficha: 41357532503000003216

A4

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JACOB

Apellidos: PEREZ OSORIO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1076519541

Municipio: Iquira

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/03/2024

Última actualización ciudadano: 22/03/2024

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: ANA LUCY FIERRO RIVAS

Dirección: Calle 4 No. 6-29

Teléfono: 8394622

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

30 de Julio de 2025
Hogar:
HCB NUBE LUZ
Yo, IXCHEL YURIANNA OSORIO MARTINEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 1077846651 Neiva, Huila, madre de Jacob perez osorio, me permito informar que no cuento con la afiliación al Sisbén en el municipio de Iquira, Huila, debido a que actualmente me encuentro residiendo de manera temporal en el centro poblado de Pacarní.
Una vez finalice esta situación temporal, regresaré a mi lugar de residencia habitual.

Agradezco su atención.
Atentamente,

IXCHEL YURIANNA OSORIO MARTINEZ



Código de usuario y/o referencia

Total a pagar 1 + 2 $4.610,00

Pague oportuno hasta 2025-06-09
Fecha de suspensión 2025-06-10
Fecha y hora de generación 2025-05-21
Fecha y hora de expedición 2025-05-21
Forma de pago Crédito

Factura electrónica de venta FACT12713690
Ruta 122010204800 Ciclo 44
Último pago 2025-05-15 Atraso 0
Mora% 1.943 Corriente% 1.943 Mora P. Servicio% 0.487
Intereses en reclamación $0,00

CUFE: 3

1 Código	Concepto	Und	Cant	Valor unitario	Subtotal	IVA	Total
12	FE Ajuste decena	UND	1,00	$2,19	$2,19	0	$2,19
72	FE CONSUMO RANGO 1	M3	1,81	$6.155,12	$11.140,77	0	$11.140,77
03	Subsidio	UND	1,81	$-3.614,29	$-6.541,86	0	$-6.541,86

Subtotal $4.601,10

07	FE Interes por Mora	UND	1,00	$8,90	$8,90	0	$8,90

Subtotal $8,90
Valor total $4.610,00

2 Concepto	Und	Cant	Valor unitario	Subtotal	IVA	Total

Subtotal $0,00

3 Concepto	Saldo	Cuota mes: Cuota	Cuota mes: Interes	Vr. cuota	Nuevo saldo	Cuotas pend.

Total ítems: 3 Total factura electrónica $11.151,86

Total a pagar 1 + 2 $4.610,00

Fechas lectura
Lectura
Entrega fact.

Fecha vencimiento 2025-02-27

Periodo facturado 23 MAY 2025 Días facturados 29
Medidor No. Estrato 1 Uso DOM

	Lectura	Fecha	Tipo
Anterior	1372	2025-04-22	Real
Actual	1374	2025-05-21	Real

Factor de corrección 0,905 Consumo corregido 1,81
Poder calorífico 1136,66 Consumo Kw/H 21,29 Valor Kw/H 11,76

Observaciones de lectura

Indicadores de calidad DES.0% IPLI 0% IQ 100% IRST 100%

Componentes variables | Consumos anteriores m³

Mes	Prom	ABR	MAR	FEB	ENE	DIC	NOV
M3	3,72	3,62	2,72	1,81	4,53	5,43	4,52

¡COMPRA LO QUE NECESITAS!
USA TU CUPO Y HAZLO REALIDAD
Escanea, regístrate y compra a través de tu factura de vas

Cupo disponible
$0,00

Vigilado Superservicios

01077939 6

El fraude atenta contra su vida, la de sus vecinos y pone en riesgo su inmueble. Denuncielo. LÍNEA DE ATENCIÓN 6015808041 - LÍNEA EMERGENCIA 164 - 018000918808

(415)7709998004139(8020)168738502(3900)000004610(96)20250609

FAVOR NO COLOCAR SELLOS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS

Código usuario y/o referencia 599223
Periodo de facturación 23-ABR-2025 21-MAY-2025
Factura electrónica de venta FACT12713690
Pague hasta 2025-06-09
Total a pagar $4.610,00

Recaudador

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	1076519541
NOMBRES	JACOB
APELLIDOS	PEREZ OSORIO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

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	01/04/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/04/2025 23:33:00	**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**,

2 de Julio de 2025
Hogar:
HCB NUBE LUZ
ADRES
Yo, IXCHEL YURIANNA OSORIO MARTINEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 1077846651 Neiva, Huila, madre de Jacob perez osorio, me permito informar que no cuento con al Adres en la cual se encuentra en la ciudad de Neiva, Huila, debido a que me gusta su atención y su personal medico mucho mas profesional.

Agradezco su atención.
Atentamente,

IXCHEL YURIANNA OSORIO MARTINEZ

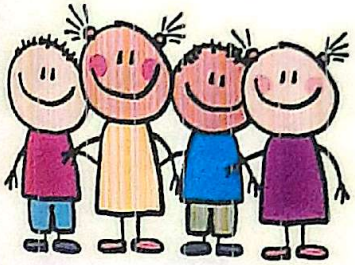
MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

AÑO	MES	DIA	PESO (Kg)	TALLA (cm)	PERÍMETRO BRAQUIAL(cm)
2025	07	15	12,9	88	17

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORAS	CUMPLIDO SI	CUMPLIDO NO	PERSONAL QUE ATENDIO
2025	07	15	8H4	✓		
2026	01					

HOSPITAL María Auxiliadora
E.S.E. IQUIRA - HUILA
COD 413500047401 Nit. 891.103.966-1



CARNÉ DE SALUD
NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS

Nombres: Jacob Perez Osorio

Apellidos Perez Osorio

Fecha de Nacimiento 31-07-2023

Registro Civil: 1076519547

Municipio:

Dirección:

Barrio o Vereda:

Nombre del responsable del niño:

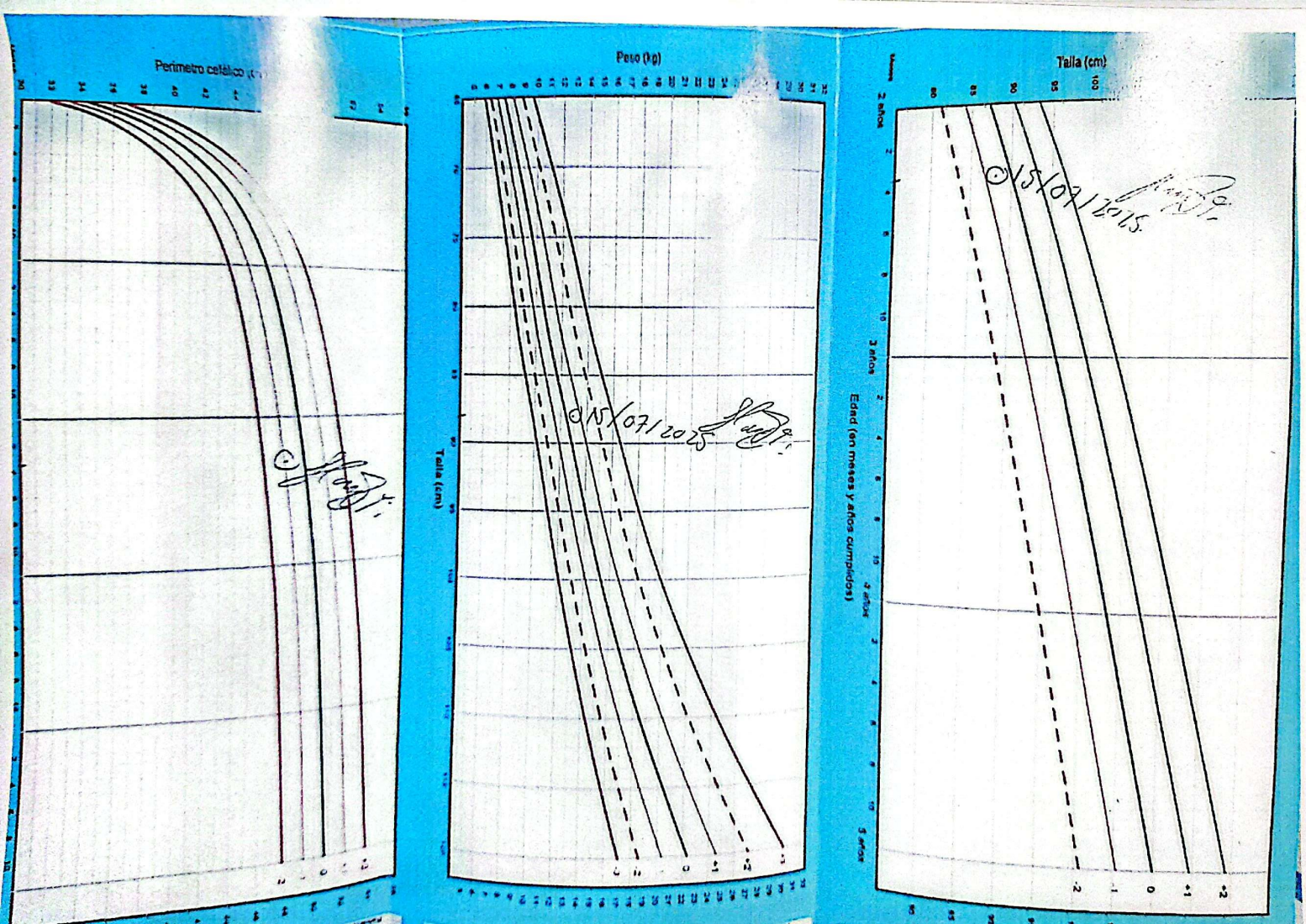
Historia Clínica No:

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"

FORMATO DE CARNE DE SALUD


Perímetro cefálico (cm)
Peso (kg)
Talla (cm)
Edad (en meses y años cumplidos)
2 años
3 años
4 años
5 años
01/07/2015
01/07/2015
01/07/2015

Vacunas Oportunamente con todas las dosis a tus hijos, **Garantiza la Protección** frente a enfermedades como:

Tuberculosis meningea, Hepatitis B, Poliomielitis, Meningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus influenzae tipo B, Difteria, Tosferina, Tétanos, Diarrea por rotavirus, Neumonia, 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.

Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

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)

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años		
4 años		
5 años		

*Valorar si igual a 20 normal

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 Día	Fecha Mes	Fecha Año	Valoración Nutricional Peso	Valoración Nutricional Talla	Puntuación Z	Atención en salud por
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

1ª entrega	
2ª entrega	
3ª entrega	

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de los	
1 año	
2 años	
3 años	
4 años	
5 años	

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Jackon Perez Osorio

X | | | 1026519541

Tipo de Documento | No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 31 | 03 | 23

Sexo: Hombre

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3.066 gm Talla: 48cm

Dirección: Cra 31 # 51 21

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Ixchel Yurani Osorio

Municipio de residencia: Ubaté

Departamento: Boyacá

Nombres y Apellidos: _____ Tipo de Indentificación _____ 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
Recién Nacido	Tuberculosis meningea (PCG)	Única	01	04	23	Lactancia materna exclusiva Sinl	0					
	Hepatitis B	Recién nacido	01	01	23	Serul	0					
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	08	07	23	Lactancia materna exclusiva Sanofi	2					
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	08	07	23	Serum	2					
	Hepatitis B	1ª	08	07	23	Serum	2					
	Difteria, Tetanos, Tosferina	1ª	08	07	23	Serum	2					
	Diarrea por rotavirus	1ª	08	07	23	Serum	2					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	08	07	23	Pfizer	4					
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª	15	9	23	Lactancia materna exclusiva BU	2					
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	15	9	23	Serum	2					
	Hepatitis B	2ª	15	9	23	Serum	2					
	Difteria, Tetanos, Tosferina	2ª	15	9	23	Serum	2					
	Diarrea por rotavirus	2ª	15	9	23	GSK	4					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	15	9	23	GSK	F					
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª				Lactancia materna exclusiva BU	2					
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª				Serum	2					
	Hepatitis B	3ª				Serum	2					
	Difteria, Tetanos, Tosferina	3ª	20-1-2024			Serum	2					
	Influenza estacional	1ª										
7 meses	Influenza estacional	2ª	17	8	24	Butantan.	2					
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	25	4	24	Serum.	0					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	25	4	24	Pfizer.	6					
	Varicela	1ª	25	4	24	merck.	X					
	Hepatitis A	Única	25	4	24	Sinovac.	2					
	*Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	25	01	25	BV.	2					
	Difteria, Tosferina y Tetano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo	25	01	25	Serum.	2					
	**Fiebre Amarilla	Única	25	01	25	Sanofi.	X					
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	25	01	25	Serum.	0					
5 años	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª										
		2ª										
		3ª										
Sin rango de edad	Covid-19	1ª	-									
		2ª										
		1er Refuerzo										
		2do Refuerzo										
Vacunas y otras dosis												

*De acuerdo al antecedente de primovacunación **A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

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

E.S.E Hospital
María Auxiliadora de
íQuira

"Íquira se transforma en salud con calidad y humanización"

CARNÉ DE PREVENCIÓN PARA LA SALUD BUCAL

Nombre y Apellidos: Jacob Perez Osono

Fecha de Nacimiento: 31/03/2023

Identificación: 1076519541

Municipio: Iquira.

FECHA DE ATENCIÓN				PROXIMA CITA		
DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO
15	07	25	CPB + A. Fluor barn	3.15	01	25



E.S.E Hospital
María Auxiliadora de
ÍQUIRA

"Íquira se transforma en salud
con calidad y humanización"

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

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS Lobe Joz, 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): Jacob perez osorio con RC No 1076519541 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).

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 2 del mes Julio del año 2025, en el Municipio de Tesalia - Huila

Yoranmoon

PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Yenny Monje

MADRE COMUNITARIA

HOJA DE REGISTRO INDIVIDUAL

de cero a Siempre

Ciudad Tesalia

Nombre de la niña o niño Jacob Perez Osorio

Fecha de nacimiento Día 31 Mes 03 Año 2023

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○

Primera Valoración

Nombre del observador Yeiny Carolina Mojic 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

Segunda Valoración

Nombre del observador

Fecha de valoración Día Mes Año

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

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

Tercera Valoración

Nombre del observador

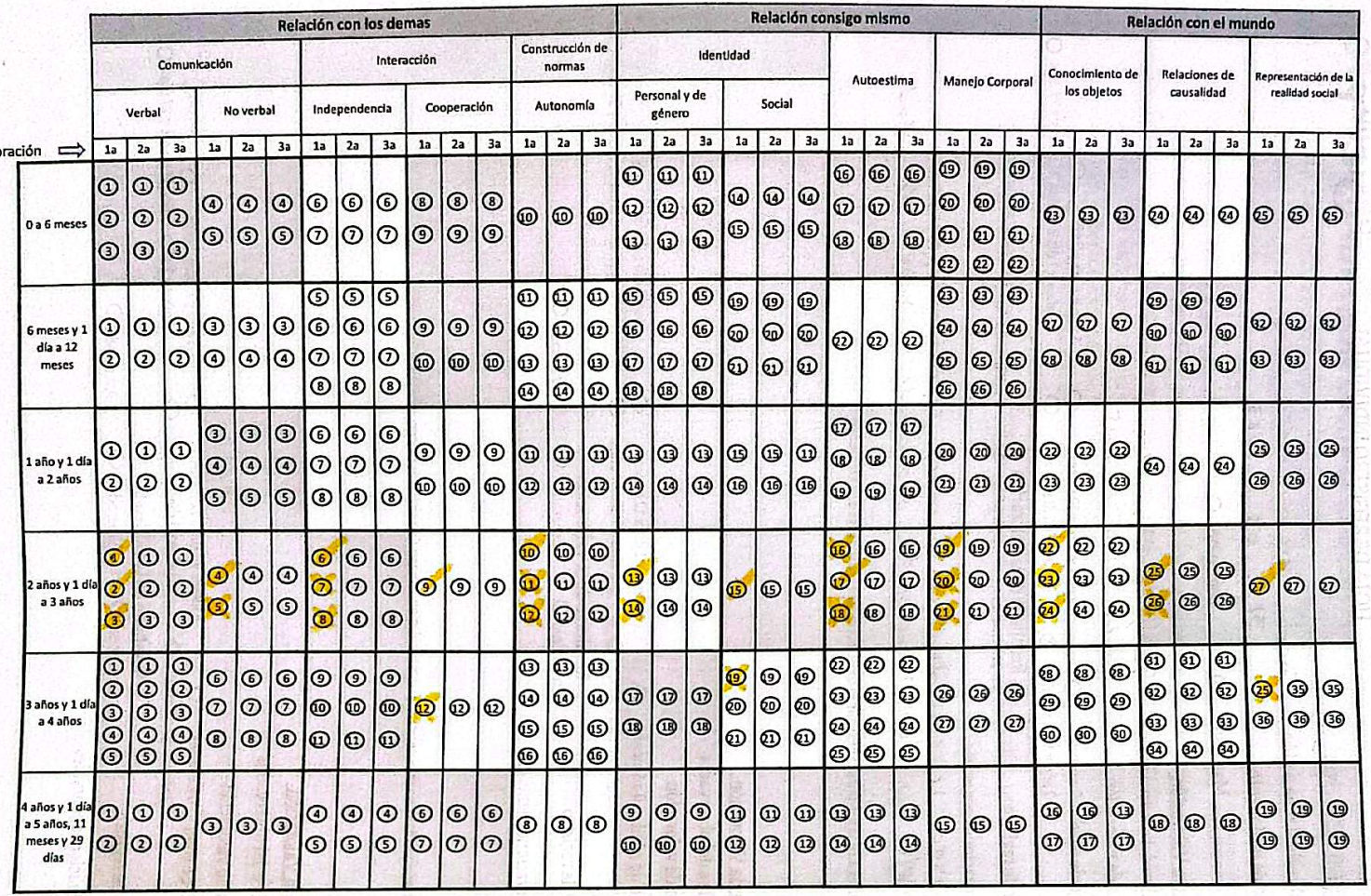
Fecha de valoración Día Mes Año

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

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


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
0 a 6 meses
6 meses y 1 día a 12 meses
1 año y 1 día a 2 años
2 años y 1 día a 3 años
3 años y 1 día a 4 años
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días
Pocesos y subprocesos Fundamentales
Pocesos y subprocesos no fundamentales

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 Jacob perez osorio, identificado (a) con documento de identidad número 1076519541, 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, Ixchel Yuranna osorio Martinez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1077896651, 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: Yuranna
Nombre: Ixchel Yuranna osorio Martinez
Calidad - Titular: X Representante legal: madre
Teléfono de contacto: 3225334937
Fecha: 2 de Julio del 2025
Municipio: Tesalia - Huila