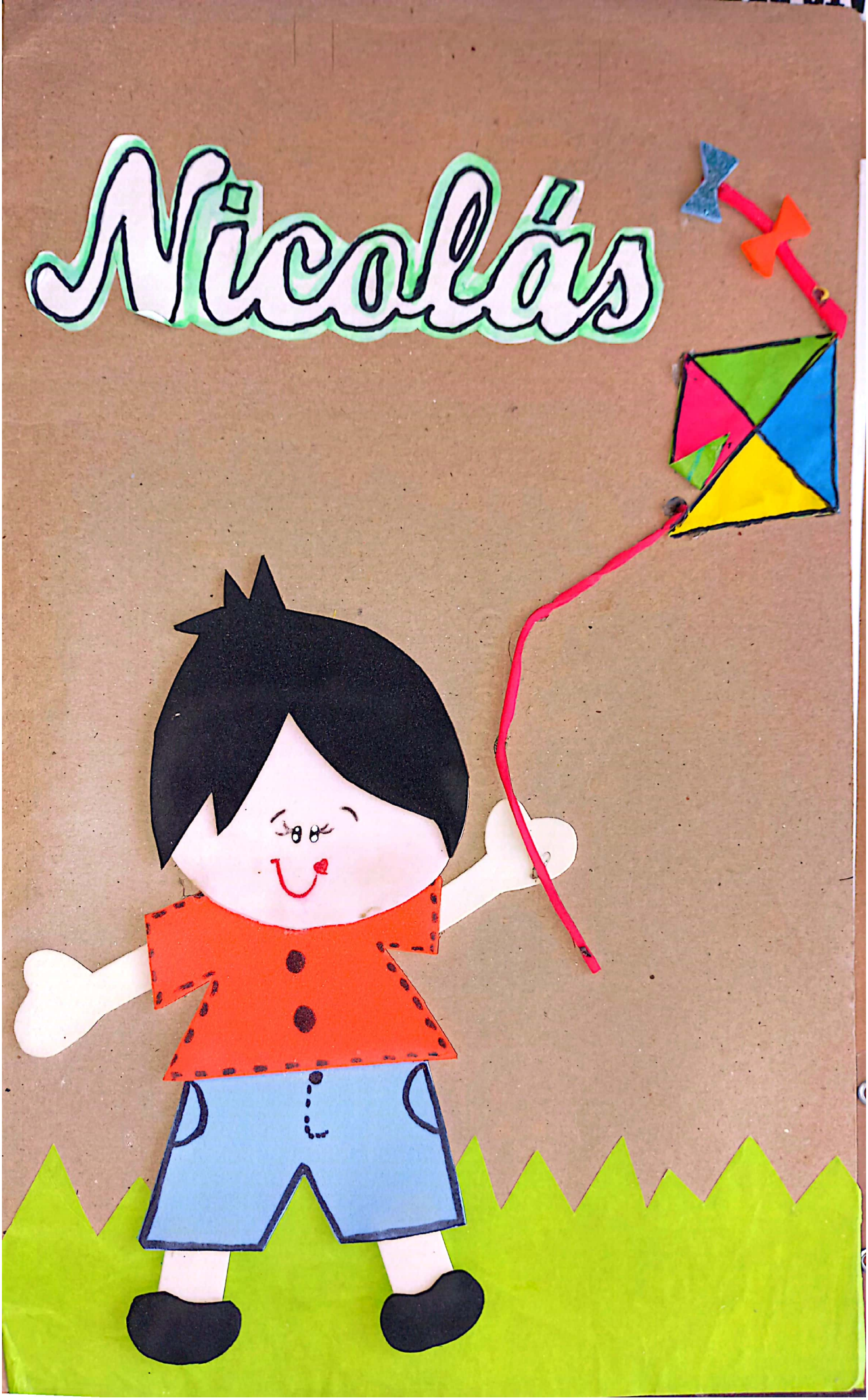


Powered by CamScanner

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

HCB MIS IDEAS

CALLE 2ª # 7-26 B/FUTURO PAICOL HUILA

USAURIO: NICOLAS ROJAS OCHOA- *RC No*. 1079510242



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
tocopia del Registro il de nacimiento egible, sin tachones, ni mendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
tocopia de documento identidad del padre, adre o cuidador sponsable	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
otocopia del criterio de calización según la guía l ICBF. SISBEN- novar cada 3 meses, o su defecto Certificado pertenencia a nunidad indígena, odescendientes, ales, palanqueros, y M	Formalización del cupo	Actualización cada 3 meses	✓		

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS USUARIOS				NIT. 900
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.		✓	
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	✓		
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 CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.079.510.242

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51432653

s de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 7 1 0

Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE PAICOL - COLOMBIA - HUILA - PAICOL

os del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
IAS	OCHOA

Nombre(s)
COLAS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
o 2021 Mes ABR Día 20	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
OMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
RTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	163638273

os de la madre

Apellidos y nombres completos
IOA PEREZ ADRIANA MARIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
26.529.695	COLOMBIA

os del padre

Apellidos y nombres completos
IAS ILLERA REYNALDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
83.256.108	COLOMBIA

os del declarante

Apellidos y nombres completos
AS ILLERA REYNALDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
83.256.108	Reinaldo

os primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

os segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción

Año 2021 Mes ABR Día 22

Nombre y firma del funcionario que autoriza

HECTOR BASTIDAS BASTIDAS - REGIST

Nombre y firma

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.005.080-2 TEL. 381 0240

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
26529695

UMERO

OCHOA PEREZ

PELLIDOS

ADRIANA MARIA

OMBRES



Adriana Maria Ochoa

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-DIC-1983

PAICOL
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

11-JUL-2002 PAICOL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1905200-50109891-F-0026529695-20030520 0420803140N 01 115328312

Powered by CamScanner


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 83.256.108
ROJAS ILLERA
APELLIDOS
REYNALDO
NOMBRES
Reinaldo
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 11-FEB-1976
PAICOL
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.85
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
02-SEP-1998 PAICOL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1905200-00208164-M-0083256108-20100107 0019768208A 1 30946797

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 13/05/2025

Ficha: 4151800550350000018

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: NICOLAS

Apellidos: ROJAS OCHOA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1078510242

Municipio: Paicol

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/11/2018

Última actualización ciudadano: 22/04/2021

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA LIZETH MENDEZ CERQUERA

Dirección: Calle 4 No 6 - 74

Teléfono: 3154610988 - 3208315508

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

Powered by CamScanner

roHuila
Buena Energía

del Huila S.A ESP
.180.001-1

Sr(a) : CABRERA ROJAS GERARDO
c.c. / Nit: 200139
CL 6 # 2-49
Municipio: 518 PAICOL HUILA Ruta: 45180011930
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 1-PAICOL 1 - BR LA CAMPIÑA

Su código de cuenta NIU
285206935
Para cualquier consulta y pago electrónico

Factura de venta No.
85645199

iodo	Periodo facturado	Pago total	Pago mínimo	Periodos vencidos
/ 2025	13/02/25-13/03/25	$18,470	$18,470	0 meses

Datos de cuenta

vicio	Residencial
	1-Bajo Bajo
	OCCIDENTE
sión	1-Secundaria
talada	1000
idación	lectura
	T10013-PCPP

Costo unitario prestación del servicio

COMPONENTES ELECTROHUILA	
1 Comercialización +	149.34
2 Distribución	280.91
TOTAL ELECTROHUILA =	430.25
MERCADO ENERGÍA MAYORISTA	
3 Generación +	427.29
4 Transmisión +	56.03
5 Restricciones +	15.88
6 Pérdidas	98.05
TOTAL MERCADO MAYORISTA =	597.25
Costo unitario = ElectroHuila + Mercado	1027.5

Histórico de consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	2	42	2024	8	140
2025	1	45	2024	7	204
2024	12	45	2024	6	303
2024	11	41	2024	5	189
2024	10	51	2024	4	112
2024	9	75	2024	3	90

Promedio de la cuenta	Consumo mes año anterior
49	90

Conceptos ElectroHuila

oto	Valor
Consumo Periodo	40,072
Interes moratorio	17
Ajuste Decena	2
Subsidio	<23,887>

Cálculo actual del consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
2-8116429	ELS	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	13568	13529	1	39

Liquidación de consumo

Contador	Desde	Hasta	Consumo	Tarifa	Valor Real	Subsi/Contri	ValorCobrar
2	1	173	39 KW/h	$414.9892	$40.072	-60%	$16.185

TOTAL

iación ElectroHuila

escripcion	Saldo
e interés	0%

CUFE 1b7370971af9e2798ba560f4dbf349a009154e5fcda1f129c5dbaa48ad70741d35da61cf89b887b1c9fcb9
Numero de Factura Electronica EH-2379087 Numero de factura: 85645199

Fecha de emisión	Mi último pago fue	Tengo plazo de pagar hasta	Me quedo sin servicio a partir de
17/03/2025	$19,780 05/03/2025	27/03/2025 Vencimiento	Suspensión

lor Energía ectroHuila	+ Valor Servicio de Aseo	+ Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía)	+ Valor Otros Cobros	=
$16,204		$2,266	$0	$18,470 TOTAL A PAGAR

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

¡Escanea! paga en línea

Pag: 3657

(415)7707274499679(8020)0285206935(3900)0000018470(96)20250327

E 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

Powered by CamScanner

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

rmación de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

mación Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1079510242
NOMBRES	NICOLAS
APELLIDOS	ROJAS OCHOA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	PAICOL

os 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	06/09/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/16/2025 16:50:08	**Estación de origen:**	192.168.70.220

a información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen ubsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del inisterio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la DRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones cnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la dministradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

especto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de filiación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual ue 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: Nicolas Rojas Ochoa

Identificación: 1079510242 EPS: Comparalo.

Fecha de nacimiento: Día. 20 Mes: 04 Año: 2021

Edad: 4 Días: ____ Mese s: X Años: ____ Sexo: Masculino

Recién Nacido: Pretermino: ___ A termino: X Edad Gestacional: 37.

Embarazo: Único: ____ Múltiple: ____ No de Gestaciones 2.

Peso: 3,420 Kg. Talla: 47. cm. Perímetro Cefálico: ____ cm.

Tipo de sangre: O+ Lugar que ocupa entre los hermanos: 2.

TSH: ____ Serología: ____

Nombre de la Madre: Adriana Maria Ochoa P. Ocupación: Ama de casa

Nombre del Padre: Reinaldo Rojas Zuñiga Ocupación: Independiente

Dirección: B/ las Delicias. Teléfono: 3143799809.

Alimentación: Lactancia materna exclusiva: Si: X No: ____



Powered by CamScanner

Frecuencia	Profesional	Fecha	Hora	Edad	Peso (Kg)	Talla (cms)	Perímetros	TA	Evaluación nutricional	Firma
1 mes	Medico	3: PM. 21-05-2021	15:00	1 M	4.6 Kg	60 cm	PC: 37cm		Adecuado	
2-3 meses	Enfermera									
4-5 meses	Medico	24-08-21	11:AM	4 M.	7,9	66 cm	PC: 42cm.	90/60	Adecuado	
6-8 meses	Enfermera	29-10-21	11:Am	6 M	9,2	70cm	Pc=41cm	90/60	Adecuado	Daniela C.
9-11 meses	Enfermera	28 01-22	9:AM	9M.	9,78	76 cm	PC=45cm	90/60	Adecuado	Daniela C.
12-18 meses	Medico	05-05-22	9:50AM	12m	10.4	81 cm	PC: 48		adecuado	
18-23 meses	Enfermera	2510-2284	25	18M	11.5kg	87cm	Pc=44cm PB=15cm		Adecuado	
24-29 meses	Medico	28/05/23 05/05/27	8:AM	24M	14.5kg	90cm	PC=49cm PB=15cm		adad	
30-35 meses	Medico									
3 años	Medico	02-05-24	9:30 AM.	36m	17,7	103. cm	10c- 50.9 PB = 19		Adecuado	
4 años	Enfermera	25/04/25		48M	20.2	117cm	PC=51	PB=16	Adecuado	
5 años	Medico									
6 años	Medico									
7 años	Enfermera									
8 años	Medico									
9 años	Enfermera									
10 años	Medico									
11 años	Enfermera									

Daniela Andrea Gaviria Guerrero
C.C 1.089.459.338
Enfermera Profesional
Medico General
Surcolombiana

Powered by CamScanner

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombre
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva Sí ☒ No ☐											
	Tuberculosis B.C.G.	Única	20	4	21	Serum	03706007	H.D.S. ADP				Bebé
	Hepatitis B	Recién nacido	20	4	21	Serum	0320Y01JE	H.D.S. ADP				
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐								21	06	2021	
	Polio (Oral - IM)	1ª	27	07	2021	Bilthoven	20217007	ESE paical				Evidelba
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	27	07	2021	Sanofi	2850Y21C	ESE paical				Evidelba
	Rotavirus	1ª	27	07	2021	Glaxo	Arak 77EA	ESE paical				Evidelba
	Neumococo	1ª	27	07	2021	Glaxo	AspNB3708	ESE paical				Evidelba
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Polio (Oral - IM)	2ª	28	09	21	Sanofi	T3E91V		28	09	21	
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	28	09	21	Serum	28 20X008C	ESE paical				
	Rotavirus	2ª	28	09	21	Glaxo	AHOLCA6SBA	ESE paical				Adnar
	Neumococo	2ª	28	09	21	Glaxo	ASPNB328EAB					
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.											
	Polio (Oral - IM)	3ª	09	12	21	Sanofi	2113006		30	11	21	
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	09	12	21	Glaxo	28 20X035B	ESE paical				Adnar
	Influenza	1ª	09	12	21	Sanofi	N3B87	ESE paical				Adnar
7 Meses	Influenza	2ª	18	04	22	Sanofi	N3B8A	ESE paical	09	02	22	Adnar
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	20	04	22	Serum	0130N19A	ESE paical				Adnar
	Fiebre Amarilla	1ª	10	12	22	Sanofi	N3C08	ESE paical	20	04	22	Luisa
	Neumococo	Refuerzo	20	04	22	Serum	ASPNB32CA	ESE paical				Adnar
	Influenza	Anual	10	11	22	Pharma	VS022206	ESE paical				Luisa
	Hepatitis A	ÚNICA	20	04	22	Serum	U019226	ESE paical				Adnar
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª Refuerzo	10	12	22	Serum	2821Q07A	ESE paical	10	12	22	Luisa
	Polio (Oral - IM)	1ª Refuerzo	10	12	22	Bilthoven	2141015	ESE paical				Luisa
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo										
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo										
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	16	05	2023	Serum	0131N082A	ESE paical				Luisa
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª										
	VPH	2ª										
	VPH	3ª										
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	1	20	04	22	Merk	U019269	ESE paical				Adnar
	Doble viral SyR	Ref	5	09	24	Serum	0122U108	Fundación				

Estas vacunas son gratu

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

Powered by CamScanner



DATOS DEL RECIEN NACIDO

QUIEN SOY

Nombres y apellidos: Nicolas Rojas ochoa

Identificación: 7079510242 EPS: Compensar.

Fecha de nacimiento: Día. 20 Mes: 04 Año: 2021

Edad: 4 Días: ____ Mese s: X Años: ____ Sexo: Masculino

Recién Nacido: Pretermino: ___ A termino: X Edad Gestacional: 37.

Embarazo: Único: ____ Múltiple: ____ No de Gestaciones 2.

Peso: 3,420 Kg. Talla: 47. cm. Perímetro Cefálico: ____ cm.

Tipo de sangre: O+ Lugar que ocupa entre los hermanos: 2.

TSH: ____ Serología: ____

Nombre de la Madre: Adriana Maria ochoa P. Ocupación: Ama de casa

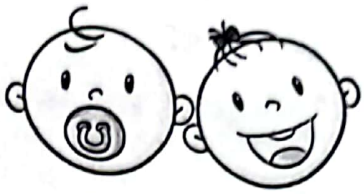
Nombre del Padre: Reinaldo Rojas Ayala Ocupación: Motorizado

Dirección: B/ las Delicias. Teléfono: 3183799809.

Alimentación: Lactancia materna exclusiva: Si: X No: ____



Powered by CamScanner



ATENCIÓN DE SALUD BUCAL

PROCEDIMIENTO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
Salud oral Edo ceb kagmi z.	25	10	2022		04	2023
Salud oral edo, ceb, kami	13	09	2024	20	03	2025
Salud oral, Edo, CPB, kamiz	16.	04	2025		03	2026

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 Mrs Ideas, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio 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): Nicolas Rojas Ochoa con RC No 1079510242 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 actividades de promoción y prevención para lograr el mejor estado posible de salu
7) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) transite al Sistema de Ed Escolar, una vez haya cumplido los cinco (5) años.
8) Informar y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de mi hijo(a), adju 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 ve una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por el ICBF Modalidad Comunitaria

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el día 3 d Febrero del año 2025., en el Municipio de Parcal Huila.

Adriana María Ochoa P.
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Hélida Perdomo M.
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad

Nombre completo de la niña o niño Nicolas Rojas ochoa

Fecha de nacimiento 29 - Abril /2021. **N° Documento de identidad** 1099310242.

Sexo Masculino ○ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 04 02 2025.

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Mélida Perdomo Medina.

Fecha de registro cualitativo 20 - Abril - 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 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 ○

Color de registro valoración cualitativa

Perfil de desarrollo
Alerta ○ Esperado ✓ Avanzado ○

Observaciones generales

Es un niño que le gusta participar en las actividades comparte con sus compañeritos, trabaja en grupo.

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Melida Perdomo Medina.

Fecha de registro cualitativo 20-julio-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 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 ○

Color de registro valoración cualitativa

Perfil de desarrollo
Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

Es un niño que le gusta mucho hacer trabajos participar en grupo.

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Mélida Perdomo Medina.

Fecha de resgistro cualitativo 24 - octubre - 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 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 ○

Color de registro valoración cualitativa

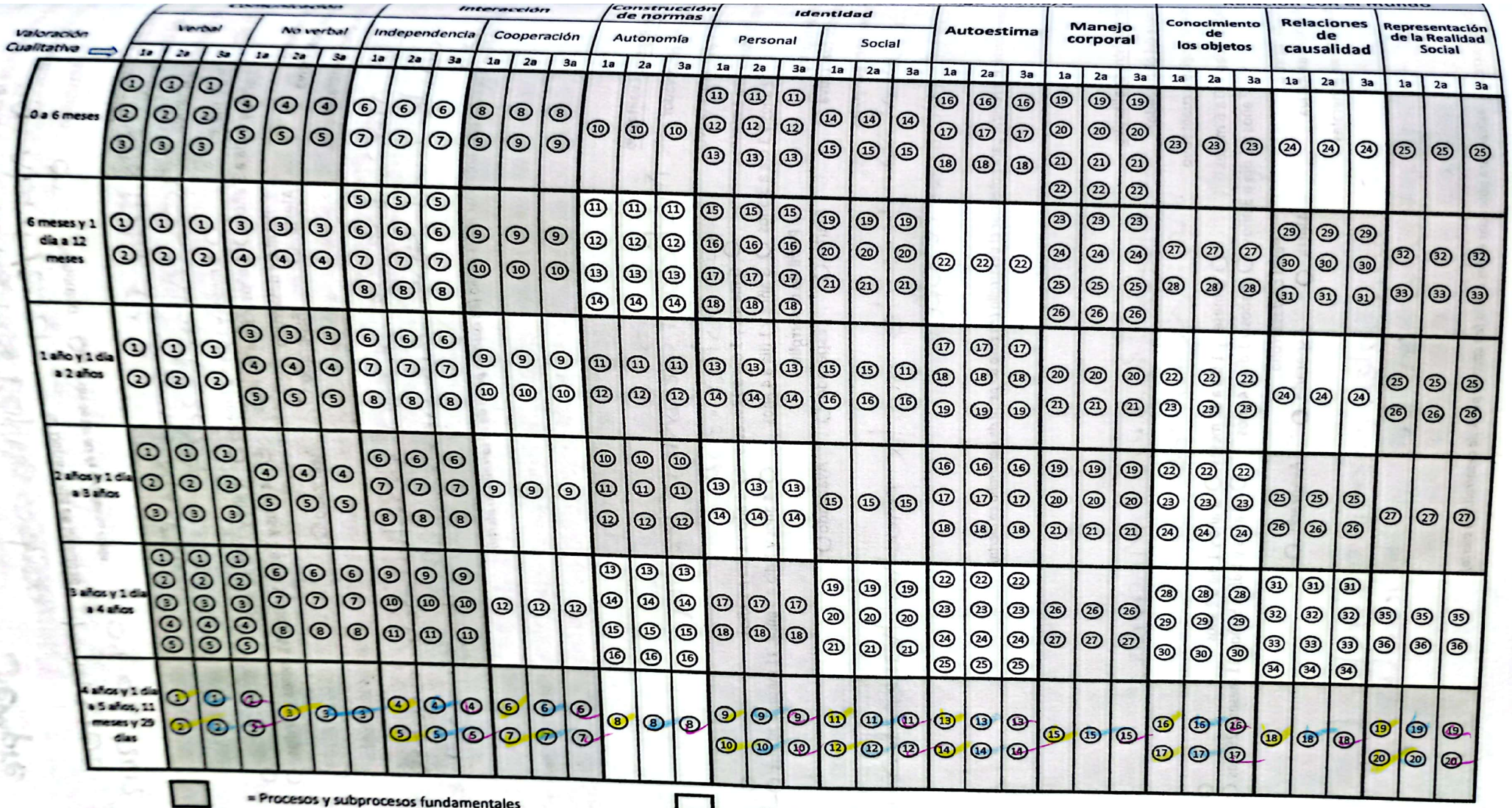
Perfil de desarrollo
Alerta ○ Esperado ✓ Avanzado ○

Observaciones generales

Es un niño Sociable, comprensiva le gusta participar en las actividades es muy responsable

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

Powered by CamScanner



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

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 Nicolas Rojas ochoa, identificado (a) con documento de identidad número 1079510242 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, Adriana Maria Perez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 26529698, 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 Grupo libertad, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Hogares Comunitarios del ICBF.

Suscriben:

Firma: Adriana Ma: Ochoa
Nombre: Adriana Maria Perez
Calidad - Titular: x Representante legal: Mama
Teléfono de contacto:
Fecha: 3 - febrero - 2025.
Municipio: Paicol Huila.

Powered by CamScanner

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

Pacol Huila, 3 de Febrero

Señores
HCB Mis ideas
La ciudad Pacol Huila

ASUNTO: AUTORIZACION PARA LA ENTREGA Y RECOGIDA DE MI HIJO

Cordial saludo,

Yo, Adriana Maria Ochoa como madre de familia, identificada con la cédula de ciudadanía número 26529695 y Ronaldo Rojas como padre de familia, identificado con la cédula de ciudadanía número 83256108; **AUTORIZO** a las siguientes personas:

Yenny Andrea Rojas c.c. 1004248781
C.c.
C.c.

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) Nicolas Rojas Ochoa de la profesora Melida Perdomo Perlaza

Se entrega copia de las cedulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

Adriana Maria ochoa

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

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-MAY-2002
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

02-JUL-2020 PAICOL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1905200-01150541-F-1004248781-20200802 0071389383A 1 51790015

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.248.781
ROJAS OCHOA

APELLIDOS
YENNY ANDREA

NOMBRES

Yenny Andrea Rojas O

FIRMA



Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA

F2.MT1.PP	30/01/2025
Versión 2	Página 2 de 2
Clasificación de la información: Pública	

Fecha de diligenciamiento: 03 02 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: (●) Niño/a entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante

Tipo de vinculación: ( ) Participante de nuevo ingreso (●) Participante de continuidad

Unidad de Servicio sugerida: Mis Ideas

Tipo documento identidad: (●) Registro Civil ( ) Tarjeta de identidad ( ) Cédula de ciudadanía ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Cédula extranjería ( ) Sin documento Nacionalidad: _____

Número de documento: 1079510242

Fecha nacimiento: 20 04 2021

Nombres: Nicolas

Apellidos: Rojas ochoa

Presenta discapacidad? ( ) Si (●) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? ( ) Si ( ) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ( ) Si ( ) No

Indique cuales aplican: ( ) Física ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Intelectual ( ) Psicosocial (mental) ( ) Múltiple ( ) Sordoceguera ( ) N/A

Seleccione la que aplique: ( ) Afrocolombiano ( ) Indígena (●) No se autorreconoce ( ) Comunidad negra ( ) Rom / Gitano ( ) Palenquero (a) ( ) Raizal

Indique cuales aplican: ( ) Migrante ( ) Campesinado ( ) Firmante de paz ( ) Víctima conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Huila

Municipio de residencia: Paicol

Zona: urbana

Barrio: Delicias

Vereda:

Sector:

Dirección: calle 6 # 2-49

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (●) Madre ( ) Padre ( ) Cuidador/a

Tipo documento Identidad: ( ) Tarjeta identidad (●) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Sin documento Nacionalidad: _____

Número de documento: 26529695

Nombres: Adriana María

Apellidos: Ochoa perez

País de nacimiento: colombia

Fecha nacimiento: 03 12 1983

Correo electrónico: adrianaochoaperez0383@gmail.com

Número de celular: 3143799809

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

Autoriza el registro en sistema? https://prematricula.icbf.gov.co ( ) Si ( ) No

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Adriana Mª.

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Melida Perdomo

Observaciones:

Powered by CamScanner



Latitude

2°26'57.242"N

Longitude

-75°46'35.896"W

Fixed/All

3/13

Accuracy

20.4 m

Fixed time

0 s 024 ms

Last fix

15:28:21

Speed

0,0 km/h

Altitude

-

Cra. 3 #6-18

Paicol

Powered by CamScanner