THIAGO MAYORCA TRUJILLO
REGISTRO CIVIL 1.079.510.393
DIRECCION: CARRERA 7 #6-37 Paicol (H)

NOMBRE DE LA MADRE
KAREN DAYANA TRUJILLO CAMPO
CEDULA 1.007.490.102
Email: dayanatrujillocampo@gmail.com
CELULAR: 3105444226

NOMBRE DEL PADRE
JOHN JAVIER MAYORCA YUCUMA
C.C.1.007.348.497
Email: javiermayorca2000@gmail.com
CELULAR: 3155628816

ACUDIENTE
CARLOS ARTURO TRUJILLO MARINEZ
CEDULA: 4.919.867
CELULAR: 3118871510

Powered by CamScanner

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

HCB MIS IDEAS

CARRERA 15 # 7-30 BARRIO LA CAMPIÑA PAICOL HUILA

USAURIO: THIAGO MAYORCA TRUJILLO- *RC No*. 1079510393



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 localización 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	/		

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS USUARIOS		NIT. 900027451-0		
ara identificar lugar de sidencia, fotocopia de recibo de servicios ùblico.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia	/		
otografía física, esta ira obre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	/		
ocumento que acredite afiliación al Sistema de eguridad Social en alud vigente.	Formalización del cupo Seguimiento	Cada 3 meses	/		
otocopia de la valoración ntegral en salud/ control e crecimiento y esarrollo	Seguimiento	Cada vez que el usuario asista a la valoración según esquema establecido	/		
opia del carné de acunación actualizado egún la edad.	Seguimiento	Cada vez que el usuario asista según el PAI	/		
opia del diagnóstico édico asociado a la iscapacidad (en los asos que aplique)	Seguimiento	Una sola vez, solo para las situaciones que aplique.			
ertificado de asistencia a onsulta en salud bucal. el Carnet)	Formalización del cupo y seguimiento	Cada año	/		
cta de compromiso de orresponsabilidad de los adres de familia o dultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez			
ormato escala de aloración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año			
ormato autorización oma de fotos y vídeos	Formalización del cupo	Una sola vez			
ormato ficha de aracterización digital o npresa	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 1.079.510.393

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51432842

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L 1 C

~~REGISTRADURIA DE PAICOL - COLOMBIA - HUILA - PAICOL~~

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MAYORCA	TRUJILLO

Nombre(s): THIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes JUL Día 10	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/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	23076510552987

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: TRUJILLO CAMPO KAREN DAYANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.007.490.102	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: MAYORCA YUCUMA JOHN JAVIER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.007.348.497	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MAYORCA YUCUMA JOHN JAVIER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.007.348.497	John Javier Mayorca

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes JUL Día 13	VICTOR BASTIDAS BASTIDAS - REGIST Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.007.490.102**

TRUJILLO CAMPO

APELLIDOS

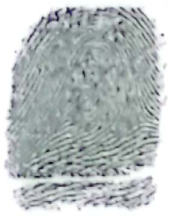
KAREN DAYANA

NOMBRES

Karen Dayana Trujillo C.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-AGO-2000**

LA PLATA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

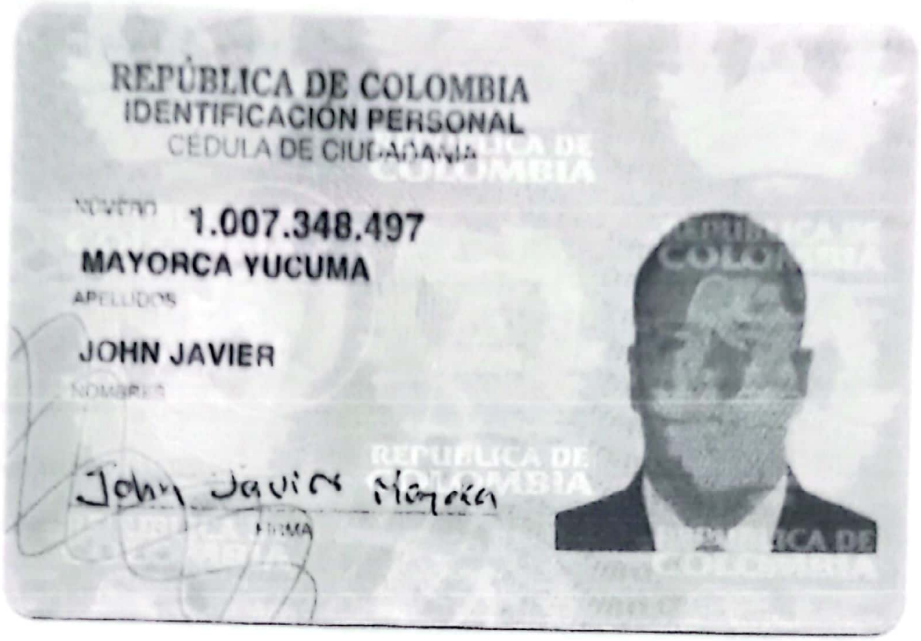
19-SEP-2018 PAICOL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1905200-01051527-F-1007490102-20181219 0063783167A 1 48424777

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.348.497

MAYORCA YUCUMA
APELLIDOS

JOHN JAVIER
NOMBRES

John Javier Mayorca
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-JUL-2000
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.82 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

16-JUL-2018 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1902500-01028012-M-1007348497 20180730 0062105326A 1 49836016

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: **25/04/2025**

Ficha: **4151800650420000115**

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: THIAGO

Apellidos: MAYORCA TRUJILLO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079510393

Municipio: Paicol

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **20/11/2018**

Última actualización ciudadano: **11/10/2023**

Última actualización via 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 - 3206315508

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

Powered by CamScanner

ctroHuila
...os Buena Energía
...a del Huila S.A. ESP
...1.180.001-1

Sr(a): CARLOS ARTURO TRUJILLO RAMIREZ
c.c. / Nit: 4919867
CRA 7 # 6-37
Municipio: 518 PAICOL HUILA Ruta: 45180011190
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 1-PAICOL 1 - BR LA CAMPIÑ

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
285587295
PARA CUALQUIER TRÁMITE Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
84847000
Fecha De Emisión
16/01/2025

	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
1/ 2025	14/12/24-14/01/25	$55,790	$55,790	0 meses

...e la Cuenta

Servicio: Residencial
2-Bajo
OCCIDENTE
Nivel Tensión: 1-Secun Jaria
Carga Instalada: 0 W
Nodo: T10012-PCPP
Tipo Liqui.: lectura

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

...del Consumo

...tador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
263117	CHN	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	10070	9975	1	95

...os ElectroHuila

...to	Descripción	Valor
	Consumo Periodo	93,340
	Interes moratorio	16
	Ajuste Decena	2
	Subsidio	<44,417>

Últimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2024	12	93	2024	6	150
2024	11	79	2024	5	174
2024	10	93	2024	4	210
2024	9	97	2024	3	86
2024	8	108	2024	2	7
2024	7	124	2024	1	9

Promedio Cuenta	Consumo Año Anterior
99	9

Indicadores De Calidad Individual Retroactivo

Nodo 6570003 Grupo Calida	21
Horas a compensar	0
Compensacion por evento	
Meta Calidad opr Duración	62.37
Meta calidad por eventos	21
Eventos acmulados año	4
Duracion acumulador año	37.71
Consumo a compensar	86.1
Cargo distribución	266.

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
2	1	73	95.0	514.977	$48.923

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Tasa de Interés 0.00 %

cuota Financiación 0

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$0
Total Electrohuila	$48,941
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	$6,849
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$55,790

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

5a4c7b226528bf39d782e0c0a04e8a402bde018660bb5c05363d88abf8be...3b3b9fb8f272f05ad0aecde0f5bda7d03bd1

...h Total N. Fact

Último Pago
$54,700
02/01/2025
Emitida Por: YULIETH.CEBALLESB
Pag: 3544

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento: 27/01/2025
Suspensión a Partir del:

...de transparencia

...n la línea de transparencia todos los presuntos actos de soborno, ...o comportamientos indebidos de nuestros trabajadores y/o contratistas.
...uita 018000 117766
...ctrohuila@lineatransparencia.com
...ectamente escanenado el Código QR.

(415)7707274499679(8020)0285587295(3900)0000055790(96)20250127

...URA 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

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

Resultados de la consulta

ormación Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1079510393
NOMBRES	THIAGO
APELLIDOS	MAYORCA TRUJILLO
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
CTIVO	NUEVA EPS S.A. -CM	CONTRIBUTIVO	01/03/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/16/2025 15:07:07	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

specto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de iación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el gimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, ablece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya sentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

Powered by CamScanner

· Datos del niño o de la niña ·



Nombres: Thiago

Apellidos: Mayorca Trujillo

Certificado Nacido Vivo:

Documento de identidad: 1079510343

Fecha de nacimiento: Dia 10 Mes 07 Año 2023

Género: F M X I Grupo sanguíneo: A Rh +

Lugar de nacimiento: Departamento: La Plata

Municipio: Huila

EPS: Nueva EPS.

Datos de contacto:

Dirección:

Teléfonos:

En caso de urgencia favor avisar a:

Nombres y apellidos:

Teléfonos:

Dirección:

Departamento:

Municipio:

cuídate | nueva

· Datos de los padres ·



Madre o cuidador

Nombres y apellidos:

Profesión u ocupación:

Fecha de nacimiento:

Grupo sanguíneo: Rh:

Padre o cuidador

Nombres y apellidos:

Profesión u ocupación:

Fecha de nacimiento:

Grupo sanguíneo: Rh:

Antecedentes familiares que puedan influir en la salud del niño:

Madre Padre

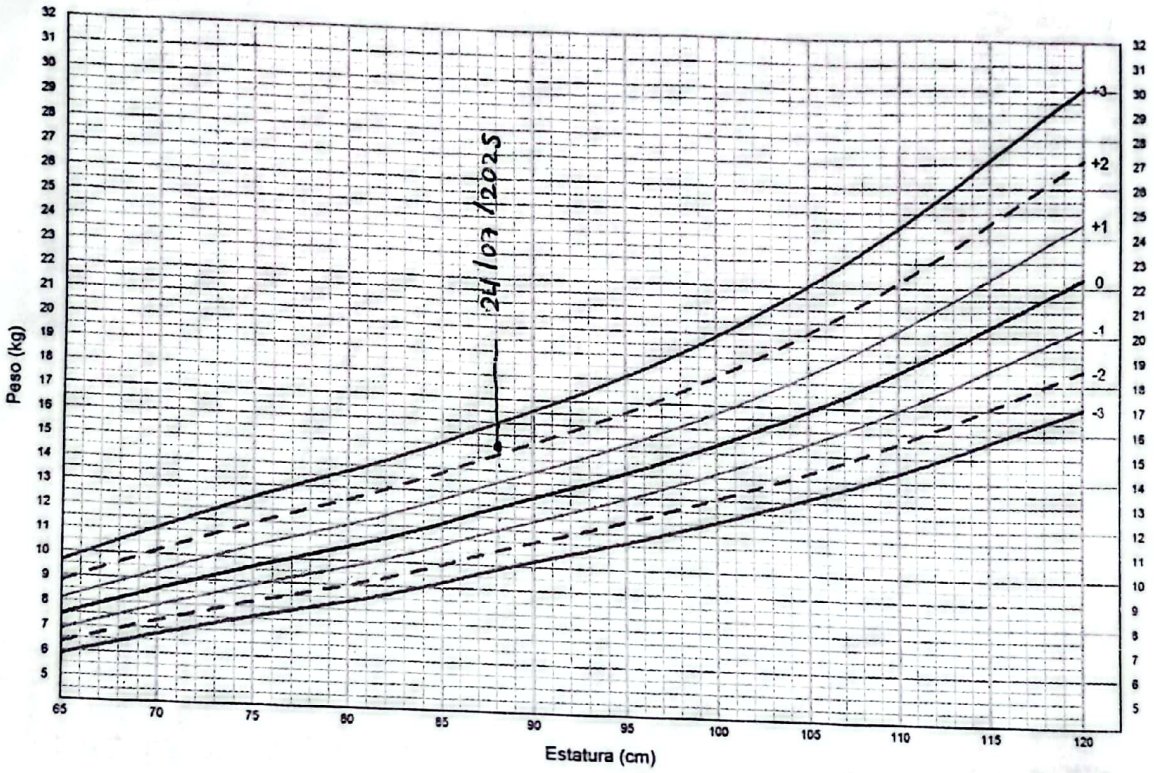
cuídate | nueva

Powered by CamScanner

Peso para la talla niños

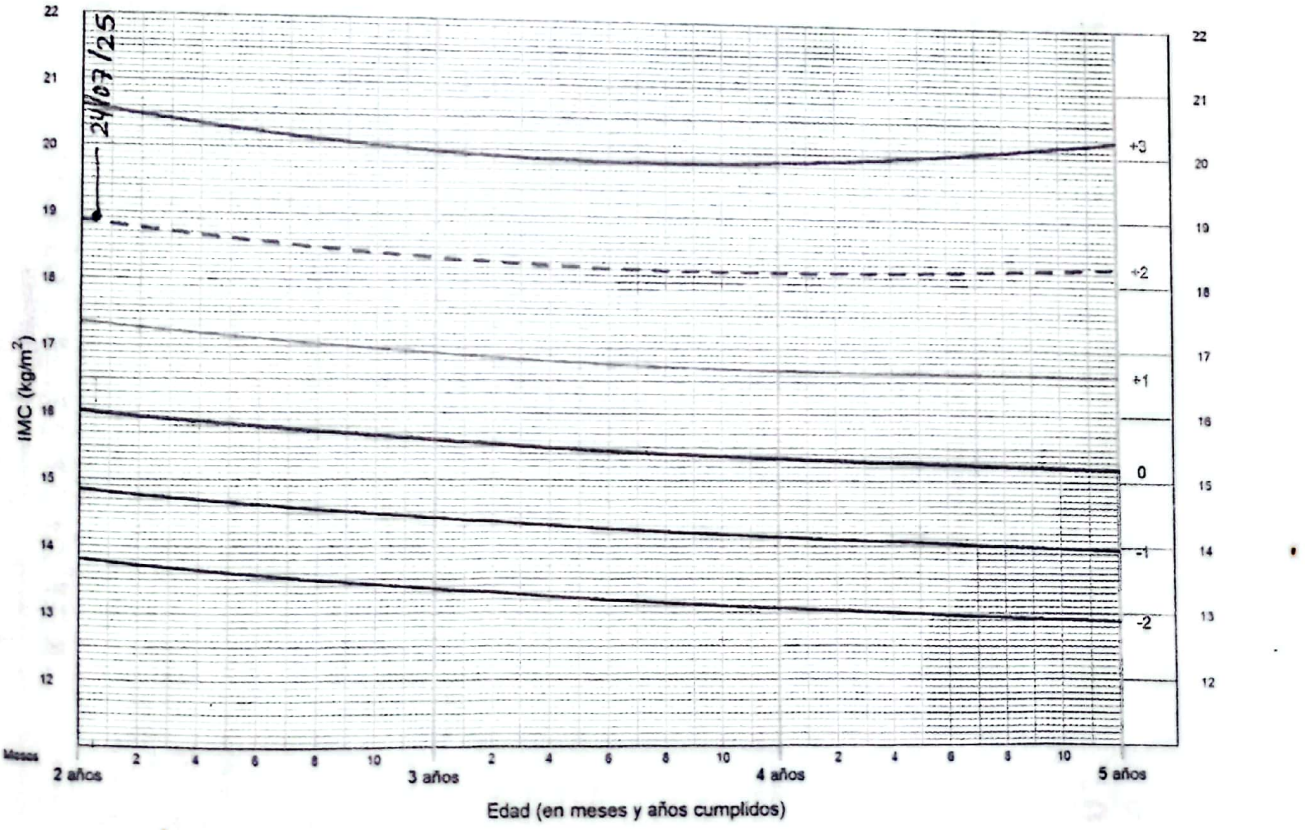
Puntuación Z (2 a 5 años)

Niños de 2 a 5 años



IMC para la edad niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de junio de 2016. Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Powered by CamScanner

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resulado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardipopatía 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			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

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: THIAGO MAYORCA TRUJILLO
Fecha de nacimiento: 10-07-2023
Nº de certificado de nacido vivo: 2307651055298
Registro civil: 1079510393
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 2960 Talla: 47cm
Dirección: Barrio Alamos
Teléfono 1: 3103444226
Teléfono 2:
Responsable: Karen Dayana Trujillo
Municipio de residencia: Tesalia
Departamento: Huila
CC: 1007490102

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Edad	Vacuna	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 (BCG)	Única	11	07	2023	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ Serum	037 1 MA 09B	LIDSP	10-09-		2023	Eliana Julia Pais
	Hepatitis B	Recién nacido	10	07	2023	Serum	032 2 40 09B	LIDSP				
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	12	SEPTIEMBRE	2023	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ BILTHUVEN	2 2 3 4 0 0 1	ESE Salud Rosa de Lima				Luisa Fda Lizarazo
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª				SERUM	28S14037A					
	Pentavalente: Hepatitis B	1.ª				GSK	ARQLD093AA					
	Pentavalente: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª				POLYSACARIDE	F1991 25					
	Diarrea por rotavirus	1.ª										
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª										
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	15	NOVIEMBRE	2023	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ BILTHUVEN	2 2 3 5 0 0 1	ESE SALUD ROSA DE LIMA PAICOL	14	11	2023	Luisa Fda Lizarazo Aux. Enfermeria C.C. 1.079.509.945
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª				SERUM	28S14037F					
	Pentavalente: Hepatitis B	2.ª										
	Pentavalente: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª										
	Diarrea por rotavirus	2.ª				GSK	AR0L046GAB					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª				POLYSACARIDE	F4991 25					
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	13	01	24	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ Bithuven	2 2 3 5 0 0 1	Paicol	16	01	23	ELYOROG
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	13	01	24	Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A	Paicol				ELYROG
	Pentavalente: Hepatitis B	3.ª	13	01	24	Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A	Paicol				ELYROG
	Pentavalente: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	13	01	24	Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A	Paicol				ELYROG
	Influenza estacional	1.ª	11	07	24	Bithuven	2 4 0 0 9 7 9					
7 meses	Influenza estacional	2.ª	13	-08-	2024							
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	11	07	24	Serum	0 1 3 3 N 0 0 4 A	ESE				
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	11	07	24	Pfizer	G W 7 6 6 5					
	Varicela	2.ª	11	07	24	MSD	4 0 0 4 4 5 M	Paicol				elyoroG
	Hepatitis A	Única	11	07	24	MSD	2 0 2 2 0 7 0 4 5					
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	25	01	25	Serum	2 3 0 8 0 L 0	Paicol				elyoroG
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	25	01	25	Serum	2 8 5 3 2 0 1 0					
	Fiebre amarilla	Única	25	01	25	Floosvac	2 3 F 0 1 6 E					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	25	01	2025	Serum		Paicol				elyoroG
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª						5 años.				
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

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

Edad	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 (BCG)	Única	11	07	2023	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐ Serum	0 33 1 M A 09 3	LIDSP	10	09	2023	[illegible]
	Hepatitis B	Recién nacido	10	09	2023	Serum	C 32 2 4 0 0 8 B	LIDSP				Julian Lobo
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	12	SEPTIEMBRE	2023	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐ BILTHUVEN	2 2 3 4 0 0 1	ESE Salud Pereira Risaralda Una				Luisa Fda Lizcano
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª				SERUM	2851403 7A					
	Hepatitis B	1ª				GSK	A R O L D 0 9 3 A A					
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1ª				POLYSACARIDE	F 1 9 9 2 5					
	Diarrea por rotavirus	1ª										
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1ª										
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª	15	NOVIEMBRE	2023	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐ BILTHUVEN	2 2 3 5 0 0 1	ESE SANTA ROSA DE UMA PAICOL	14	11	2023	Luisa Fda Lizcano Auxiliar Enfermería CC 1.079.509.945
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª				SERUM	2 8 5 1 4 0 3 7 F					
	Hepatitis B	2ª				GSK	A R O L 0 4 6 A B					
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2ª				POLYSACARIDE	F 1 9 9 2 5					
	Diarrea por rotavirus	2ª										
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2ª										
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª	13	01	24	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐ Bilthuven	2 2 3 5 0 0 1	PAICOL	16	01	23	ELMORA
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	13	01	24	Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A	Paicol				Elmora
	Hepatitis B	3ª	13	01	24	Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A	Paicol				Elmora
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3ª	13	01	24	- - -	2 8 5 2 X 0 0 2 A	Paicol				Elmora
	Influenza estacional	1ª	11	07	24	Bilthuven	2 4 0 0 9 7 9					
7 meses	Influenza estacional	2ª	13	08	2024							
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	11	07	24	Serum	0 1 3 3 N 0 0 4 A	ESE				=
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	11	07	24	Pfizer	G W 7 6 6 5	=				
	Varicela	2ª	11	07	24	MSD	4 0 0 4 4 5 M	Paicol				elmorca
	Hepatitis A	Única	11	07	24	MSD	2 0 2 2 0 7 0 4 5					=
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1º refuerzo	25	09	25	Serum	2 3 0 8 0 6 0	Paicol				elmora
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1º refuerzo	25	01	25	Serum	2 8 5 3 2 0 1 0					
	Fiebre amarilla	Única	25	01	25	Floont	2 3 F 0 1 6 E					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2º refuerzo						Paicol				elmora
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	25	01	2025	Serum						
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª						5 años				
		2ª										
		3ª										
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.

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

PROCEDIMIENTO	Fecha de Atención			Próxima Cita		
	D	M	A	D	M	A
Control placa 1100103.	27	09	023	27	09	024
CPB+Fluor B	13	07	24	22.	01	25.
CPB, Edu, Fluor	22	07	2025		01	26.

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 9:00 a.m.
Días: De Lunes a Viernes

E.S.E San Sebastián
Siempre adelante en servicios

San Sebastián	E.S.E. SAN SEBASTIAN	CODIGO	PAG 1 DE 1
	LA PLATA HUILA	VERSION	01-009
	NIT. 813.002.872-4	APROBACIÓN	2016

CARNET
PREVENCIÓN SALUD BUCAL



Nombres y Apellidos: Abby Sanchez Lopez
No. De Documento: 1145832846 Tipo de Doc.: RC
Fecha de Nacimiento: 12-09-2022 Edad: 1
EPS: Sanitas.
Dirección o Vereda: Paicol.
Teléfono:

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	NIT. 900027451-0
GRUPO LIBERTAD	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 Mis Ideas, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio Familiar - Comunitario. 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): Thiago Mayorca Trujillo con RC No 1073540343. 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

Powered by CamScanner

6) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) asista al servicio médico y dem 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 Educac Escolar, una vez haya cumplido los cinco (5) años.
8) Informar y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de mi hijo(a), adjuntar 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 una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por el ICBF para Modalidad Comunitaria

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el día 5 del m Mayo del año 2025, en el Municipio de Padcol.

Karen Dayana T.
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Heloda Perdomo T.
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad Paicol

Nombre completo de la niña o niño

Fecha de nacimiento 10-Julio-2023 **N° Documento de Identidad** 1079310393

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el país** 1 Mayo. 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Midia Perdomo Medina

Fecha de registro cualitativo 1 - Agosto - 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 compañerista, alegre, trae control de esfinteres

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo 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 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

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo

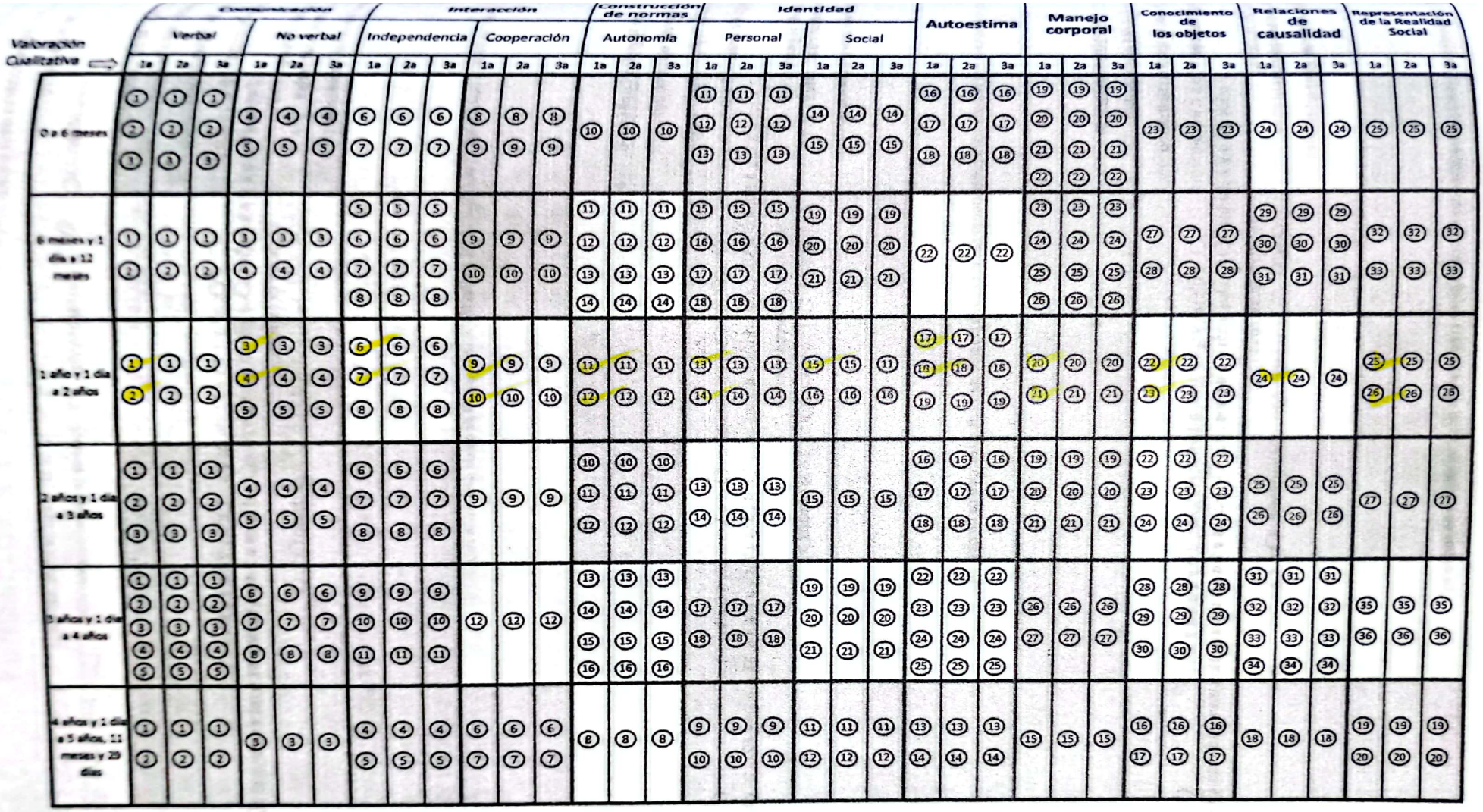
Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

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

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 4	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 Thiago Mayorca Trujillo, identificado (a) con documento de identidad número 1029510390 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, Karen Dayana Trujillo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1007490102 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, adolescentes y jóvenes 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, adolescentes y jóvenes, y 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: Karen Dayana Trujillo.
Nombre: Karen Dayana Trujillo
Calidad - Titular: ____ Representante legal: madre.
Teléfono de contacto: 3105444226
Fecha: 4 - Mayo - 2023
Municipio: Pacol

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

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

Paicol Huila, 5 de Mayo

Señores
Hub Mundial
La ciudad Paicol Huila

ASUNTO: AUTORIZACION PARA LA ENTREGA Y RECOGIDA DE MI HIJO

Cordial saludo,

Yo, Karen Dayana Trujillo C. **como madre de familia, identificada con la cédula de ciudadanía número** 1007490102 **y** John Javier mayorca **como padre de familia, identificado con la cédula de ciudadanía número** 1007348497 **; AUTORIZO a las siguientes personas:**

Carlos Arturo Trujillo c.c. 4.919.867
Cindy Johana Trujillo c.c. 1079508577
Norgui Patricia campo c.c. 26529166

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) Thiago Mayorca Trujillo **de la profesora** Melida Perdomo Medina

Se entrega copia de las cedulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

K. Dayana Trujillo C.
CC. 1007490102

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO
4.919.867
TRUJILLO MARINEZ
APELLIDOS

CARLOS ARTURO
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 27-MAY-1961
TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 A- M
ESTATURA G.S. RH SEXO

01-SEP-1981 PAICOL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

A-1902500-00597288-M-0004919867-20140609 0038982952A 1 42187439

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.529.166
CAMPO SILVA

APELLIDOS
NORGUI PATRICIA

FIRMA



27-AGO-1969
PAICOL
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

23-SEP-1987 PAICOL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
NOMBRE DEL DIRECTOR GENERAL

INDICE DERECHO

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.079.508.577**

TRUJILLO CAMPO

APELLIDOS

CINDY YOHANA

NOMBRES

C yohanna Trujillo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-ENE-1989**

PAICOL
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-DIC-2007 PAICOL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1905200-00182049-F-1079508577-20090930 **00166**89833A 1 24774386

Powered by CamScanner