ERICK SAMIR QUINTERO OCHOA



Powered by CamScanner

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

NUIP 1.079.510.386

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo Serial 51432834

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	NIT. 90002745
	LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS USUARIOS	

HCB SUEÑOS MAGICOS

VEREDA LAS MERCEDES DE PAICOL HUILA

USAURIO: ERICK SAMIR QUINTERO OCHOA- *RC No*. 1079510386



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCES
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	/		

Powered by CamScanner

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

Para identificar lugar de residencia, fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia	✓		
Fotografia fisica, 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 1.079.510.386

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51432834

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE PAICOL - COLOMBIA - HUILA - PAICOL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
QUINTERO	OCHOA

Nombre(s)

ERICK SAMIR

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes JUN Día 01	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	23066010493496

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

OCHOA VEGA ANGELA MARIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.032.503.658	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

QUINTERO CASTILLO DIEGO ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.509.375	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

QUINTERO CASTILLO DIEGO ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.079.509.375	Diego Andres Quintero

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes JUN Día 05	NICTOR BASTIDAS BASTIDAS - REGIST Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Diego Andres Quintero Castillo Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

05 JUN. 2023

REPÚBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURIA DEL ESTADO CIVIL
PAICOL-HUILA
TOMO III FOLIO III SERIAL 51432834
ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL
Y SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO
(Artículo 115 Decreto 1260 de 1970)
NICTOR BASTIDAS BASTIDAS
REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

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

Adhesivo Copia Registro Civil 33404816-3

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

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

Powered by CamScanner

ElectroHuila

SU CODIGO CUENTA NIU

336668954

Para cualquier consulta y pago electrónicos
www.electrohuila.com.co FE CFE -05 -1081

AUTORETENEDORES DE RENTA RESOL. No 042/2007
DIAN EXONERADO AUTORIZACION NUMERACION ART 4
RESOL. 000055 DEL 14/07/15 DIAN BOMOS GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4
DEL 06/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

FACTURA DE VENTA No. 85777701

TOTAL A PAGAR

$ 242.690

Documento equivalente según
artículo 7 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 18/FEB/2025

FECHAS DE LECTURAS	04/FEB/2025 - 01/ABR/2025
FECHA SUSPENSIÓN	18/ABR/2025

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	ORLANDO OCHOA CADENA	Nit CC	12272605
Direccion	VDA LAS MERCEDES FCA FUERTE DULCE	Ruta	6070560245
Municipio	PAICOL	Ciclo	093
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6550014
Carga Instalada	144	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía
Nit:891.180.001-1

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.N	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
19330898	HIK	A	S	0	10670	10284	1	386

Consumo Cant. 518 Consumo Año Anterior 575 Consumo Anterior 675

ULTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
MAR	386
ENE	470
NOV	524
SEP	561
JUL	489
MAY	466
MAR	675

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU: DIU: HC:
EC: VC: VCD:
VCF: CEC:
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 05/03/2025
Valor $ 211440

LIQUIDACION CONSUMO PERIODO

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.032.503.658**

OCHOA VEGA

APELLIDOS

ANGELA MARIA

NOMBRES

ANGELA MARIA OCHOA VEG

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-MAR-1999**

NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-MAR-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

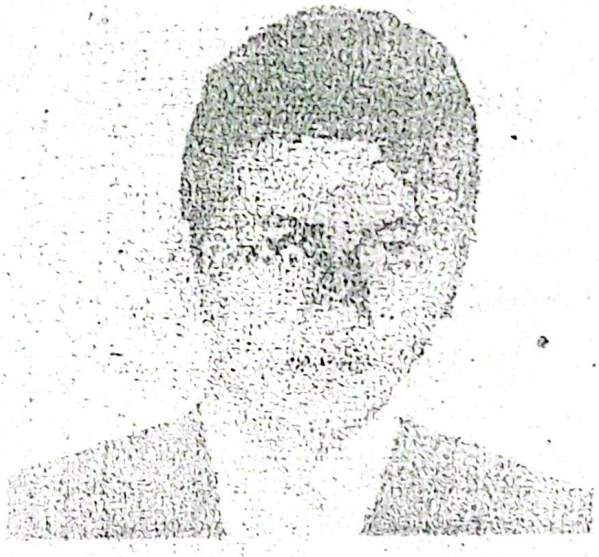
P-1500150-00901948-F-1032503658-20170503 0055222670A 1 48652224

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.079.509.375
QUINTERO CASTILLO
APELLIDOS
DIEGO ANDRES
NOMBRES

Diego Andres Quintero
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-SEP-1995
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 ESTATURA | B- G.S. RH | M SEXO

01-OCT-2013 PAICOL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta:

Ficha:

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ERICK SAMIR

Apellidos: QUINTERO OCHOA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079510386

Municipio: Paicol

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

Última actualización ciudadano:

Última actualización via registros administrativos:

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

Powered by CamScanner

REPORTE NUEVA SOLICITUD EN TRAMITE

Sisbén

Fecha Creación: 20/11/2025 11:47:07 Creado Por: MARIA LIZETH MENDEZ CERQUERA

HUILA PAICOL	41 41518	No. solicitud 4151807680390000034?4

DATOS DEL SOLICITANTE

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Sexo
ANGELA	MARIA	OCHOA	VEGA	FEMENINO
Extranjero	**Tipo de documento**	**Documento**	**Fecha de nacimiento**	**Fecha de expedición doc**
NO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	1032503658	12/03/1999	29/03/2017
País	**Departamento**	**Municipio**	**Correo electrónico**	
COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA D.C.	ANGELAMARIAOCHOAVEGA@GMAIL.COM	
Dirección				**Teléfono**
VEREDA LAS MERCEDES				3102551225

DETALLE DE LA SOLICITUD

¿El solicitante puede aportar información para la solicitud? **SI**

¿El sistema genera alerta de actualización por cambio de edad? **NO**

¿Qué información de la encuesta desea modificar? Identificación ☑ Datos de Vivienda ☑ Datos de hogar ☑ Datos de personas ☑

PERSONAS DEL HOGAR SOLICITANTE

Primer nombre

Orden	1° Nombre	2° Nombre	1° Apellido	2° Apellido	Documento	Retiro	Inclusión	Mod.
1	ANGELA	MARIA	OCHOA	VEGA	C.C. 1032503658	☐	☐	☑

AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE

El DNP actuará como responsable del tratamiento de datos personales, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales de la entidad. La información registrada en el Sisbén y los datos personales serán utilizados para orientar las políticas sociales del Gobierno.

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada es verdadera y se brinda de forma voluntaria, y autorizo a que sea verificada con otras fuentes de información, y que se actualice de forma automática a través del cruce con registros administrativos u otras fuentes que el DNP defina. Cualquier presunta falsedad identificada a través de cruces con bases de datos generará la exclusión del Sisbén, independientemente de las acción legales a que haya lugar.

Autorizo que el resultado de la presente solicitud y en su defecto las observaciones que se formulen sean notificadas a la dirección de correo electrónico señalada en la sección "Informante calificado del hogar".

¿ESTÁ DE ACUERDO? **Sí** ☐ **No** ☐

Firma del Solicitante

Huella índice derecho

Observaciones

NUEVA ENCUESTA POR VERIFICACIÓN - VERIFICACION POR EDUCACION

El futuro es de todos

DNP Departamento Nacional de Planeación

Powered by CamScanner

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1079510386
NOMBRES	ERICK SAMIR
APELLIDOS	QUINTERO OCHOA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	PAICOL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. -CM	SUBSIDIADO	02/06/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/25/2025 13:45:47	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner



DATOS DEL RECIEN NACIDO

QUIEN SOY

Nombres y apellidos: Erick Samir Quintero Ochoa

Identificación: R.C 1079510386 EPS: _____

Fecha de nacimiento: Día. 01 Mes: 06 Año: 2023

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

Recién Nacido: Pretermino: ___ A termino: ___ Edad Gestacional: ____

Embarazo: Único: ____ Múltiple: _____ No de Gestaciones_____

Peso: 3300 Kg. Talla: _____ cm. Perímetro Cefálico: _____ cm.

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

TSH: _____ Serología: _____

Nombre de la Madre: Angela Ochoa Ocupación: _____

Nombre del Padre: Andres Quintero Ocupación: _____

Dirección: V/ Las Mercedes Teléfono: _____

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



Powered by CamScanner

Frecuencia	Profesional	Fecha	Hora	Edad	Peso (Kg)	Talla (cms)	Perimetros	TA	Evaluación nutricional	Firma
1 mes	Medico	7-07-0123		1 mes	5	0.56	PC=38		adecuado	
2-3 meses	Enfermera	10/9/23								
4-5 meses	Medico	6/10/23 Niña	9am	4 mes	7.5	0.65	PC=42	90/60	adecuado	
6-8 meses	Enfermera	6-12/2023	08:20	6 MES	8.4 Kg	68 cm			Adecuado	
9-11 meses	Enfermera	6/4/2024	3:30	10 M.	9.900	74.5cm	PC: 45.2 PB: 15.8.	-	Adecuado	
12-18 meses	Medico	11/01/25	11:00	19M	11,88	85CM	PB=15 PC=46		Adecuado	
18-23 meses	Enfermera									
24-29 meses	Medico	12/06/25	15:00	24m	13kg	93cm	Pe: 49cm	-	ADecuado	
30-35 meses	Medico	10/06/26.								
3 años	Medico									
4 años	Enfermera									
5 años	Medico									
6 años	Medico									
7 años	Enfermera									
8 años	Medico									
9 años	Enfermera									
10 años	Medico									
11 años	Enfermera									

Powered by CamScanner

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado				
	Visual	Normal		Alterado				
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA								

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

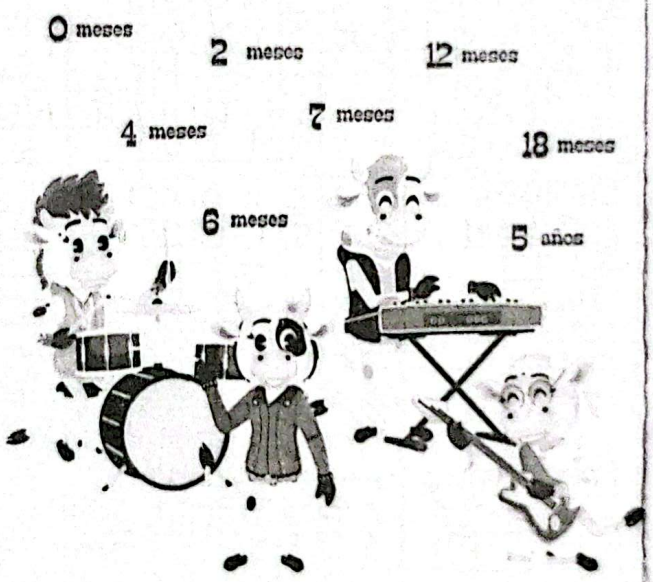
3 años						
4 años						
5 años						

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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



Ministerio de Salud y Protección Social

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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Erick Samir Quintero

Fecha de nacimiento: 1-06-2023

Nº de certificado de nacido vivo: 2306601049396

Registro civil: 1079510386

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3360 Talla: 49cm

Dirección: Vda las Mercedes

Teléfono 1: 312 5132716

Teléfono 2:

Responsable: Angela Maria Ochoa

Municipio de residencia: Pairol

Departamento: Huila

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

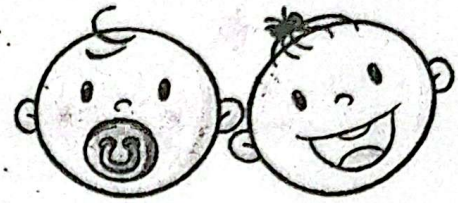
Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: ERICK SAMIR QUINTERO Tipo Identificación: R.C. No. ID: 1079510386

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			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	2	06	2023	Serum	03921MA0953	HDSP	1-08-	2023		Erika Julieth
	Hepatitis B	Recién nacido	1	06	2023	Serum	03221-0094B	HDSP				
2 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	1.°	15	08	23	Biological	223A0O1					
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°	15	08	23	Serum	28S1Y037A					Doma Montealegre
	Pentavalente: Hepatitis B	1.°	15	08	23	Serum	28S1Y037A					
	Pentavalente: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°	15	08	23	Serum	28S1Y037A	ESE PAICOL				
	Diarrea por rotavirus	1.°	15	08	23	GSK	ARO1CD0934A					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	15	08	23	Polisacaride	FY9925					
4 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						18	10	23	
	Poliomielitis (VIP)	2.°	18	10	23	Biological	223401					
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	18	10	23	Serum	28S1Y037F					Doma Y Montealegre P Aux. Enfermería C.C. 1081160544
	Pentavalente: Hepatitis B	2.°	18	10	23	Serum	/					
	Pentavalente: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°	18	10	23	Serum	/	ESE PAICOL				
	Diarrea por rotavirus	2.°	18	10	23	GSK	AFO1O1A66AB					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	18	10	23	Polisacaride	FY9925					
6 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						19	12	23	
	Poliomielitis (VIP)	3.°				BIOTHOEN	2231001					
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.°	19 Diciembre 2023			SERUM	28S1037F	EJE PAICOL HUILA				Ely Johana Ayala
	Pentavalente: Hepatitis B	3.°				/	/					
	Pentavalente: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°				/	/					
	Influenza estacional	1.°	26	04	2024	Butantan	240097975	Ese Santa Rosalia	1-06-	2024		
7 meses	Influenza estacional (NUEVO)	2.°	18	04	2024	Butantan	240097975	Ese Santa Rosalia				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	18	04	2024	SR	0V5300B/12/25	H Base				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	18	04	2024	PFIZER	0X1912/12/25	H Base				
	Varicela	2.°	18	04	2024	SERUM	20286J7/12/25	H Base				
	Hepatitis A	Única	18	04	2024	SERUM	2022076C/11/25	H Base				
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	11	01	2025	Sanofi	230801O	Ese Paicol	19	12	2024	
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	11	01	2025	Serum	28S3701O		19	12	2024	
	Fiebre amarilla	Única	11	01	2025	Sanofi	23F016B					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.° refuerzo	-									
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	11	01	25	Serum	01S3NOOJA	Ese Paicol				
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
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



ATENCIÓN DE SALUD BUCAL

PROCEDIMIENTO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
Edu, CPB, barniz	31	01	2025		07	2025
Control Placa Fluor B	18	07	2025		12	2025



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 Hogar Sueños Magicos, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio Fundación Grupo Libertad. Manifiesto que he sido informado sobre las responsabilidades que me asisten en el marco del Código de Infancia y Adolescencia contemplado en la Ley 1098 de 2006, el cual expresa con relación al sentido de corresponsabilidad de la familia lo siguiente:

"Artículo 14. La responsabilidad parental. La responsabilidad parental es un complemento de la patria potestad establecida en la legislación civil. Es además, la obligación inherente a la orientación, cuidado, acompañamiento y crianza de los niños, las niñas y los adolescentes durante su proceso de formación. Esto incluye la responsabilidad compartida y solidaria del padre y la madre de asegurarse que los niños, las niñas y los adolescentes puedan lograr el máximo nivel de satisfacción de sus derechos. En ningún caso el ejercicio de la responsabilidad parental puede conllevar violencia física, psicológica o actos que impidan el ejercicio de sus derechos".

En atención a lo anterior, en el marco de las acciones de responsabilidad parental, es mi interés manifestar el compromiso en el proceso de atención a la primera infancia de mi hijo (a): Erick Samir Quintero Ochoa con RC No 1079510386 Para ello me comprometo a:

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

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

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

Powered by CamScanner

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

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el día 03 del mes Febrero del año 2025, en el Municipio de Paicol - Huila.

Angela Maria Ochoa
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Lida Cano
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 Erick Samir Quintero Ochoa.

Fecha de nacimiento 06 01 2023 **N° Documento de Identidad** 1079510386

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 03 - 02 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Leda Patricia Cano

Fecha de registro cualitativo 21 04 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

El niño realiza actividades, relacionadas con su edad; cada día se nota su avance y su desarrollo esta en el perfil esperado.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Leda patricia Cano

Fecha de registro cualitativo 21 07 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

Cada día desarrolla mas habilidad. acordes a su edad. su perfil es el esperado

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Lida patricia Cano

Fecha de resgistro cualitativo 21 10 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 

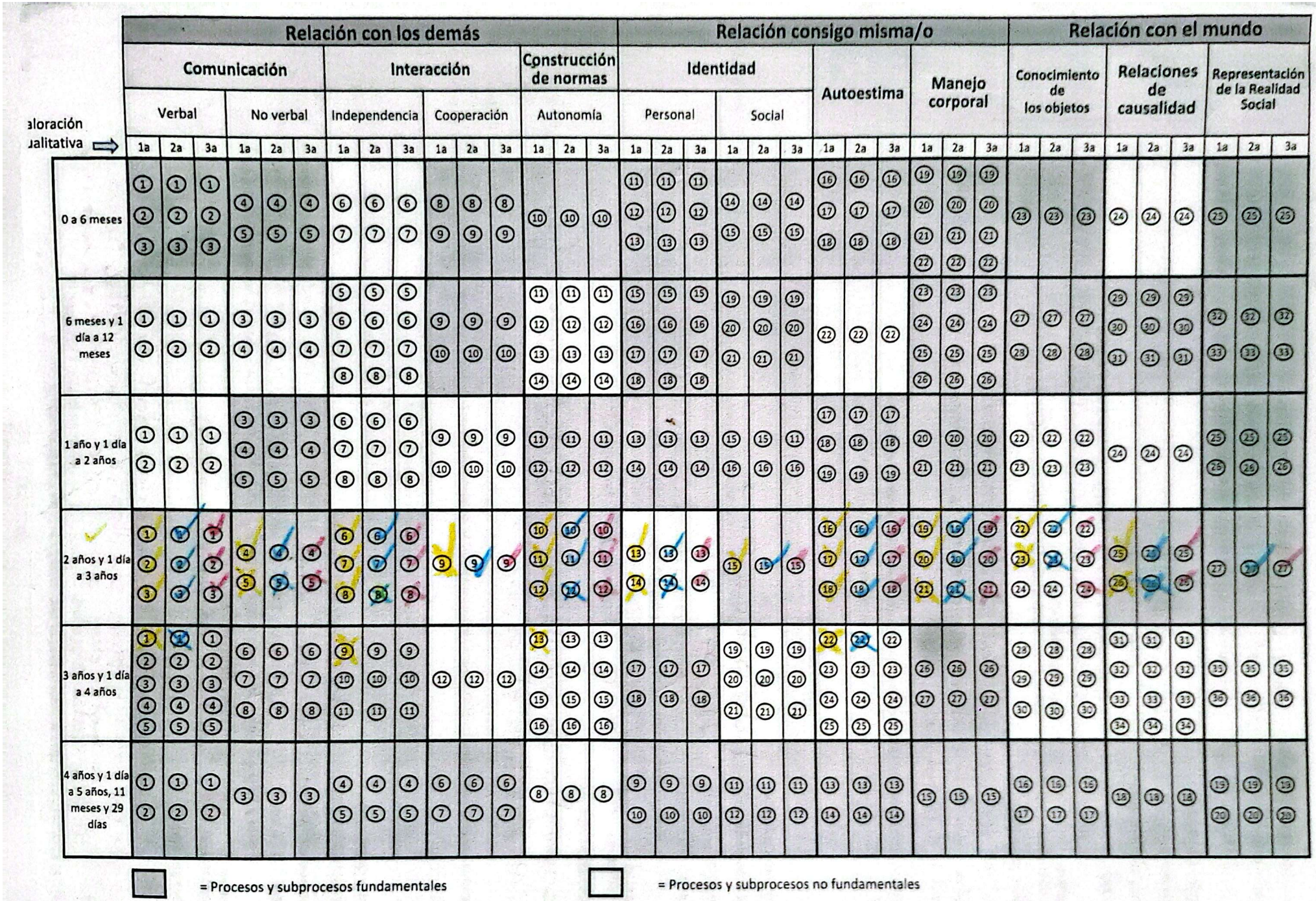
Perfil de desarrollo
Alerta ○ Esperado ⊙ Avanzado ○

Observaciones generales

presenta un desarrollo acorde a su edad. Ha fortalecido su lenguaje expresando palabras y frases sencillas para comunicarse, se observa progreso en su motricidad gruesa al correr, saltar, su motricidad fina al manipular objetos y realizar trazos libres.

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 Erick Samir Quintero Ochoa, identificado (a) con documento de identidad número 1079510386, 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	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Angela Maria Ochoa Vega, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1032503658, 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	

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 Fundación 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

Suscriben:

Firma: Angela Maria Ochoa
Nombre: Angela Maria Ochoa vega
Calidad - Titular: x Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3103009703
Fecha: 03-02-2025
Municipio: Paicol

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

Powered by CamScanner

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

03-02-2025, Paicol - Huila

Señores
Hada Comunitaria Lida Patricia Cano
La ciudad

ASUNTO: AUTORIZACION PARA LA ENTREGA Y RECOGIDA DE MI HIJO

Cordial saludo,

Yo, Angela Maria Ochoa Vega como madre de familia, identificada con la cédula de ciudadanía número 1032503658 y Diego Andres Quintero como padre de familia, identificado con la cédula de ciudadanía número 1079509375; **AUTORIZO** a las siguientes personas:

Rosalba Vega c.c. 36176959
Orlando Ochoa C.c. 12272605
Yully Andrea Lugo C.c. 1075224427

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) Erick Samir Quintero Ochoa de la profesora Lida Patricia Cano.

Se entrega copia de las cedulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

Angela Maria Ochoa

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

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.075.221.421
LUGO VEGA

APELLIDOS
YULLY ANDREA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 24-JUN-1987
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

28-JUN-2005 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1900100-00470326-F-1075221421-20130918 0034904265A 1 6692531405

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 36.176.959
VEGA HERNANDEZ

APELLIDOS
ROSALBA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-ENE-1965
GARZON
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

16-JUN-1983 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1905200-01266584 -0036176959-20211125 00 774841G 1 8503405671

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Powered by CamScanner

seguros mundial®

Accidentes personales

Protegemos tus pasos



Línea de atención

Línea nacional:

01 8000 112 684

en caso de accidente.

Conoce nuestra **red médica**

Página web:

www.segurosmundial.com.co

Nº Póliza:	2000506131
Tomador:	FUNDACION GRUPO LIBERTAD
Nombre de Asegurado:	ERICK SAMIR QUINTERO OCHOA

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1079510386	2025/02/01	2026/02/01

Muerte Accidental	$10.000.000,00	Gastos Médicos	$9.000.000,00

En caso de accidente comunícate a nuestra línea **018000112684.**

Para más información acerca de la póliza comunícate a nuestras líneas:

Desde Bogotá: 3274712/13

Línea nacional: 018000111935

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

www.segurosmundial.com.co

Powered by CamScanner