ERICK DAMIAN MONTEALEGRE LARGO

Powered by CamScanner

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

HCB MIS PITUFOS

USAURIO: *ERICK DAMIAN MONTEALEGRE LARGO*

RC No: 1,079.510.292

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	X		
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
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	X		
Para identificar lugar de residencia, fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia	X		

Powered by CamScanner

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

Fotografía física, esta ira sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo Seguimiento	Cada 3 meses	X		
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	X		
Copia del carné de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el usuario asista según el PAI	X		
Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)	Seguimiento	Una sola vez, solo para las situaciones que aplique.		X	
Certificado de asistencia a consulta en salud bucal. (el Carnet)	Formalización del cupo y seguimiento	Cada año	X		
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año			
Formato autorización toma de fotos y videos	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
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 1.075.510.292

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51432710

0172E4T5X

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
MONTEALEGRE	LARGO

Nombre(s): ERICK DAMIAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes OCT Día 20	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 C DE NACIDO VIVO	168031900

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: LARGO CUETOCHIAMBO MARIA FLORENY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 1.075.508.477	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: MONTEALEGRE MANRRIQUE SERGIO ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.081.415.973	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MONTEALEGRE MANRRIQUE SERGIO ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.081.415.973	Sergio Andrés Montealegre

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 2021 Mes NOV Día 09	HECTOR BASTIDAS BASTIDAS - REGIST Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Sergio Andres Montealegre Firma	Nombre y firma

09 NOV. 2021

ESPACIO PARA NOTAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURIA DEL ESTADO CIVIL

ESTA REPRODUCCIÓN

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.081.415.973
MONTEALEGRE MANRRIQUE

APELLIDOS

SERGIO ANDRES

NOMBRES

Sergio Andres Montealegre

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-SEP-1995
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

25-SEP-2013 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1904900-00500866-M-1081415973-20131024 0035551634A 1 39071758

Powered by CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.075.508.477

Apellidos
LARGO CUETOCHAMBO

Nombres
MARIA FLORENY

Nacionalidad
COL

Estatura
1.57

Sexo
F

Fecha de nacimiento
18 JUL 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
NEIVA (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
18 JUL 2023, PAICOL

Firma
María Floreni Largo

Fecha de expiración
19 JUL 2033

.CO

025425660

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL025425660019052<<<<<<<<<<
0507185F3307191COL1075508477<1
LARGO<CUETOCHAMBO<<MARIA<FLORE

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: **05/11/2025**

Ficha: **41518076803900002304**

B6

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **ERICK DAMIAN**

Apellidos: **MONTEALEGRE LARGO**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1079510292**

Municipio: **Paicol**

Departamento: **Huila**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **04/09/2024**

Última actualización ciudadano: **04/09/2024**

Última actualización vía registros administrativos:

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

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

ElectroHuila
NIT. 891.180.001 -1

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
289460827

Para cualquier consulta y pago electrónicos
www.electrohuila.com.co

FT-CFE-05-001

AUTORRETENEDORES DE RENTA RESOL. No 547/2002
DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART 4
RESOL. 000055 DEL 14/07/16 DIAN SOMOS GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTORRETENEDORES CIRCULAR 4
DEL 08/01/99 SECRETARÍA DE HACIENDA DE NEIVA

TOTAL A PAGAR
$ 74.050

FACTURA DE VENTA No. 59492510

Documento equivalente según
artículo 17 Decreto 1001/97

FECHAS DE LECTURAS: 02/FEB/2021 - 03/ABR/2021

FECHA DE VENCIMIENTO 23/ABR/2021 FECHA SUSPENSIÓN 26/ABR/2021

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	MONTEALEGRE OSORIO ELICEO	Nit C.C.	214435
Dirección	VDA CALOTO PARTE ALTA	Ruta	6070640390
Municipio	PAICOL	Ciclo	093
Clase Servicio	Residencial	Estrato	2

INFORMACIÓN TÉCNICA

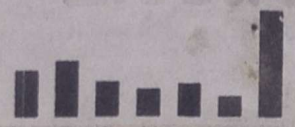
Nive Tension	1 Secundaria	Circuito	4690141
Carga Contratada	576	Nombre	T19239
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	TE	TM	Obs	Lec. Actual	Lec Ante	Factor	Consumo (kwh)
25050296	ISK	A	S		15158	14942	1	216

Promedio Cuenta 82 Consumo Año Anterior 42 Consumo Anterior 42

ULTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
ENE	
NOV	116
SEP	73
JUL	57
MAY	68
MAR	42
MAR	216

CALIDAD DEL SERVICIO

Codigo Transformador
Grupo
Total Interrupcion
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 19/03/2021
Valor $ 65430

LIQUIDACION CONSUMO PERIODO

Consumo (kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total ($)	Consumo (kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total ($)
108	617,380=	66.731			
108	623,441=	67.332			

Valor Total Energia de Periodo		$ 134.063
Valor Subsidio /Contribución %)	50%	$ 67.032-
Valor Total Energia Facturado		$ 67.031

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES		OTROS CARGOS	
Consumo Periodo	$	67.032	OTROS CARGOS	$ 0
Impuesto Alum. Publi	$	6.703	ALUMBRADO P	$ 6.703
Interes moratorio	$	228	VALOR ELECTROHUILA	$ 67.347
Deuda Capital	$	3.169		
Cuota Financiacion	$	90		
Ajuste Decena --	$	3		

TOTAL A PAGAR
$ 74.050

ELECTRODOMESTICOS

CONVENIO	CUOTAS PEND.	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	CUOTAS PEN.	TOTAL FIN.	SALDO
Cuota Fi	34	3259	3079

FOES: Consumo Kwh	$Kwh	Valor $	No Factura

COSTO UNITARIO DE PRESTACION DEL SERVICIO

Gm:	232.0077	Tm:	40.6176	PRn,m:	43.9704	Dn,m:	190.1051
Rm:	27.8284	Cv,m	101.5907	CUv,n,m:	617.8	($/Kwh)	

Obs.: 0: Toma exitosa.

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT CORRIENT	INT. MORA

ElectroHuila
NIT. 891.180.001 -1

Codigo de Cuenta: 289460827
Factura de Servicios Publicos No: 59492510
Periodo: MAR 2021 Fecha de Vencimiento: 23/ABR/2021
Suspension a partir de: 26/ABR/2021

Valor Total a Pagar: $ 74.050

(415)7707274499679(8020)0289460827(3900)0000074050(96)20210423

Señor cajero favor dejar libre de sellos tanto el frente como el reverso de esta factura

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	1079510292
NOMBRES	ERICK DAMIAN
APELLIDOS	MONTEALEGRE LARGO
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.	SUBSIDIADO	01/08/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/05/2025 13:05:40	**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

Powered by CamScanner

Frecuencia	Profesional	Fecha	Hora	Edad	Peso (Kg)	Talla (cms)	Perímetros	TA	Evaluación nutricional	Firma
1 mes	Medico	25-11-2021	10:18	7mes	3,905	53cm	PC:36	—	Adecuado	
2-3 meses	Enfermera									
4-5 meses	Medico	02-22								
6-8 meses	Enfermera									
9-11 meses	Enfermera									
12-18 meses	Medico	20/12/202	11:40	14	10kg	74cm	PC=46cm PB=14	—	Peso Talla adecuado	CRISTIAN CAMILO Medico G U. Surcolo C 1089,9
18-23 meses	Enfermera									
24-29 meses	Medico						PC = 48		Peso adecuado	
30-35 meses	Medico	4/05/24	8:30	29m.	11.7kg	86cm	PC: 46 PB 16		Peso Talla Adecuado	
3 años	Medico	05/07/25	10:00	44m	15kg	96cm	Pc:50cm	—	Riesgo de Talla Baja	
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

DATOS DEL RECIEN NACIDO

QUIEN SOY

Nombres y apellidos: Erick Damian Montealegre Lago

Identificación: 1079510.292 EPS: _____

Fecha de nacimiento: Día. 20 Mes: 10 Año: 2021

Edad: _____ Días: 5 Mese s: 1 Años: ____ Sexo: Masculino

Recién Nacido: Pretermino: ___ A termino: X Edad Gestacional: 40 Sem.

Embarazo: Único: X Múltiple: _____ No de Gestaciones 1

Peso: 2.600 Kg. Talla: 51 cm. Perímetro Cefálico: _____ cm.

Tipo de sangre: O H) Lugar que ocupa entre los hermanos: 1

TSH: _____ Serología: _____

Nombre de la Madre: Maria Florez Lago G. Ocupación: Ama de C.

Nombre del Padre: Sergio Andres Montealegre Ocupación: Agricultor

Dirección: Vereda alto cabito. Teléfono: _____

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

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							Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐					
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	21	10	21	Serum	037001MA0227C	HOSAP				Bibiana Palencia Juliana R.
	Hepatitis B	Recién nacido	20	10	21	Serum	037201X0172C					
2 meses							Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐					
	Poliomielitis (VIP)	1.°	20	12	21	Bithavien	2710S0071					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°	20	12	21	Serum	2E50X0335B	ESE santa rosa de lima paicol	20	Diciembre	21	Adriana Silva C
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.°	20	12	21	Serum	2E50X0335B					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°	20	12	21	Serum	2E50X0335B					
	Diarrea por rotavirus	1.°	20	12	21	GSK	AR0CC83BA C					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	20	12	21	GSK	AS0NB31SBA					
4 meses							Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐		22	02	22	
	Poliomielitis (VIP)	2.°	22	02	22	Bithaven	AK0LC E71AD.					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	22	02	22	Serum	2E50V0411D	ESE santa rosa de lima paicol				Adriana Me Silva
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.°	22	02	22	Serum	2E50V0411D					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°	22	02	22	Serum	2E50V0411D					
	Diarrea por rotavirus	2.°	22	02	22	GSK	AR0LC E31AD					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	22	02	22	GSK	AS0NB31SBA					
6 meses							Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐		22	04	22	
	Poliomielitis (VIP)	3.°	23	04	22	Bithaven	2710400 6.					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.°	23	04	22	Serum	2E50V0471D	ESE paicol rosa de lima				Adriana Me Silva
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.°	23	04	22	Serum	2E50V0471D					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°	23	04	22	Serum	2E50V0471D					
	Influenza estacional	1.°	19	11	22	Green cross		ESE paicol				Exidelba Rueda
7 meses	Influenza estacional	2.°							20	12	22	
12 meses	Sarampión, rubécla y parotiditis (SRP)	1.°	19	11	22	Serum	0713N0364	E.S.E paicol				Exidelba Rueda
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo										
	Varicela	2.°	19	11	22	Marcs Sharps	W02208042	ESE paicol				Exidelba Rueda
	Hepatitis A	Única	19	11	22	Marcs Sharps	W00408042	ESE paicol				Exidelba Rueda
	Influenza estacional	Anual	5	07	23	GC	VG0523003	ESE paicol				Alejandra T.
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.° refuerzo	05	05	23	Serum	0B01 2					
	Difteria, tosferina y tétano (DPT) (Ficha)	1.° refuerzo	05	05	23	Serum	0B0S1X0400	ESE paicol				Luisa Tezano
	Fiebre amarilla	Única	05	05	23	Sanofi	V3N21					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.° refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	05	05	23	Serum	0131N0824	Ese paicol				Luisa Tezano
	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

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

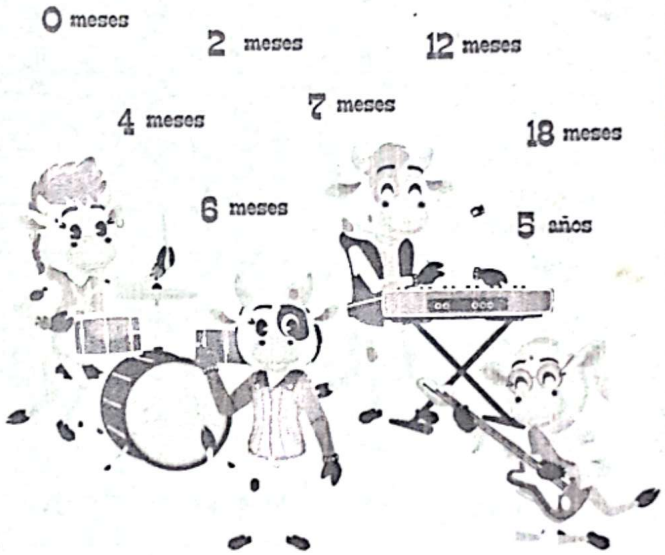
3 años	D	M	A		
4 años					
5 años					

*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: ETICK DAMIAN MONTEALEGRE LARGO
Fecha de nacimiento: 20 OCTUBRE 21
Nº de certificado de nacido vivo: 168031900
Registro civil: 1079510292
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 2660 Talla: 51 cm
Dirección: Alto calato
Teléfono 1: 3168789351
Teléfono 2:
Responsable: Maria Florery Largo C.
Municipio de residencia: Pericol
Departamento: Huila

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

DATOS DEL RECIEN NACIDO

QUIEN SOY

Nombres y apellidos: Erick Damian Montealegre Lago

Identificación: 1079510.292 EPS: _____

Fecha de nacimiento: Día. 20 Mes: 10 Año: 2027

Edad: _____ Días: 5 Mese s: 1 Años: ____ Sexo: Masculino

Recién Nacido: Pretermino: ___ A termino: X Edad Gestacional: 40sem

Embarazo: Único: X Múltiple: _____ No de Gestaciones 1

Peso: 2.600 Kg. Talla: 51 cm. Perímetro Cefálico: _____ cm.

Tipo de sangre: O (+) Lugar que ocupa entre los hermanos: 1

TSH: _____ Serología: _____

Nombre de la Madre: Maria Gloria Lago G. Ocupación: Ama de casa

Nombre del Padre: Sergio Andres Montealegre Ocupación: Agricultor

Dirección: Vereda alto sabio. Teléfono: _____

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

Powered by CamScanner

ATENCIÓN DE SALUD BUCAL

PROCEDIMIENTO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
Salud oral: Cp, Fluor, Educa	01	03	2024	28	09	2024
Salud oral: Cp, Fluor, Educo	15	02	2025	22	06	2025
Salud oral: Cp, Fluor, Educo		01	2026			

Powered by CamScanner

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

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS MIS PITUFOS, 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): ERICK DAMIAN MONTEALEGRE LARGO con RC No 1.079.510.292 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 VEREDA ALTO CALOTO

María Yoreny Vargo
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Carmen Juliana Vargas Garcia
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad Parcd

Nombre completo de la niña o niño Erick Damian Montealegre Largo

Fecha de nacimiento 20 oct 2021 **N° Documento de Identidad** 1079510292

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Juliana Vargas

Fecha de registro cualitativo 25 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 [yellow] **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ⊗ Avanzado ○

Observaciones generales

Se le realiza la evaluacion al niño y arroja un resultado en esperado, el niño es muy atento.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Juliana Vargas.

Fecha de registro cualitativo 22 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 [blue] **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ⊗ Avanzado ○

Observaciones generales

se le realiza la evaluacion al niño y arroja un resultado en esperado, el niño ha avansado positivamente se expresa mas.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Juliana Vargas

Fecha de resgistro cualitativo 16 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 ⊗

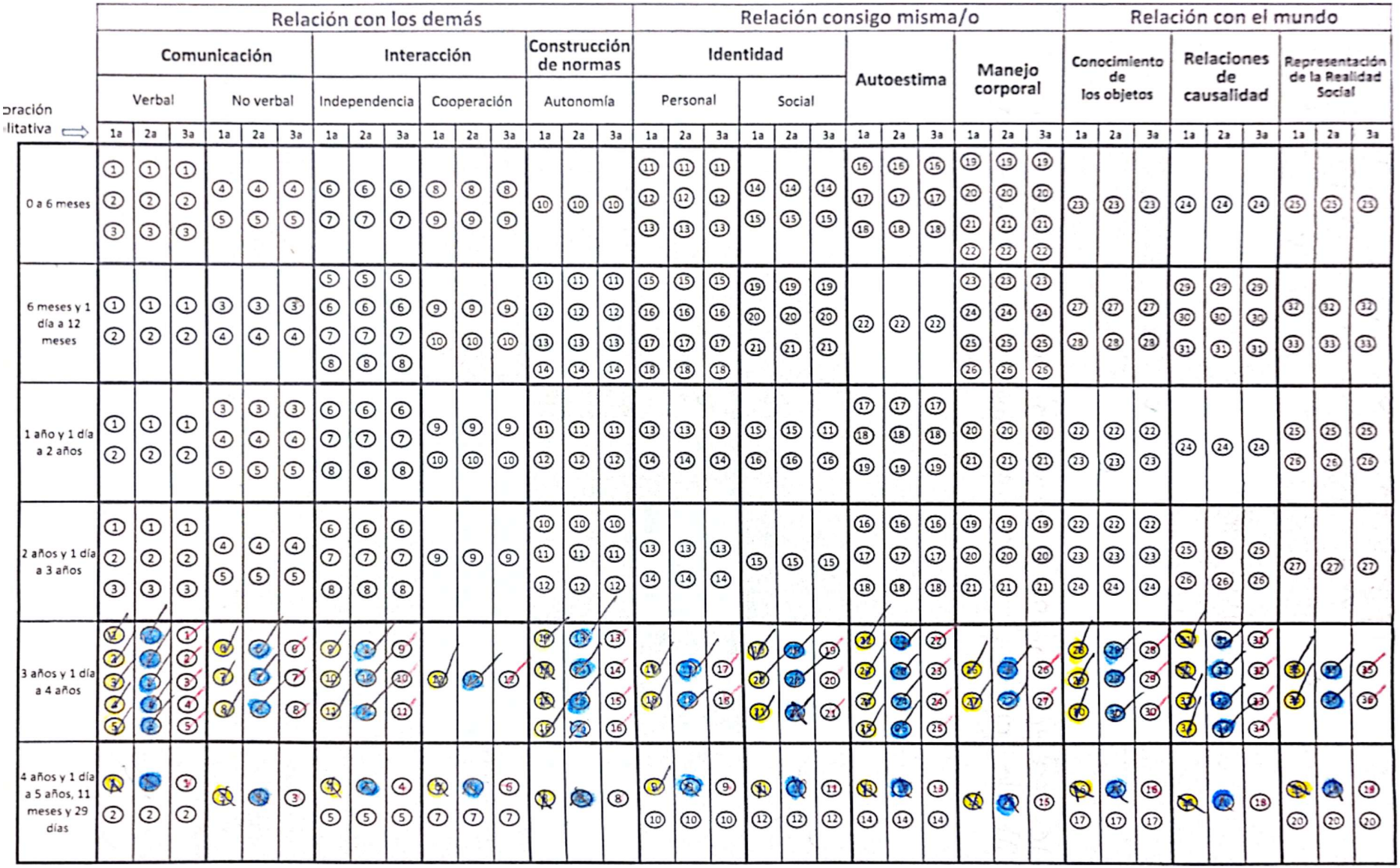
Color de registro valoración cualitativa [pink] **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ⊗ Avanzado ○

Observaciones generales

Se realiza la evaluacion al niño y arroja un resultado en esperado, es un niño muy inteligente y alegre.

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 DAMIAN MONTEALEGRE LARGO**, identificado (a) con documento de identidad número **1.079.510.292**, 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, MARIA FLORENY LARGO CUETOCHAMBO quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número **1.075.508.477** 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 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 HCP Comunitario

Suscriben:

Firma: Mana Floreny Largo
Nombre: mana Floreny Largo
Calidad - Titular mamá Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3144223280
Fecha: 02-02-2025
Municipio: Puracal

Powered by CamScanner

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: 0 3 0 2 2 0 2 5

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 PITUFOS

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: 1.079.510.292

Fecha nacimiento: 2 0 1 0 2 0 2 1

Nombres: ERICK DAMIAN

Apellidos: MONTEALEGRE LARGO

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) ( ) Multiple ( ) 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 p ( ) Víctima conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: HUILA

Municipio de residencia: PAICOL

Zona: RURAL

Barrio:

Vereda: ALTO CALOTO

Sector:

Dirección: VEREDA ALTO CALOTC MUNICIPIO DE PAICOL

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (●) Madre ( ) Padre ( ) Cuidadora

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: 1075508477

Nombres: MARIA FLORENY

Apellidos: LARGO CUETOCHAMBO

País de nacimiento: COLOMBIA

Fecha nacimiento: 1 8 0 7 2 0 0 5

Correo electrónico:

Número de celular: 3144223280

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRICULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Mary Floreny Largo

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Carmen Juliana Vargas Garcia

Observaciones:

Powered by CamScanner