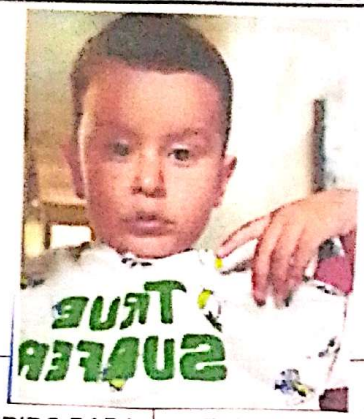
	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	NIT. 900027451-0
	LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS USUARIOS	

HCB LOS PATICOS

USAURIO: JUAN CAMILOSERRATO ANACONA *RC No. 1145832935*



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			
Fotografía física, esta ira sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	X		

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD		NIT. 900027451-0		
	LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS USUARIOS				
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.			
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 vídeos	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya ingresos nuevos	X		

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL — Adhesivo Copia Registro Civil 37805075-1

•6037491 3•

NUIP 1.145.832.935

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60374913

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L 5 B

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

REGISTRADURIA DE LA PLATA - COLOMBIA - HUILA - LA PLATA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SERRATO	ANACONA

Nombre(s): JUAN CAMILO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes OCT Día 23	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
DOCUMENTO AUTENTICO	JUPF-790 14-12-2023

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: SERRATO ANACONA DANEYI CONSTANZA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 55.131.683	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: JUZGADO UNICO PROMISCUO DE FAMILIA LA PLATA HUILA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

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 DIC Día 15	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO - R Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

15.DIC.2023 - SERIAL REEMPLAZA A 09093851572 - 28.OCT.2022. CAMBIO DE NOMBRE - LIBRO DE VARIOS TOMO VI FOLIO # 149

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

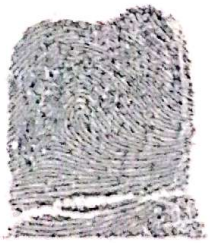
NUMERO 55.131.683

SERRATO ANACONA
APELLIDOS

DANEYI CONSTANZA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-AGO-1984
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

09-ENE-2003 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENDON LOPEZ

P-1904900-50117361-F-0055131683-20030820 0317103232A 01 139942003

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro valido

Fecha de consulta: 14/08/2025

Ficha: 41396001530000007710

C1

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: JUAN CAMILO

Apellidos: VILLA SERRATO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1145832935

Municipio: La Plata

Departamento: Huila

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/11/2022

Última actualización ciudadano: 29/11/2022

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: OTONIEL SALAZAR PENNA

Dirección: Carrera 4 No. 5-09

Teléfono: 8371474

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

Powered by CamScanner

Empresa de Servicios Públicos del Municipio de La Plata - Huila

Nit. 813.002.781 - 2

emserpla e.s.p

Carrera 3 No. 2 - 04 Esquina
Celular: 318 466 5548 - Teléfono: 837 0029
www.emserpla.gov.co
facturacion@emserpla.gov.co
Código Postal: 415060

Vigilado Superservicios

No. USUARIO 791 **FACTURA No.** 163856798

NOMBRE: SERRATO CUELLAR MARCELINO

DIRECCION: CLL 5 #8-72

No. PREDIAL:

BARRIO: SAN SEBASTIAN RUTA: 002-2770

TIPO DE USUARIO:

CLASE DE USUARIO:

ESTRATO: 2 CICLO: 1

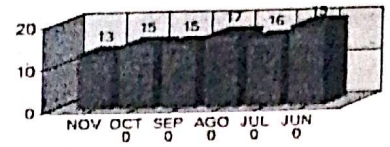
CONTRATO No: FECHA DE EXPEDICIÓN: 09/01/2025

DATOS DEL MEDIDOR

NUMERO	MARCA	ESTADO	PERIODO FACTURADO
19139359	ControlAgua	Estado buen	01/12/2024 - 31/12/2024

DATOS DEL CONSUMO

LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (m³)	NOVEDAD DE LECTURA	FACTURAS VENCIDAS
937	919	18	1	0



ÚLTIMOS CONSUMOS M³ — PROMEDIO M³: 15 m3

DATOS DE LIQUIDACIÓN ACUEDUCTO

CONCEPTO	M3 Cant	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	% Subsidios y/o Contribución	Valor Subsidio	Valor Total Usuario
Cargo fijo		3.421		-20	-684	2.737
Consumo basico (0-13)	13	676	8.788		-1758	7030
Consumo complementario (14-26)	5	676	3.380		0	3380
Consumo suntuario (>27)	0	0	0		0	0
Tasa por uso de agua						
Subtotal acueducto		4.773	12.168			13.147

CONCEPTO DE ACUEDUCTO

Cargo fijo Acueducto	2.737
Consumo Acueducto	10.410
Subtotal Acueducto	

LA TASA AMBIENTAL POR USO: Contribuye a la preservación y protección de las fuentes de Agua (Art. 37 Res CRA 287 de 2004)

DATOS DE LIQUIDACIÓN ALCANTARILLADO

CONCEPTO	M3 Cant	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	% Subsidios y/o Contribución	Valor Subsidio	Valor Total Usuario
Cargo fijo	1819			-20	-364	1.455
Vert. basico (0-13)	13	354	4.602		-920	3.682
Vert. complementario (14-26)	5	354	1.770		0	1.770
Vert. suntuario (>27)	0	0	0		0	
Tasa por uso de agua						
Subtotal Alcantarillado		2.527	6.372			6.907

CONCEPTO DE ALCANTARILLADO

Cargo fijo Alcantarillado	1.455
Vertimiento Alcantarillado	5.452

LA TASA AMBIENTAL RETRIBUTIVA: Contribuye a la descontaminación de las aguas residuales (ley 99 de 1993)
En esta factura se han cobrado los valores por concepto de estas tasas con destino a las autoridades ambientales.

DATOS DE LIQUIDACIÓN ASEO

Mes / Unidad

CONCEPTO	CONSUMO	Tarifa	% Subsidios y/o Contribución	Valor Subsidio	Valor Total Usuario	Residencial	No Residencial
TFR	0		-20		-4.423	17.691	
TBL	583						
TRT	9633						
TTE	0						
TDF	6494						
TTL	0						
TA	6494						
Total Tarifa	22.114			-4.423	17.691		

CONCEPTO DE ASEO

Cargo fijo Aseo	17.691

DATOS DEL USUARIO DE ASEO

DENSIDAD	VOLUMEN	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN	FRECUENCIA BARRIDO	FRECUENCIA RECOLECCIÓN	FRECUENCIA PODA ARBOLES	FRECUENCIA CORTE CESPED

PARACIÓN DEL VALOR DEL SERVICIO DE ASEO FACTURADO DE LOS ULTIMOS 6 MESES

OTROS CONCEPTOS

Deudas anteriores	-
Intereses	-
Aviso a la	-

CONCEPTOS A FINANCIAR

CONCEPTO A FINANCIAR	VALOR A FINANCIAR	NO. DE CUOTAS	VALOR CUOTA	CUOTAS PENDIENTES	NUEVO SALDO

De no realizar el pago oportuno del servicio de acueducto, después de esta fecha se procederá a la suspensión del servicio de acueducto

PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
15/01/2025	15/01/2025

TOTAL A PAGAR 37.745

ULTIMO PAGO:

PUNTO DE SERVICIOS
NIT 55 131 573 - 0
10 ENE 2025
CORRESP... BANCO... BOGOTÁ
Calle 5 N... 76 La Plata Huila

Powered by CamScanner



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	1145832935
NOMBRES	JUAN CAMILO
APELLIDOS	SERRATO ANACONA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA PLATA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	23/10/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	05/08/2025 16:22:15	**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**,

Powered by CamScanner

DATOS DEL RECIEN NACIDO

QUIEN SOY

Nombres y apellidos: Juan Camilo Villa Serrato

Identificación: 1145832935 EPS: Sanitas

Fecha de nacimiento: Día 23 Mes: 10 Año: 2022

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

Recién Nacido: Pretermino: ___ A termino: ___ Edad Gestacional: 39

Embarazo: Único: X Múltiple: _____ No de Gestaciones 4

Peso: 4119 Kg. Talla: 53 cm. Perímetro Cefálico: _____ cm.

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

TSH: _____ Serología: _____

Nombre de la Madre: Constanza Serrano Ocupación: Ama de casa

Nombre del Padre: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

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

Powered by CamScanner

CITAS DE CONTROL

DIA	MES	AÑO	HORA	PROFESIONAL
12	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
20	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
23	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
27	Febrero	2023	Med	DRA CARLOS E. FERNANDEZ C. MEDICO CIRUJANO RNA 450/2005
06	Junio	2023	Enf.	
06	09	2023		
2	11	2023	medico	Karen Sevi
7	5	2024.	Nutric	
28	Octubre	2024	Psicol	Cristian Barrera
28	[illegible]	2028	Enf	Medico
14	octubre	2025	MG	Ste ACPI
	Octubre	2026	Enfermera	

Powered by CamScanner

IAMI

San Sebastián

FORMULARIO DE REGISTRO

FECHA	EDAD	PESO	TALLA	PC	PT	OBSERVACIÓN
27/2/23	4m	8.1 k	68.5m	43	45	P y T ~~sobrepeso~~
06-06-23	7M	9.5kg	73cm	45	49	50 50
2/11/23	12	10.7	79	46.5	48	Sano.
7-25 2-24	18m	12,3 kg	87cm	48,5	P8 > 15.5cm P5 < 16,1 cm	
26/6/24	24m.	15	91	49	-	P. Sobrepeso.
28/4/25	30m	15,3	97	50cm		Normal P y T
24-10-25	36 m	16,9	101	51		P y T Normal

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

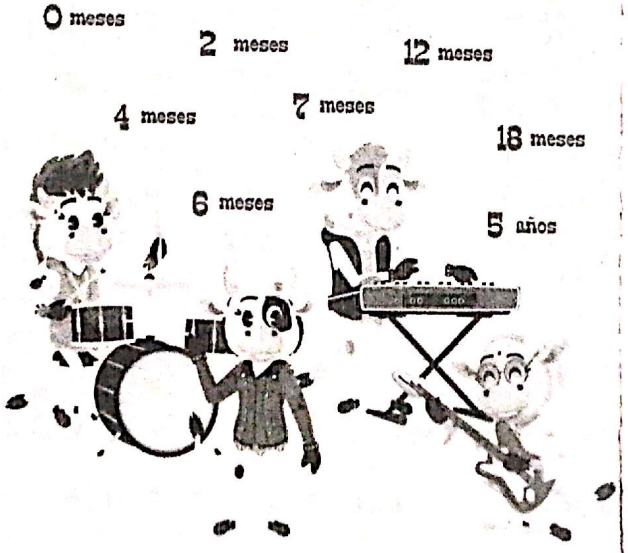
3 años						
4 años						
5 años						

*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: JUAN CAMILO VILLA SERRATO
Fecha de nacimiento: 23-10-2022
Nº de certificado de nacido vivo: 2210221015639 8
Registro civil: 1145832935
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 4195 Talla: 53cm
Dirección: B. San Sebastian
Teléfono 1: 3164809717
Teléfono 2:
Responsable: Daneyi Serrato A.
Municipio de residencia: La Plata
Departamento: Huila

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

CITAS VACUNACION
Horario de asignación
Dias:Lunes a Viernes
Mañana:7:00. a 12:00.am
Tarde: 2:00. a 4:30. pm.
Sábados
7:00. a 11:00. am
3202285303

...illa Tipo Identificación: 1145832935 No. ID:

			aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
							Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐					
			10	10	2022	Serum	0 3 7 1 HA0 31	HOSP	23-	12	2022	
			10	10	2022	Serum	0 3 2 1 QD1 9 5	HOSP				
							Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐					
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	28	12	022	BILTHOVEN	2 1 3 9 0 0 3 A	ESE SAN SEBASTIAN E.S.E. VACUNACIÓN LA PLATA	28	2	023	Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	28	12	022	SERUM	2 8 5 1 X 0 2 1 E		28	2	023	Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	28	12	022	SERUM	2 8 5 1 X 0 2 1 E		28	2	023	Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	28	12	022	SERUM	2 8 5 1 X 0 2 1 E		28	2	023	Ramiro Lemus
	Diarrea por rotavirus	1.ª	28	12	022	GSK	A A 0 1 D 0 7 1 A A		28	2	023	Ramiro Lemus
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	28	12	022	PREVENAR	E X 8 5 8 9		28	2	023	Ramiro Lemus
							Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐					
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	3	3	023	BILTHOVEN	2 2 0 6 0 1 2	ESE SAN SEBASTIAN E.S.E. VACUNACIÓN LA PLATA	3	5	023	Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	3	3	023	SERUM	2 8 5 1 X 0 4 0 C		3	5	023	Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	3	3	023	SERUM	2 8 5 1 X 0 4 0 C		3	5	023	Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	3	3	023	SERUM	2 8 5 1 X 0 4 0 C		3	5	023	Ramiro Lemus
	Diarrea por rotavirus	2.ª	3	3	023	GSK	A A 0 1 D 0 9 1 A A		—	-	-	
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	3	3	023	PREVENAR	F 4 9 9 2 5					Ramiro Lemus
							Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐					
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	7	6	023	BILTHOVEN	2 2 0 7 0 0 5	ESE SAN SEBASTIAN E.S.E. VACUNACIÓN LA PLATA	—	-	-	
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	7	6	023	SERUM	2 8 5 1 X 0 4 0 D		—	-	-	
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	7	6	023	SERUM	2 8 5 1 X 0 4 0 D		—	-	-	
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	7	6	023	SERUM	2 8 5 1 X 0 4 0 D		—	-	-	
	Influenza estacional	1.ª	7	6	023	GREERCAS	V 5 0 5 2 3 0 0 4		7	7	023	Pilar Cañas
7 meses	Influenza estacional	2.ª	29	07	23	BIOPHARMA	V 5 0 5 2 3 0 0 9	ESE S.S.				RAMIRO LEMUS
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	22 FEB 2024			SERUM	0 1 3 3 N 0 0 4 A	ESE SAN SEBASTIAN E.S.E. VACUNACIÓN LA PLATA	—	-	-	
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	22 FEB 2024			PREVENAR	G J 8 6 3 5		—	-	-	
	Varicela	2.ª	22 FEB 2024			MSD	X 0 1 9 1 3		—	-	-	
	Hepatitis A	Única	22 FEB 2024			MSD	X 0 1 9 1 3		—	-	-	
	Influenza estacional	Anual	12 JUNIO 2024			BUTANTAN	2 4 0 0 9 1 9		7	6	024	Maria Yicela Salazar
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	12 JUN. 2024			BILTHOVEN	2 2 3 9 0 0 2 A					Maria Yicela Salazar
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	12 JUN. 2024			SERUM	2 8 5 2 4 0 0 1 1 E.	ESE SAN SEBASTIAN				Maria Yicela Salazar
	Fiebre amarilla	Única	12 JUN. 2024			BIOMANGUINHOS	2 2 3 1 V T C 0 0 32	ESE SAN SEBASTIAN				Maria Yicela Salazar
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.º	12 JUN. 2024			SERUM	0 1 3 3 N 0 0 4 A	ESE SAN SEBASTIAN				Maria Yicela Salazar
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
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

PROCEDIMIENTO	Fecha de Atención			Próxima Cita		
	D	M	A	D	M	A
CP3 + Fluor Barn	6	02	24	6	08	24
CP3 + Fluor Barn	7	10	24	7	04	25
CP3 + Fluor Barn	26	04	25	26	10	25
CP3 + Fluor	24	10	25	24	04	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.

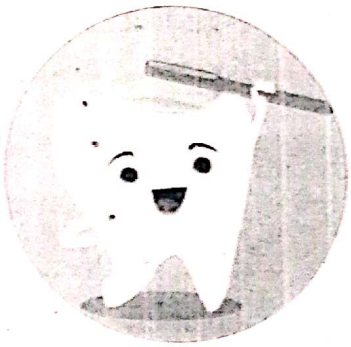
Belén 318-3208889

7:00 a.m. a 9:00 a.m.
Días: De Lunes a Viernes

E.S.E San Sebastián
Siempre dispuesta en servirte

E.S.E. SAN SEBASTIAN	CÓDIGO	APROBÓ
LA PLATA HUILA	VERSIÓN	
NIT. 813.002.372-4	APROBACIÓN	2016

CARNET
PREVENCIÓN SALUD BUCAL



Nombres y Apellidos: Juan camilo villa
No. De Documento: 1145832435 Doc.: R.C
Fecha de Nacimiento: 23-10-22 Edad: 1
EPS: Sanitas
Dirección o Vereda: Sansebastian
Teléfono:

Powered by CamScanner

E.S.E SAN SEBASTIAN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA

Control Placa No. 02272012

Còdigo de Archivo HC No. 1145832935

IDENTIFICACIÓN

Paciente :	JUAN CAMILO VILLA SERRATO	**Documento:**	RC No. 1145832935	**FN**	23 - oct. - 2022
Pais: COLOMBIA	**Departamento** HUILA	**Ciudad:**	LA PLATA	**Edad:**	2 Años **Sexo:** M
Dirección:	CALLE 5 # 8-72 (SAN SEBASTIAN)	**Teléfonos:**	3215583165		

Fecha de realización 26/abr/2025
Hora de realización 09:09

HIGIENE ORAL

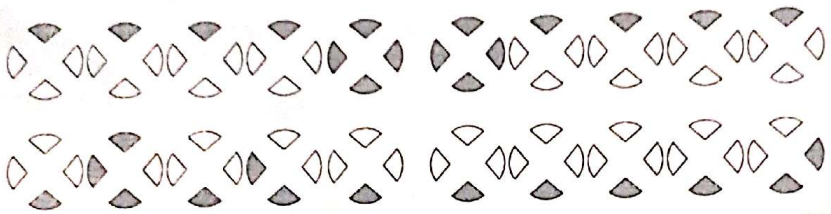
Sellantes	No
No. de Sellantes	0
Aplicación de Fluor	Sí
Control Placa	Sí

Detartraje: No

☐ Cuadrante No ☐ Cuadrante No

☐ Cuadrante No ☐ Cuadrante No

Indice O'Leary



Superficies Marcadas	Total Superficies	Porcentaje
30	80	37,50%

Observaciones Odontograma

EL PADRE DE FAMILIA REFIERE QUE TRAE AL PACIENTE PARA QUE LE HAGAN UNA LIMPIEZA, CON SU PREVIO CONSENTIMIENTO SE REALIZA CONTROL PLACA BACTERIANA CON UN INDICE DE 37.50 % PRESENTA CARIES DENTAL, SE REALIZA PROFILAXIS CON DETARTRIN Y MICROMOTOR, SE EDUCA AL PADRE DE FAMILIA CON LA TECNICA DE CEPILLADO Y LA IMPORTANCIA DEL USO DE LA SEDA DENTAL, SE DA NUEVAMENTE CITA EN SEIS MESES. SE APLICA FLUOR EN BARNIZ AL PACIENTE, SE DAN RECOMENDACIONES NO COMER DURANTE 4 HORAS, NO TOMAR LECHE NI SUS DERIVADOS Y NO CEPILLARSE EN LAS 24 HORAS SIGUIENTES. SE CITA NUEVAMENTE EN SEIS MESES, SE REMITE A ODONTOLOGIA.

CLARA LEMUS CORTES
HIGENISTA ORAL
Registro Medico No. 183

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 Los Patios, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio_____. 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): Juan Camilo Jellito con RC No 1145832935 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

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

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 01 del mes 02 del año 2025, en el Municipio de La Plata.

Daniela Castillo
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Daniela Valle
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Plata.

Nombre completo de la niña o niño Juan Camilo Serrato Anacona.

Fecha de nacimiento 23 10 2022 **N° Documento de Identidad** 1145832935.

Sexo Masculino ○ Femenino ⊗ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día Mes Año

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Daniela Falla Velasquez.

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 las actividades que corresponde para su edad.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Daniela Falla V.

Fecha de registro cualitativo 29 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

El niño cumple con las actividades correspondiente para su edad.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Daniela Falla Velasquez.

Fecha de resgistro cualitativo 29 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

El niño realiza sin novedad las actividades correspondiente a su edad.

Powered by CamScanner

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

ación ativa ⇨	Relación con los demás												Relación consigo misma/o												Relación con el mundo									
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social															
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	① ② ③	① ② ③	① ② ③	③ ④ ⑤	③ ④ ⑤	④ ⑤ ⑥	⑤ ⑥ ⑦	⑤ ⑥ ⑦	⑥ ⑦ ⑧	⑧ ⑨	⑧ ⑨	⑧ ⑨	⑩	⑩	⑩	⑪ ⑫ ⑬	⑪ ⑫ ⑬	⑪ ⑫ ⑬	⑭ ⑮	⑭ ⑮	⑭ ⑮	⑯ ⑰ ⑱	⑯ ⑰ ⑱	⑯ ⑰ ⑱	⑲ ⑳ ㉑ ㉒	⑲ ⑳ ㉑ ㉒	⑲ ⑳ ㉑ ㉒	㉓	㉓	㉓	㉔	㉔	㉔	㉕	㉕	㉕
6 meses y 1 día a 12 meses	① ②	① ②	① ②	③ ④	③ ④	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑪ ⑫ ⑬ ⑭	⑪ ⑫ ⑬ ⑭	⑪ ⑫ ⑬ ⑭	⑮ ⑯ ⑰ ⑱	⑮ ⑯ ⑰ ⑱	⑮ ⑯ ⑰ ⑱	⑲ ⑳ ㉑	⑲ ⑳ ㉑	⑲ ⑳ ㉑	㉒	㉒	㉒	㉓ ㉔ ㉕ ㉖	㉓ ㉔ ㉕ ㉖	㉓ ㉔ ㉕ ㉖	㉗ ㉘ ㉙ ㉚	㉗ ㉘ ㉙ ㉚	㉗ ㉘ ㉙ ㉚	㉛ ㉜ ㉝	㉛ ㉜ ㉝	㉛ ㉜ ㉝	㉞	㉞	㉞
1 año y 1 día a 2 años	① ②	① ②	① ②	③ ④ ⑤	③ ④ ⑤	③ ④ ⑤	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑪ ⑫	⑪ ⑫	⑪ ⑫	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑮ ⑯	⑮ ⑯	⑮ ⑯	⑰ ⑱ ⑲ ⑳	⑰ ⑱ ⑲ ⑳	⑰ ⑱ ⑲ ⑳	㉑ ㉒ ㉓ ㉔	㉑ ㉒ ㉓ ㉔	㉑ ㉒ ㉓ ㉔	㉕ ㉖	㉕ ㉖	㉕ ㉖	㉗	㉗	㉗	㉘ ㉙	㉘ ㉙	㉘ ㉙
2 años y 1 día a 3 años	① ② ③	① ② ③	① ② ③	④ ⑤	④ ⑤	④ ⑤	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑨	⑨	⑩ ⑪ ⑫	⑩ ⑪ ⑫	⑩ ⑪ ⑫	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑮	⑮	⑮	⑯ ⑰ ⑱ ⑲	⑯ ⑰ ⑱ ⑲	⑯ ⑰ ⑱ ⑲	⑳ ㉑ ㉒ ㉓	⑳ ㉑ ㉒ ㉓	⑳ ㉑ ㉒ ㉓	㉔ ㉕	㉔ ㉕	㉔ ㉕	㉖	㉖	㉖	㉗	㉗	㉗
3 años y 1 día a 4 años	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑨ ⑩ ⑪	⑨ ⑩ ⑪	⑨ ⑩ ⑪	⑫	⑫	⑫	⑬ ⑭ ⑮ ⑯	⑬ ⑭ ⑮ ⑯	⑬ ⑭ ⑮ ⑯	⑰ ⑱	⑰ ⑱	⑰ ⑱	⑲ ⑳ ㉑ ㉒	⑲ ⑳ ㉑ ㉒	⑲ ⑳ ㉑ ㉒	㉓ ㉔ ㉕	㉓ ㉔ ㉕	㉓ ㉔ ㉕	㉖ ㉗ ㉘ ㉙	㉖ ㉗ ㉘ ㉙	㉖ ㉗ ㉘ ㉙	㉚ ㉛ ㉜ ㉝	㉚ ㉛ ㉜ ㉝	㉚ ㉛ ㉜ ㉝	㉞ ㉟ ㊱ ㊲	㉞ ㉟ ㊱ ㊲	㉞ ㉟ ㊱ ㊲	㉝	㉝	㉝
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	① ②	① ②	① ②	③	③	③	④ ⑤	④ ⑤	④ ⑤	⑥ ⑦	⑥ ⑦	⑥ ⑦	⑧	⑧	⑧	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑪ ⑫	⑪ ⑫	⑪ ⑫	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑮	⑮	⑮	⑯	⑯	⑯	⑰	⑰	⑰	⑱	⑱	⑱

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

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 Juan Camilo Serrato Arecong, identificado (a) con documento de identidad número _____, 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		Audios		Videos		Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Daneyi Constanza S., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 55131633 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		Audios		Videos		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 la **Fundaciòn 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 Modalidad **HCB Comunitaria**

Suscriben:

Firma: Daneyi Constanza S.
Nombre: Daneyi Constanza S.
Calidad - Titular: _____ Representante legal: Madre
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 01-02-25
Municipio: Caucasia

Powered by CamScanner

FUNDACION GRUPO LIBERTAD

NIT. 900027451-0

FORMATO NOVEDADES CUENTAME

MADRE COMUNITARIA: Daniela Calle V. HCB Las Patricias
NUMERO DEL CONTRATO: _____ CIUDAD: La plata

FECHA DE VINCULACION AL PROGRAMA	DIA: 01 MES: 02 AÑO : 2025
TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO	RC [X] Nº 1145832935
DATOS DEL USUARIO:	NOMBRES: Juan Camilo APELLIDOS: Serrato Anscano
SEXO: HOMBRE : ____ MUJER : _____	FECHA DE NACIMIENTO: 23-octubre-2022 LUGAR DE NACIMIENTO (DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO): La plata. H
DATOS DE UBICACIÓN	URBANO: _____ DIRECCION Calle 5 # 8-72. NOMBRE DEL BARRIO: San Sebastian NOMENCLATURA: _____
	RURAL _____ NOMBRE VEREDA: _____ NOMBRE DE LA FINCA: CASERIO OTRO _____
TELEFONO DEL RESPONSABLE:	
GEORREFERENCIACIÓN	LATITUD * : S __ N __ GRADOS: 2 MINUTOS: 24 SEGUNDOS: 3 LONGITUD *:E ___ O __ GRADOS: 75 MINUTOS: 52 SEGUNDOS: 20 FECHA DE CAPTURA: _____ HORA DE LA CAPTURA: _____
NOMBRE DE LA EPS: Sanitas	REGIMEN: Subsidiado MUNICIPIO _____

Powered by CamScanner

FUNDACION GRUPO LIBERTAD

NIT. 900027451-0

FORMATO NOVEDADES CUENTAME

PESO Y TALLA INICIAL	PESO: - TALLA:
DISCAPACIDAD: SI____ NO X CUAL:_____ ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD_____	REQUIERE AYUDA TECNICA_____ REQUIERE AYUDA DE OTRA PERSONA_____
CRITERIO DE FOCALIZACION	ETNICO:_____ CUAL_____ VIVE DETRO DEL TERRITORIO ETNICO_____ VICTIMA: SI__ NO ___ SIBEN: X PUNTAJE: C1 FAMILIAS EN ACCION SI____NO_____
DATOS BASICOS DEL PADRE	NOMBRES:_____ APELLIDOS:_____ TIPO DE DOCUMENTO:_____ NUMERO DE DOCUMENTO :_____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO(DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO _____ TELEFONO:_____
DATOS BASICOS DE LA MADRE	NOMBRES: Doneci Constanza APELLIDOS: Serato Ancona TIPO DE DOCUMENTO: cc NUMERO DE DOCUMENTO : 55131683 FECHA DE NACIMIENTO: 10-Ago-1984 LUGAR DE NACIMIENTO(DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO: La plata

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD NIT. 900027451-0 FORMATO NOVEDADES CUENTAME	

	TELEFONO: 3215583165
USUARIO A DESVINCULAR	*RC:*
	NOMBRES :
	FECHA DE DESVINCULACION: _____
	MOTIVO_____
FIRMA DE QUIEN REGISTRA LA INFORMACION	

NOTA: ANEXAR REGISTRÓ CIVIL ESCANEADO, LAS CEDULAS DE LOS PADRES, TODO ESTE FORMATO EN UN SOLO PDF.
LA FOTO EN FORMATO IMAGEN POR FUERA RENOMBRADA CON EL NOMBRE DEL NIÑO O NIÑA, NO DENTRO DEL PDF

Powered by CamScanner

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

_____, _____

Señores

_____

La ciudad

ASUNTO: AUTORIZACION PARA LA ENTREGA Y RECOGIDA DE MI HIJO

Cordial saludo,

Yo, Daneyi C Sellato como madre de familia, identificada con la cédula de ciudadanía número 55131683 y _____ como padre de familia, identificado con la cédula de ciudadanía número _____; **AUTORIZO** a las siguientes personas:

Mercedes Anpcora c.c. _____
Shaann Sebastian c.c. 1145824768
_____ c.c. _____

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) Juan Camilo Sellato de la profesora Daniela Falla.

Se entrega copia de las cedulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

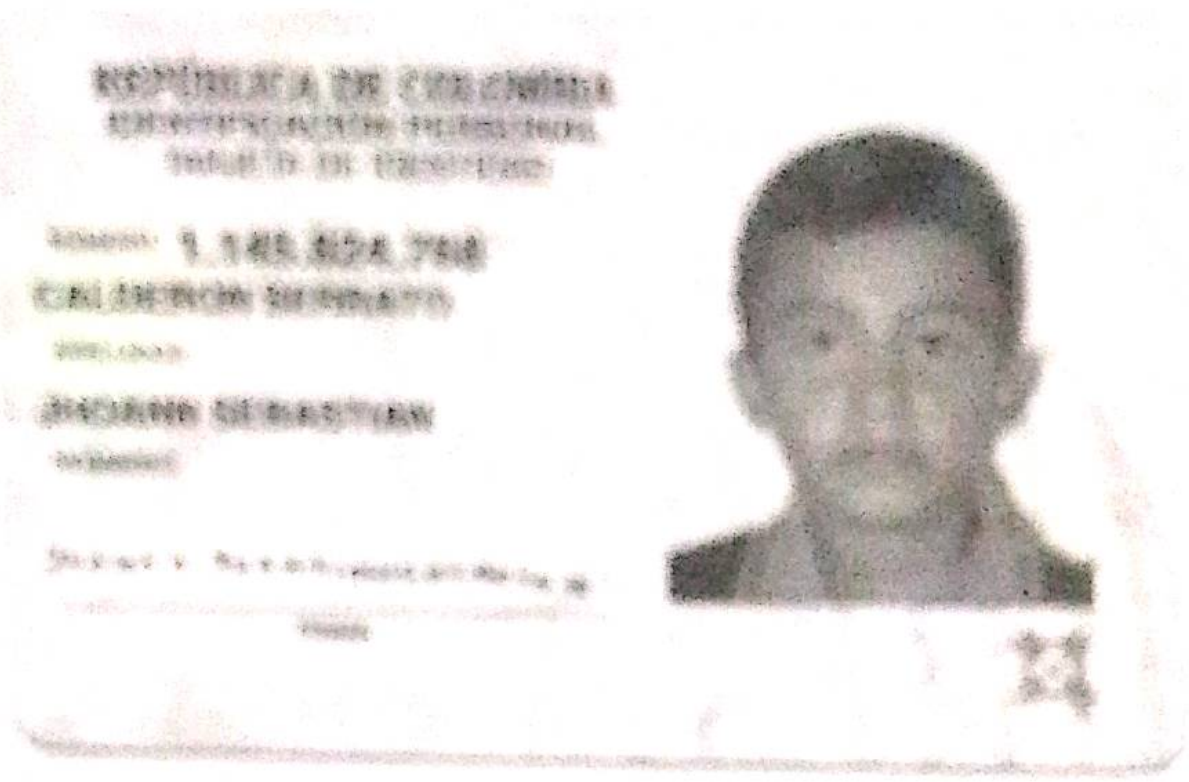
Daneyi C. Sellato

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

FECHA:

DIA	MES	AÑO
14	01	2025

CERTIFICADO MEDICO

EL PACIENTE ***JUAN CAMILO SERRATO ANACONA*** DE 2 AÑOS DE EDAD, IDENTIFICADO CON REGISTRO CIVIL ***1.145.832.935***. EL MOMENTO SIN COMPROMISO APARENTE A LA VALORACIÓN FÍSICA, NO SE IDENTIFICA ALTERACIÓN EN AGUDEZA VISUAL O AUDITIVA, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, QUIEN GOZA DE BUENA SALUD, EN EL MOMENTO SIN ENFERMEDAD INFECTO-CONTAGIOSA QUE LE IMPIDA COMPARTIR EN COMUNIDAD NI REALIZAR ACTIVIDAD DEPORTIVA.

SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO (a) PARA CONOCIMIENTO Y DEMAS FINES PERTINENTES DE SALUD PUBLICA.

Cristian Barrera.

Cristian Barrera B.
Médico

CRISTIAN CAMILO BARRERA BUCHELY
CC. 1075308905
MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO / MEDICO GENERAL

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.MI1.FP	24/01/2025
Versión 1	Página 1 de 2
Clasificación de la información: Pública	

Fecha de diligenciamiento: 01 | 02 | 2025

INFORMACIÓN DEL USUARIO

Tipo de usuario: [X] Niño/a entre 0 y menor de 5 años [ ] Persona Gestante

Tipo de vinculación: [X] Usuario de nuevo ingreso [ ] Usuario de continuidad

Tipo documento identidad: [X] Registro Civil [ ] Tarjeta de identidad [ ] Permiso de protección temporal [ ] Pasaporte [ ] Permiso especial de permanencia [ ] Partida o Acta de nacimiento [ ] Visa [ ] Tarjeta de movilidad fronteriza [ ] Sin documento

Número de documento: 1145832935 Fecha nacimiento: 23 | 10 | 2022

Nombres: Juan Camilo Apellidos: Serreto Anccona

Presenta discapacidad? [ ] Si [X] No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? [ ] Si [ ] No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? [ ] Si [ ] No

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

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

Indique cuales aplican: [ ] Migrante [ ] Campesinado [ ] Persona de paz [ ] Víctima del conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL USUARIO

Departamento residencia: Huila Municipio de residencia: La Plata Zona: Urbana Barrio: Paez Vereda:

Sector: Dirección: Calle 5 # 8-72.

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: [X] Madre [ ] Padre [ ] Acudiente

Tipo documento identidad: [ ] Registro Civil [ ] Tarjeta de identidad [ ] Permiso de protección temporal [ ] Pasaporte [ ] Permiso especial de permanencia [ ] Partida o Acta de nacimiento [ ] Visa [ ] Tarjeta de movilidad fronteriza [ ] Sin documento

Número de documento: 55131683

Nombres: Daneyi Constanza Apellidos: Serreto Anccona País de nacimiento: La Plata (H) Fecha nacimiento: 10 | 08 | 1984

Correo electrónico: Número de celular: 3215583165 Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRICULA

Autoriza el registro en sistema?: https://prematricula.icbf.gov.co [X] Si [ ] No

Nombre y Firma del padre, madre y/o acudiente: Daycny C S.

Nombre y Firma del profesional que diligencia:

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!

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: 2000303802

Tomador: FUNDACION GRUPO LIBERTAD

Nombre de Asegurado: JUAN CAMILO SERRATO ANACONA

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1145832935	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