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

HCB: LOS SIMPSON

USUARIO: MAIA VICTORIA SILVA RODRIGUEZ RC: 1`081.428.281

DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotocopia del Registro civil de nacimiento (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez			
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez			
Fotocopia del criterio de 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			
Para identificar lugar de residencia, fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia			

Nº Documento de Identidad 1081428281

FUNDACION GRUPO LIBERTAD	**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			
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			

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP	1.081.428.281

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60374850

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código I 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
SILVA	RODRIGUEZ

Nombre(s)

MAIA VICTORIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes NOV Día 11	FEMENINO	O	NEGATIVO

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	23110610735864

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

RODRIGUEZ RAMIREZ YULY LILIANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.081.419.683	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

SILVA BETANCOURTH FRANKLIN ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.081.405.824	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ RAMIREZ YULY LILIANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.081.419.683	Yuly Rodriguez

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

Año 2023 Mes NOV Día 20

Nombre y firma del funcionario que autoriza

OSMARY LORENS BARAJAS LONDOÑO

Nombre y firma

OFIXPRES 100218573

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

60374850

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.081.419.683

RODRIGUEZ RAMIREZ

APELLIDOS

YULY LILIANA

NOMBRES

Yuly Rodriguez

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-JUL-1997

LA PLATA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA | A- G.S. RH | F SEXO

13-AGO-2015 LA PLATA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1904900-00754193-F-1081419683-20151007 0046053506A 1 38034970

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.081.405.824**

SILVA BETANCOURTH

APELLIDOS

FRANKLIN ANDRES

NOMBRES

Franklin Andres Silva B.

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-ENE-1990**

LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,66	**O-**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

09-SEP-2008 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1904900-00156691-M-1081405824-20090518 **0011**545361A 1 30956645

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 22/07/2025

Ficha: 41396023511900000294

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MAIA VICTORIA

Apellidos: SILVA RODRIGUEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1081428281

Municipio: La Plata

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 07/11/2019

Última actualización ciudadano: 20/11/2023

Última actualización via registros administrativos: 01/02/2025

***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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social

Nº Documento de Identidad

https://.../Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=XvVl79Btdb2zUqKwaXc7Lg==

ElectroHuila
Transformando Nuestra Energía

Electrificadora del Huila S.A. ESP
NIT. 891180.001-1

Sr(a) : RODRIGUEZ JOSE
c.c. / Nit: 209443
GALLEGOS LA PLATA
Municipio: 396 LA PLATA HUILA Ruta: 43960601640
Dirección Postal:
Ciclo: 72 Sector: 60-INSP. GALLEGO

Su código de cuenta NIU
291369708
Para cualquier consulta y pago electrónico

Factura de venta No.
86044209

Periodo	Periodo facturado	Pago total	Pago mínimo	Periodos vencidos
4/ 2025	14/03/25-14/04/25	$18,340	$18,340	1 meses

Datos de la cuenta

Clase servicio	Residencial
Estrato	2-Bajo
Zona	OCCIDENTE
Nivel tensión	1-Secundaria
Carga instalada	1000
Tipo liquidación	lectura
Nodo	T09669-GL2P

Desglose por Unidad de Consumo

COMPONENTES ELECTROHUILA	
2 Comercialización +	154.14
2 Distribución +	272.98
TOTAL ELECTROHUILA =	427.12
MERCADO ENERGÍA MAYORISTA	
3 Generación +	388.6
4 Transmisión +	49.85
5 Restricciones +	14.69
6 Pérdidas	88.84
TOTAL MERCADO MAYORISTA =	541.98
Costo unitario =	969.1

Histórico de consumo

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	3	10	2024	9	27
2025	2	8	2024	8	26
2025	1	13	2024	7	41
2024	12	24	2024	6	78
2024	11	13	2024	5	65
2024	10	23	2024	4	0

Promedio mensual consumo	Consumo mes anterior
15	0

Cálculo actual del consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-2058615	AEG	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	12506	12500	1	6

Liquidación de consumo

Contador	Desde	Hasta	Consumo		Tarifa	Valor Real	Subsi/Contri	ValorCobrar
1	1	130		6 KW/h	$523.6059	$5,815	-46%	$3,142
TOTAL								

Concepto		Valor
0	Deuda Capital	5,190
21	Consumo Periodo	5,815
110	Interes moratorio	25
608	Ajuste Decena	<1>
995	Subsidio	<2,673>

Descripcion	Saldo
Tasa de interes	

CUFE 3351311e80f1f9870ee535abbff8f829c07283de19c2cba26b5cf61bd14661693b287b7e3702d7181f4dd4
Numero de Factura Electronica EH-2834906 Numero de factura: 86044209

Fecha de emisión	Mi último pago fue	Tengo plazo de pagar hasta	Me suspenden el servicio a partir de
19/04/2025	$20,850 24/02/2025	PAGO INMEDIATO Vencimiento	PAGO INMEDIATO Suspensión

$8,356 + 0% Interés corriente del mes + Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía) $9,984 + Valor Otros Cobros $0 = **$18,340 TOTAL A PAGAR**

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

¡Escanea! paga en línea

Pag: 1667

(415)7707274499679(8020)0291369708(3900)0000018340(96)20250429

LA PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO EN VIRTUD DEL ARTICULO 130 DE LA LEY 142 DE 1994 MODIFICADA ART. 18 LEY 689 DE 2001

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

AUTORRETENEDORES DE RENTA RESOLUCIÓN No. 547/2002 DIAN; AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN No. 120/2019/2013/58 DE 12-01-2024
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORRETENEDORES ICA CIRCULAR 4 DEL 08/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA. ARTICULO 617 DEL ACUERDO 038 DE 2018
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS

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	1081428281
NOMBRES	MAIA VICTORIA
APELLIDOS	SILVA RODRIGUEZ
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. -CM	SUBSIDIADO	15/11/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/22/2025 22:43:36	**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

IAMI

San Sebastián

DATOS DEL RECIEN NACIDO QUIEN SOY

Nombres y apellidos: Maria Victoria Silva Rodriguez

Identificación: 1081428281 EPS: Sanitas

Fecha de nacimiento: Día. 11 Mes: 11 Año: 2023

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

Recién Nacido: Pretermino: ___ A termino: X Edad Gestacional: 37.5

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

Peso: 2580 Kg. Talla: 45 cm. Perímetro Cefálico: _____ cm.

Tipo de sangre: O- Lugar que ocupa entre los hermanos: 02

TSH: _____ Serología: _____

Nombre de la Madre: Yuly Liliana Rodriguez Ocupación: Ama de casa

Nombre del Padre: Franklin Liliana R. Ocupación: Agricultor

Dirección: CP Gallego Teléfono: 3218288536

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

IAMI

San Sebastián
LA PLATA HUILA

FORMULARIO DE REGISTRO

FECHA	EDAD	PESO	TALLA	PC	PT	OBSERVACIÓN
14-DIC-23	1m.	3855	50cm	36	37	R Sobrepeso, RT↓
16-02-24	3m.	5.6Kg.	58cm.	40	imc:	16,6 ó/r
19-04-24	5m	7Kg.	59cm	41		sobrepeso ;Talla baja
21-06-24	7m	7.130	64cm			R. T↓ P ✓
16-08-24	9m.	7465	66.5cm	43.	imc. 17.6.	Riesgo peso. Talla baja par.
15-NOV-24	1año.	7.866.	69cm	44.5	PS. 14.5	Riesgo T↓ + peso ✓
01-AG-25.	19meses	9.8.	75cm			[illegible]
15-Nov-25						

Vacunar Oportunamente con todas las dosis a tus hijos, **Garantiza la Protección** frente a enfermedades como:

Tuberculosis meníngea, **H**epatitis B, **P**oliomielitis, **M**eningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus Influenzae tipo B, **D**ifteria, **T**osferina, **T**étanos, **D**iarrea por rotavirus; **N**eumonía, **O**titis, **M**eningitis bacteriemia causada por Neumococo, **E**nfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, **S**arampión, **R**ubéola, **P**arotiditis, **V**aricela, **H**epatitis A, **F**iebre Amarilla y **V**irus del Papiloma Humano.

Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

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)

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL – AGUDEZA VISUAL

3 años			
4 años			
5 años			

*Menor o igual a 20 normal

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

Resultado Tamizaje Neonatal	SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO									
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			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Maia Victoria Silva Rodriguez

X TI OTRO — Tipo de Documento: 1081428281 — No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 11 11 2023

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: O-

Peso al nacer: 2580 Talla: 45

Dirección: CP Gallego

Teléfono 1: 3218288536

Teléfono 2:

Responsable: Yuly Liliana Rodriguez

Municipio de residencia: La Plata

Departamento: Huila

Nombres y Apellidos: Maia Victoria Silva Rodriguez. Tipo de Identificación RC No. ID: 1081428881

	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	11	11	2023	Serum	03 72 MA0S52	4050	11	01	2024	Ethel Perez Andrea Nuñez
	Hepatitis B	Recién nacido	11	11	2023	Serum	03 29 Q005F	4050				
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	1ª	12	01	2024	Bitmaer	22 35 0001	ESESS				
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	12	01	2024	Sanum	28 56 X003A	ESESS				
Pentavalente	Hepatitis B	1ª	12	01	2024	Sanum	28 56 X003A	ESESS				
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	12	01	2024	Sanum	28 56 X003A	ESESS				
	Diarrea por rotavirus	1ª	12	01	2024	Glaxo	AR 01 D466 AB	ESESS				
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	12	01	2024	Glaxo	FY 99 25	ESESS	12	marzo	2024	
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	2ª	15	03	2024	Bitmaer	22 35 0001	ESESS				
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	15	03	2024	Sanum	28 56 X003A	ESESS				
Pentavalente	Hepatitis B	2ª	15	03	2024	Sanum	28 56 X003A	ESESS				
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	15	03	2024	Sanum	28 56 X003A	ESESS				
	Diarrea por rotavirus	2ª	15	03	2024	Glaxo	AR 01 D466 AB	ESESS				
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	15	03	2024	Glaxo	FY 99 25	ESESS	15	Mayo	2024	Luz Deiby Villamil J. Auxiliar de Enfermería C.C. 1.081.394.492
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	3ª	15	05	2024	Bitmaer	22 40 0003	ESESS				
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	15	05	2024	Sanum	28 52 X014C	ESESS				
Pentavalente	Hepatitis B	3ª	15	05	2024	Sanum	28 52 X014C	ESESS				
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	15	05	2024	Sanum	28 52 X014C	ESESS				
	Influenza estacional	1ª	15	05	2024	Glaxo	24 00 AT4G	ESESS	15	06	2024	Luz Deiby Villamil J. Auxiliar de Enfermería C.C. 1.081.394.492
7 meses	Influenza estacional	2ª	21	06	2024	Glaxo	24 00 9799	ESESS	11	11	2024	
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	15	NOV	2024	Sanum	01 53 N003A	ESESS				
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	15	NOV	2024	Sanum	6X 51 3901	ESESS				
	Varicela	1ª	15	NOV	2024	Glaxo	40 07 6222	ESESS				
	Hepatitis A	Única	15	NOV	2024	Merc	20 22 C710 45	ESESS	15	Mayo	2025	
	*Influenza estacional	Anual	15	05	2025	Groen						
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	14	05	2025	Sanum	23 27 0002	ESESS				
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo	14	05	2025	Sanum	28 56 X020	ESESS				Luz Deiby Villamil J. Auxiliar de Enfermería C.C. 1.081.394.492
	**Fiebre Amarilla	Única	14	Mayo	2025	Sanofi	24 66 0X21	ESESS				
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª										
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª										
		2ª										
		3ª										
Sin rango de edad	Covid-19	1ª										
		2ª										
		1er Refuerzo										
		2do Refuerzo										
Vacunas complementarias y otras dosis												

*De acuerdo al antecedente de primovacunación **A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

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

E.S.E SAN SEBASTIAN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA

Control Placa No. 0227509

Còdigo de Archivo HC No. 1081428281

IDENTIFICACIÓN

Paciente : MAIA VICTORIA SILVA RODRIGUEZ
Pais: COLOMBIA **Departamento** HUILA
Dirección: CENTRO POBLADO GALLEGO (CENTRO POBLADO GAL

Documento: RC No. 1081428281 **FN** 11 - nov. - 2023
Ciudad: LA PLATA **Edad:** 1 Años **Sexo:** F
Teléfonos: 3218288536

Fecha de realización 06/jun/2025
Hora de realización 07:55

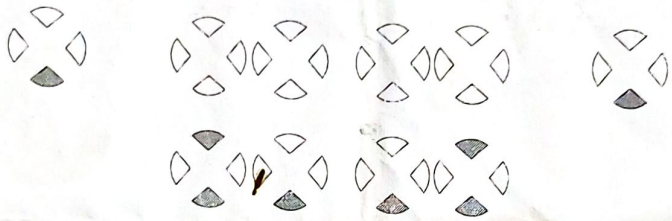
HIGIENE ORAL

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
8	40	20.00%

Observaciones Odontograma

EL PADRE DE FAMILIA REFIERE QUE TRAE AL MENOR DE EDAD PARA QUE LE HAGAN UNA LIMPIEZA, SE OBSERVA PLACA BACTERIANA REMOVIBLE, CON SU PREVIO CONSENTIMIENTO SE REALIZA CONTROL PLACA BACTERIANA CON UN INDICE DE 20.00% 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. CON SU CONSENTIMIENTO 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.

MARYURY MENDEZ YANDE
HIGIENISTA ORAL
Registro Medico No. 395

PIDE TU CITA

LA PLATA **CALL CENTER**
3235639250

Horario de asignación de citas

Mañana: 6:30 a.m. a 12:00 a.m.
Días: De Lunes a Viernes

Tarde: 1:30 p.m. a 5:00 p.m.
Días: Lunes a Viernes

Sábado: 6:30 a.m. a 11:00 a.m.

Belén **318-3208889**

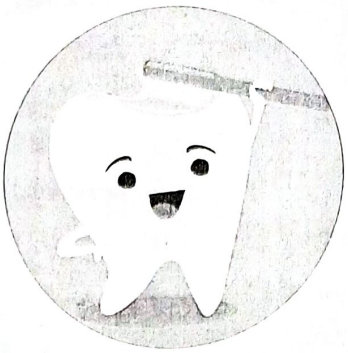
7:00 a.m. a 9:00 a.m.
Días: De Lunes a Viernes

E.S.E San Sebastián
Siempre adelante en servicios

San Sebastián

E.S.E. SAN SEBASTIAN	CODIGO	APS-FO-18
LA PLATA HUILA	VERSIÓN	01-009
NIT. 813.002.872-4	APROBACIÓN	2016

CARNET
PREVENCIÓN SALUD BUCAL



Nombres y Apellidos: Maia victoria Silva
No. De Documento: 1081428281 Tipo de Doc.: RC
Fecha de Nacimiento: 11-11-23 Edad: JA
EPS: Sanios
Dirección o Vereda: Gallego
Teléfono:

PROCEDIMIENTO	Fecha de Atención			Próxima Cita		
	D	M	A	D	M	A
QB + fluor B.	15	NOV	2024	15	Mayo	2025

HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA

1081428281

IDENTIFICACIÓN

Paciente : MAIA VICTORIA SILVA RODRIGUEZ
Pais: COLOMBIA **Departamento** HUILA
Dirección: CENTRO POBLADO GALLEGO (CENTRO POBLADO GAL

Documento: RC No. 1081428281 **FN** 11 - nov. - 2023
Ciudad: LA PLATA **Edad:** 1 Años **Sexo:** F
Teléfonos: 3218288536

Fecha de realización 06/jun/2025
Hora de realización 07:55

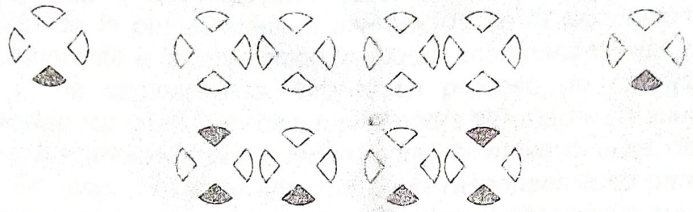
HIGIENE ORAL

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
8	40	20.00%

Observaciones Odontograma

EL PADRE DE FAMILIA REFIERE QUE TRAE AL MENOR DE EDAD PARA QUE LE HAGAN UNA LIMPIEZA, SE OBSERVA PLACA BACTERIANA REMOVIBLE, CON SU PREVIO CONSENTIMIENTO SE REALIZA CONTROL PLACA BACTERIANA CON UN INDICE DE 20.00% 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. CON SU CONSENTIMIENTO 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.

MARYURY MENDEZ YANDE
HIGIENISTA ORAL
Registro Medico No. 395

	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 SIMPSON**, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio **FUNDACIÒN GRUPO LBERTAD**. 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): **MAIA VICTORIA SILVA RODRÌGUEZ** con RC No **108142828°1** 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).

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 __08__ del mes __JUNIO_____del año ___2025_____, en el Municipio de ____LA PLATA HUILA____.

Yuli Rodriguez
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Yuri Yurany Polo
MADRE COMUNITARIA

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Plata

Nombre completo de la niña o niño María Victoria Rodríguez Ramírez

Fecha de nacimiento Día 11 Mes 11 2023 **N° Documento de Identidad** 1081428281

Sexo Masculino ○ Femenino ⊗ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 08 Mes 09 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Yivi Yuranny Poliche Méndez

Fecha de registro cualitativo Día 08 Mes 09 Año 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

Se adaptó a los entornos propuestos. Aprendió valores aplicados en el entorno con sus compañeros y madre comunitaria. Se trabaja identidad y coordinación además de capacidad de retener condiciones.
Aun no maneja el esfínter.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

Valoración Cualitativa ⇨	Relación con los demás															Relación consigo misma/o																	
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimi de los obje	
	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			
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	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			
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	27 28			
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	11 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23			
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	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24			
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	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30			
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 17	16 17			

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:
Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad **MAIA VICTORIA SILVA RODRÌGUEZ**, identificado (a) con documento de identidad número **1`081.428.281**, 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, **YULY LILIANA RODRIGUEZ RAMÌREZ** quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número **1`081.419.683**, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por_ **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 FAMILIAR Y COMUNITARIA _.

Suscriben:

Firma: Yuly Rodriguez
Nombre: **YULY LILIANA RODRIGUEZ RAMÌREZ**
Calidad - Titular: ___X____Representante legal: _____
Teléfono de contacto: **321 8288536**
Fecha: **08 JUNIO 2025**
Municipio: **LA PLATA-HUILA**