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

HCB Mis Pasitos

USAURIO: Jhossefs Andrey Tombe S. **RC No.** 1080268366



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

	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	✓		
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	-		3 agosto 2025
Copia del camé de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el usuario asista según el PAI	-		30-07-2026
Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)	Seguimiento	Una sola vez, solo para las situaciones que aplique.			N/A no aplica
Certificado de asistencia a consulta en salud bucal. (el Carnet)	Formalización del cupo y seguimiento	Cada año			Pendiente
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 1.080.268.366

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60366485

60366485

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** L 2 B

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

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TOMBE	SAMBONI

Nombre(s)

JHOSSEFS ANDREY

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes JUL Día 30	MASCULINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA LA ARGENTINA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	166186130

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

SAMBONI SUCETAMA ALBA LUCERO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.265.167	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

TOMBE CALAMBAS MILLER WILSON

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.264.359	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

TOMBE CALAMBAS MILLER WILSON

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.080.264.359	Miller wilson Tombe C

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 JUL Día 30	MANUEL JESUS LATORRE ADARME- REGI Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

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

30 JUL 2021

REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

EXPRES 100238573

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

RESGUARDO GUAMBIANO NUEVO AMANECER LA MESETA.
LA ARGENTINA HUILA.
Resolución No. 023 de abril 10 del 2003 Del Ministerio del Interior
Nit-813012263-DV-1
EN USO DE NUESTRAS FACULTADES, COMO AUTORIADES ANCESTRALES DEL PUEBLO
MISAK OTORGADAS POR DEBER Y DERECHO MAYOR, LEY DE ORIGEN
"MANANANASRØ KUTRI MANANANASRØ KATIK MISAK MISAK WARAMIK" LA CONSTITUCION Y LA LEY.

CERTIFICA

Que, el comunero **TOMBE SAMBONI JHOSSEFS ANDREY** identificado con registro civil **N°1.080.268.366** de La Argentina Huila, hace parte del censo poblacional y es residente en nuestro territorio ancestral del Resguardo Nuevo Amanecer-La Meseta del municipio de La Argentina-Huila, y conserva nuestra identidad cultural Misak.

La presente certificación se expide a petición del interesado como documento legal para tramites.

Dada en el territorio ancestral Misak de Nuevo Amanecer, a los veintiséis (26) días del mes de enero del 2025.

Para constancia firman, gobernador y secretario del territorio Misak de Nuevo Amanecer.

IVAN DARIO PAJA CALAMBAS
GOBERNADOR

HECTOR DARIO CALAMBAS
SECRETARIO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.080.265.167**
SAMBONI SUCETAMA

APELLIDOS
ALBA LUCERO

NOMBRES

Alba Lucero Samboni Sucetama

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-JUL-1996**
SAN AGUSTIN
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**AB+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

11-JUL-2014 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1904700-00649945-F-1080265167-20141202 **0041**622046A 1 41053248

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.080.264.359**

TOMBE CALAMBAS

APELLIDOS

MILLER WILSON

NOMBRES

Miller wilson Tombe Calambas

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-AGO-1994**

SILVIA
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

24-ENE-2013 LA ARGENTINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1904700-00435286-M-1080264359-20130510 **0032**89278A 1 38715270

900557090

Para cualquier consulta y pago electrónicos
www.electrohuila.com.co FT -CFE -05 -001

...ENEDORES DE RENTA - RESOL. No 547/2002
EXONERADO AUTORIZACIÓN - NUMERACIÓN ART. 4
...OL 000055 DEL 14/07/16 DIAN BOMOS GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4
DEL 09/01/2023 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

TOTAL A PAGAR

FACTURA DE VENTA No.: 84684151

$ 33.760

Transmitimos Buena Energía

Documento equivalente según artículo 17 Decreto 1001/97

FECHAS DE LECTURAS: 09/NOV/2024 - 10/ENE/2025

FECHA DE VENCIMIENTO 30/ENE/2025

FECHA SUSPENSIÓN 03/FEB/2025

INFORMACION CLIENTE

Cliente	MILLER WILSON TOMBE CALAMBAS	Nit CC	1080264359
Dirección	VDA MARSELLA DE LA ARGENTINA	Ruta	6920510079
Municipio	LA ARGENTINA	Ciclo	070
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACION TECNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6515263
Carga Contratada	0	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACION CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
667747798OHN		A	S	00	241	163	1	78

Promedio Cuenta 53 Consumo Año Anterior 0 Consumo Anterior 0

ULTIMOS CONSUMOS



DIC OCT AGO JUN ABR FEB DIC

Mes	Consumo
DIC	78
OCT	88
AGO	71
JUN	0
ABR	0
FEB	0
DIC	0

CALIDAD DEL SERVICIO

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

ULTIMO PAGO

Fecha 01/12/2024
Valor $ 38038

LIQUIDACION CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)	Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
39.0	982.574 *	38320			
39.0	982.5245 *	38318			

Valor Total Energía del Periodo	$	76.638
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 44.482
Valor Total Energía Facturado	$	32.156

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
CONSUMO PERIODO	$ 76.638
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ 1.608
AJUSTE DECENA	$ - 4
SUBSIDIO	$ - 44.482

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P	$	1.608
VALOR ELECTROHUILA	$	32.152

TOTAL A PAGAR

$ 33.760

ELECTRODOMÉSTICOS

...RIO C PEND TOTAL CONV SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION C PEND TOTAL FIN SALDO FIN CUOTA

FOES: Consumo Kwh $Kwh Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACION DEL SERVICIO

Gm: 419.0 Tm: 55.0 PRn,m: 96.0 Dn,m: 263.0 Rm: 3.0 Cv,m: 14
5.0 CUv,n,m: 982.5245 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA

Código de Cuenta : 900557090

Factura de Servicios Públicos No: 84684151

ElectroHuila
Transmitimos buena energía
Nit 891 180 001-1

Periodo DIC 2024 Fecha de Vencimiento: 30/ENE/2025
Suspensión a partir de: 3/FEB/2025

Valor Total a Pagar $ 33.760

Electro...

(415)7707274499679(8020)0900557090(3900)0000033760(96)20250130

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

SAMI Version 1.2.1 24081217 Lector 7408

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	1080268366
NOMBRES	JHOSSEFS ANDREY
APELLIDOS	TOMBE SAMBONI
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA ARGENTINA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	01/02/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/22/2025 11:29:26	Estación de origen:	192.168.70.220

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

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

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de

QUIEN SOY B(7)

Nombres y Apellidos: JHOSSEFS ANDREY Tombe Sambony

Edad: _____ Año: _____ Mes (es) _____

Identificación: 1.080-268-366 T. Sangre _____

Nombre de Mama: _____ Ocupación _____

Nombre de Papa: _____ Ocupación: _____

Dirección: EL PENCIL Tel. o Cel. 3134318381

DATOS PERSONALES DE REGISTRO DE CRECIMIENTO

Información de Nacimiento

Fecha de Nacimiento DD: 30 MM: 07 AA: 2021

Recién Nacido: Pretermino _____ A termino X Edad Gestacional 38 Semanas

Embarazo: Único X Múltiples _____ No. De Gestaciones 2.

Lugar que ocupa entre los hermanos 2

Peso 3250 Grs. Talla 48 cms. Perímetro Cefálico No sabe cms.

Tiene Hermano Menor: Si _____ No X Fecha de Nacimiento 30/07/2021

Alimentación:

Edad introducción de alimentos diferentes a la leche materna _____

Edad en que se suspende la lactancia materna Semanas _____ Meses _____

CUIDADOS GENERALES

- Bañe la niña o niño todos los días
- Lávele las manos y los dientes
- Córtele las uñas
- Póngale zapatos cuando camine
- Permita que la niña o el niño juegue y dedique tiempo a jugar con ella
- Involucre la niña o niño en las actividades de la familia
- Hable con la niña y responda con amor sus intentos de comunicarse
- Permita que la niña o niño se mueva libremente
- No castigue, engañe, ni asuste a la niña o niño para obligarlo a obedecer
- Explíquele con cariño las cosas que no debe de hacer
- No exija que la niña o niño se acerque a los enfermos
- Exprese afecto a la niña o niño
- Alce, abrace y acaricie al niño o niña

ITAS PROGRAMADAS

MES	DIA	HORA	CUMPLIDO SI	CUMPLIDO NO
2021. Nov.				
21 octubre.	30.	7am.		
2021 Noviembre.	30	2pm.	✓	
2022 Abril	9	7:am		
2022 Julio	07.	7:00		
2022 Julio	09	7:00.		
2022 Noviembre	18	800	Reprogramar	
2022 Noviembre	25	800		
2023 mayo	31	800		
2023. Octubre.	13.	8:00.		
2024 Febrero.	02	800.		
2024 Noviembre	06.	8:00.		
2025 Agosto	23	8:00		
2026. Agosto.	08.	8:00.		

	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 MPS Pasitos, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio Fundacion grupo Solibertad 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): Jhosefs Andrey Tombes con RC No 1080268366 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).

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

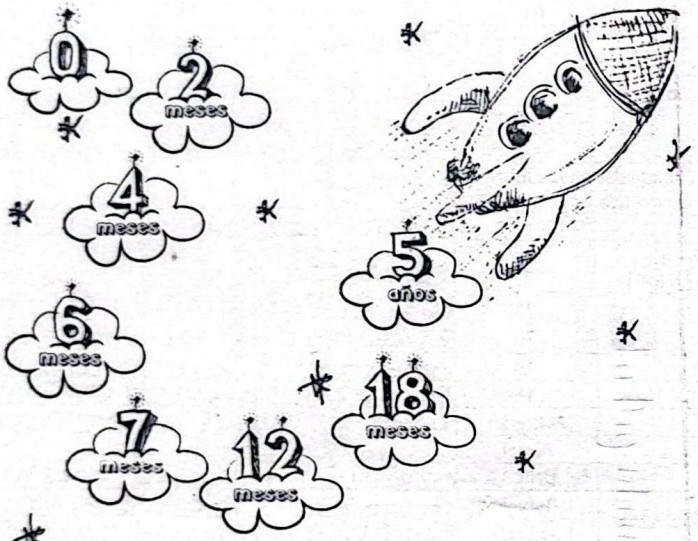
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

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



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI

de cero a siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Jhossers Andrey Tombe Sambony
Fecha de nacimiento: 30-Julio-2021
Nº de certificado de nacido vivo: 166186130
Registro civil: 1080268366
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: B+
Peso al nacer: 3.250gr. 56=38
Dirección: Pensil "Nuevo amanecer"
Teléfono: 3154168339
Responsable: Alba Lucero Sambony Sucetam
Municipio de residencia: La Argentina — AIC.
Departamento: Huila cc: 1080265167

Cita: 30-Julio-2026

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: Thossefs Andrey Tombe Samboni **Registro Civil.** 1050 268 366

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☑ No ☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única	30.07.21	Serum	0370MA022	E.S.E Juan L	— — —	Fliley Bravo
	Hepatitis B	Recién nacido	30.07.21	Serum	0320Y01AA	E.S.E. Juan L	30 09 21	Fliley Bravo.
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐	30-09-21					
	Polio (Oral - IM)	1ª	30-09-21	Biithouen Biotech Cals BU	20270088A	ES.E. Juan R	30 11 21	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	30-09-21	Serum	20301035A	ESE Juan E N	30 11 21	Leidy Robayo
	Rotavirus	1ª	30-09-21	Glaxo Smithkline	AROLC892AA	ESE Juan E.N.P	30 11 21	Leidy Robayo
	Neumococo	1ª	30-09-21	Glaxo Smithkline	ARMB31BA	ESE Juan R N P	30 11 21	Leidy Robayo
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	30-11-21	Biithouen Biotech	21130061A	ESE Juan R N P	03 02 22	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	30-11-21	Serum	2850K035B	ESE Juan R N P	03 02 22	Leidy Robayo
	Rotavirus	2ª	30-11-21	Glaxosmith	ARELC892AC	ESE Juan R N P	03 02 —	Leidy Robayo
	Neumococo	2ª	30-11-21	Glaxosmith	ARMB331BB	ESE Juan R N P	— — —	Leidy Robayo.
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	03-02-22	Biithouen Bi	21140066	ESE Juan R N P	— — —	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	03-02-22	Serum	2850K035A	ESE Juan R N P	— — —	Leidy Robayo
	Influenza	1ª	20-05-22	Green Cross	V5022200B	ESE J.R.N.P	23 06 22	Leidy Robayo
7 Meses	Influenza	2ª	23-06-22	Green Cross	V5022200G	ESE Juan R N P	— — —	Leidy Robayo.
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	02-08-22	Serum	0130N131B	ESE Juan R N P.	30 07 26	Leidy Robayo.
	Fiebre Amarilla	1ª	31-01-23	Sanofipasteur	V3N2M1U	ESE Juan R N P	— — —	Leidy Robayo.
	Neumococo	Refuerzo	02-08-22	Glaxosmith	ARMB382AA	ESE Juan R N P	— — —	Leidy Robayo.
	Influenza	Anual						
	Hepatitis A	ÚNICA	02-08-22	MERCK Sharp	V025713	ESE Juan R N P	— — —	Leidy Robayo.
18 Meses	Difteria - Tétanos - Tosferina (DPT)	1ª Refuerzo	31-01-23	SANOFI M.	2ESK021E	ESE Juan R N P	— — —	Leidy Robayo
	Polio (Oral - IM)	1ª Refuerzo	31-0123	Biithouen Biotech	22E6C12A	ESE Juan R N P	30 07 26	Leidy Robayo
5 Años	Polio (Oral - IM)	2ª Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	31-01-23	Serum	0131N055A	ESE Juan R N P	— — —	Leidy Robayo
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	1ª	02-08-22	MERCK Sharp	V028247	ESE Juan R N P	30 07 26	Leidy Robayo

Estas vacunas son gratuitas

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Jhosscfs Andrey Tombe Sambony

DOCUMENTO: 1080668366

FECHA DE ATENCION: Julio 2025

PROXIMO CONTROL: Enero 2026

EXPEDIDO POR: Maira Janith Gonzáles R.

Higienista Oral

Registro 1746

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

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 3 del mes febrero del año 2015, en el Municipio de La Argentina H.

Alba Lucero Sambony S.
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Dra Mayely Lenpo
MADRE COMUNITARIA

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad la Argentina

Nombre completo de la niña o niño Jhossefs Andrey Tombe Samboni

Fecha de nacimiento Día 30 Mes 07 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 1080268366

Sexo Masculino ☒ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 01 Mes 02 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Luz Mayely Campo

Fecha de registro cualitativo Día 18 Mes 04 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

El niño usa frases cortas para expresar lo que quiere, se mueve con agilidad, corriendo y saltando con facilidad. Disfruta jugar con otros niños y empieza a compartir.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Luz Mayely Campo O.

Fecha de registro cualitativo Día 18 Mes 07 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

Su desarrollo esta acorde a su edad, se encuentra en el estado esperado. Se continúa fortaleciendo su autonomía, toma de decisiones y reconocimiento de emociones.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Luz Mayely Campo O.

Fecha de resgistro cualitativo Día 21 Mes 10 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

Su desarrollo esta acorde a su edad, se encuentra en estado esperado. se continua fortaleciendo su autonomía, confianza para expresarse y participacion en las actividades cotidianas.

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

Valoración Cualitativa ⇨	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	1a	2a	3a
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	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	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
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	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
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	22 23 24	25 26	25 26	25 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	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	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
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	16 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

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 Jhossets Andrey _____, identificado (a) con documento de identidad número 1080268366, 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, Alba lucero Sambony S. _____, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1080265167, 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 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: Alba L.S.S
Nombre: Alba lucero Sambony S.
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 321702 1917
Fecha: 03 - febrero -2025
Municipio: La Argentina .

ACTA No _____

CONCERTACIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE EDUCACIÓN INICIAL EN LAS MODALIDADES DE PRIMERA INFANCIA DEL ICBFDIRIGIDOS A GRUPOS ÉTNICOS[1]

Modalidad:	**Comunitaria**
Regional ICBF:	**Huila**
Operador:	**Fundación Libertad**
Comunidad:	**Misack-indigenas**
Resguardo/Territorio Colectivo:	**Resguardo Gambiano Nuevo Amanecer.**
Etnia o pueblo:	**Misack**
Fecha:	**28/01/2025**
Lugar de reunión:	**El Pensil, La Argentina Huila.**

OBJETIVO:

Concertar los componentes de la atención para garantizar que ésta responda a los requerimientos del contexto y la apropiación de la atención por parte de la comunidad.

AGENDA:

1. **Saludo.**
2. **Explicación del tema.**
3. **Acuerdos**
4. **Compromisos.**
5. **Cierre.**

PUBLICA

[1] Antes de empezar el proceso de concertación debe asegurarse de haber revisado y comprendido el *Anexo. Orientaciones Técnicas y Procedimentales para Diligenciamiento de Actas de Concertación con Autoridades y Comunidades Étnicas en las Diferentes Modalidades de Primera Infancia*, así como memorandos y otros anexos vigentes, expedidos por la Dirección de Primera Infancia.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

El 28 de enero del 2025, a las 2:00 p. m., se llevó a cabo una reunión en el Hogar Comunitario de Bienestar (HCB) "Mis Pasitos", ubicado en la vereda El Pensil. En la reunión participaron la madre comunitaria Luz Mayerly Campo, La madre usuaria Alba Lucero Sambony perteneciente a la comunidad indígena Misak, y el niño jhossefs Andrey Tombe, identificado con el registro 1080268366, también miembro de dicha comunidad. El objetivo fue concertar la atención que el niño recibe en el HCB, cumpliendo con los estándares de calidad establecidos por el ICBF. Se explicó a la madre usuaria que el servicio se presta de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., incluyendo tres tiempos de alimentación (desayuno reforzado, almuerzo y refrigerio), aprobados conforme a la minuta patrón del ICBF. Asimismo, se destacó que el hogar promueve normas de salud y bienestar, como el cepillado de dientes, lavado de manos y actividades de motricidad fina y gruesa. También se realizan campañas sobre alimentación saludable, se fomentan valores y se desarrolla una programación pedagógica basada en actividades rectoras. Finalmente, la madre usuaria se comprometió a entregar la documentación necesaria para completar la vinculación al servicio.

PUBLICA

RESULTADO DE LA REUNIÓN[2]:

ACUERDOS COMPONENTE FAMILIA, COMUNIDAD Y REDES:	RESPONSABLE	FECHA EJECUCION
☐ Facilitación de Documentación: La madre usuaria se compromete a entregar el registro civil del niño, junto con otros documentos requeridos, para completar su ingreso al programa. ☐ Participación en Escuela a formación a familias: La madre usuaria se compromete a asistir y participar activamente en las escuelas de padres organizadas por el HCB. ☐ Participación en el Comité de Control Social: La madre usuaria se compromete a formar parte del comité de control social, colaborando en el seguimiento y evaluación de la calidad del servicio prestado.	Padres de familia	Continua
ACUERDOS COMPONENTE SALUD Y NUTRICION:		
☐ Adopción de la Minuta Establecida: La familia está de acuerdo en que el niño reciba los alimentos proporcionados en el	Padres de familia.	Desde el inicio al servicio del HCB

[2] Para el diligenciamiento de este apartado del acta tenga en cuenta lo abordado en el desarrollo de la concertación; si encuentra que algún componente en el desarrollo de la concertación no fue abordado indague al respecto para completar esta matriz.
Este instrumento debe ser diligenciado por el responsable del desarrollo de la concertación y es resultado del análisis del transcurso de la concertación.

PUBLICA

HCB conforme a la minuta patrón aprobada por el ICBF. Seguimiento Nutricional: La familia autoriza y permite que se realice el seguimiento nutricional del niño, con el fin de garantizar su adecuado estado de salud y desarrollo. Controles de Crecimiento y Desarrollo: La familia se compromete a llevar al niño a sus controles periódicos de crecimiento y desarrollo, asegurando el monitoreo constante de su bienestar integral.		
ACUERDOS COMPONENTE PEDAGOGICO:		
Asistencia a Reuniones Pedagógicas: La familia se compromete a asistir a reuniones programadas para conocer el progreso y las actividades pedagógicas desarrolladas en el HCB. Apoyo en Actividades Escolares: La familia apoyará en casa las actividades asignadas, como manualidades, lecturas o juegos que refuercen lo aprendido en el HCB. Comunicación Continua: La familia se compromete a mantener una comunicación constante con la madre comunitaria para informar sobre cualquier	Padres de familia.	Desde el inicio al servicio del HCB

PÚBLICA

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

situación que pueda afectar el proceso de aprendizaje del niño.		
ACUERDOS COMPONENTE TALENTO HUMANO, ADMINISTRATIVO:		
Trato Respetuoso y Cálido: La madre comunitaria se compromete a mantener un trato basado en el respeto, la empatía y la calidez hacia el niño, garantizando un ambiente de confianza y bienestar para su desarrollo emocional y social. Acompañamiento Continuo: La madre comunitaria se compromete a realizar un seguimiento constante del bienestar del niño, brindando apoyo emocional y educativo según sus necesidades, para asegurar su desarrollo integral y adecuado durante su tiempo en el HCB.	Madre comunitaria	Desde el inicio al servicio del HCB
ACUERDOS COMPONENTE AMBIENTES EDUCATIVOS Y PROTECTORES:		
Póliza de Seguro Actualizada: La madre comunitaria se compromete a mantener al día la póliza de seguro, garantizando la cobertura adecuada para el bienestar y la seguridad de los niños bajo su cuidado. Mantenimiento de Espacios Seguros: La madre comunitaria se compromete a mitigar riesgos y mantener los espacios del HCB seguros y adecuados para el desarrollo de los niños, asegurando un	Madre comunitaria y Padres de familia.	Desde el inicio al servicio del HCB

PÚBLICA

entorno libre de peligros y propicio para el aprendizaje.		
OTROS:		
Relación Cordial y Respeto a la Cultura: La madre comunitaria se compromete a mantener una relación cordial y respetuosa con la familia, valorando y respetando sus tradiciones, costumbres y cultura, promoviendo un ambiente de confianza mutua y colaboración.	Padres de familia.	Desde el inicio al servicio del HCB

(Se anexa listado de asistencia) Para dar constancia, firman:

• Alba lucero samboni s.
Nombre: Alba lucero Samboni
Cargo: Madre de familia
Comunidad: Misack.

Jur Mayely Lenpo
Nombre: Jur Mayely Lenpo
Cargo: Madre Comunitaria
Operador: Fundación Libertad.

Nombre:
Cargo:
Oficina ICBF:

PUBLICA