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

HCB MI PEQUEÑO MUNDO

USAURIA: ANNA VICTORIA MANQUILLO ***RC No. 1080268688***



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			

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA
14 JUL 2022
REGISTRADURÍA 30498945-7
OFIXPRES

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

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 1.080.268.688

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60366851

60366851

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] 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
MANQUILLO	GOMEZ

Nombre(s)

ANNA VICTORIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes JUL Día 09	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	173983570

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

GOMEZ HERNANDEZ YENI PATRICIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.262.693	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

MANQUILLO MOROCHO ALDEMAR

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.260.421	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MANQUILLO MOROCHO ALDEMAR

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.080.260.421	Aldemar manquillo moroch

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 2022 Mes JUL Día 14	GUILLERMO SANCHEZ CHAUX - REG. - 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

14 JUL 2022

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 30498945-7

OFIXPRES 10218573

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

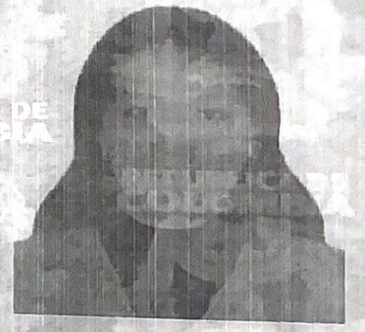
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.080.262.693

GOMEZ HERNANDEZ
APELLIDOS

YENI PATRICIA
NOMBRES

Jenny Patricia Gómez.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-AGO-1991

ARGELIA
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

10-SEP-2009 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1904700-00198001-F-1080262693-20091118 0018086511A 1 33610501

Código de Cuenta : 946417349
Factura de Servicios Publicos No: 784 7773
Periodo AGO 2023 Fecha de Vencimiento: 27/SEP/2023
Suspensión a partir de: 29/SEP/2023
Valor Total a Pagar $ 15.4[illegible]0





Factura de Servicios Publicos No: 784 2773
Periodo AGO 2023
Fecha de Vencimiento: 27/SEP/2023
Suspensión a partir de: 29/SEP/2023
Valor Total a Pagar
$ 15.4[illegible]0

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 17/01/2025

Ficha: 41378018503900000124

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ANNA VICTORIA

Apellidos: MANQUILLO GOMEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268688

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/01/2021

Última actualización ciudadano: 14/07/2022

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

***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: CARLOS ANDERSON ACOSTA VALDEZ

Dirección: Calle 6 No 3 - 52

Teléfono: 3176617965

Correo Electrónico: administradorsisben@laargentina-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:

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	1080268688
NOMBRES	ANNA VICTORIA
APELLIDOS	MANQUILLO GOMEZ
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	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	01/17/2025 06:58:32	**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 Afillación,** 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

ElectroHuila
NIT. 891.180.001 -1

SU CODIGO CUENTA NIU
946417349

Para cualquier consulta y pago electrónicos
www.electrohuila.com.co FT -CFE -05 -031

AUTORET. RETENEDOR DE RENTA, RESOL. No 547/2002
ED AN ENCARGADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART.4
RESOL. 000355 DEL 14/07/16 DIAN DOMOS GRANDES
CONTRIB. (ENTES AUTORETENEDORES) ICA CIRCULAR 4
DIAN 000179 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

FACTURA DE VENTA No. 78417773

TOTAL A PAGAR
$ 15.440

Documento equivalente según
Artículo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 27/SEP/2023

FECHAS DE
LECTURAS: 11/JUL/2023 - 07/SEP/2023
FECHA SUSPENSIÓN: 29/SEP/2023

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	ALDEMAR MANQUILLO MOROCHO	Nit CC	1080260421
Dirección	VDA EL MIRADOR	Ruta	6920840970
Municipio	LA ARGENTINA	Ciclo	070
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6515213
Carga Contratada	0	Nombre	
Uso	4	Fpresta	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
537744081	HN	A	S	00	1776	1731	1	45

Promedio Cuenta 52 Consumo Año Anterior 44 Consumo Antepior 44

ULTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
AGO	45
JUN	132
ABR	46
FEB	49
DIC	53
OCT	58
AGO	42

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU:112 DII:265.376307HORAS
FEC:0 VC:986 VCI:490
VCF:493 CEC:15.396720
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 22/07/2023
Valor $ 33.00

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
2[illegible]5	858.743 =	19313
2[illegible]5	860.494 =	19371

Valor Total Energía del Período $ 38.684
Valor ([illegible]idio/Contribución %) $ - 23.210
Valor To[illegible] Energía Facturado $ 15.474

CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
Deuda Capital	$ 2.783
Interes [illegible] Alumbrado	$ 6
Deuda Alumbrado y Otros	$ 783
Consumo [illegible]	$ 38.684
Impuesto [illegible] Publico	$ 774
Ajus e D[illegible]	$ 2
Compen[illegible] Servicio	$ - 986
Subs dio	$ - 23.210

OTROS CARGOS	
ALUMBRADO	$ 0
VALOR ELECTRIC[illegible]	$ 1.563
	$ 17.273

TOTAL A PAGAR
$ 15.440

ELECTRODOMESTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA
Cuota Finar	21	5945	3393	170

$/kwh Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 371.0 Tm: 40.0 PRn,m: 76.0 Dn,m: 268.0 Rm: 23.0 Cv,m: 1
25.0 Duv,n,m: 860.9494 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO CAPITAL INT.CORRIENTE INT.MORA

ElectroHuila

ElectroHuila
NIT. 891.180.001 -1

Código de Cuenta : 946417349
Factura de Servicios Públicos No: 784 7773
Periodo AGO 2023 Fecha de Vencimiento: 27/SEP/2023
Suspensión a partir de: 29/SEP/2023

Valor Total a Pagar $ 15.440

(415)7707274499679(8020)094641[illegible]349(3902)0000015440(96)20230927

Señor usuario favor dejar libre de sellos todo el frente como el reverso de esta fa[illegible]

94M Version 1.1.0 23062312 Lector 7403

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resulado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardipopatía 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

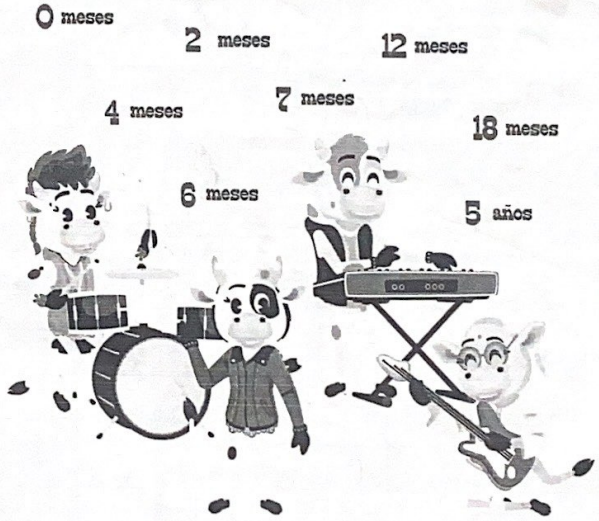
3 años					
4 años					
5 años					

*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)

Cita: 9-Julio-2022. 7:30am (Sano) Pendiente. Influenza abril. mayo

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Ana Victoria Mosquillo Gómez

Fecha de nacimiento: 9-07-2022

Nº de certificado de nacido vivo: 1739835-0

Registro civil: 1080268688.

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3955 Talla: 51cm, 40x

Dirección: Vda Mirador "El chacho"

Teléfono 1: 3154711673

Teléfono 2: 3205013268 Vecina

Responsable: Teni Gomez Hernandez

Municipio de residencia: La Argentina

Departamento: Huila - Cooabol

Cc: 1.080262.693.

Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Leidy 311527 6710 41

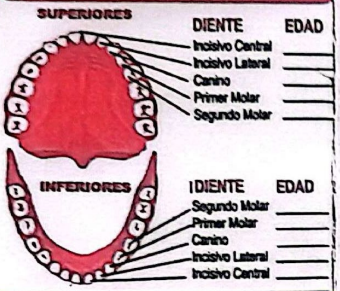
Nombres y Apellidos: Ana Victoria Rengifo Gomez — Tipo Identificación: — No. ID: 1080268688

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote									IPS vacunadora	Fecha proxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
							Lactancia materna exclusiva							Sí ☐		No ☐					
Recién nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	9	07	2022	Serum	0	3	7	0	M	A	0	9	U	HDSP	9-09-			
	Hepatitis B	Recién nacido	9	07	2022	Serum	0	3	2	0	X	0	1	7	E	HDSP		2022		Andrea Mendez
							Lactancia materna exclusiva							Sí ☐		No ☐				
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	14	09	22	BitHaven	2	1	4	1	0	1	4	–	–					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	14	09	22	Serum	2	8	5	1	X	0	0	7	E					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	14	09	22	Serum	2	8	5	1	X	0	0	7	E					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	14	09	22	Serum	2	8	5	1	X	0	0	7	E					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	14	09	22	GlaxoSmith	A	R	0	C	D	0	4	5	A					
13V	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	14	09	22	Pfizer	F	R	6	8	9	7	–	–	–		12-			
							Lactancia materna exclusiva							Sí ☐		No ☐				
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	12	11	22	BitHaven Biolog.	2	1	4	1	0	1	4	–	·	·	EEJuan Ramo	12	01	23
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	12	11	22	Serum	2	8	5	1	6	0	2	2	B	–	EEJuan Ramo	12	01	23
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	12	11	22	Serum	2	8	5	1	6	0	2	2	B	–	EEJuan Ramo	12	01	23
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	12	11	22	Serum	2	8	5	1	6	0	2	2	B	–	EEJuan Ramo	12	01	23
	Diarrea por rotavirus	2.ª	12	11	22	GlaxoSmith.	A	R	0	C	D	0	5	0	A	B	EEJuan Ramo	—	—	—
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	12	11	22	Pfizer	F	R	4	8	9	7	–	–	+	–	EEJuan Ramo	9	07	23
							Lactancia materna exclusiva							Sí ☐		No ☐				
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	12	01	23	BitHaven Biolog.	2	1	4	1	0	1	5	A	–	–	EEJuan Ramo	—	—	—
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	12	01	23	Serum	2	8	5	1	6	0	2	2	B	–	EEJuan Ramo	—	—	—
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	12	01	23	Serum	2	8	5	1	6	0	2	2	B	–	EEJuan Ramo	—	—	—
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	12	01	23	Serum	2	8	5	1	6	0	2	2	B	–	EEJuan Ramo	—	—	—
	Influenza estacional	1.ª	03	04	22	Biopharma.	V	5	0	5	2	3	0	0	A	–	EEJuan Ramo	11	07	23
7 meses	Influenza estacional	2.ª	11	03	23	Biopharma.	V	5	0	5	2	3	0	0	A	–	EEJuan Ramo	—	—	—
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	11	03	23	Serum	0	1	3	1	N	0	8	2	A	–	EEJuan Ramo	—	—	—
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	11	03	23	Pfizer	F	R	9	2	5	–	–	–	–	–	EEJuan Ramo	—	—	—
12 meses	Varicela	2.ª	11	03	23	MERCK Sharp.	W	6	2	5	A	A	R	–	–	–	EEJuan Ramo	9	03	23
	Hepatitis A	Única	11	01	23	Sinovac	2	6	2	2	0	1	0	0	5	–	EEJuan Ramo	—	—	—
	Influenza estacional	Anual																		
	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	19	01	24	BitHaven Biolo	2	2	3	5	0	0	1	A	–	–	EEJuan Ramo	9	07	23
18 meses	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	19	01	24	Serum	2	8	5	2	X	0	0	3	A	–	EEJuan Ramo	—	—	—
	Fiebre amarilla	Única	19	01	24	Sanofi pasteur.	W	3	0	5	C	1	6	–	–	–	EEJuan Ramo	—	—	—
	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo	—	—	—															
5 años	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo																		
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.º	19	01	24	Serum	0	1	3	2	N	0	7	2	B	–	EEJuan Ramo	—	—	—
	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.

Llame gratis LÍNEA ANTICORRUPCIÓN 01 8000 91818
DENUNCIE DE BIEN, BARA Y RECLAME EN PRESTACIÓN DEL SERVICIO 3004100 Y 115 DESDE UN PLAN B CELULAR ELADO
AUTORIZAMOS EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SEGÚN RESOL. No 847/2002
BIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NOMENCLADOR ART.4 RESOL. 000006 DEL 14/07/16 DIAN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES DE IVA
ESTA FACTURA CAMBIARIA DE COMPRAVENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART. 774 C.C. PRESTA MERITO EJECUTIVO ART. 130 LEY 142/94
VIGILADA POR LA SUPERSERVICIOS

EDAD DE ERUPCIÓN DE DIENTES TEMPORALES ("DE LECHE")



RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

Las primeras dientes debe limpiarlos con un algodón o una gasa húmeda cuando los dientes temporales estén completos enseñar al niño la forma correcta de cepillarse los dientes y el uso de seda dental, ayudando hasta cuando pueda hacerlo bien.

Nunca deje dormir al niño con el biberón en la boca porque azúcar facilita la caries dental, además el chupón puede originar de la forma de los maxilares y mal posición de los dientes. Procure no dar dulces o caramelos entre comidas.

La primera visita al odontología debe hacerse antes del primer año.

CUIDADOS GENERALES

Bañe al niño todos los días, lave las manos y los dientes, córtele las uñas. Póngale zapatos cuando camina. NO USE TALCOS NI CHUPOS.

No le de aceite para pórgalos. Evite que su niño se acerque a los enfermos. No le de aceite para pórgalos Evite que su niño se acerque a los enfermos.

Exprese afecto al niño, ábrazlo, abrácelo y acarícielo. Permita que el niño juegue y dedique tiempo para jugar con él. Involucre al niño en las actividades de la familia. Hable con el niño y responda con amor a sus intentos de comunicarse y llamar la atención. Permita que el niño se muevo libremente. No castigue, engañe, ni asuste al niño para obligarlo obedecer.

Explíquele al niño las cosas que no debe hacer. No exija que el niño realice tareas que no puede hacer por su edad. Sea Siempre sincero con él.

MAMÁ SI MI HIJO ESTÁ ENFERMO, DEBO REVISAR SI PRESENTA LAS SEÑALES DE PELIGRO QUE ME OBLIGAN A LLEVARLO AL SERVICIO DE URGENCIAS O VALORACIÓN INMEDIATA POR MÉDICO

- Mi hijo no puede beber ni tomar el pecho.
- Vomita todo lo que come.
- Ha tenido convulsiones o ataques.
- Esta letárgico (Muy Dormido) o inconsciente (sin sentido).
- La chilla el pecho o respira con dificultad.
- Respira más de 60 veces por minuto.
- Presenta deposiciones diarreicas o líquidas.
- Presenta fiebre alta(mayor a 39° o líquidas.
- Presenta Fiebre más de 3 días.

EDAD	TIPO DE VACUNA		1ra DOSIS O UNICA	2da DOSIS		3ra DOSIS		A los 12 meses de edad	
			Fecha	Fecha		Fecha		Fecha	
				Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna
Recién Nacido	Antituberculosa - BCG								
	Hepatitis B (Recién Nacido)								
A partir de los 2 Meses	PENTAVALENTE	Difteria - Tos ferina - Tetanos (DPT)							
		Haemophilus influenze - TIPO b							
		Hepatitis B							
	Vacuna oral de polio - VOP								
	Vacuna oral de rotavirus								
	Vacuna contra el neumococo								
A partir de los 4 Meses	PENTAVALENTE*								
	Vacuna contra polio - VOP								
	Vacuna oral de rotavirus								
	Vacuna contra el neumococo								
A partir de los 6 Meses	PENTAVALENTE*								
	Vacuna oral de polio - VOP								
De 6 Meses a 23 meses	Vacuna de Influenza (De 6 meses a 23 meses)								
A Los 12 meses	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)								
	Fiebre Amarilla (FA)								
	Vacuna contra el neumococo								

		Al año de la 3ra DOSIS		A los 5 Años de edad		ADICIONALES	
Al año de las terceras dosis	Difteria - tos ferina - tétanos(DPT)						
	Vacuna oral de polio - VOP						
Al año 5 años de edad	Difteria - tos ferina - tétanos(DPT)						
	Vacuna oral de polio - VOP						
	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)						
Adicionales							

REHIDRATACIÓN ORAL SUERO ORAL



En un litro de agua hervida y fría, mezcle todo el contenido de un sobre de suero oral.

Si el niño NO ESTA DESHIDRATADO dele con cucharito y vaso dos onzas como mínimo, después de cada deposición.

Si el niño presenta ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN acuda a la Promotora de salud, ala Unidad de Rehidratación Oral UROCS más cercana, o al Hospital.



CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2022	AGOSTO	27	7:00		
2022	octubre	22	7:00	Yenny	
2023	Mayo	31	8:00	Yenny	
2023	Julio	09	7:00	Yenny	
2023	Diciembre	08	7:00	Yenny	
2024	Mayo	17	8:00	Yenny	
2024	Octubre	9	8:00	Yenny	
2025	Julio	05	8:00	Yenny	
2025	Noviembre	29	8:00		

Atención con Calidad Humana

E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS
NIT 813.010.966-1 Tel 8311607
Código del Prestador 41378003821
La Argentina - Huila



P. 3950
sig: HO.2
RH. 0+

CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

Nombre: Anna Victoria Manquillo G.
Fecha de nacimiento: 09-07-2022
Registro Civil: 1002586883
Teléfono: 3108566413
Dirección: Mirador
Barrio o Vereda: Mirador
Nombre Responsable del Niño: 1080626213
Yenny Patricia Gomez H
EPS afiliación: Comfam. Huila
Sitio de atención: E.S.E Juan Ramon N.P

ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO LOS AGENTES DE SE LO RECOMIENDE

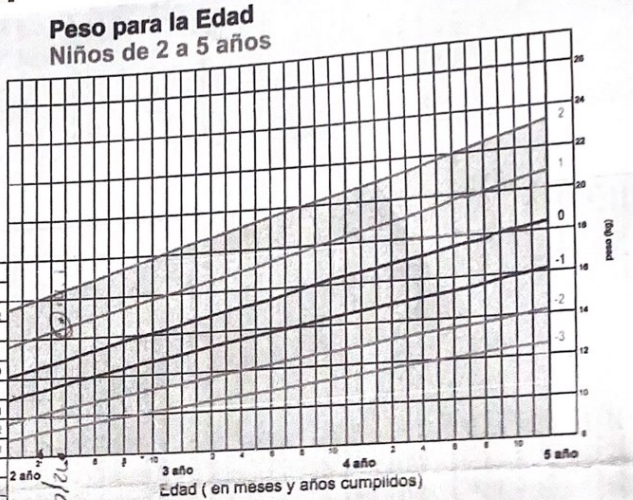
Powered by CamScanner

INTERPRETACIÓN DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

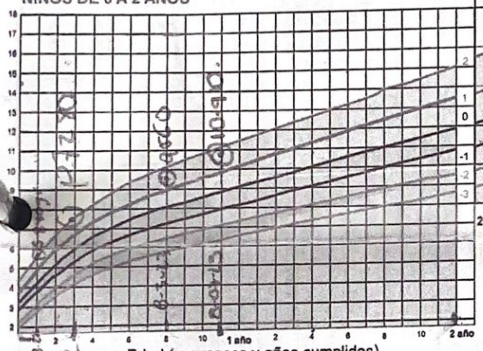
Crecimiento

- SU HIJO VA BIEN
- PELIGRO SU HIJO NO PROGRESA
- SU HIJO ESTA MAL

Peso para la Edad
Niños de 2 a 5 años

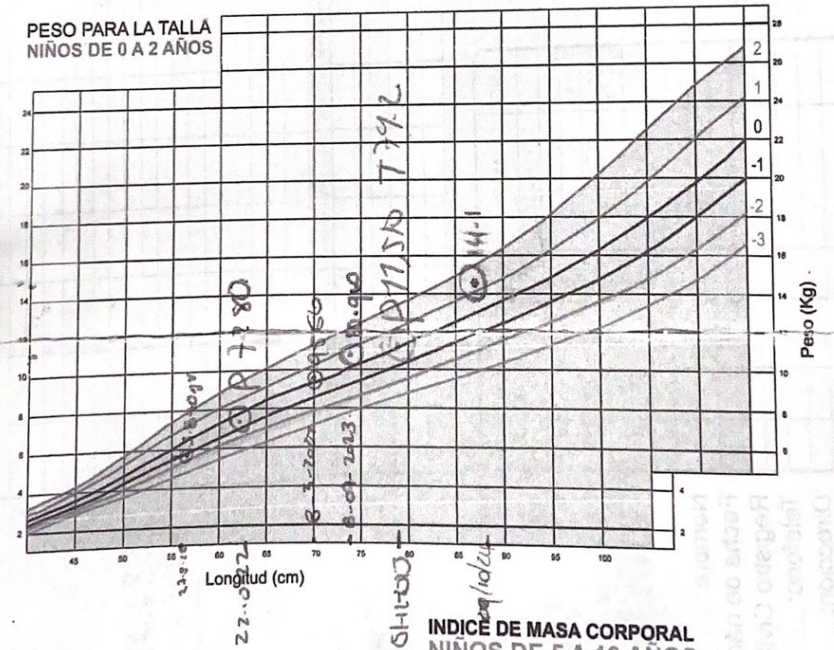


PESO PARA LA EDAD
NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS

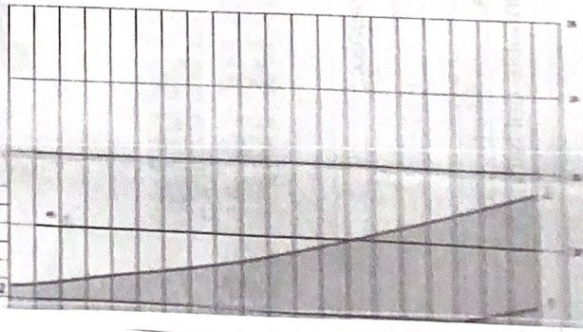


PESO PARA LA TALLA
NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS

PESO PARA LA TALLA
NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS



INDICE DE MASA CORPORAL
NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS



INDICE DE MASA CORPORAL
NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS



CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Anna Victoria Manquillo

DOCUMENTO: 1080268688

FECHA DE ATENCION: 5 Junio 2025

PROXIMO CONTROL: 5 Diuembre 2025

EXPEDIDO POR: Carolina Bolaños Vargas
Aux. Salud Oral
C.C. 1080266471

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

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS **mi pequeño mundo**, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio **fundación grupo libertad.** Manifiesto que he sido informado sobre las responsabilidades que me asisten en el marco del Código de Infancia y Adolescencia contemplado en la Ley 1098 de 2006, el cual expresa con relación al sentido de corresponsabilidad de la familia lo siguiente:

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

En atención a lo anterior, en el marco de las acciones de responsabilidad parental, es mi interés manifestar el compromiso en el proceso de atención a la primera infancia de mi hijo (a): ANNA VICTORIA MANQUILLO con RC No 1080268688 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).

PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES

PROTEGEMOS TUS PASOS



Línea de Atención:

#899 desde celular | **Bogotá:** 327 4712 / 327 4713 **Nacional:** 01 8000 111 935

seguros mundial®

Nº Póliza: 2000503802

Tomador: FUNDACION GRUPO LIBERTAD

Nombre de Asegurado: ANNA VICTORIA MANQUILLO GOMEZ

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1080268688	2025/02/01	2026/02/01

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

COBERTURAS:

- Muerte Accidental
- Gastos Médicos

En caso de accidente o para consultar términos y condiciones, comunicarse a nuestras líneas de atención:

seguros mundial®

#899 desde celular | **BOGOTÁ** 3274712 /3274713 | **NACIONAL** 01 8000 111 935

Ciudad La Argentina.

Nombre completo de la niña o niño Anna victoria Manquillo Gomez

Fecha de nacimiento 09/07/22 N° Documento de Identidad 1080268688

Sexo Masculino ○ Femenino ★ Fecha de 1er día de atención en el año

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Deiy Criollo

Fecha de registro cualitativo 21-04-25

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 es acorde a su edad, se encuentra en esperado segun el itm del desarrollo.
se continuara fortaleciendo sus habilidades y destrezas.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Deiy Criollo

Fecha de registro cualitativo 28-04-2025

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

SU DESARROLLO ES ACORDE A SU EDAD DE ACUERDO AL ITM SE ENCUENTRA EN ESPERADO, SE CONTINUARA FORTALECIENDO SUS HABILIDADES.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Deiy criollo.

Fecha de resgistro cualitativo 27-10-25.

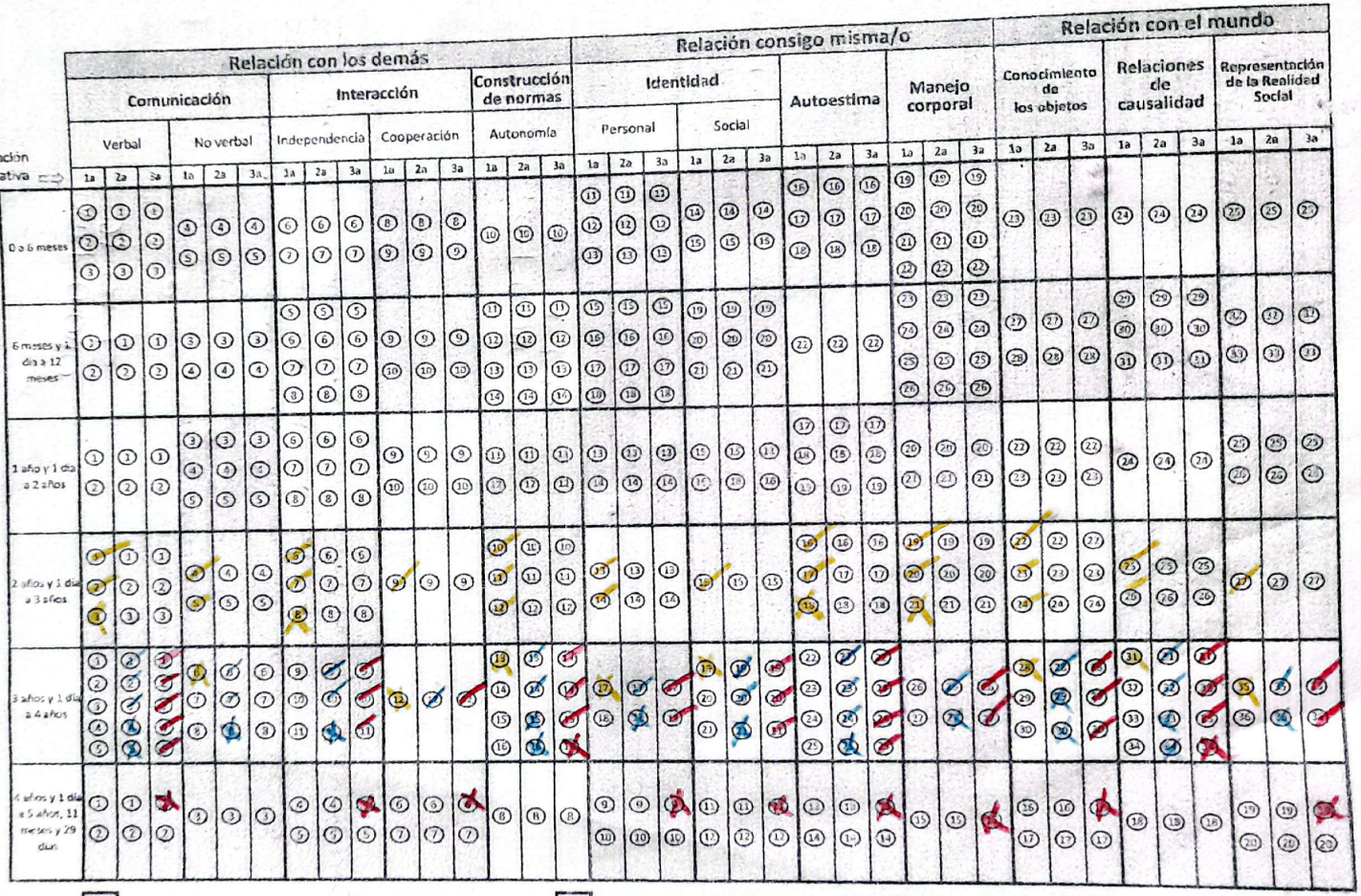
Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ●

Color de registro valoración cualitativa ■ Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

Su desarrollo es acorde a su edad. se encuentra en esperado. se continuara fortaleciendo sus habilidades.

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



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 4	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 Anna Victoria Manquillo Gómez, identificado (a) con documento de identidad número 1080268688 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		Videos		Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:
Yo, Jenny Patricia Gómez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1080262693, 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		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, 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_ **CORPORACION PARA EL DESARROLLO DE LAS CIENCIAS, LA INVESTIGACION E INNOVACION** ___, 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_.

Suscriben:

Firma: Jenny Patricia Gómez
Nombre: Jenny Patricia Gómez
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3108566418
Fecha: 1 FEBRERO 2025
Municipio: LA ARGENTINA HUILA

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 Febrero del año 2025, en el Municipio de La Argentina Huila.

Jenny Patricia Gómez
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Deily Ciollo
MADRE COMUNITARIA