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

HCB: MIS MONACHITOS

USAURIO: Maria de los Angeles Salazar ***RC No.*** 1080268786



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			

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD		NIT. 900027451-0		
	LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS USUARIOS				
Fotografía física, esta ira sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez			
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			

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.080.268.786

Indicativo Serial 63547370

63547370

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
SALAZAR	ARROYO

Nombre(s)

MARIA DE LOS ANGELES

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes FEB Día 19	FEMENINO	B	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	23028910344650

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

ARROYO ROBLES LEIDY CONSTANZA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 55.212.769	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

SALAZAR GIRON JHAN ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 76.322.247	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ARROYO ROBLES LEIDY CONSTANZA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 55.212.769	Leidy Arroyo

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes FEB Día 21	MANUEL JESUS LATORRE ADARME - REG Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Jhan A. Salazar G.	
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 32869820-9

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

21 FEB 2023

Manuel Jesus Latorre Adarme
Registrador Municipal

dispapeles 60195

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO 28-OCT-1984

LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | AB+ G.S. RH | F SEXO

03-DIC-2002 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1904700-00593825-F-0055212769-20140625 0039081917A 1 41053011

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 55.212.769
ARROYO ROBLES
APELLIDOS
LEIDY CONSTANZA
NOMBRES

Leidy Constanza Arroyo
FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-AGO-1975

POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

03-SEP-1993 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1904700-00198001-M-0076322247-20091118 0018086222A 1 33610561

COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 76.322.247

SALAZAR GIRON
APELLIDOS

JHAN ALEXANDER
NOMBRES

Jhan A. Salazar G.
FIRMA



Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 10/07/2025

Ficha: 41378005503200000141

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **MARIA DE LOS ANGELES**

Apellidos: **SALAZAR ARROYO**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1080268786**

Municipio: **La Argentina**

Departamento: **Huila**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 20/11/2018

Última actualización ciudadano: 28/02/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: CARLOS ANDERSON ACOSTA VALDEZ

Dirección: Calle 6 No 3 - 52

Teléfono: 3176617965

Correo Electrónico: administradorsisben@laargentina-huila.gov.co

Powered by CamScanner

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1080268786
NOMBRES	MARIA DE LOS ANGELES
APELLIDOS	SALAZAR ARROYO
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	01/02/2025	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/07/2025 20:10:40	Estación de origen:	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya 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 genero la consulta.

Powered by CamScanner

DE DIENTES
DE LECHE")

DIENTE	EDAD
Incisivo Central	
Incisivo Lateral	
Canino	
Primer Molar	
Segundo Molar	

DIENTE	EDAD
Segundo Molar	
Primer Molar	
Canino	
Incisivo Lateral	
Incisivo Central	

ACIONES

RAL

un algodón o una gasa húmeda.
mpletos enseñar al niño la forma
de seda dental, ayudándolo hasta

en la boca, porque el azúcar facilita
originar alteración de la forma de
ientes. Procure no dar dulces o

rse antes del primer año.

NERALES

nos y los dientes, córtele las uñas,
TALCOS NI CHUPOS.

u niño se acerque a los enfermos.

y acaricielo. Permita que el niño
con él. Involucre al niño en las
niño y responda con amor a sus
ción. Permita que el niño se mueva
te al niño para obligarlo a obedecer.

e hacer. No exija que el niño realice
Sea siempre sincero con él.

DEBO REVISAR SI PRESENTA LAS
IGAN A LLEVARLO AL SERVICIO
N INMEDIATA POR MÉDICO
cho.

EDAD	TIPO DE VACUNA		1ra DOSIS O ÚNICA	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 - Tétanos (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 oral de 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						
A los 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 cucharita y vaso dos onzas como mínimo, después de cada deposición.

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

AL MES	EDAD	A LOS 24 MESES	EDAD
Pataléa vigorosamente.		Salta en los dos pies.	
Sigue con los ojos el movimiento de un objeto.		Hace torre de 5 o más cubos.	
Se sobresalta con el ruido.		Dice más de 20 palabras claras.	
Sigue movimientos del rostro.		Control diurno de orina.	
A LOS 3 MESES		A LOS 36 MESES	
Sostiene la cabeza.		Camina hacia atrás.	
Se lleva objetos a la boca.		Separa objetos grandes y pequeños.	
Balbucea con las personas.		Usa oraciones completas.	
Se voltea cuando se le habla.		Se baña solo las manos y la cara.	
A LOS 6 MESES		A LOS 48 MESES	
Intenta sentarse solo.		Lanza y agarra la pelota.	
Pasa objetos de una mano a otra.		Copia cuadrado y círculo.	
Reacciona cuando se le llama.		Describe bien un dibujo.	
Pone atención a la conversación.		Tiene un amigo especial.	
A LOS 9 MESES		A LOS 60 MESES	
Se sienta por si solo.		Hace rebotar y agarra la pelota.	
Agarra objetos con los dedos pulgar e índice.		Dibuja escalera.	
Dice una palabra clara.		Nombra 4 o 5 colores.	
Imita aplausos.		Organiza Juegos.	
A LOS 12 MESES		A LOS 72 MESES	
Se para solo.		Salta desde 80 cms de altura.	
		Dibuja casa.	
		Conoce días de la semana.	

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DÍA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2023	Agosto	02	8:00	✓	
2023	octubre	20	8:00	✓	
2024	Marzo	16	8:00	Laida	
2024	Octubre	25	8:00	Laida	
2024	Noviembre	02	8:00	Laida	
2025	Marzo	04	8:00	Yuleth	
2025	Septiembre	26	8AM	Yuleth	
2026	Febrero	21	8AM.		

E.S.E. JUAN RAMÓN NUÑEZ PALACIOS
Nit. 813.010.966-1 Tel: 8311607
Código del Prestador: 41378003821
La Argentina - Huila



CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

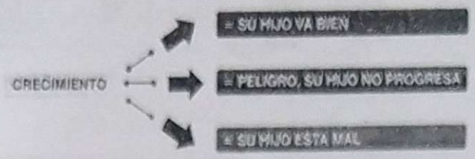
Nombre: Mariá de los Angeles Salazar Ara
Fecha de nacimiento: 19- Febrero- 2023
Registro Civil: 1080 268 786
Teléfono: 320 8700566 RH B+
Dirección: Vereda las toldas. T 57
Barrio o Vereda: P 3100g
Nombre del Responsable del Niño:
Leidy Constanza Arroyo Jhan Sa
EPS Afiliación: AIC
Sitio de Atención: ESE Juan Ramon N

DE SALUD EN LAS

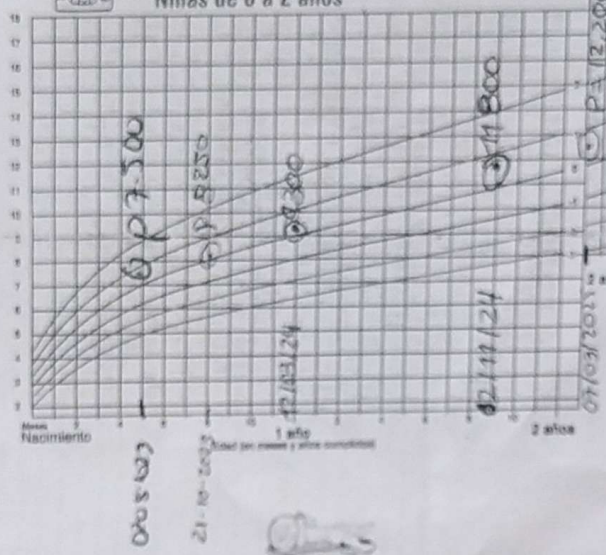
Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

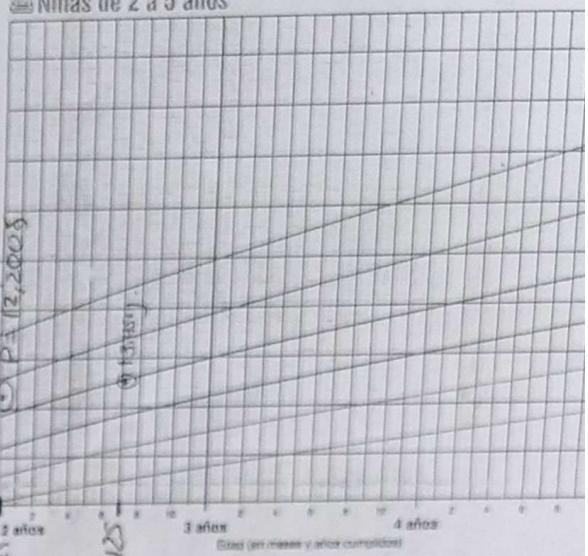
INTERPRETACIÓN DE LA CURVA DE CRECIMIENTO



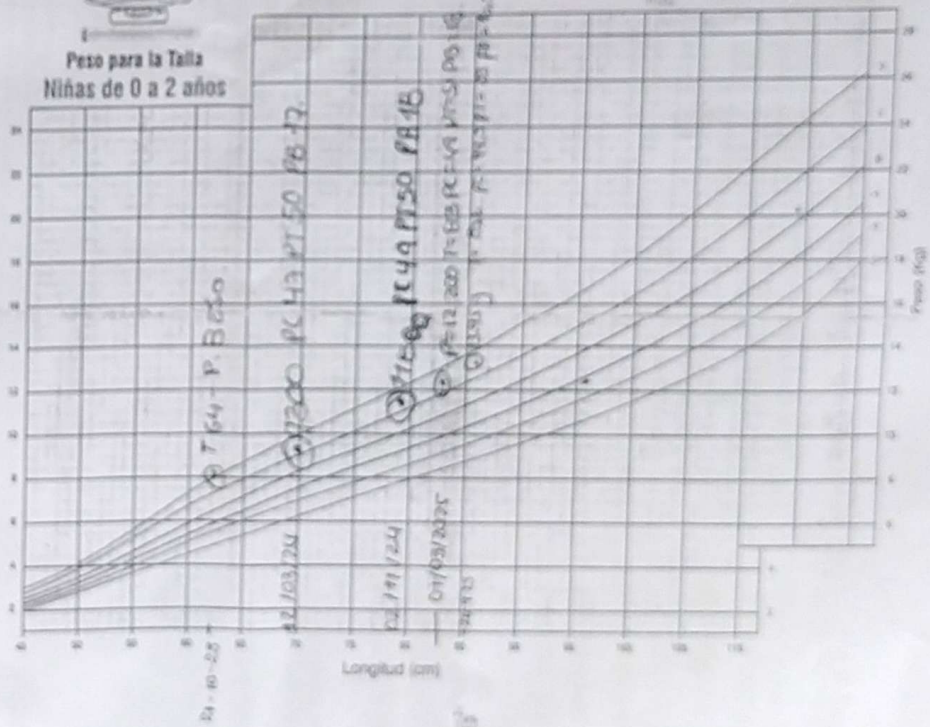
Peso para la edad
Niñas de 0 a 2 años



Peso para la edad
Niñas de 2 a 5 años

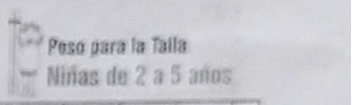


Peso para la Talla
Niñas de 0 a 2 años

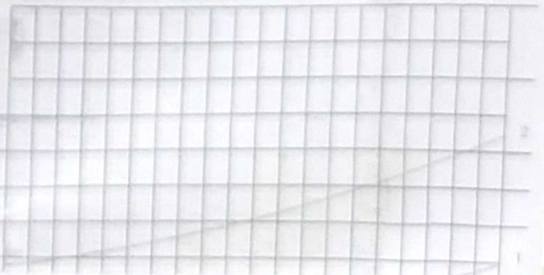


26-09-2025
P= 13,450kg
T= 85,6cm
pc= 49,5
pt= 53
pb= 16,5cm

Peso para la Talla
Niñas de 2 a 5 años



Índice de masa corporal
Niñas de 5 a 10 años



Índice de masa corporal
Niñas de 2 a 5 años

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO									
Resulado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado		D	M	A
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado		D	M	A
	Cardipopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado		D	M	A
	Visual	Normal		Alterado		D	M	A
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA							M	A

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	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A
4.ª entrega	D	M	A
5.ª entrega	D	M	A

D	M	A
D	M	A
D	M	A
D	M	A
D	M	A

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL – AGUDEZA VISUAL
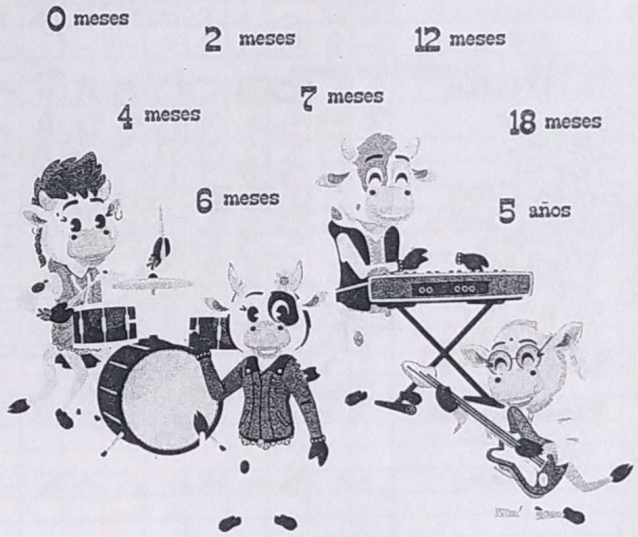
3 años	D	M	A	SI*	NO*
4 años	D	M	A	SI*	NO*
5 años	D	M	A	SI*	NO*

*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: 19- Febrero-2028 8am

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Maria delos Angeles Salazo Arroyo
Fecha de nacimiento: 19-02-2023
Nº de certificado de nacido vivo: 2302891034650
Registro civil: 1080268786
Sexo: femenino
Grupo sanguíneo: B. Positivo.
Peso al nacer: 3100 Talla: 47cm 38sg
Dirección: B. Los Yalcones
Teléfono 1: 3208700566 Kra 6 transv 5
Teléfono 2: 3205013268 Vacunación
Responsable: Leidy Arroyo Robles
Municipio de residencia: La Argentina: A.I.C.
Departamento: Huila cc: 55.212.769

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: María de los Angeles Tipo identificación: Cedula 201 Arroyo No. ID: 1080268786

Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	20	02	2023	Serum	037142A035	4DSP	–	–	–	E.S.E.
	Hepatitis B	Recién nacido	19	02	2023	Serum	032192013	4DSP	19	04	23	Dalila Alzate
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	20	04	2023	Bithoven	220601240	E.S.E.				Nubis M. Prado González Auxiliar de Enfermería Reg 1149 CC 36289
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	20	04	2023	Serum	285151X040C–	Juan Ramón				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	20	04	2023	Serum	285151X040C–	Ramón Nuñez				
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	20	04	2023	Serum	285151X040C–	Pa (CIO)				
	Diarrea por rotavirus	1.ª	20	04	2023	GlaxoSmith	AP201L0090 1AA					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	20	04	2023	Pfizer	FY9925 –––	La Argentina	21	Junio	23	
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	21	06	2023	Bithoven Biolog	220601 2A– –	E.S.E Juan Ramon	23	08	23	Milena Bravo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	21	06	2023	Serum	285151X040D–	E.S.E Juan Ramon	23	08	23	Milena Bravo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	21	06	2023	Serum	285151X040D–	E.S.E Juan Ramon	23	08	23	Milena Bravo
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	21	06	2023	Serum	285151X040D–	E.S.E Juan Ramon	23	08	23	Milena Bravo
	Diarrea por rotavirus	2.ª	21	06	2023	Glaxosmith.	AP201L0091 1AA	E.S.E Juan Ramo	–	–	–	Milena Bravo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	21	06	2023	Pfizer	FY9925 –––	E.S.E Juan Ram	19	02	23	Milena Bravo
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	19	08	23	Bithoven	220700 5A– –	E.S.E	19	08	24	
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	19	08	23	Serum	285151 40A– –	Juan Ramón	19	08	24	
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	19	08	23	Serum	285151 40A– –	Nuñez P.	19	08	24	
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	19	08	23	Serum	285151 40A– –	E.S.E Juan Ramo	–	–	–	Leidy Arroyo
	Influenza estacional	1.ª	19	08	23	Green Cross	VC5300 5A– –	E.S.E.	19	08	24	
7 meses	Influenza estacional	2.ª	21	09	23	Green Cross	VC5300 5A– –	Juan Ramón	19	08	24	
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	20	02	24	Serum	01 33 6 2N 30 0A A– –	Nuñez P.	19	08	24	
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	20	02	24	Pfizer	XC0 1 9 3 5 – – – –	E.S.E Juan Ramo	–	–	–	Leidy Arroyo
	Varicela	2.ª	20	02	24	M.S.D.	2 0 2 2 0 1 0 0 5 – –	E.S.E.	19	08	24	
	Hepatitis A	Única	20	02	24	Sinovac	2 4 0 0 9 7 0 2 A – –	Juan Ramón	19	02	28	Leidy Arroyo
	Influenza estacional	Anual	22	05	24	Botanton	2 2 3 9 6 8 0 2 A – –	Nuñez Ramo	–	–	–	Leidy Arroyo
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	23	08	24	Bithoven Biolo	2 8 5 2 2 4 0 1 1 E – –	E.S.E Juan Ramon	19	02	28	Leidy Arroyo
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	23	08	24	Serum	2 3 1 V F C 0 0 5 2 – –	E.S.E Juan Ramon	–	–	–	Leidy Arroyo
	Fiebre amarilla	Única	23	08	24	Bionanghines		E.S.E Juan Ramon	–	–	–	Leidy Arroyo
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	23	08	24	Serum	CM 33 No 0 4A –	E.S.E Juan Ramon	–	–	–	Leidy Arroyo
	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 m

Powered by CamScanner

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE:	DOCUMENTO:
Maria de los Angeles Salazar	1080268786
CONTROL DE PLACA	TOPICACIÓN DE FLUOR
FECHA DE ATENCIÓN: 13 Noviembre 2023	FECHA DE ATENCIÓN: 13 Noviembre 2023
PROXIMO CONTROL: 13 Mayo 2024	PROXIMO CONTROL: 13 Mayo 2024

EXPEDIDO POR: _____

Auxiliar Salud Oral

	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 *MIS MONACHITOS* vinculada a la Entidad Administradora del Servicio FUNDACION *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): Maria de los Angeles Salcedo Arroyo con RC No 1060268786. Para ello me comprometo a:

1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al HCB, teniendo en cuenta que es un servicio que me presta el Estado en el marco de la garantía de los derechos de los niños y las niñas.
2) Participar de las actividades que sean convocadas por UDS, la Entidad Administradora del Servicio o el ICBF, con el fin de promover el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas.
3) Cumplir el horario de atención establecido en la UDS
4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias ingresa y se retira a mi hijo(a) de la UDS.
5) Entregar los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de mi hijo(a) Estos documentos son:

1. Certificado de afiliación a salud.
2. Fotocopia del registro civil del niño.
3. Fotocopia del carné de vacunas actualizado
4. Fotocopia del carné de crecimiento y desarrollo actualizado
5. Certificación de SISBÉN.

NOTA: En caso de no contar con alguno de los documentos mencionados, informar en la UDS para activar la Ruta Interinstitucional que contribuya a garantizar una atención integral para mi hijo(a).

Powered by CamScanner

6) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) asista al servicio médico y demás actividades de promoción y prevención para lograr el mejor estado posible de salud.
7) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) transite al Sistema de Educación Escolar, una vez haya cumplido los cinco (5) años.
8) Informar y remitir excusa por *medio* escrito, sobre la inasistencia de mi hijo(a), adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si se cuenta con ellos).
9) Elegir o ser elegido en el comité de control social que se convoquen con el fin de velar por una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por el ICBF para la Modalidad Comunitaria

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el día 24 del mes ENERO del año 2025 en el Municipio de LA ARGENTINA HUILA.

Laidy Arroyo
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Deisa Esnedy Dorr
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad La Argentina Huila

Nombre completo de la niña o niño Maria de los Angeles Salazar Arroyo.

Fecha de nacimiento 19 02 2023 **N° Documento de Identidad** 1080268654

Sexo Masculino ○ Femenino ⊗ **Fecha de 1er día de atención en el año** 01 02 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Deira Esnedy Daza

Fecha de registro cualitativo 22 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

Maria de los angeles es una niña que rapidamente se adapto a las reglas y normas del hogar, le falta aprender a manejar sus emociones, su lenguaje es escaso pero claro y acorde a su edad le gusta relacionarse con sus compañeros.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Deira Esnedy Daza

Fecha de registro cualitativo 20 07 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

Maria de los Angeles es una niña que esta aprendiendo a manejar sus emociones y su vocabulario a aumentado muchisimo le gusta jugar sola. le falta aprender a compartir

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Deira Esnedy Daza

Fecha de resgistro cualitativo 24 10 2025

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

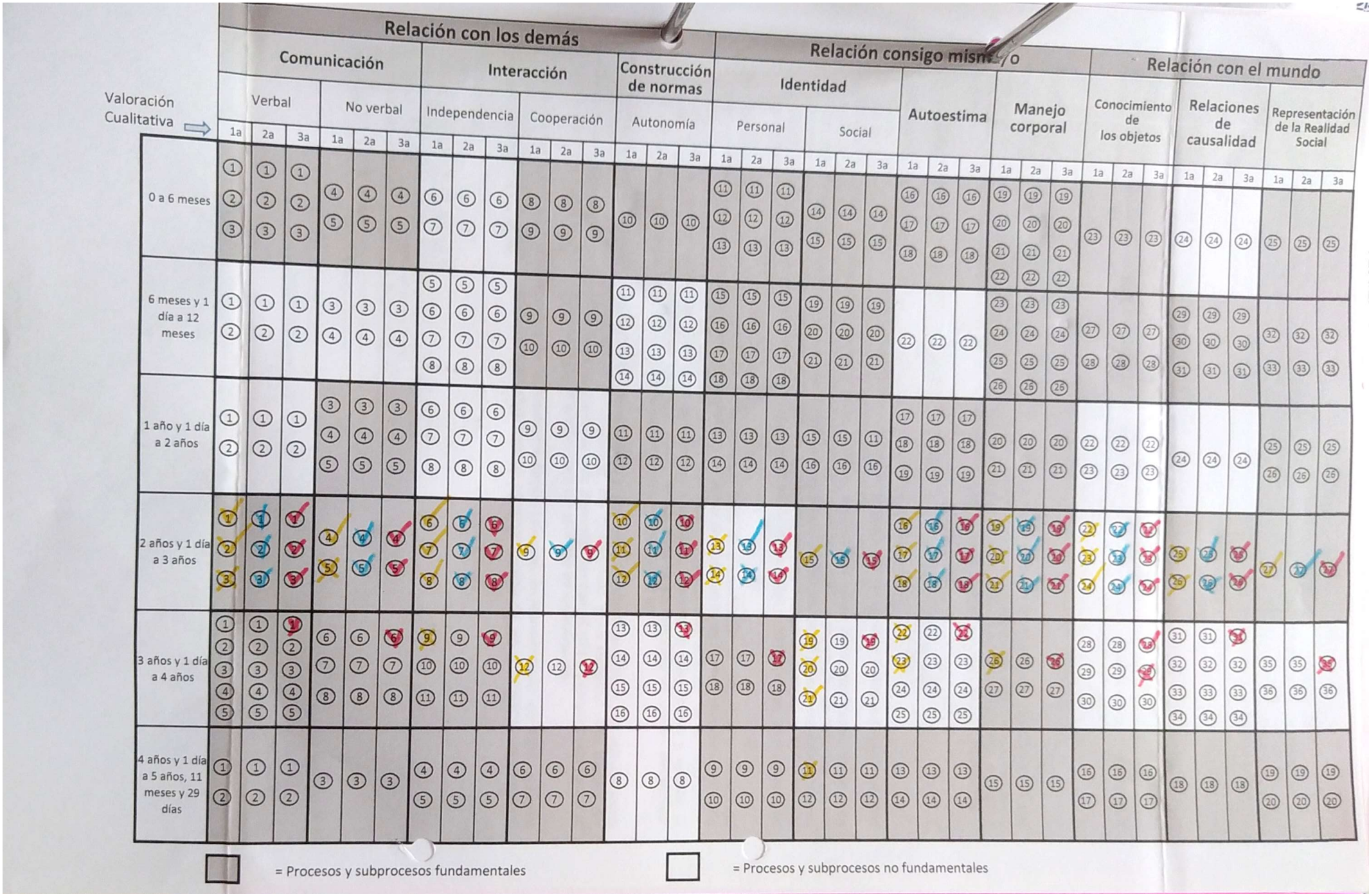
Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

Maria es una niña que ha mejorado mucho sobre el manejo de sus emociones, su lenguaje cada vez es mas rico en expresion oral y corporal, es bastante independiente, cariñosa y tiene un leve conocimiento sobre el entorno social.

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

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	11/07/2024
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 5	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad María de los Angelos Salazar Arroyo, identificado (a) con documento de identidad número 1082766766, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos		Audios		Videos		Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Lady Constanza Arroyo Robles, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 55212769, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos		Audios		Videos		Otros datos personales	

La autorización comprende:

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

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

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

Los productos autorizados son originados por la **Fundaciòn Grupo Libertad**, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Modalidad **HCB Comunitaria**

Suscriben:

Firma: Lady Arroyo
Nombre: Lady Constanza Arroyo Robles
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3208700566
Fecha: _____
Municipio: La Argentina

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
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.

Powered by CamScanner