REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.080.268.399

Indicativo Serial 60366520

60366520

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código U 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
CORDOBA	GOMEZ

Nombre(s)

MAHIA SALOME

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes AGO Día 14	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	166197962

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 VIVEROS DANIELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.248.923	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

CORDOBA REALPE ANDRES FELIPE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.153.081	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GOMEZ VIVEROS DANIELA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.004.248.923	daniela gomez viveros

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 AGO Día 20	MANUEL JESUS LATORRE ADARME- REGI Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Copia Registro Civil 28990421-4

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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

20 AGO 2021

REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.248.923

GOMEZ VIVEROS

APELLIDOS

DANIELA

NOMBRES

Daniela GOMEZ V

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-JUN-2002

LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

22-SEP-2020 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1904700-01164764-F-1004248923-20200925 0071866198A 1 8500871499

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 19/05/2025

Ficha: 41378096503400001999

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MAHIA SALOME

Apellidos: CORDOBA GOMEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268399

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 07/06/2023

Última actualización ciudadano: 07/06/2023

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

ElectroHuila

SU CODIGO CUENTA NIU

290229406

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

AUTOIMPRESORES DE VENTA RESOL. No 247/2002 DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART. 4 RESOL. 000005 DEL 14/07/16 DIAN BOMOB GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORRETENEDORES ICA CIRCULAR 4 DEL 06/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

FACTURA DE VENTA No. 84684712

TOTAL A PAGAR

$ 25.430

Documento equivalente según artículo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 28/ENE/2025

FECHAS DE LECTURAS: 29/NOV/2024 - 28/ENE/2025

FECHA SUSPENSIÓN 30/ENE/2025

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	ALVARADO PAULINA	Nit CC	211332
Dirección	VDA BETANIA		0920530940
Municipio	LA ARGENTINA	Ciclo	070
Clase Servicio	Residencial	Estrato	2

INFORMACION TECNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6500162
Carga tratada	281	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACION CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
23524705	HIK	A	S	00	503	456	1	47

Promedio Cuenta 78 Cons en P3o Anterior 61 Cons en Anterior 61

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
DIC	47
OCT	85
AGO	57
JUN	68
ABR	73
FEB	79
DIC	63

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU: DIU: KC:
EC: VC: VCD:
VCF: CEC:
Valor Concensar

ULTIMO PAGO

Fecha 15/11/2024
Valor $ 45918

LIQUIDACION CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)	Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
23.5	982.574 =	23093			
23.5	982.5245 =	23099			

Valor Total Energía del Periodo	$ 46.179
Valor (Subsidio/Contribución %)	$ - 21.959
Valor Total Energía Facturado	$ 24.220

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR PER
CONSUMO PERIODO	$ 46.179
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ 1.211
AJUSTE DECENA	$ - 1
SUBSIDIO	$ - 21.959

OTROS CARGOS	$ 0
ALUMBRADO P	$ 1.211
VALOR ELECTROHUILA	$ 24.219

TOTAL A PAGAR

$ 25.430

ELECTRODOMESTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN CUOTA

FUES: 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

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía
Nit:891.180.001-1

ElectroHuila
Transmitimos buena energía
Nit 891.180.001-1

Código de Cuenta : 290229406
Factura de Servicios Públicos No: 84684712
Periodo DIC 2024 Fecha de Vencimiento: 28/ENE/2025
Suspensión a partir de: 30/ENE/2025

Valor Total a Pagar $ 25.430

(415)7707274499573(8020)82902294O6(3900)2000025430(96)20250128

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

Version 1.2.1 24081217 Lector 7483

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	1080268399
NOMBRES	MAHIA SALOME
APELLIDOS	CORDOBA 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	24/04/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

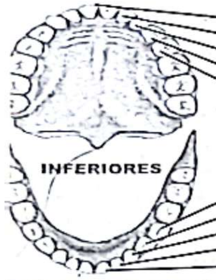
Fecha de Impresión:	05/19/2025 15:09:06	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Powered by CamScanner

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



SUPERIORES DIENTE	EDAD
Incisivo Central	
Incisivo Lateral	
Canino	
Primer Molar	
Segundo Molar	

INFERIORES DIENTE	EDAD
Segundo Molar	
Primer Molar	
Canino	
Incisivo Lateral	
Incisivo Central	2 ½

RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

…rimeros dientes debe limpiarlos con un algodón o una gasa húmeda …do los dientes temporales estén completos enseñar al niño la forma …ecta de cepillarse los dientes y el uso de seda dental, ayudando …a cuando pueda hacerlo bien.

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

…rimera visita al odontología debe hacerse antes del primer año.

CUIDADOS GENERALES

…e al niño todos los días, láve las manos y los dientes, córtele las uñas …gale zapatos cuando camine. NO USE TALCOS NI CHUPOS.

… de aceite para púrgalos. Evite que su niño se acerque a los enfermos
… de aceite para púrgalos Evite que su niño se acerque a los enfermo

…ese afecto al niño, álcelo, abrácelo y acarícielo. Permita que el niño …ue y dedique tiempo para jugar con él. Involucre al niño en la… …idades de la familia. Hable con el niño y responda con amor a su… …tos de comunicarse y llamar la atención. Permita que el niño se mueva …mente. No castigue, engañe, ni asuste al niño para obligarlo a… …ecer.

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

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

- …hijo no puede beber ni tomar el pecho
- …mita todo lo que come.
- …tenido convulsiones o ataques.
- …ta letárgico (Muy Dormido) o Inconsciente (sin sentido).
- …chilla el pecho o respira con dificultad.
- …spira más de 60 veces por minuto.
- …esenta deposiciones diarreicas o liquidas.
- …esenta fiebre alta(mayor a 39° o liquidas.
- …esenta Fiebre más de 3 días.

EDAD	TIPO DE VACUNA		1ra DOSIS O UNICA Fecha	2da DOSIS Fecha Cita	2da DOSIS Fecha Vacuna	3ra DOSIS Fecha Cita	3ra DOSIS Fecha Vacuna	A los 12 meses de edad Fecha Cita	A los 12 meses de edad Fecha 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 cucharita y vaso dos onzas como minimo, 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.

	EDAD
AL MES	
Patalea vigorosamente	
Sigue con los ojos el movimiento de un objeto	
Se sobresalta con el ruido.	
Sigue movimientos del rostro.	
A LOS 3 MESES	
Sostiene la cabeza	
Se lleva objetos a la boca*	
Balbucea con las personas.	
Se voltea cuando se le habla.	
A LOS 6 MESES	
Inicia sentarse solo	
Pasa objetos de una mano a otra.	
Reacciona cuando se le llama.	
Pone atención a la conversación.	
A LOS 9 MESES	
Se sienta por sí solo.	
Agarra objetos con los dedos	
Pugar e índice.	
Dice una palabra clara.	
Imita aplausos.	
A LOS 12 MESES	
Se para solo.	
Busca objetos escondidos.	
Entiende orden sencilla.	
Bebe en la taza sola.	
A LOS 18 MESES	
Corre.	
Pasa hojas de un libro.	
Reconoce sus objetos.	
Avisa deseos de ir al baño.	

	EDAD
A LOS 24 MESES	
Salta en los dos pies	
Hace torre de 5 o más cubos.	
Dice más de 20 palabras claras.	
Control diurno de orina.	
A LOS 36 MESES	
Camina hacia atrás.	
Separa objetos grandes y pequeños.	
Usa oraciones completas.	
Se baña solo las manos y la cara.	
A LOS 48 MESES	
Lanza y agarra la pelota.	
Copia cuadrado y circulo.	
Describe bien un dibujo.	
Tiene un amigo especial.	
A LOS 60 MESES	
Hace rebota y agarra la pelota.	
Dibuja escalera.	
Nombra 4 o 5 colores.	
Organiza Juegos.	
A LOS 72 MESES	
Salta desde 60 cms de altura.	
Dibuja casa.	
Conoce días de la semana.	
Comenta vida familiar.	
A LOS 84 MESES	
Salta alternando los pies.	
Copia una figura de líneas curvas.	
Conoce ayer, hoy y mañana.	
Conoce fechas especiales.	

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2021	Noviembre	19	7am		
2022.	febrero	05	[illegible]	[illegible]	
2022	Julio	16	2.PM	[illegible]	[illegible]
2022	Agosto	17	[illegible]	[illegible]	
2023	Febrero	24	[illegible]	[illegible]	
2023	Septiembre	01	[illegible]	[illegible]	
2024	Marzo	16	[illegible]	[illegible]	
2024	Octubre	18	8:00	[illegible]	
2025	octubre	03	8:00	N	
2026	Septiembre	04	8:00		

Nuestro Compromiso ! la Humanización del Servicio!

E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS

NIT 813.010.966-1 Tel 8311607
Código del Prestador 41378003821
La Argentina - Huila



Pd: 3410gr 5g - 4659 51 cm 3+

CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

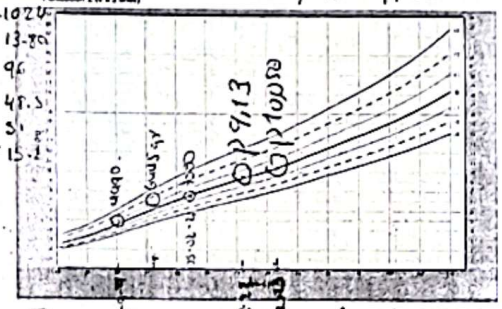
Nombre: Mahia Salome Cardona Gom
Fecha de nacimiento: 14 - 08 - 2021
Registro Civil: 1080 268 399
Teléfono: 322 4096825
Dirección: La Argentina
Barrio o Vereda: V. Betania
Nombre Responsable del Niño: Daniela Gomez Vivelas
EPS afiliación: AIC
Sitio de atención: E.S.E JRNP

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

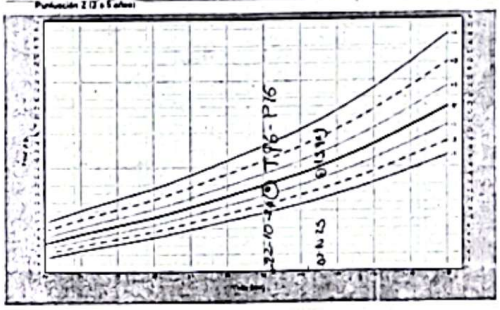
INTERPRETACION DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

16/03/24
P 12.3 PC 48 PB 16.
T 92. PT 52

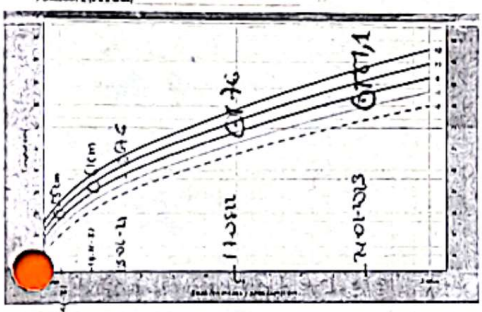
Peso para la Talla Niñas



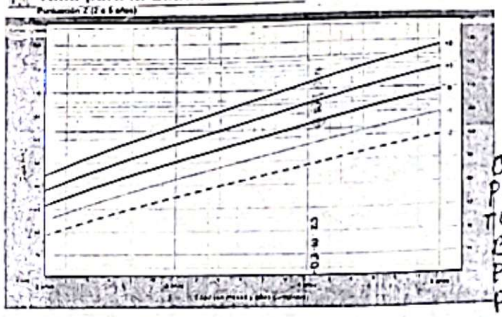
Peso para la Talla Niñas



Talla para la Edad Niñas

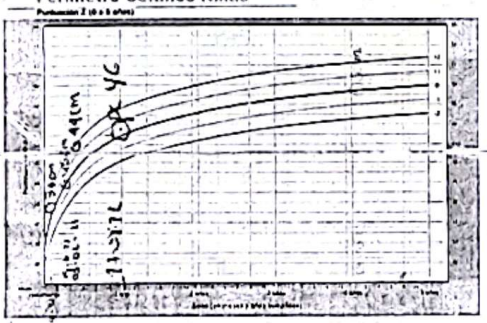


Talla para la Edad Niñas

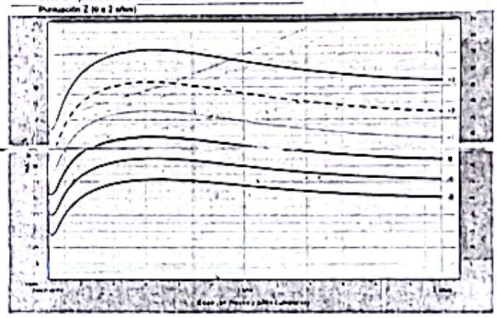


06.09.23
P 11.20
T 87.8
B 13
PT 49
PC 47

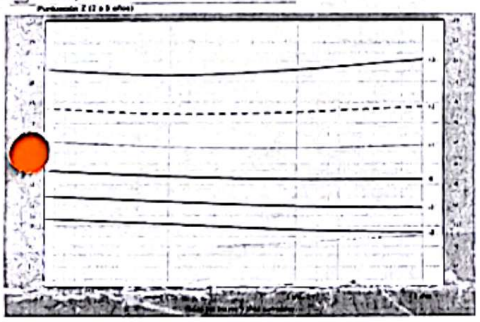
Perimetro Cefálico Niñas



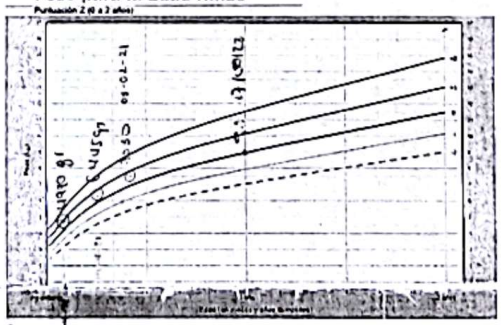
IMC para la Edad Niñas



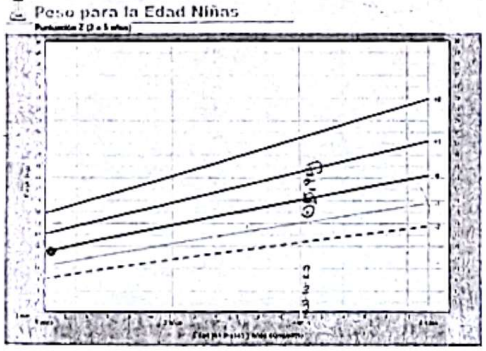
IMC para la Edad Niñas



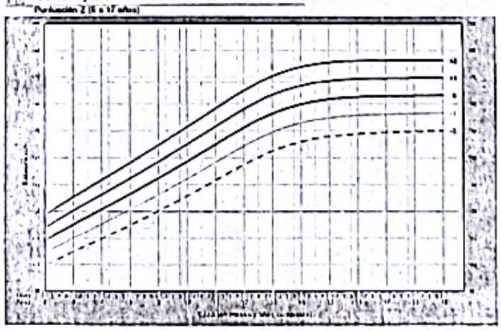
Peso para la Edad Niñas



Peso para la Edad Niñas



Talla para la Edad Niñas



DISEÑO E IMPRESIÓN ANDRES PUBLIK SAS TEL 311-215-7663

Powered by CamScanner

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

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

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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



Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Maria Salome Cordoba Gom
Fecha de nacimiento: 14 agosto 2021
Nº de certificado de nacido vivo: 166197762.
Registro civil: 1086268.349.
Sexo: Femenino.
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 3410 Talla: 40cm.
Dirección: Betania. el Placer.
Teléfono 1: 3224516825.
Teléfono 2: "Ate".
Responsable: Daniela. Gomez (mama)
Municipio de residencia: la argentina.
Departamento: Huila. cc. 1004245423
Cita 14 Agosto 2026 Dom.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Hulma Salome Cordoba Ramz Tipo Identificación: 1080268399 No. ID:

Edad	Me protego 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 meningea (BCG)	Única	14	02	21	Serum	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐ 03AMA0227	Hospit	—	—	—	Nini Lopez
	Hepatitis B	Recién nacido	14	02	21	Serum		Hospit.	14	02	21	Jefe - enfermera
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.°	15	10	21	BiHhoun Biologic	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐ 21051CCA	ESE Juan Ram	14	12	21	Leidy Rebojo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°	15	10	21	Serum	2E5CX03SA	ESE Juan Ram	14	12	21	Leidy Rebojo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.°	15	10	21	Serum	2E5CX03SA	ESE Juan Ram	14	12	21	Leidy Rebojo
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°	15	10	21	Serum	2E5CX03SA	ESE Juan Ram	14	12	21	Leidy Rebojo
	Diarrea por rotavirus	1.°	15	10	21	Glaxosmith	AACCC55FAC	ESE Juan Ram	14	12	21	Leidy Rebojo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	15	10	21	Glaxosmith	ASPNB31BBA	ESE Juan Ram	14	12	21	Leidy Rebojo
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.°	14	12	2021	BiHhoun Biologic	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐ 21051CCA	ESE URAD	15 FEBRERO 2022.			Nini Lopez Bravo Gonzalez Auxiliar de enfermeria Reg. 1149 CC 36282
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	14	12	2021	Serum	2E5CX03SAB	ESE URAD				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.°	14	12	2021	Serum	2B5OX03SAB	ESE URAD				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°	14	12	2021	Serum	2B5OX03SAB	ESE URAD				
	Diarrea por rotavirus	2.°	14	12	2021	Glaxo SmithKline	ARCLC8588AC	ESE URAD				
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	14	12	202	Glaxo SmithKline	ASPNB31SBA	ESE URAD				
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.°	15	02	2022	BiHhoun Biolog	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐ 21141CCA	ESE RNP	—	—	—	Leidy Rebojo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.°	15	02	202	Serum	2E5CX03SB	ESE RNP	—	—	—	Leidy Rebojo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.°	15	02	2022	Serum	2E5CX03SB	ESE RNP	—	—	—	Leidy Rebojo
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°	15	02	2022	Serum	2E5CX03SB	ESE RNP	—	—	—	Leidy Rebojo
	Influenza estacional	1.°	17	03	2022	Green Cross	UVCJ2JCCA	ESE RNP	17	03	22	Leidy Rebojo
7 meses	Influenza estacional	2.°	20	04	2022	Green Cross	UVQ2Z2CBB	ESE RNP	anual.			Leidy Rebojo
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	17	03	2022	Serum	CN3CN13AA	ESE RNP	17	03	22	Leidy Rebojo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	17	03	2022	GlaxoSmith	ASPNB3142AB	ESE RNP	—	—	—	Leidy Rebojo
	Varicela	2.°	17	03	2022	MERCK Sharp	CC2E4+	ESE RNP	17	03	22	Leidy Rebojo
	Hepatitis A	Única	17	03	2022	MERCK Sharp	[illegible]	ESE RNP	—	—	—	Leidy Rebojo
	Influenza estacional	Anual	20	05	23	Biopharma	UVSJ2300A4	ESE JRNP	—	—	—	Leidy Rebojo
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.° refuerzo	24	02	23	BiHhoun Biolog	2J2CEB12A	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebojo
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.° refuerzo	24	02	23	Serum	2E5A0215E	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebojo
	Fiebre amarilla	Única	24	02	23	Sanofi-pasteur	UJNZ1V---	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebojo
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.° refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	24	02	23	Serum	01N3/NO5SA	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebojo
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
Vacunas complementarias y otras dosis	Sarampion/rubeola	1.DA	20	04	22	Serum.	0122W01665	ESE J-RNP	—	—	—	Leidy Rebojo

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, sedebe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Powered by CamScanner

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Mahia Salome Cordoba	**DOCUMENTO:** 1080268399
CONTROL DE PLACA **FECHA DE ATENCIÓN:** 21 Agosto 2025	**PROXIMA FECHA:** 21 Febrero 2026
EXPEDIDO POR: Carolina Bolaños Vargas Aux. Salud Oral C.C. 1080266471	

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	NIT. 900027451-0
GRUPO LIBERTAD	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 La Inmaculada, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio E. 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 Salome Cordoba G. con RC No 1080268399 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 03 del mes Febrero del año 2025, en el Municipio de La Argentina.

Daniela Gomez Vivas
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Lina Vanessa Muñoz Tapiero
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad: La Argentina

Nombre completo de la niña o niño: Mahia Sabme Cordoba Gomez

Fecha de nacimiento: Día 14 Mes Ago Año 21 | N° Documento de Identidad: 1.080.268.399

Sexo: Masculino ○ Femenino ● | Fecha de 1er día de atención en el año: Día 03 Mes 02 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador: Lina Vanessa Muñoz Tapiero.

Fecha de registro cualitativo: Día 28 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

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador: Lina Vanessa Muñoz

Fecha de registro cualitativo: Día 26 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

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador: Lina Vanessa Muñoz

Fecha de resgistro cualitativo: Día 29 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 ●

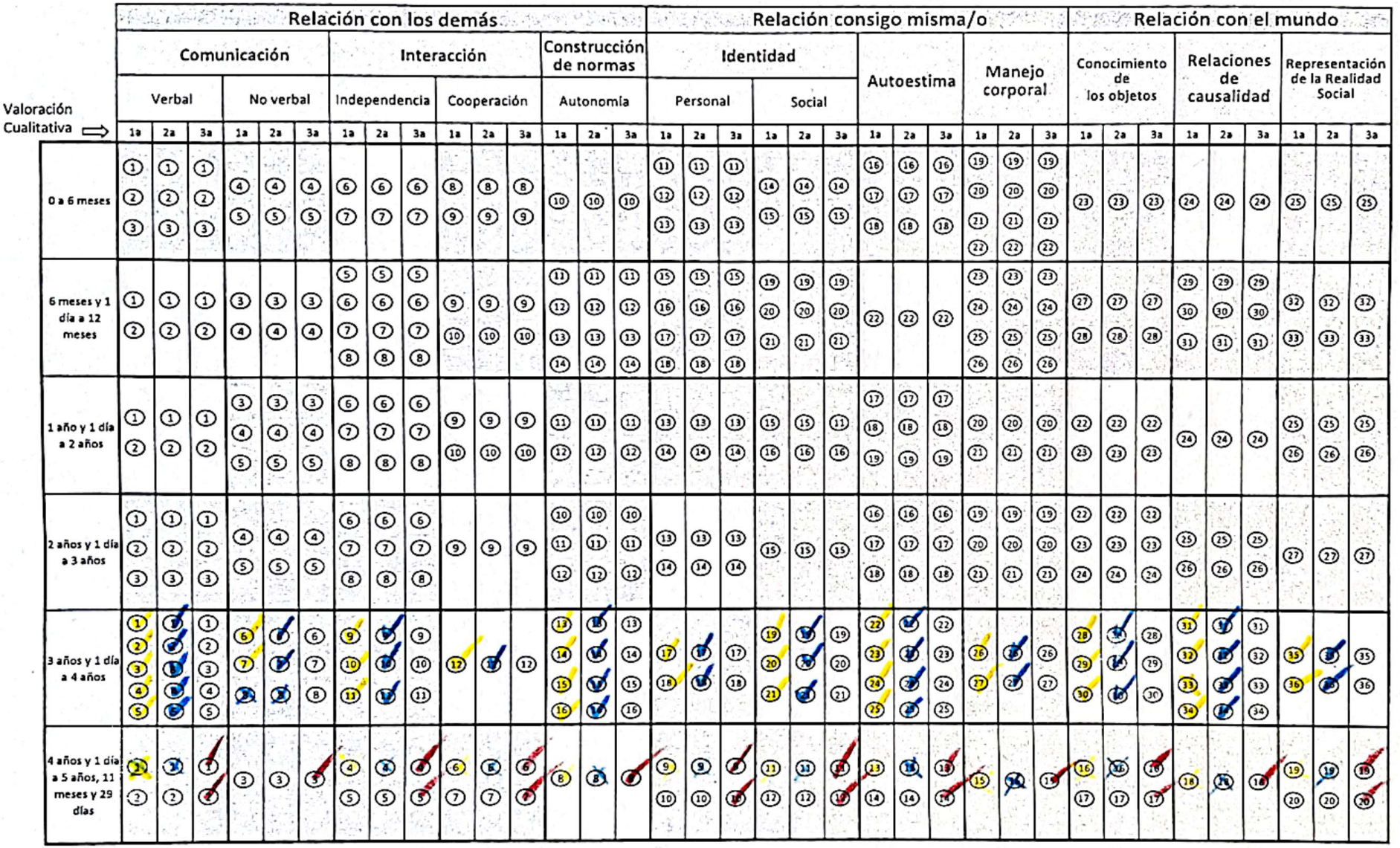
Color de registro valoración cualitativa: [■]

Perfil de desarrollo: Alerta ○ | Esperado ● | Avanzado ○

Observaciones generales

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

Powered by CamScanner



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

Powered by CamScanner

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

La Argentina Huila, 03- Febrero- 2025

Señores
Fundacion Grupo Libertad
La ciudad

ASUNTO: AUTORIZACION PARA LA ENTREGA Y RECOGIDA DE MI HIJO

Cordial saludo,

Yo, Daniela Gomez Viveros. como madre de familia, identificada con la cédula de ciudadanía número 1004248923. y _____ como padre de familia, identificado con la cédula de ciudadanía número _____; **AUTORIZO** a las siguientes personas:

Gidia Mercedes Viveros Calderon C.C. 55 212 316.
Manuel Eduardo Gomez Pedroza C.C. 11 437 954.
_____ C.C. _____

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) Maria Salome Cordoba Gomez. de la profesora Lina Vanessa Muñoz Tapiero.

Se entrega copia de las cedulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

Daniela Gomez Viveros.

carrera 2 No 2 sur-14
contabilidadgrupolibertad@gmail.com
CEL: 3116328780
Tarqui Huila

Powered by CamScanner

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 Maria Salome Cordoba Gomez., identificado (a) con documento de identidad número 1080268390., 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, Daniela Gomez Viveros., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004248923, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

La autorización comprende:

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

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

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

Los productos autorizados son originados por_ **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: Daniela Gomez Viveros.
Nombre: Daniela Gomez Viveros.
Calidad - Titular: X Representante legal: X
Teléfono de contacto: 322 409 6825.
Fecha: 03- Febrero -2025
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