REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60366555

NUIP 1.080.268.424

• 60366555 •

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
HOYOS	HERNANDEZ

Nombre(s)

ERIC

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes SEP Día 09	MASCULINO	A	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	166199479

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

HERNANDEZ GARCES ANGELICA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.030.661.873	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

HOYOS ORTEGA EDUARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.154.038	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ GARCES ANGELICA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.030.661.873	Angelica Hernandez G.

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 SEP Día 13	MANUEL JESUS LATORRE ADARME- REGI Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 28990592-6

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

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

13 SEP 2021

REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

OFIXPRES

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.030.661.873

HERNANDEZ GARCES

APELLIDOS

ANGELICA

NOMBRES



FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-1995

LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-ENE-2014 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00548609-F-1030661873-20140222 0037307765A 1 40685463

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.154.038**

HOYOS ORTEGA

APELLIDOS

EDUARDO

NOMBRES

EDUARDO HOYOS

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-OCT-1997**

LA ARGENTINA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

08-OCT-2016 LA ARGENTINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1904700-00871387-M-1004154038-20161214 0052626438A 1 47094555

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 19/05/2025

Ficha: 41378053503400001005

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ERIC

Apellidos: HOYOS HERNANDEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268424

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/02/2021

Última actualización ciudadano: 15/09/2021

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:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

Powered by CamScanner

ElectroHuila

SU CODIGO CUENTA NIU

858324726

Para cualquier consulta y pago electrónicos www.electrohuila.com.co PI -02E -05 -001

AUTOMETERMEDIDO DE VENTA REDOL. No 047/2002 DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART. 4 REDOL . 000055 DEL 14/07/16 DIAN BOMOB GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4 DEL 08/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

FACTURA DE VENTA No. 83893143

TOTAL A PAGAR

$ 59.640

Documento equivalente según artículo 17 Decreto 1231/97

FECHA DE VENCIMIENTO 29/NOV/2024

FECHAS DE LECTURAS: 10/SEP/2024 - 09/NOV/2024

FECHA SUSPENSIÓN 02/DIC/2024

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	GLORIA VERA	Nit CC	30519152
Dirección	VDA LA UNION	Ruta	6920540167
Municipio	LA ARGENTINA	Ciclo	070
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

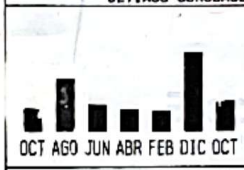
Nivel Tensión	1 SECUNDARIA	Circuito	650
Carga Contratada	0	Nodo	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
6677321848	HN	A	S	00	3942	3804	1	138

Promedio Cuenta 162 Consumo Anterior 153 Consumo Antecior 153

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
OCT	138
AGO	205
JUN	147
ABR	136
FEB	132
DIC	263
OCT	153

CALIDAD DEL SERVICIO

EIU: DIU: MC:
EC: VC: VCD:
ICF: CEC:
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 02/10/2024
Valor $ 150310

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
43.0	1028.6892 *	44235
95.0	992.8057 *	94304

Valor Energía Facturada	$ 139.492
Valor Subsidio con Reducción	$ - 82.702
Valor Total Energía Facturado	$ 56 790

CONSUMO PERIODO

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

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
INTERES MORATORIO	$ 11
CONSUMO PERIODO	$ 139.492
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ 2.848
AJUSTE DECENA	$ - 1
SUBSIDIO	$ - 82.702

OTROS CARGOS	$ 0
ALUMBRADO P	$ 2.840
VALOR ELECTROHUILA	$ 56.800

TOTAL A PAGAR

$ 59.640

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN CUOTA

FOEB: Consumo Kwh $Kwh Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 417.0 Tm: 48.0 PRn,m: 0.0 Dn,m: 266.0 Rm: 12.0 Cv,m: 15
2.0 CUv,n,m: 992.8057 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA

ElectroHuila

Código de Cuenta : 858324726
Factura de Servicios Públicos No: 83893143
Periodo OCT 2024 Fecha de Vencimiento: 29/NOV/2024
Suspensión a partir de: 2/DIC/2024

Valor Total a Pagar $ 59.640

(415)7709998000116(8020)000000000000000000(3900)0000059640(96)20241129

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	1080268424
NOMBRES	ERIC
APELLIDOS	HOYOS HERNANDEZ
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

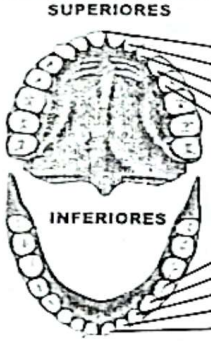
Fecha de Impresión:	05/16/2025 15:46:39	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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"



DIENTE	EDAD
Incisivo Central	
Incisivo Lateral	
Canino	
Primer Molar	
Segundo Molar	

DIENTE	EDAD
Segundo Molar	
Primer Molar	
Canino	
Incisivo Lateral	
Incisivo Central	

RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

los primeros dientes debe limpiarlos con un algodón o una gasa húmeda cuando los dientes temporales están 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

Baña al niño todos los días, lávele las manos y los dientes, córtele las uñas Póngale zapatos cuando camine. NO USE TALCOS NI CHUPOS.

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

Exprese afecto al niño, álcelo, 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 mueva libremente. No castigue, engañe, ni asuste al niño para obligarlo a 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 al 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		1rs 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								

		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							
Adicionales	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)							

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, ala Unidad de Rehidratación Oral UROCS más cercana, o al Hospital.

AL MES	EDAD	A LOS 24 MESES	EDAD
Pataleo 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 30 palabras claras.	
Sigue movimientos del rostro.		Corriendo duerme de arena.	
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 lava solo las manos y la cara.	
A LOS 6 MESES		A LOS 48 MESES	
Inserta semanas 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 54 MESES	
Se sienta por si solo.		Hace rebota y agarra la pelota.	
Agarra objetos con los dedos		Dibuja escalera.	
Pulgar e índice.		Nombra 4 o 5 colores.	
Dice una palabra clara.		Organiza Juegos.	
Imita sonidos.		A LOS 72 MESES	
A LOS 12 MESES		Salta desde 60 cms de altura.	
Se para solo		Dibuja casa.	
Busca objetos escondidos.		Conoce días de la semana.	
Entiende orden sencilla.		Comenta vida familiar.	
Bebe en la taza sola.		A LOS 84 MESES	
A LOS 18 MESES		Salta alternado los pies.	
Corre.		Copia una figura de líneas curvas.	
Pasa hojas de un libro.		Conoce ayer, hoy y mañana.	
Reconoce seis objetos.		Conoce leches especiales.	
Avisa deseos de ir al baño.			

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2021	OCTUBRE	27	8:00	X	
2022	ENERO	28			
2022	FEBRERO	11			
2022	MARZO	05			
2022	ABRIL	13			
2022	MAYO	11			
2023	MARZO	10	9:00		
2024	MARZO	14	8:00		
2024	MAYO	14	8:00		
2024	OCTUBRE	16	8:00		
2025	SEPTIEMBRE	23	8:00		
2026	SEPTIEMBRE	22	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



3350 gr
50 cm
A+

CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

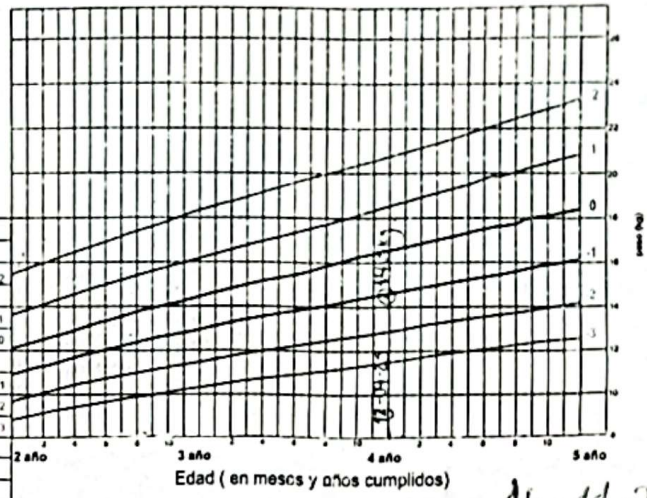
Nombre: ERIC HOYOS HERNANDEZ
Fecha de nacimiento: 09-09-2021
Registro Civil: 1090268424
Teléfono: 3216290756
Dirección: LA ARGENTINA
Barrio o Vereda: UNION
Nombre Responsable del Niño: ANGELO
EPS afiliación: COMFAMILIAR HUILA
Sitio de atención: ESE JRNP

Powered by CamScanner

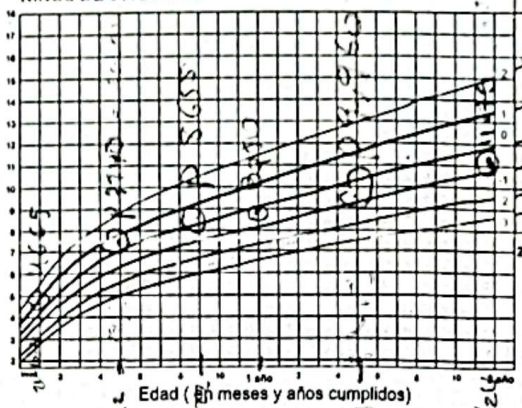
INTERPRETACIÓN DE LA CURVA DE CRECIMIENTO



Peso para la Edad
Niños de 2 a 5 años



PESO PARA LA EDAD
NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS

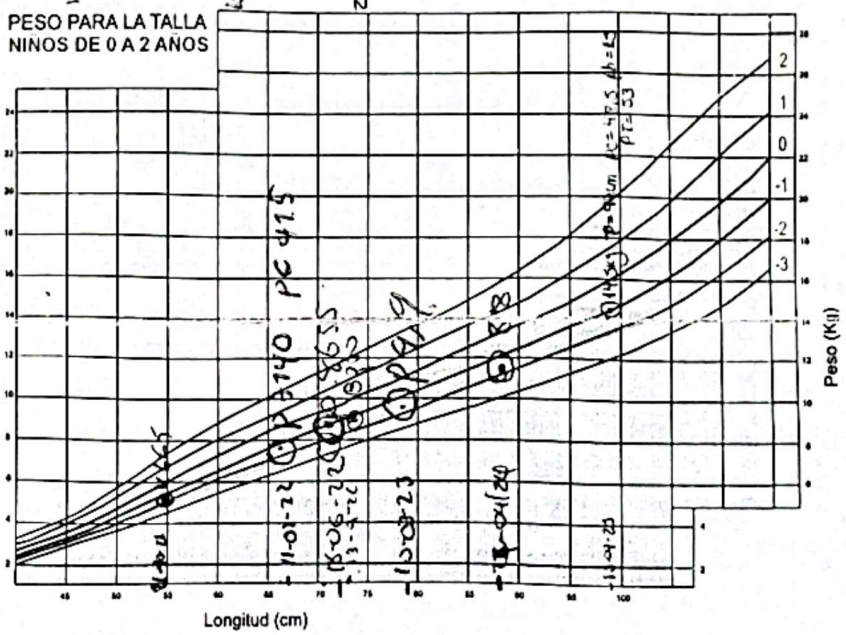


16-11-24
P 12.7.
T 92.6
PC 47.5
PT 24.
PB. 15.

11-11-23
P: 11.6
T: 848cm
PC: 45cm
PT: 46 cm
PB: 14cm

PESO PARA LA TALLA
NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS

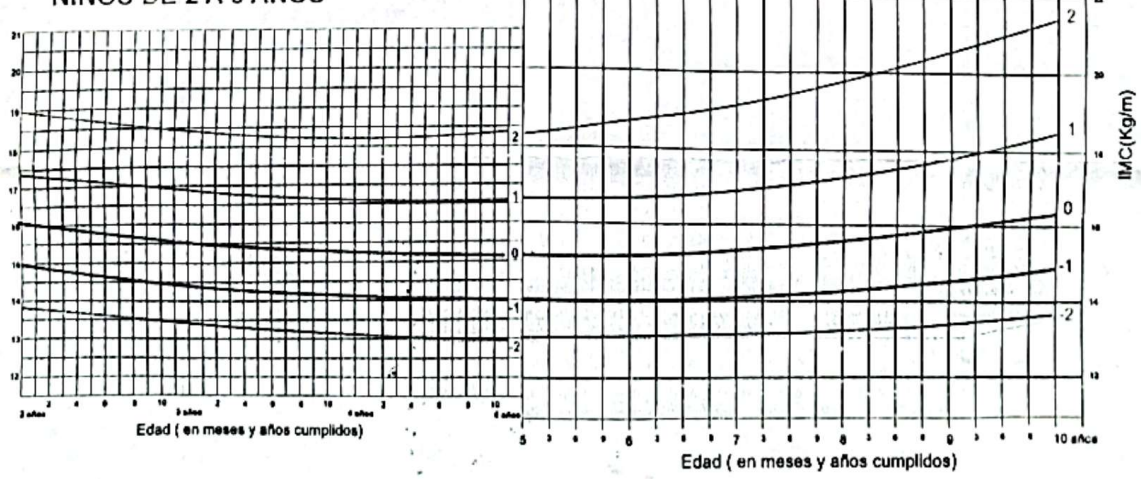
PESO PARA LA TALLA
NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS



24/04/24
P 11.76
T 88
Pc 46.5
PT 47
PB 14

INDICE DE MASA CORPORAL
NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS

INDICE DE MASA CORPORAL
NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS



Powered by CamScanner

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					
	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

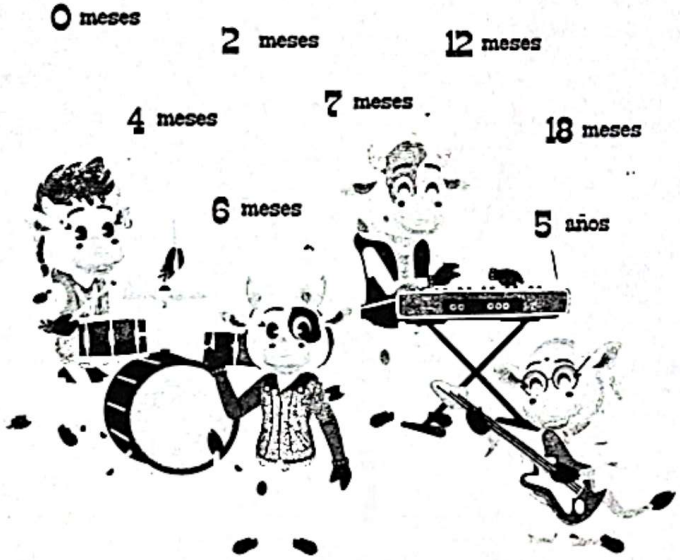
3 años					
4 años					
5 años					

*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: Erick Hoyos Hernandez
Fecha de nacimiento: 9-09-21
Nº de certificado de nacido vivo: 166199479
Registro civil: 1.080.768.424.
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: A+ Asterisco.
Peso al nacer: 3350 6. Talla: 50 centi
Dirección: Vda la unión los pinos
Teléfono 1: 3216299756. Coodud
Teléfono: 3154769196.
Responsable: Angelico Hernandez.
Municipio de residencia: La Argentina
Departamento: Huila cc. 1036615773
Cita: 09 Septiembre 2021

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Erick. Hoyos Hernandez Tipo Identificación: 1-0802684424. No. ID:

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	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	10	09	21	Serum	03707	HOSP				Nori Vega
	Hepatitis B	Recién nacido	09	09	21	Serum	03201	HOSP	09	11	21	Jefe Juliana
2 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	09	11	21	Bitthoven Biology	210561A	ESE Juan Ram	11	01	22	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	09	11	21	Serum	2B5OX03SA	ESE Juan Ramon	11	01	22	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	09	11	21	Serum	2B5OX03SA	ESE Juan Ramon	11	01	22	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	09	11	21	Serum	2B5OX03SA	ESE Juan Ramon	11	01	22	Leidy Robayo
	Diarrea por rotavirus	1.ª	09	11	21	Glaxosmith	ARCCC88AC	ESE Juan Ramon	11	01	22	Leidy Robayo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	09	11	21	Glaxosmith	ASPNB315BA	ESE Juan Ram	11	01	22	Leidy Robayo
4 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	12	01	22	Bitthoven Biolo	211306185	ESE Juan Ramo	12	03	22	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	12	01	22	Serum	2B5OX03SB	ESE Juan Ramo	12	03	22	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	12	01	22	Serum	2B5OX03SB	ESE Juan Ramo	12	03	22	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	12	01	22	Serum	2B5OX03SB	ESE Juan Ram	12	03	22	Leidy Robayo
	Diarrea por rotavirus	2.ª	12	01	22	Glaxosmith	ARCCS85AC	ESE Juan Ram	—	—	—	Leidy Robayo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	12	01	22	Glaxosmith.	ASPNB315BA	ESE Juan Ram	09	09	22	Leidy Robayo.
6 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	12	03	22	Bithoven Biologicals	211406A0	ESE JRND	—	—	—	Milena Bravo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	12	03	22	Serum	2850403BA	ESE JRNP	—	—	—	Milena Bravo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	12	03	22	Serum	2850403BA	ESE JRND	—	—	—	Milena Bravo
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	12	03	22	Serum	2850403BA	ESE JRNP	—	—	—	Milena Bravo
	Influenza estacional	1.ª	18	06	22	Green cross	U5021206	ESE JRNP	19	07	22	Leidy Robayo
7 meses	Influenza estacional	2.ª	21	07	22	Green cross	U5821206	ESE JRNP	anual.			Leidy Robayo
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	13	10	21	Serum	01N3132B	ESE	09	09	26	Yordan Perez
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo.	13	10	21	Glaxosmith.	AJ0NB3420A	ESE	—	—	—	Yordan Perez
	Varicela	2.ª	13	10	22	Merkep	U0234806	Juan R	09	09	26	Leidy Robayo
	Hepatitis A	Única	13	10	21	Merkep.	U0336606	Juan R	—	—	—	Leidy Robayo
	Influenza estacional	Anual	29	06	22	Biothpharma.	U5052300	ESE Juan Ramo	—	—	—	Leidy Robayo
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	10	03	2023	Bithoven Biologicals	2206012A	ESE Juan Ramon	09	01	26	Leidy Robayo
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	10	03	2023	Serum	2B51X04OC	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Robayo
	Fiebre amarilla	Única	10	03	2023	Sanofi Pasteur	U3N2110	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Robayo
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	10	03	2023	Serum	01315N0854A	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Robayo
	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	Sarampión-R.	1A.	19	11	22	Serum	U005542	Juan Ramel	—	—	—	Leidy Robayo

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.

Powered by CamScanner



CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Eric Hoyos Hernandez

DOCUMENTO: 1080268424

FECHA DE ATENCION: Mayo 2022

PROXIMO CONTROL:

EXPEDIDO POR:

Auxiliar en Salud Oral
CC 1004154284

PAGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad: La Argentina

Nombre completo de la niña o niño: Erick Hoyos Hernandez

Fecha de nacimiento: Día 09 Mes Sep Año 21 | N° Documento de Identidad: 1.080.268.424

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

Valoración Cualitativa ⇨

	Relación con los demás														Relación consigo misma/o										Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social														
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1	1	1	4	4	4	6	6	6	8	8	8	10	10	10	12	12	12	14	14	14	16	16	16	19	19	19	23	23	23	24	24	24	25	25	25
	2	2	2	5	5	5	7	7	7	9	9	9							15	15	15	17	17	17	20	20	20									
	3	3	3																			18	18	18	21	21	21									
																									22	22	22									
6 meses y 1 día a 12 meses	1	1	1	3	3	3	5	5	5	9	9	9	11	11	11	15	15	15	19	19	19	22	22	22	23	23	23	27	27	27	29	29	29	32	32	32
	2	2	2	4	4	4	6	6	6	10	10	10	12	12	12	16	16	16	20	20	20				24	24	24	28	28	28	30	30	30	33	33	33
							7	7	7				13	13	13	17	17	17	21	21	21				25	25	25				31	31	31			
							8	8	8				14	14	14	18	18	18							26	26	26									
1 año y 1 día a 2 años	1	1	1	3	3	3	6	6	6	9	9	9	11	11	11	13	13	13	15	15	15	17	17	17	20	20	20	22	22	22	24	24	24	25	25	25
	2	2	2	4	4	4	7	7	7	10	10	10	12	12	12	14	14	14	16	16	16	18	18	18	21	21	21	23	23	23	26	26	26	26	26	26
				5	5	5	8	8	8													19	19	19											
2 años y 1 día a 3 años	1	1	1	4	4	4	6	6	6	9	9	9	10	10	10	13	13	13	15	15	15	16	16	16	19	19	19	22	22	22	25	25	25	27	27	27
	2	2	2	5	5	5	7	7	7				11	11	11	14	14	14				17	17	17	20	20	20	23	23	23						
	3	3	3				8	8	8				12	12	12							18	18	18	21	21	21	24	24	24						
3 años y 1 día a 4 años	1	1	1	6	6	6	9	9	9	11	11	11	13	13	13	17	17	17	19	19	19	22	22	22	26	26	26	28	28	28	31	31	31	35	35	35
	2	2	2	7	7	7	10	10	10				14	14	14	18	18	18	20	20	20	23	23	23	27	27	27	29	29	29	32	32	32	36	36	36
	3	3	3	8	8	8	11	11	11				15	15	15				21	21	21	24	24	24				30	30	30	33	33	33			
	4	4	4										16	16	16							25	25	25							34	34	34			
	5	5	5																																	
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1	1	1	3	3	3	4	4	4	6	6	6	8	8	8	9	9	9	11	11	11	13	13	13	15	15	15	16	16	16	18	18	18	19	19	19
	2	2	2				5	5	5	7	7	7				10	10	10	12	12	12	14	14	14				17	17	17				20	20	20
	3	3	3																																	

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

Powered by CamScanner

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

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS La Inmaculada, 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): Eric Hoyos Hernandez con RC No 1080268424 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.

Angelica Hernandez Garces.
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Lina Vanessa Muñoz Tapiero
MADRE COMUNITARIA

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, Angelica Hernandez Garcas como madre de familia, identificada con la cédula de ciudadanía número 1030661873 y edvardo hoyos ortega como padre de familia, identificado con la cédula de ciudadanía número 1004154038; **AUTORIZO** a las siguientes personas:

_____ c.c._____
_____ C.c. _____
_____ C.c. _____

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) eric hoyos hernandez de la profesora Lina Vanessa Muñoz Tapiero.

Se entrega copia de las cedulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

Angelica Hernandez G.

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 ERIC Hoyos Hernandez., identificado (a) con documento de identidad número 1080268424 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, Angelica Hernandez Garces, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1030661873, 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: Angelica Hernandez Garces
Nombre: Angelica Hernandez Garces
Calidad - Titular: X. Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3154769196
Fecha: 03 - Febrero - 2025
Municipio: La argentina. Huila.

Powered by CamScanner