REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.080.268.699

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60366862

60366862

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] 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
SANCHEZ	HERNANDEZ

Nombre(s): JOSELYN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes JUL Día 19	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	173964074

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 VIVEROS SANDRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.266.715	COLOMBIA

Datos del declarante (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: SANCHEZ MOSQUERA NEIDER FABIAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.007.300.487	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: HERNANDEZ VIVEROS SANDRA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.080.266.715	Sandra Hernandez

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes JUL Día 28	MANUEL JESUS LATORRE ADARME - REG Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOSTÁTICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 30498993-1

28 JUL 2022

OFIXPRES

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.080.266.715**

HERNANDEZ VIVEROS

APELLIDOS

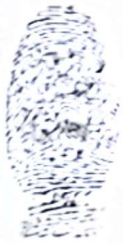
SANDRA

NOMBRES

Sandra Hernan

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-ABR-1999**

LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

24-ABR-2017 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1904700-01126516-F-1080266715-20200114 0069667681A 1 9911419490

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A2

Fecha de consulta: 17/05/2025

Ficha: 41378014503700000203

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JOSELYN

Apellidos: SANCHEZ HERNANDEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268699

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/11/2018

Última actualización ciudadano: 02/08/2022

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: CARLOS ANDERSON ACOSTA VALDEZ

Dirección: Calle 6 No 3 - 52

Teléfono: 3176617965

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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

Powered by CamScanner

Redeban.

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía
Nit 891.180.001-1

NO CUENTA NIU
883591088

Para cualquier consulta y pago electrónicos
www.electrohuila.com.co 01-8CE-05-881

AUTORETENEDORA DE RENTA MEDOL No 247/2007
DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART.4
MEDOL . RESOL 000005 DEL 14 MAYO DIAN GIRARDOT
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDOR ICA CIRCULAR 4
DEL 08/05/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

TOTAL A PAGAR
$ 7.360

FACTURA DE VENTA No. 84684576

Documento equivalente según
artículo 17 Decreto 1021 '97

FECHA DE VENCIMIENTO 27-DIC-2025

FECHAS DE
LECTURAS: 29/NOV/2024
27/ENE/2025
FECHA SUSPENSIÓN 29/ENE/2025

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	ALVARO HERNANDEZ	Nit CC	83240593
Dirección	LOTE LA ESTRELLA VIA BETANIA LA ARGENTINA CS	Ruta	6920530210
Municipio	LA ARGENTINA	Ciclo	070
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACION TECNICA

Nivel Tensión	1 SECUNDARIA	Circuito	6500327
Carga Conectada	0	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACION CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Ves	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
9066699	ELS	A	S	0	807	790	1	17

Promedio Cuenta 18 Consumo Año Anterior 17 Consumo Anterior 17

ULTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
DIC	17
OCT	16
AGO	18
JUN	20
ABR	16
FEB	16
DIC	17

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU:15 DIU:67.45783HC:2.63783
EC:8 VM:512 VCD:512
NCF:8 CEC:5.16753
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 24/11/2024
Valor $ 6918

LIQUIDACIÓN CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)	Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
9.5	992.574 =	6952			
9.5	992.5245 =	8051			

Valor Total Energía del Periodo	$	16.703
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 9.695
Valor Energía Facturado	$	7.008

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES			
CONSUMO PERIODO	$	16.783	OTROS CARGOS	$ 0
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$	350	ALUMBRADO P	$ 350
AJUSTE DECENA	$	2	VALOR ELECTROHUILA	$ 7.010
SUBSIDIO	$	- 9.695		

TOTAL A PAGAR
$ 7.360

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO C PEND TOTAL CONV SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION C PEND TOTAL FIN SALDO FIN CUOTA

FOES: Consumo Kwh $Kwh Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN 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

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía
Nit.891.180.001-1

ElectroHuila
Transmitimos buena energía
Nit 891.180.001-1

Código de Cuenta : 883591088
Factura de Servicios Públicos No: 84684576
Periodo DIC 2024 Fecha de Vencimiento: 27/ENE/2025
Suspensión a partir de: 29/ENE/2025

Valor Total a Pagar $ 7.360

(415)7707274499679(8020)883591(888(3900)0000007360(96)20250127

Señor cajero favor dejar libre de sellos hasta el frente para el recaudo de esta factura

SAM 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	1080268699
NOMBRES	JOSELYN
APELLIDOS	SANCHEZ 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	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	24/04/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/17/2025 10:42:24	Estación de origen:	192.168.70.220

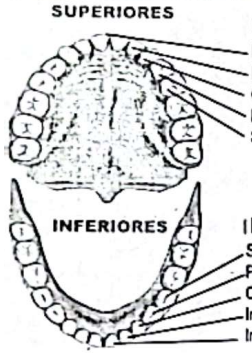
La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la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

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

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Powered by CamScanner

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



RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

primeros dientes debe limpiarlos con un algodón o una gasa húmeda ando los dientes temporales están completos enseñar al niño la forma recta de cepillarse los dientes y el uso de seda dental, ayudando sta cuando pueda hacerlo bien.

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

primera 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.

e de aceite para párgalos. Evita que su niño se acerque a los enfermos.
e de aceite para párgalos Evita que su niño se acerque a los enfermos.

rese afecto al niño, álcelo, abrácelo y acarícielo. Permita que el niño gue y dedique tiempo para jugar con él. Involucre al niño en las ridades de la familia. Hable con el niño y responda con amor a sus ntos de comunicarse y llamar la atención. Permita que el niño se mueva mente. No castigue, engañe, ni asuste al niño para obligarlo a decer.

líquele al niño las cosas que no debe hacer. No exije que el niño realice as 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.
- lla letárgico (Muy Dormido) o Inconsciente (sin sentido).
- chilla el pecho o respira con dificultad.
- spira más de 60 veces por minuto.
- senta deposiciones diarreicas o líquidas.
- senta fiebre alta(mayor a 39° o líquidas.
- senta Fiebre más de 3 días.

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

		Al año de la 3ra DOSIS		A los 5 Años de edad		ADICIONALES	
Al año de las terceras dosis	Difteria - tos ferina - tétanos(DPT)						
	Vacuna oral de polio - VOP						
Al año 5 años de edad	Difteria - tos ferina - tétanos(DPT)						
	Vacuna oral de polio - VOP						
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
Palabra espontaneamente		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	
Interes 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		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 80 cms de altura.	
Se para solo.		Dibuja casa.	
Busca objetos escondidos.		Conoce días de la semana.	
Entiende orden sencilla.		Conserva vida familiar.	
Bebe en la taza sola.		A LOS 84 MESES	
A LOS 18 MESES		Salta alternando los pies.	
Corre.		Copia una figura de líneas curvas.	
Pasa hojas de un libro.		Conoce ayer hoy y mañana.	
Reconoce sus objetos.		Conoce fechas especiales.	
Avisa deseos de ir al baño.			

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2022	Septiembre	02	9:00		
2022	octubre	28	7:00	ATRZ.	
2022	Noviembre	31	7am		
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2023	Noviembre	25	7am		
2023	Diciembre	06	8:00		
2024	Enero	31	8:00		
2024	Febrero	21	8:00		
2024	MARZO	16	7:00		
2024	JULIO	25	9AM	/	

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



CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

Nombre: joselyn sanchez Hernandez

Fecha de nacimiento: 19-07-2022

Registro Civil: 1080268699

Teléfono: 3158330999

Dirección: V/ Betania

Barrio o Vereda:

Nombre Responsable del Niño: Sandra Hernandez Ulloa

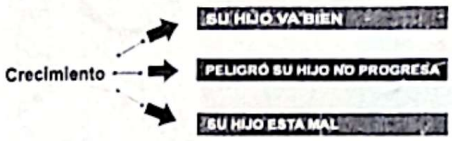
EPS afiliación: ECOOPSOS

Sitio de atención: ESE JENP

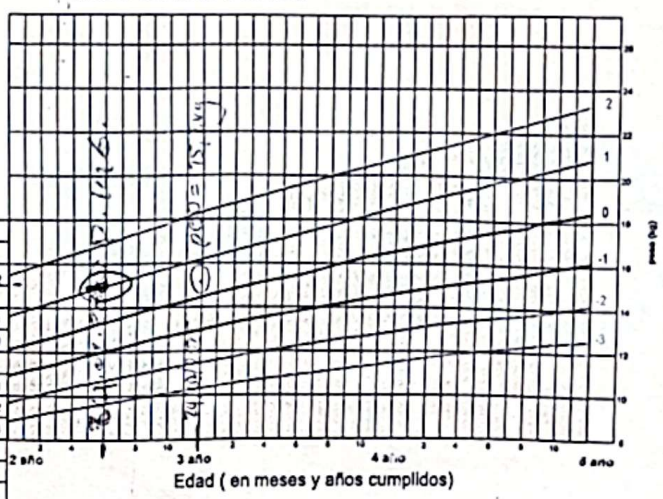
CUIDA TU ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE TUS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO LOS AGENTES DE SALUD LO RECOMIENDE

Powered by CamScanner

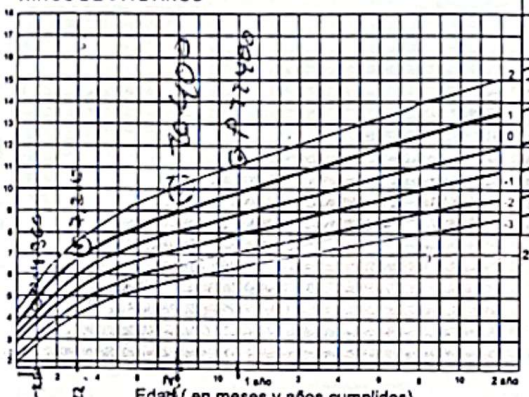
INTERPRETACIÓN DE LA CURVA DE CRECIMIENTO



Peso para la Edad
Niños de 2 a 5 años



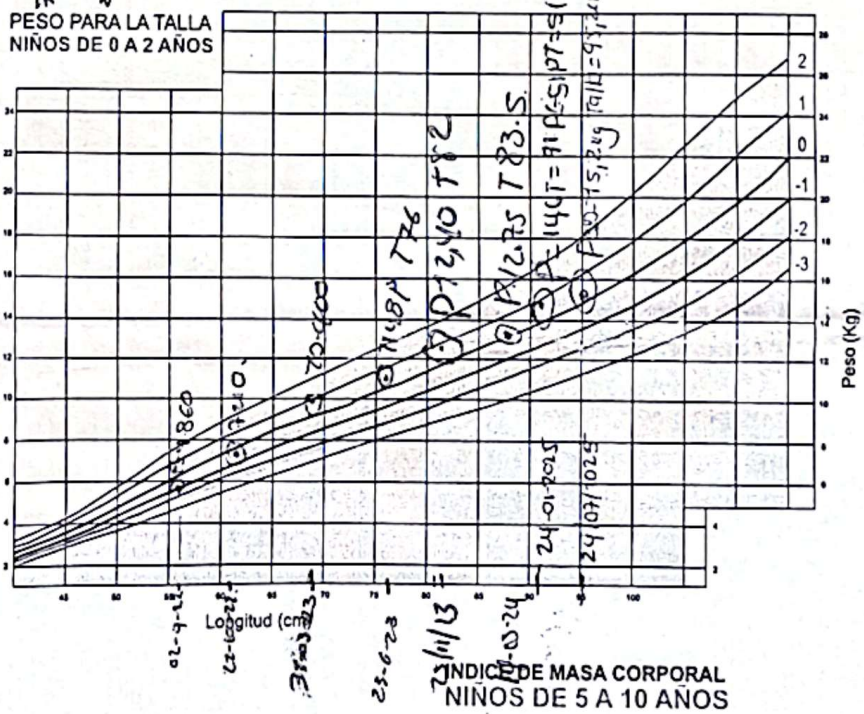
PESO PARA LA EDAD
NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS



31-08-24
PS 13.2 kgr
T: 88.6 cm
PC 48.6 cm
Pt: 50.5 cm
PD: 16.5 cm

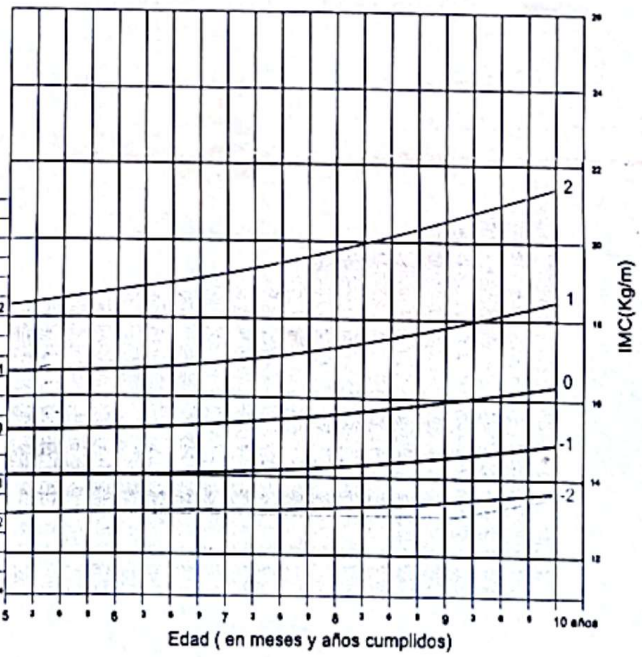
24/07/2025
P = 15,2 kg
T = 95,2 cm
PC = 48.5
PT = 52
PM = 16,5 cm

PESO PARA LA TALLA
NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS

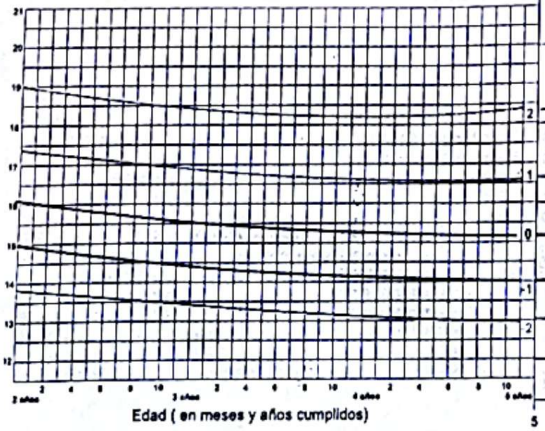


PESO PARA LA TALLA
NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS

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								
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

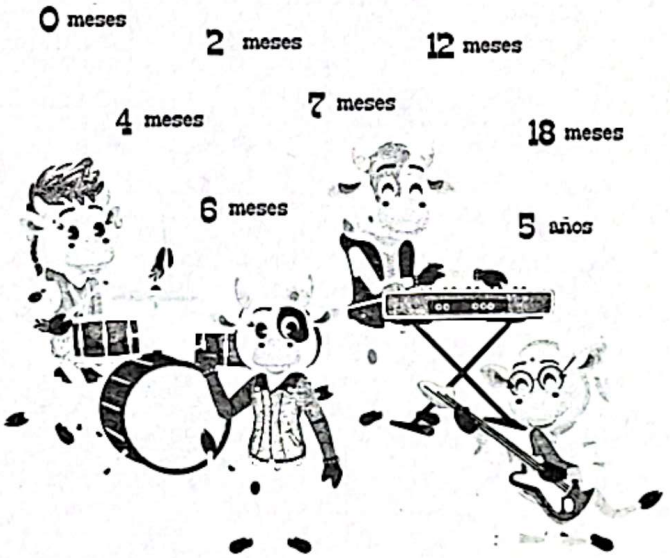
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meningea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonia, 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: 20 Julio

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Joselin Sanchez Hernandez
Fecha de nacimiento: 19-07-2022
Nº de certificado de nacido vivo: 1739840 74
Registro civil: 1088026866 99
Sexo: Femenino Sema Gest. 40
Grupo sanguíneo: O+ Eccepcs
Peso al nacer: 3235 Talla: 50
Dirección: Vda Betania "el cesnito"
Teléfono 1: 3158330999
Teléfono 2: 3165651864
Responsable: Sandra Hernandez V.
Municipio de residencia: La Argentina
Departamento: Huila CC 1088266715

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Joselin Sanchez Hernandez Tipo identificación: No. ID: 1080268699.

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 meningea (BCG)	Única	19	07	2022	Serum	03711MA0006	HDSP	19-09-			Elcy Yolanda PP
	Hepatitis B	Recién nacido	19	07	2022	Serum	0321P0138	HDSP		2022		
	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐											
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.°	22	09	22	Bitthuan Biotg	21484101474 - -	ESE Juan Ramo	22	11	22	Leidy Rebayo.
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°	22	09	22	Serum	2E51X007E -	ESE Juan Ramo	22	11	22	Leidy Rebayo
	Pentavalente: Hepatitis B	1.°	22	09	22	Serum	2E51X007E -	ESE Juan Ramo	22	11	22	Leidy Rebayo
	Pentavalente: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°	22	09	22	Serum	2E51X007E -	ESE Juan Ramo	22	11	22	Leidy Rebayo
	Diarrea por rotavirus	1.°	22	09	22	Glaxosmith.	A20C0045AC	ESE Juan Ramo	22	11	22	Leidy Rebayo
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	22	09	22	Pfizer.	4R4897 - - -	ESE Juan Ramo	22	11	22	Leidy Rebayo
	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐											
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.°	22	11	22	Bitthuan Biotg	21484101SA - -	ESE Juan. Ram	21	01	23	Leidy Rebayo.
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	22	11	22	Serum	28S1Q022B -	ESE Juan Ramo	21	01	23	Leidy Rebayo
	Pentavalente: Hepatitis B	2.°	22	11	22	Serum	28S1Q022B -	ESE Juan Ramo	21	01	23	Leidy Rebayo
	Pentavalente: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°	22	11	22	Serum	28S1Q022B -	ESE Juan Ram	21	01	23	Leidy Rebayo.
	Diarrea por rotavirus	2.°	22	11	22	Glaxosmith	A20C0052B -	ESE Juan Ram	-	-	-	Leidy Rebayo
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	22	11	22	Pfizer	4R4897 - - -	ESE Juan Ramo Jay	09	23		Leidy Rebayo
	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐											
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.°	21	01	23	Bitthuan Biotg	21390AA - -	ESE Juan Ramo	-	-	-	Leidy Rebayo.
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.°	21	01	23	Serum	28S1X0214E -	ESE Juan Ramo	-	-	-	Leidy Rebayo
	Pentavalente: Hepatitis B	3.°	21	01	23	Serum	28S1X0214E -	ESE Juan Ramo	-	-	-	Leidy Rebayo
	Pentavalente: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°	21	01	23	Serum	28S1X0214E -	ESE Juan Ramo	-	-	-	Leidy Rebayo.
	Influenza estacional	1.°	20	05	23	Biopharma	VS0S23004 -	ESE J.RNP	21	06	23	Leidy Rebayo
7 meses	Influenza estacional	2.°	21	06	23	Biopharma	VS0S23004 -	ESE Juan Ramo	-	-	-	Leidy Rebayo.
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	21	07	23	Serum	01311UJ9ZA -	ESE JRNP	-	-	-	Leidy Rebayo
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	21	07	23	Pfizer	FY9975 - - -	ESE JRNP	-	-	-	Leidy Rebayo
	Varicela	2.°	21	07	23	Merck Sharp	WJ2500BB - - -	E.S.E JRNP	-	-	-	Leidy Rebayo
	Hepatitis A	Única	21	07	23	Sinovac	20220719J0 J	E.S.C JRNP	-	-	-	Leidy Rebayo
	Influenza estacional	Anual	10	05	24	Butantan	2A00974 - 0 0	E.S.C JRNP	-	-	-	Leidy Rebayo
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.° refuerzo	26	01	24	Bitthuan Biotg	22350 01A - -	ESE Juan Ramo	-	-	-	Leidy Rebayo
	Difteria, tosferina y ~~tétano (DPT)~~	1.° refuerzo	26	01	24	Serum	2E52X003A -	ESE Juan Ramo	-	-	-	Leidy Rebayo
	Fiebre amarilla	Única	26	01	24	Sanofi pasm.	W3D5C71U - - -	ESE Juan Ramo	-	-	-	Leidy Rebayo
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.° refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	26	01	24	Serum	01320N0728 -	ESE Juan Ramo	-	-	-	Leidy Rebayo
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
Vacunas complementarias y otras dosis												

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Powered by CamScanner

E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS
LA ARGENTINA - H.

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: J Odelyn. Sanchez. Hernandez.

DOCUMENTO: 1080 26 869.

FECHA DE ATENCION: Agosto 2025.

PROXIMO CONTROL: Febrero 2026

EXPEDIDO POR: Karina Garcia Martinez
Auxiliar en Salud Oral
CC 1004154284

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 Joselyn Sanchez Hernandez

Fecha de nacimiento Día 19 Mes Jul Año 22 **N° Documento de Identidad** 1.080.268.699

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 ○

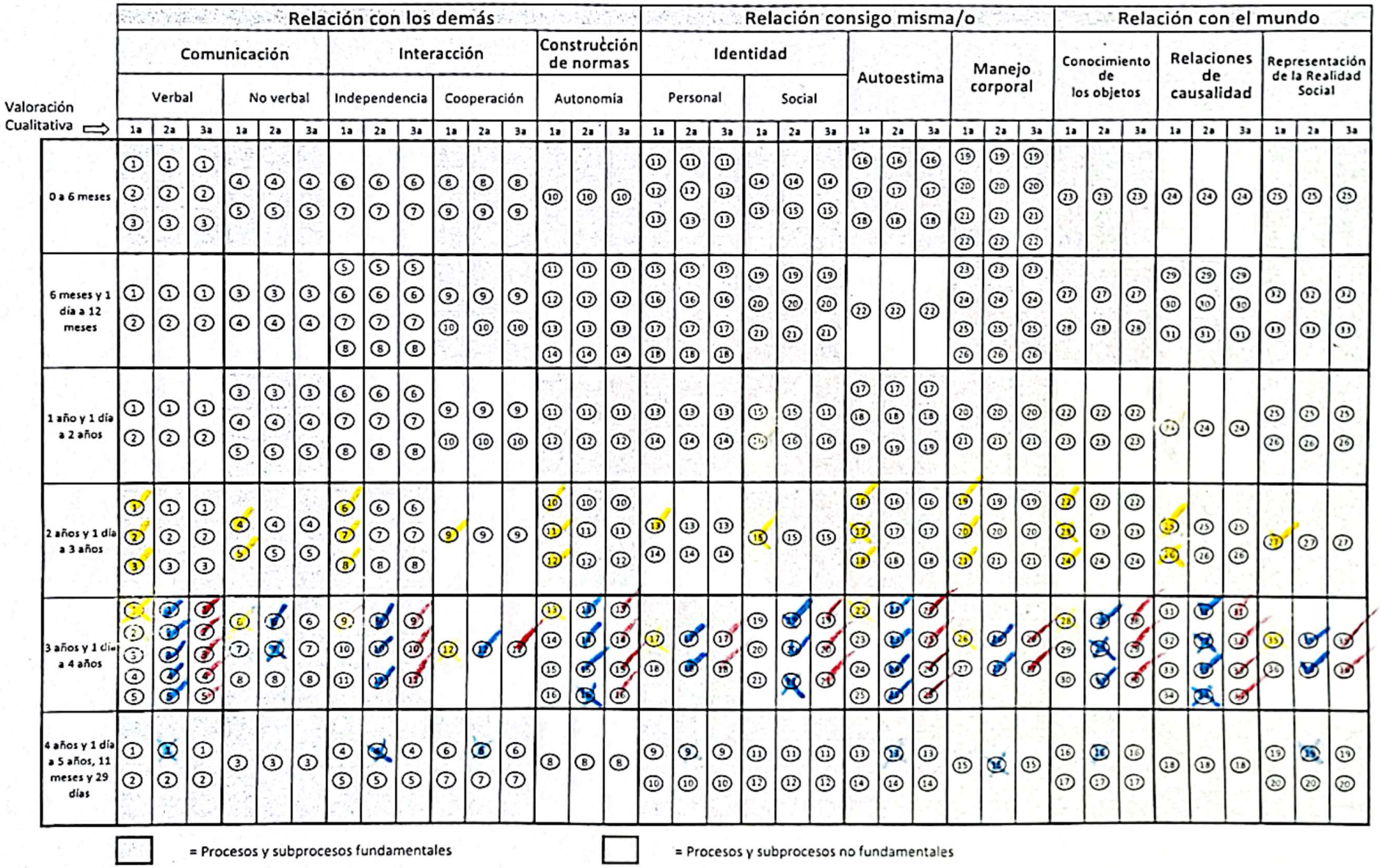
Color de registro valoración cualitativa 

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

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): Joselyn Sanchez Hernandez con RC No 1080268699 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.

Sandra Hernandez Viveros.
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, Sandra Hernandez Viveros como madre de familia, identificada con la cédula de ciudadanía número 1080266715. y _____ como padre de familia, identificado con la cédula de ciudadanía número _____; **AUTORIZO** a las siguientes personas:

Doralba Viveros Vidal c.c. 26.527.474.
_____ C.C. _____
_____ C.C. _____

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) Joselyn Sanchez Hernandez de la profesora Lina Vanessa Muñoz Tapiero.

Se entrega copia de las cedulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

Sandra Hernandez 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 Joselyn Sanchez Hernandez, identificado (a) con documento de identidad número 1030268699, 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, Sandra Hernandez Viveros, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1080266715, 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: Sandra Hernandez Viveros
Nombre: Sandra Hernandez Viveros.
Calidad - Titular: X Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3158330999
Fecha: 03 - Febrero - 2025
Municipio: La Argentina

COPIA

Powered by CamScanner