REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.080.268.835

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63547435

63547435

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

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
OSORIO	HERNANDEZ

Nombre(s)

JUAN NICOLAS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes MAY Día 01	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA LA ARGENTINA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	2305401044790 9

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 ROJAS LUZ DARY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.193.236.613	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

OSORIO ASTAIZA JUAN DIEGO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.267.192	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

OSORIO ASTAIZA JUAN DIEGO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.080.267.192	Juan Diego Osorio Astaiza

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes MAY Día 03	MANUEL JESUS LATORRE ADARME - REG Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Juan Diego Osorio Astaiza Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL — Adhesivo Copia Registro Civil 32870139-7

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

03 MAY 2023

Manuel Jesus Latorre Adarme
Registrador Municipal

Powered by CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-MAY-2003

LA ARGENTINA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

13-SEP-2021 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1904700-01269270-F-1193236613-20211126 0076900512A 1 8502895258

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.193.236.613

HERNANDEZ ROJAS

APELLIDOS

LUZ DARY

NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: **28/07/2025**

Ficha: **41378001830800000121**

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JUAN NICOLAS

Apellidos: OSORIO HERNANDEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268835

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **12/05/2022**

Última actualización ciudadano: **06/05/2023**

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: **CARLOS ANDERSON ACOSTA VALDEZ**

Dirección: **Calle 6 No 3 - 52**

Teléfono: **3176617965**

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

Powered by CamScanner

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1080268835
NOMBRES	JUAN NICOLAS
APELLIDOS	OSORIO 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. - CM	SUBSIDIADO	01/05/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/28/2025 16:38:44	**Estación de origen:**	192.168.70.220

Powered by CamScanner

ElectroHuila

SU CODIGO CUENTA NIU

290021516

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

AUTORETENEDORES DE VENTA RESOL. No 547/2002
DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART. 4
RESOL. 0000055 DEL 14/07/15 DIAN SOMOS GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4
DEL 08/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

FACTURA DE VENTA No. 85506885

TOTAL A PAGAR
$ 582.930

Documento equivalente según
artículo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 27/MAR/2025

FECHAS DE LECTURAS: 19/ENE/2025 — 07/MAR/2025
FECHA SUSPENSIÓN: 29/MAR/2025

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	HERNANDEZ QUEBRADA TITO	Nit CC	4919119
Dirección	VDA BETANIA	Ruta	6920530890
Municipio	LA ARGENTINA	Ciclo	070
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6500162
Carga Contratada	478	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
8066436	CDM	A	S	60	28959	28412	1	547

Promedio Cuenta 291 Consumo Año Anterior 223 Consumo Anterior 223

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
FEB	547
DIC	228
OCT	296
AGO	350
JUN	192
ABR	553
FEB	223

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU: DIU: HC:
EC: VC: VCD:
VCF: CEC:
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 30/01/2025
Valor $ 395420

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
273.5	809.6231	276137
273.5	827.4988	281821

CONSUMO PERIODO

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

Valor Total Energía del Periodo	$	557.153
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 157.174
Valor Total Energía Facturado	$	399.979

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
DEUDA CAPITAL	$ 413.826
DEUDA INTERES CAPITAL	$ 21.515
INTERES MORATORIO	$ 878
INT. MORA FINANCIACION	$ 9.162
INTERES MES ALUMBRADO	$ 216
DEUDA ALUMBRADO Y OTROS	$ 21.788
CONSUMO PERIODO	$ 557.153
DEUDA INTERES ALUMBRADO	$ 1.058
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ 19.999
AJUSTE DECENA	$ - 4
SUBSIDIO	$ - 157.174

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P	$	42.965
VALOR ELECTROHUILA	$	845.358

TOTAL A PAGAR
$ 582.930

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA
CUOTA FINAN	2	610791	305391	152700

FOES: Consumo Kwh	$Kwh	Valor $	No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 427.0 Tm: 58.0 PRn,m: 0.0 Dn,m: 280.0 Rm: 15.0 Cv,m: 14
9.0 CUv,n,m: 1027.4988 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA

Powered by CamScanner

IS A	2da DOSIS		3ra DOSIS		A los 12 meses de edad	
	Fecha		Fecha		Fecha	
	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna

la 3ra DOSIS		A los 5 Años de edad		ADICIONALES		

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2023	Junio	16	8:00	✓	
2023	AGOSTO	18	8:00	✓	
2023	Octubre	06	9:00	✓	
2024	ENERO	13	8am	✓	
2024	Abril	12	8:00	✓	
2024	JUNIO	13	8:00	✓	
2024	Diciembre	06	REPROGRAMADA		
2025	03	14	7am	✓	
2025	Noviembre	15	8AM		

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



CARNÉ DE SALUD
MENOR DE 10 AÑOS

Nombre: Juan Nicolas Osorio Hernandez
Fecha de nacimiento: 01-05-2023
Registro Civil: 1080268835
Teléfono: 3105756099
Dirección: Bodega
Barrio o Vereda: Vereda
Nombre Responsable del Niño: Luz Dary Hernandez Rojas
EPS afiliación: Nueva EPS
Sitio de atención:

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

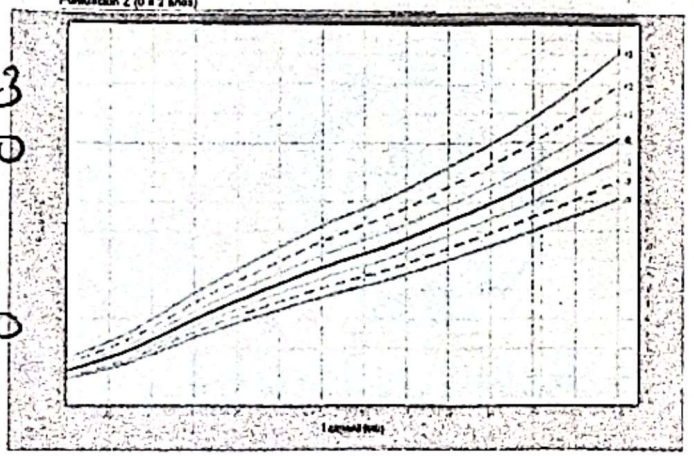
P 3270 Sg 40.
T 47cm RH: O+

Powered by CamScanner

INTERPRETACIÓN DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

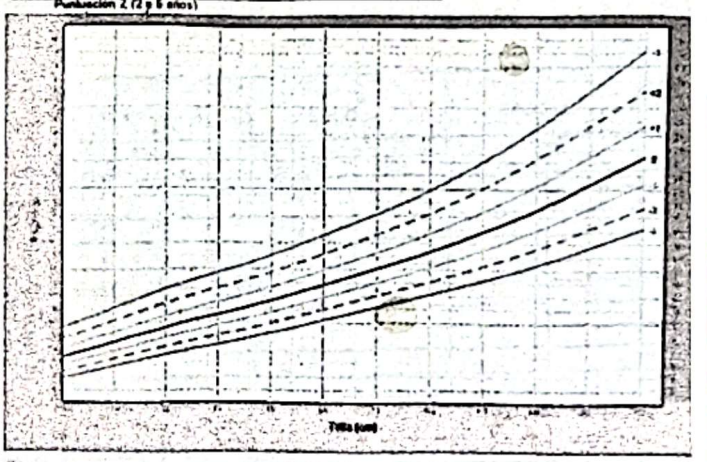
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



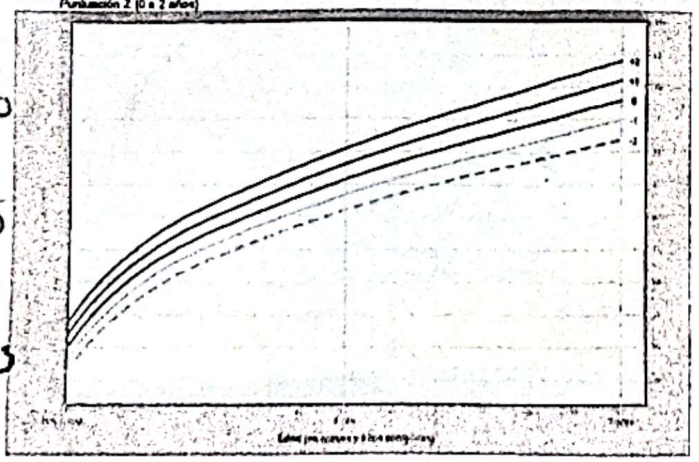
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



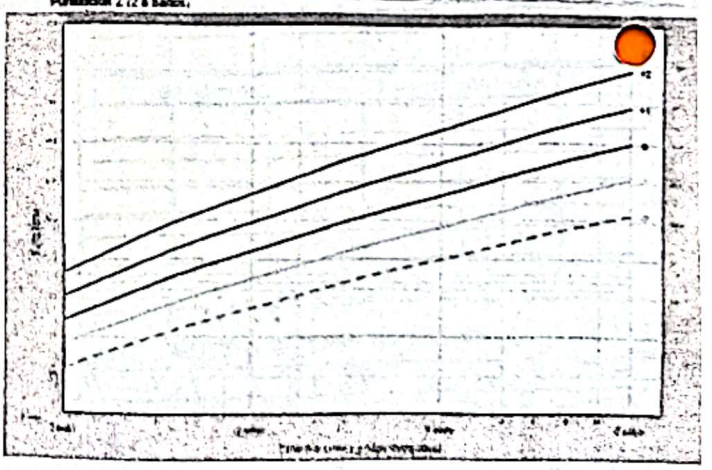
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



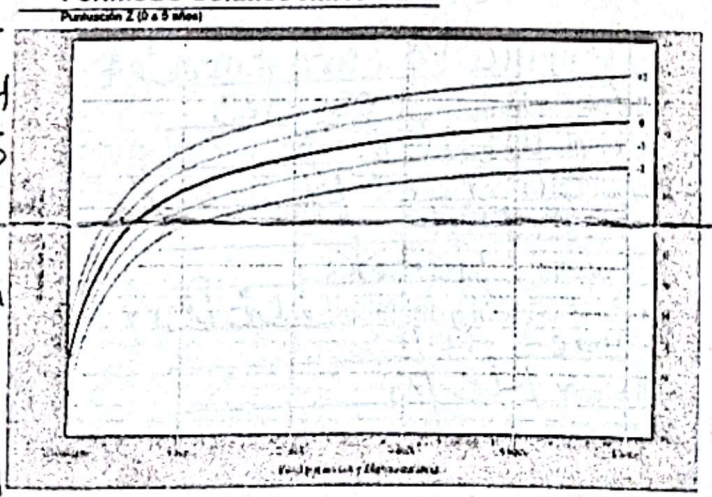
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



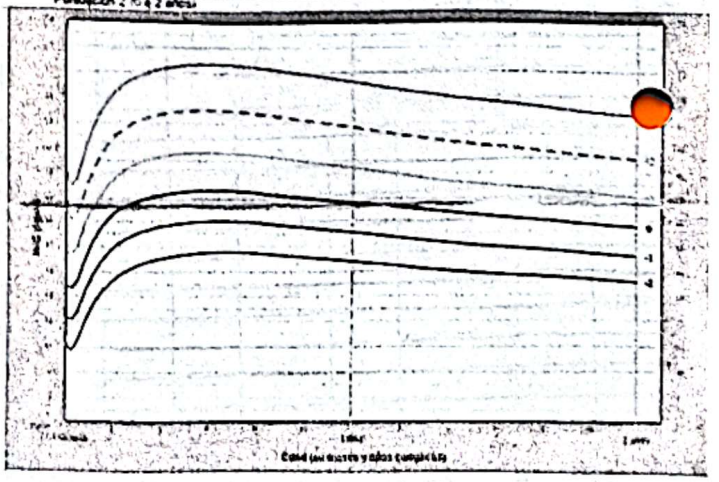
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



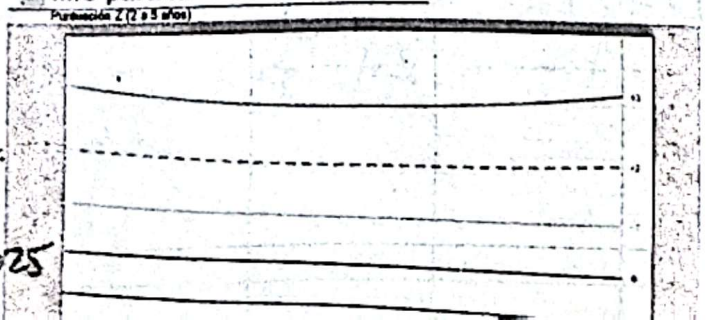
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



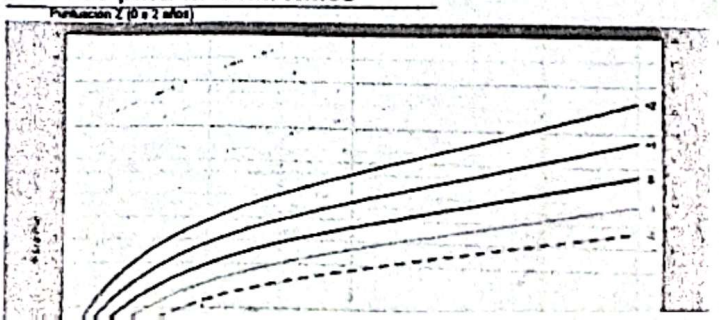
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



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

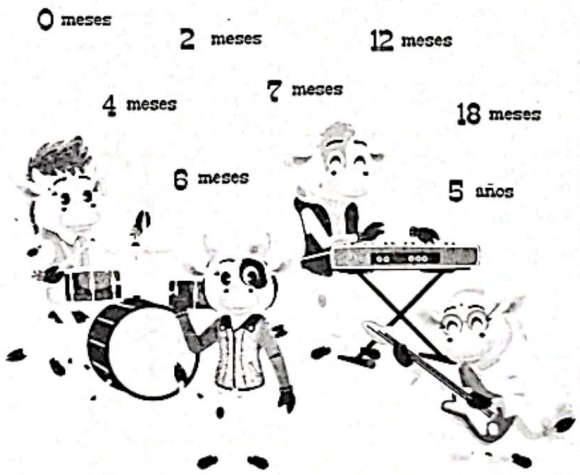
3 años					
4 años					
5 años					

*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)

Cita: 2- Mayo- 2023
8:00 a.

La salud es de todos | Minsalud

Entrega mayo -0 2023

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: JUAN NICOLAS OSORIO H.
Fecha de nacimiento: 01 MAYO 2023
Nº de certificado de nacido vivo: 2305401044790 9
Registro civil: A-ESO-265-535.
Sexo: MASCULINO NUEVA EPS
Grupo sanguíneo: O+ Semana Gest. 40
Peso al nacer: 3270 Talla: 47
Dirección: BETANIA "Los naranjos"
Teléfono 1: 3105756099
Teléfono 2: 3118292290
Responsable: LUZ DARY HERNANDEZ
Municipio de residencia: LA ARGENTINA
Departamento: HUILA
CC. 1193236613.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Juan Nicolas Ojeda · Tipo identificación: No. ID: 1-080-268-885.

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						Sí ☐		No ☐					
	Tuberculosis meningea (BCG)		Única	01	05	2023	SERUM	0	3	7	1	M	A	0	3	1	ESE JUAN RAMO	—	—	—	NOHEMI PORTILLA
	Hepatitis B		Recién nacido	01	05	2023	SERUM	0	3	2	1	0	0	1	8	D	ESE JUAN RAMO	01	JULIO	2023	NOHEMI PORTILLA.
2 meses								Lactancia materna exclusiva						Sí ☐		No ☐					
	Poliomielitis (VIP)		1.ª	7	07	23.	BitHoven Bio.	2	2	0	7	0	0	5	A	—	ESE JUAN RAMO	7	09	23	Leidy Rebolledo
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	7	07	23	Serum	2	8	5	1	X	0	4	0	D	—	ESE JUAN RAMO	7	09	23	Leidy Rebolledo
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	1.ª	7	07	23	Serum	2	8	5	1	X	0	4	0	D	—	ESE JUAN RAMO	7	09	23	Leidy Rebolledo
	PENTAVALENTE	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	7	07	23	Serum	2	8	5	1	X	0	4	0	D	—	ESE JUAN RAMO	7	09	23	Leidy Rebolledo
	Diarrea por rotavirus		1.ª	7	07	23	GlaxoSmith	A	R	0	1	J	0	9	3	A	D	ESE JUAN RAMO	7	09	23	Leidy Rebolledo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		1.ª	7	07	23	PFIZER	F	E	9	C	2	5	—	—	—	—	ESE JUAN RAMO	7	09	23	Leidy Rebolledo
4 meses								Lactancia materna exclusiva						Sí ☐		No ☐					
	Poliomielitis (VIP)		2.ª	7	09	23	BitHoven Bio.	2	2	3	4	0	0	1	—	—	ESE JUAN RAMO	8	11	23	Leidy Rebolledo
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	7	09	23	Serum	2	8	5	1	X	0	3	7	A	—	ESE JUAN RAMO	8	11	23	Leidy Rebolledo
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	2.ª	7	09	23	Serum	2	8	5	1	X	0	3	7	A	—	ESE JUAN RAMO	8	11	23	Leidy Rebolledo
	PENTAVALENTE	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	7	09	23	Serum	2	8	5	1	X	0	3	7	A	—	ESE JUAN RAMO	8	11	23	Leidy Rebolledo
	Diarrea por rotavirus		2.ª	7	09	23	GlaxoSmith	A	R	0	1	J	0	9	4	A	D	ESE JUAN RAMO	—	—	—	Leidy Rebolledo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		2.ª	7	09	23	PFIZER	F	E	9	C	2	5	—	—	—	—	ESE JUAN RAMO	09	05	24	Leidy Rebolledo
6 meses								Lactancia materna exclusiva						Sí ☐		No ☐					
	Poliomielitis (VIP)		3.ª	22	11	23	BitHoven	2	2	3	5	0	0	1	A	—	—	ESE				Nulvis M. Bravo Gonzalez Auxiliar de Enfermeria CC 36 289 958 Reg 1149
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	22	11	23	Serum	2	8	5	1	X	0	3	7	B	—	[illegible]				
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	3.ª	22	11	23	Serum	2	8	5	1	X	0	3	7	B	—	[illegible]				
	PENTAVALENTE	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	22	11	23	Serum	2	8	5	1	X	0	3	7	B	—	NUVIS	03-05		24	
	Influenza estacional		1.ª	07	05	24	Biotanflen.	2	A	0	0	9	2	9	1	0	0	ESE JUAN RAMO	7	06	24	Leidy Rebolledo
7 meses	Influenza estacional		2.ª	08	06	24	Biotanflen.	2	A	0	0	9	2	9	1	0	0	ESE JUAN RAMO	[illegible]			Leidy Rebolledo
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		1.ª	07	05	24	Serum	0	1	3	3	N	0	0	4	A	—	ESE JUAN RAMO	22	11	24	Leidy Rebolledo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		Refuerzo	07	05	24	PFIZER	6	E	7	6	6	5	—	—	—	—	ESE JUAN RAMO	—	—	—	Leidy Rebolledo
12 meses	Varicela		2.ª	07	05	24	Merck Sharp	X	0	2	5	1	0	5	—	—	—	ESE JUAN RAMO	01	05	28	Leidy Rebolledo
	Hepatitis A		Única	07	05	24	Merck Sharp	X	8	0	2	7	7	2	—	—	—	ESE JUAN RAMO	—	—	—	Leidy Rebolledo
	Influenza estacional		Anual																			
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)		1.º refuerzo	22	11	24	BitHoven Bio.	2	3	0	8	U	1	0	A	—	—	ESE JRNP				Leidy Rebolledo
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		1.º refuerzo	22	11	24	Serum	E	8	5	3	7	0	1	0	—	—	ESE JRNP				Leidy Rebolledo
	Fiebre amarilla		Única	22	11	24	Sanofi Pasteur	2	3	A	8	8	1	V	—	—	—	ESE JRNP				Leidy Rebolledo
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)		2.º refuerzo																			
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		2.º refuerzo																			
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		2.ª	22	11	24	Serum	0	1	5	3	N	0	0	3	A	—	ESE JRNP				Leidy Rebolledo
	Varicela		Refuerzo																			
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)		1.ª																			
			2.ª																			
			3.ª																			
Vacunas complementarias y otras dosis																						

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

Powered by CamScanner

Fecha

Dr. Johanna Córdoba 29/07/2025.

ESPECIALIDAD: CEL:

PACIENTE: Juan Nicolas Osorio

Rp./ Paciente que asiste a consulta odontologica de control en la cual se observa dentición temporal en excelente estado, encias y tejidos blandos y moviles sanos, encias color rosado palido, resilentes a la palpación. Paciente muy colaborador.
control en 6 meses.

Johanna Córdoba
Odontóloga
Reg. 862

Johama Cordoba
Reg. 862.
Firma o Sello

Consultorio Odontológico
Johanna Córdoba Gonzalez
Odontología General y Especialidades

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 Juan Nicolas Osorio Hernandez

Fecha de nacimiento Día 01 Mes May Año 23 **N° Documento de Identidad** 1.080.268 835

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 17 Mes 03 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Lina Vanessa Muñoz Tapiero

Fecha de registro cualitativo Día 28 Mes 08 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 01 Mes 08 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

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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				13	13	13	15	15	15	17	17	17	20	20	20	24	24	24						
	3	3	3				8	8	8	10	10	10				14	14	14	16	16	16	18	18	18	21	21	21	25	25	25						
																									22	22	22	26	26	26						
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	9	9	9	12	12	12	16	16	16	20	20	20				24	24	24	28	28	28	30	30	30	33	33	33
							7	7	7	10	10	10	13	13	13	17	17	17	21	21	21				25	25	25	29	29	29	31	31	31			
							8	8	8				14	14	14	18	18	18							26	26	26	30	30	30						
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
				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	11	11	11	13	13	13	15	15	15	16	16	16	19	19	19	22	22	22	24	24	24	27	27	27
	2	2	2	5	5	5	7	7	7	10	10	10	12	12	12	14	14	14	16	16	16	17	17	17	20	20	20	23	23	23	25	25	25			
	3	3	3				8	8	8													18	18	18	21	21	21	24	24	24	26	26	26			
3 años y 1 día a 4 años	1	1	1	6	6	6	9	9	9	12	12	12	13	13	13	17	17	17	19	19	19	22	22	22	18	18	18	26	26	26	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	29	29	29	27	27	27	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	16	16	16	15	15	15	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

= 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): Juan Nicolas Osorio. con RC No 1080 268 835 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 17 del mes Marzo del año 2025, en el Municipio de La Argentina.

Luz Dory Hernández R.
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Lina Vanessa Muñoz
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, 17 - Marzo - 2025

Señores
Fundacion Grupo Libertad.
La ciudad

ASUNTO: AUTORIZACION PARA LA ENTREGA Y RECOGIDA DE MI HIJO

Cordial saludo,

Yo, Luz Dary Hernandez R como madre de familia, identificada con la cédula de ciudadanía número 1193236613 y Juan Diego Osorio como padre de familia, identificado con la cédula de ciudadanía número 1080267192; **AUTORIZO** a las siguientes personas:

David Hernandez R. c.c. _____
Duvan Hernandez R c.c. _____
Tito Hernandez c.c. 4919719

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) Juan Nicolas Osorio de la profesora Lina Vanessa Muñoz Tapiero.

Se entrega copia de las cedulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

Luz Dary Hernandez R.

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 Juan Nicolas Osorio Hernandez, identificado (a) con documento de identidad número 1080268835, 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, Luz Dary Hernandez Rojas, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1193236613, 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: _____
Nombre: Luz Dary Hernandez Rojas
Calidad - Titular: X Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3105756099
Fecha: 17 marzo 2025
Municipio: La Argentina

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