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

HCB LOS SANJUANEROS

VEREDA SANTA MARTA LA PLATA HUILA

USAURIO: DAVID SANTIAGO PISSO ULTENGO- *RC No.* 1145833274



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotocopia del Registro civil de nacimiento (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez	Si		
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez	Si		
Fotocopia del criterio de focalización según la guía del ICBF. SISBEN- renovar cada 3 meses, o en su defecto Certificado de pertenencia a comunidad indígena, afrodescendientes, raizales, palanqueros, y ROM	Formalización del cupo	Actualización cada 3 meses			Si
Para identificar lugar de residencia, fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia		X	

Powered by CamScanner

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

Fotografía física, esta ira sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	S!		
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo Seguimiento	Cada 3 meses	S!		
Fotocopia de la valoración integral en salud/ control de crecimiento y desarrollo	Seguimiento	Cada vez que el usuario asista a la valoración según esquema establecido	S!		
Copia del carné de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el usuario asista según el PAI	S!		
Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)	Seguimiento	Una sola vez, solo para las situaciones que aplique.	NO		
Certificado de asistencia a consulta en salud bucal. (el Carnet)	Formalización del cupo y seguimiento	Cada año	S!		
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	S!		
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año			
Formato autorización toma de fotos y vídeos	Formalización del cupo	Una sola vez	S!		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya ingresos nuevos	S?		

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

63851911

NUIP 1145833274

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63851911

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de [ ] Código D U W

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - HUILA - LA PLATA LA PLATA H.D. S.A DE PADUA

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PISSO	ULTENGO

Nombre(s)

DAVID SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor Rh
Año 2023 Mes MAR Día 29	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento: País - Departamento - Municipio - Corregimiento 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	230317104016600

Datos de madre o padre (Para casos de padres indígenas con base normativa y jurisprudencial, además el progenitor que reconozca no debe aparecer para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ULTENGO CHANTRE YURY TATIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI No. 1061398771	COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de padres indígenas con base normativa y jurisprudencial, además el progenitor que reconozca no debe aparecer para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

PISSO CASAMACHIN LUIS EDUARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1004249022	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CHANTRE VOLVERAS RUBISNEDA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 55130592	

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 MAR Día 30	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS FOLIO 205 30/03/2023

Powered by CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-ENE-2002**

LA PLATA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

17-ENE-2020 LA ARGENTINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1904700-01134285-M-1004249022-20200226 0070247650A 1

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

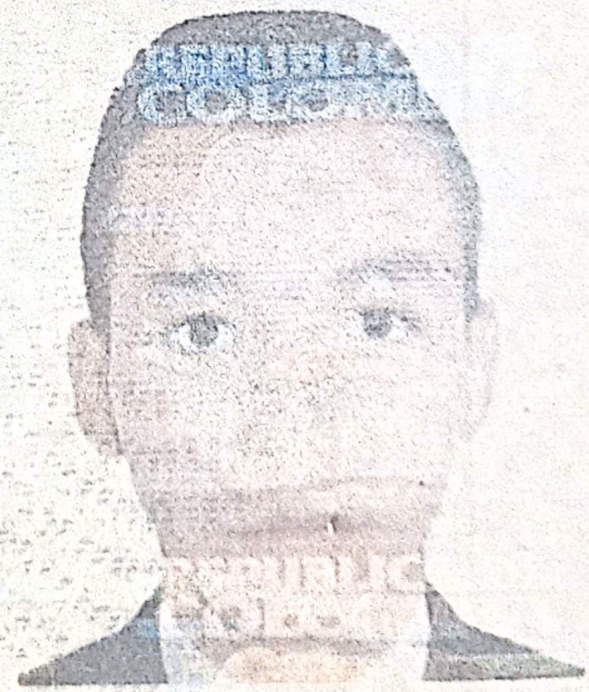
NÚMERO **1.004.249.022**

PISSO CASAMACHIN

APELLIDOS

LUIS EDUARDO

NOMBRES



Luis Eduardo P.C.

FIRMA

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ CC
1.081.398.771

APELLIDOS / NOMBRES
ULTENGO CHANTRE
YURY TATIANA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
09-DIC-2005
LA PLATA - HUILA

FECHA DE EXPEDICIÓN
01-MAR-2024

SEXO
FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
LA ARGENTINA - LA ARGENTINA

OFICINA DE ENTREGA
LA ARGENTINA - LA ARGENTINA

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 01-SEP-2024

8511137228
01-MAR-20

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F5.072.FP	14/12/2022
		Versión 1	Página 1 de 3
		Clasificación de la información Pública	

I. OBJETIVO

Realizar visita domiciliaria en virtud a que el potencial usuario no cumple criterios de focalización y se requiere verificar y documentar las condiciones de vida con la familia, aspectos que demuestren que el ingreso familiar no supera 1.5 SMMLV (Salario Mínimo Legal Vigente) y demás evidencias encontradoras que permitan determinar la necesidad de prestación de atención en las sesiones de educación de educación inicial en el marco de la atención integral que ofrece el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA VISITA

Fecha de la visita: 28-03-2025 Hora de inicio: 8:00am Hora de finalización: 10:30 am

Nombres y apellidos del profesional o agente educativo comunitario que visita: Maria Elizabeth Mena Andrade

No. Identificación: 65.000.268 Cargo: MC Profesión:

Regional: Huila Municipio: La Plata EAS: ✓ C. Zonal: ✓

III. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombre: Yuri Tatiana Ultengo Apellidos: Ultengo Charfe

Tipo de documento: Cedula No. de documento: 1081396771

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 29-11-2005 Edad: 19 años

Dirección: Vereda Santa Martha Teléfono:

Parentesco con la niña, niño o mujer gestante que requiere el servicio: Madre

IV. INFORMACIÓN DE LA NIÑA, NIÑO O MUJER GESTANTE QUE REQUIERE EL SERVICIO

Tipo de solicitante (Marque con una X): Niña o niño entre 0 y los 4 años 11 meses 29 días X Mujer gestante

Nombres: Raul Santiago Apellidos: Pisso Ultengo

Tipo de documento: RC No. de documento: 74553377-0

Lugar de nacimiento: La Plata H Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 24-03-2023 Edad: 2 años

Sexo: Hombre X Mujer Intersex Nacionalidad:

¿Afiliado(a) a salud? Si X No ¿Cuál entidad de salud? ¿Pertenece a algún grupo étnico? Si No X Cuál

¿Presenta alguna discapacidad? Si No Y Cual

Aspectos nutricionales (Promoción, seguimiento y complementación alimentaria)

Ubicación de la vivienda (Marque con una X): Rural X Urbana Tipo de municipio:

Dirección: La Plata H-Vda Santa Martha Teléfono:

Barrio o vereda: Santa Martha Coordenadas: X Y

V. INFORMACIÓN DE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR (Incluir solicitante)

Nombres y apellidos	Identificación		Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con potencial usuario
	Tipo	Número				
Yuri tatiana Ultengo ch	CC	1081396771	19	Bachiller	Ama de casa	Madre
Raul Edgardo Pisso	CC	1004134027	23	Bachiller	Agricultor	Padre
Raul santiago Pisso Ultengo	RC	74553377-0	2			Hijo

Análisis cualitativo de la familia según componente historico - evolutivo (Tipologías, dinámicas, relaciones, hábitos y costumbres)

familia Nuclear, trabajadores con gran interes de salir adelante

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VISITAS DE FOCALIZACIÓN	F-P-033-PP	14/12/2022
		Versión 1	Página 1 de 3
		Clasificación de la información: Pública	

VI. INFORMACIÓN DE LAS CONDICIONES HABITACIONALES

Tipo de vivienda (Marque con una X): Casa [X] Apartamento [ ] Otro [ ] Cuál [ ]

Tenencia de la vivienda (Marque con una X) Propia [ ] Arrendada [ ] Familiar [X] Otro [ ]

Estrato: [ ] ¿Cuánto tiempo lleva en la vivienda? [ ] Asentamiento informal: Si [ ] No [ ]

Acceso a servicios públicos (Indique con Si ó No)

Acueducto y alcantarillado	Energía	Manejo de basuras	Gas domiciliario
Si	Si	No	No

¿Se presenta hacinamiento en la vivienda? Si [ ] No [X]

Distribución de espacios:

Número de habitaciones:	No. residentes bajo el mismo techo:	Describa otros espacios
2		

¿La vivienda presenta condiciones de accesibilidad? Si [X] No [ ] Cuál [ ]

Descripción general de la vivienda y posibles riesgos estructurales

la casa esta en obra gris pero es apto para su habitabilidad.

Evidencia fotográfica de las condiciones de la vivienda

¿La persona que atiende la visita esta de acuerdo en que se haga registro fotográfico de la vivienda, como evidencia de las caracteristicas y particularidades que esta presenta?

SI [X] NO [ ]

VII. INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS SOCIECONOMICOS

Apropiación de recursos económicos: Ingreso y distribución

Aportante	Actividad laboral	Lugar de trabajo	Parentesco (con el solicitante)
Luis Eduardo Pisso	Agricultor	Campo - Finca	Padre

Ingresos familiares	Monto
Salarios fijos	
Informalidad	$900.000
Arriendos	
Remesas del exterior	
Honorarios	
Pensión	
Negocios / Comercio	
Cultivos	
Otros	
TOTAL INGRESOS	$ 900.000

Descripción de evidencias de ingresos

Describa en este espacio la manera en que la familia soporta el nivel de ingresos estipulado en el objetivo de la visita

El padre trabaja en el campo y de el dependen los ingresos del Hogar.

VIII. ASPECTOS ADICIONALES SOBRE EL SOLICITANTE

¿Hay alguna persona encargada del cuidado permanente de la niña, niño o mujer gestante?	Si	[ ]	No	[X]	Tiempo	[ ]
¿La niña, niño o mujer gestante esta bajo el cuidado de vecinos y/o amigos?	Si	[ ]	No	[X]	Tiempo	[ ]
¿La niña o niño permanece solo(a) en casa?	Si	[ ]	No	[X]	Tiempo	[ ]
¿La niña o niño debe acompañar a su cuidador(a) a trabajar?	Si	[ ]	No	[X]		
¿La cuidadora o cuidador de la niña o niño es cabeza de familia?	Si	[ ]	No	[X]		
¿La mujer gestante es cabeza de familia?	Si	[ ]	No	[X]		

IX. RECOMENDACIONES Y CONCEPTO DEL PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

X. FIRMAS

María Elizabeth Mena Arciniega
PROFESIONAL Y/O AGENTE EDUCATIVO QUE VISITA

Yurf Tatiana Ch.
MADRE, PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

AUTORIZADO POR DIAN MEDIANTE AUTORIZACIÓN NUM [illegible] DE RENTA MES [illegible] ... ION ART. 4 ... CONTRIBUYENTE AUTORRETENEDOR ICA CIRCULAR 4 DEL 08-01-99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

FACTURA DE VENTA No. 79066953

TOTAL A PAGAR

$ 12.490

Documento equivalente según artículo 17 Decreto 1001 97

FECHA EXPEDICIÓN: 04-NOV-2023

FECHA LIMITE: 04-NOV-2023

FECHA DE NACIMIENTO 24 NOV 2023

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	MOISES SOTO GIRALDO	Nit CC	17647766
Dirección	VDA SANTA MARTA	Ruta	6290960030
Municipio	LA PLATA	Ciclo	090
Tipo Servicio	Residencial	Estrato	2

ElectroHuila

NIT. 891.180.001 -1

INFORMACIÓN TÉCNICA

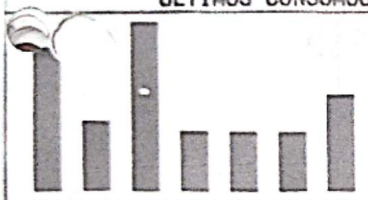
Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6500174
Carga Contratada	288	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
13324657	ISK	A	S	00	17437	17410	1	27

Promedio Cuenta 16 | Consumo Año Anterior 18 | Consumo Anterior 18

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
OCT	27
AGO	13
JUN	32
ABR	11
FEB	11
DIC	11
OCT	18

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU:92 DIU:171.791107HC:.001951
EC:0 VC:337 VCD:337
VCF:0 CEC:6.527843
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 27/09/2023
Valor $ 3990

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
13.5	865.2542 =	11681
13.5	871.311 =	11763

CONSUMO PERIODO

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

Valor Total Energía del Periodo	$	23.444
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 11.723
Valor Total Energía Facturado	$	11.721

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
CONSUMO PERIODO	$ 23.444
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ 2.120
AJUSTE DECENA	$ - 2
COMPENSACION CALIDAD INDIVID	$ - 337
ENERGIA SOCIAL FOES	$ - 1.012
SUBSIDIO	$ - 11.723

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P	$	2.120
VALOR ELECTROHUILA	$	10.370

TOTAL A PAGAR

$ 12.490

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PEND	TAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN CUOTA

FOES: Consumo Kwh | $Kwh | Valor $ | No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 372.0 Tm: 47.0 PRn,m: 76.0 Dn,m: 250.0 Rm: 18.0 Cv,m: 1
20.0 CUv,n,m: 871.311 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT.CORRIENTE	INT.MORA

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	1145833274
NOMBRES	DAVID SANTIAGO
APELLIDOS	PISSO ULTENGO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA PLATA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	30/03/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/27/2025 20:57:32	**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,

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: DANIA SANTOSO PISSO Tipo Identificación: CC No. ID: 1165833

Edad recomendada	Vacunas obligatorias	Dosis	Fecha Aplicación (Día Mes Año)	Nombre	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha Próxima Cita (Día Mes Año)	Firma Profesional
Recien nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Unica	29 03 2023	Serum	0371MA093	UPSP	29-05-2023	Firma Profesional
	Hepatitis B	Recien nacido	29 03 2023	Serum	0321Q0180	HDSP		
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1°	26 06 2023	Bilhouch	2200705	ESESS	26 03 23	
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1°	26 06 2023	Serum	2851X04UD	ESESS	26 03 23	
	Hepatitis B	1°	26 06 2023	Serum	2851X04UD	ESESS	26 03 23	
	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1°	26 06 2023	Serum	2851X04UD	ESESS	26 03 23	
	Diarrea por rotavirus	1°	26 06 2023	GlaxO	AR01D01GAA	ESESS	26 03 23	
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1°	26 06 2023	GlaxO	F4 9925	ESESS	26 03 23	
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2°	14 09 023	Bilhouch	2234001		14 NOV 23	
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2°	14 09 023	Serum	2851Y37B		14 NOV 23	
	Hepatitis B	2°	14 09 023	Serum	2851Y37B		14 NOV 23	
	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2°	14 09 023	Serum	2851Y37B		14 NOV 23	
	Diarrea por rotavirus	2°	14 09 023	Rotavix	AR01D73AA		14 NOV 23	
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2°	14 09 023	Pneum	F4992S		14 NOV 23	
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3°	24 NOV 2023	Bilhouch	2234001	ESESS		
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3°	24 NOV 2023	Serum	2851X037B	ESESS		
	Hepatitis B	3°	24 NOV 2023	Serum	2851X037B	ESESS		
	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3°	24 NOV 2023	Serum	2851X037B			
	Influenza estacional	1°	26 04 24	Glaxo	240097900	ESESS	26 05 24	
7 meses	Influenza estacional	2°						
12 meses	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	1°	26 04 24	Serum	01330044A	ESESS	29 03 24	
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	26 04 24	Serum	6X1912	ESESS		
	Varicela	2°	26 04 24	Serum	X025105	ESESS		
	Hepatitis A	Unica	26 04 24	Serum	X002772	ESESS	24 NOV 2024	
	Influenza estacional	Anual						
18 meses	Poliomielitis (VIP) VOPb)	1° refuerzo	27 02 25	Bilhouch	2333010	ESE-ES	— — —	Liz Enith II
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1° refuerzo	10 01 25	Serum	2853370	ESE-ES	— — —	Liz Enith II
	Fiebre amarilla	Unica	10 01 25	Biomanguinhos	23F0768	ESE-ES	— — —	Liz Enith II
5 años	Poliomielitis (VIP) VOPb)	2° refuerzo						
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2° refuerzo						
	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	2°	10 01 25	Serum	2853701O	ESE-ES	5 años	Liz Enith II
	Varicela	Refuerzo						
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1°						
		2°						
		3°						
Vacunas complementarias y otras dosis								

Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐

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.

Auxiliar de Enfermería

Buscar las vacunas

Powered by CamScanner

IAMI

San Sebastián

DATOS DEL RECIEN NACIDO
QUIEN SOY

Nombres y apellidos: David Santiago Pisso Ulloa

Identificación: 1145833274 EPS: Sanitas

Fecha de nacimiento: Día. 29 Mes: 03 Año: 23

Edad: _____ Días: _____ Mese s: _____ Años: ____ Sexo: Cat.

Recién Nacido: Pretermino: ___ A termino: ___ Edad Gestacional: ____

Embarazo: Único: ____ Múltiple: _____ No de Gestaciones_____

Peso: 3570gr Kg. Talla: 51cm cm. Perímetro Cefálico: 39xx cm.

Tipo de sangre: O+ Lugar que ocupa entre los hermanos: _____

TSH: _____ Serología:_____

Nombre de la Madre: _____ Ocupación:_____

Nombre del Padre: _____ Ocupación:_____

Dirección: _____ Teléfono:_____

Alimentación: Lactancia materna exclusiva: Si: _____ No: _____

Powered by CamScanner

IAMI

San Sebastián

CITAS DE CONTROL

DIA	MES	AÑO	HORA	PROFESIONAL
26	06	2023	12:30	Alejandra Granja Gonzalez Enfermera C.C. 1118032668
29	AGOSTO	2023	M6	
02	NOV	2023	Cn7	
18	~~FEBRERO~~	2024	Pixiv	
26	Abril	2024	M6	Jenny Tatiana Quintero Lopez ENFERMERA C.C. 1.010 733.168
	Noviembre	2024		
27	Diciembre	2024	Enf	
	Juno	2025	M6	
28	Agosto	2025	M6	
	Febrero	2026	Enf.	

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad La Plata H

Nombre completo de la niña o niño David Santiago Pisso Ortengo

Fecha de nacimiento 29 03 2023 N° Documento de Identidad 1145833274

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ Fecha de 1er día de atención en el año 03 02 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Maria Elizabeth Mena Andrade

Fecha de registro cualitativo 28 04 2025

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

Color de registro valoración cualitativa

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

el niño es muy juicioso y entiende las normas Requeridas en el Hogar.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Maria Elizabeth Mena Andrade

Fecha de registro cualitativo 21 07 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

El niño es activo y le gusta participar en las actividades.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Elizabeth Mena Andrade

Fecha de resgistro cualitativo 27-10-2025

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

Color de registro valoración cualitativa

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

El niño se muestra participativo y activo, comparte con los demas niños y niñas.

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

Powered by CamScanner

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

= 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 los sanqueros, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio grupo la 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): David Santiago pinzon, con RC No 1145833274 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 07 del mes Abril del año 2025, en el Municipio de Japlata.

yury chantre. ultengo
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

maria Elizabeth meza
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

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

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad David Santiago Pisso Ulloque, identificado (a) con documento de identidad número 1145833274, 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, Yury Fabiana Ulloque, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1083988771, 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 y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

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

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

Los productos autorizados son originados por Fundación Grupo Libertad, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa ICBF Comunitario

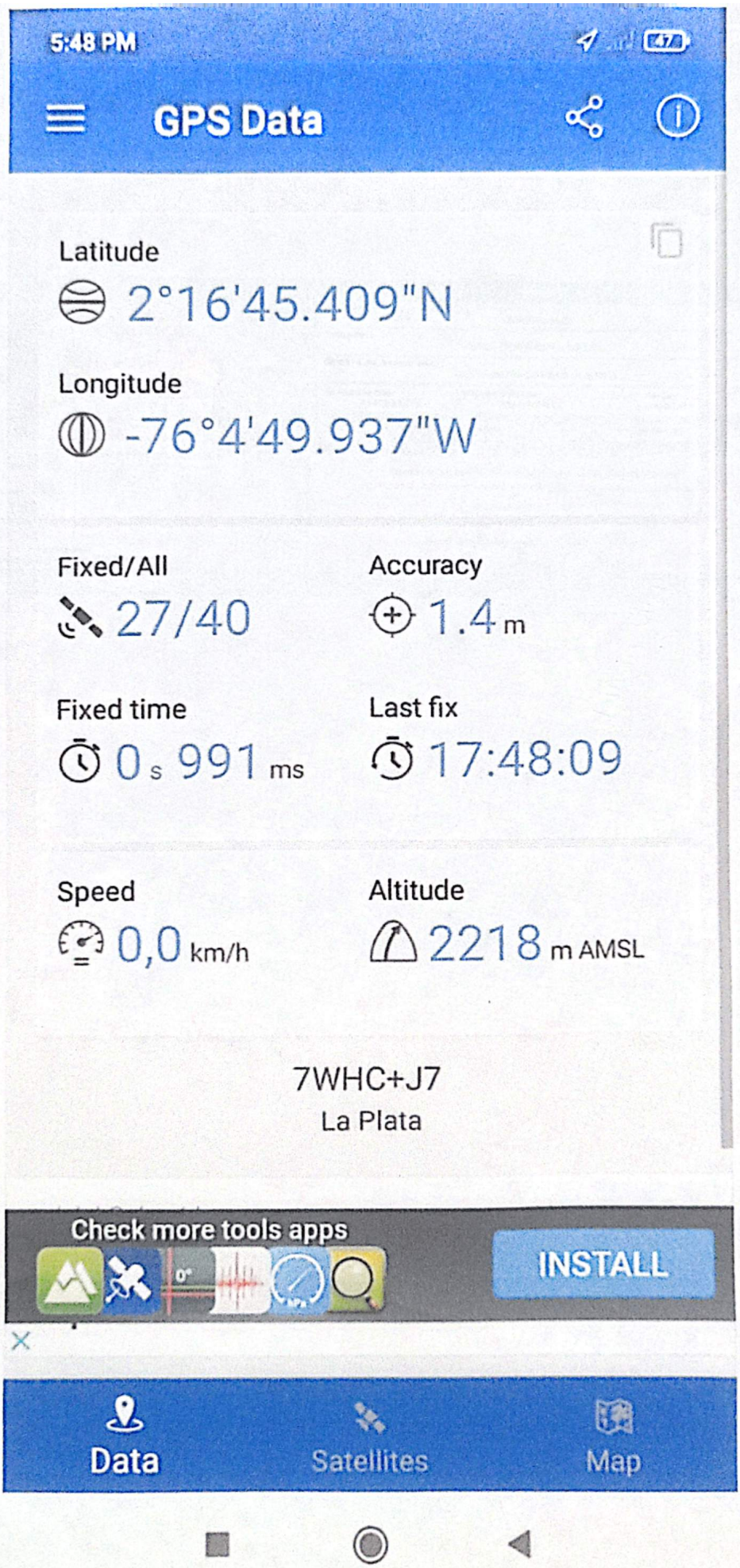
Suscriben:

Firma: Yury Fabiana Ulloque
Nombre: Yury Fabiana Ulloque Chantre.
Calidad - Titular: X Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3208453813.
Fecha: 01 04 2025.
Municipio: Zapluta. Huila.

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
TUS DATOS PERSONALES SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

seguros mundial

Accidentes personales

Protegemos tus pasos



Línea de atención

Línea nacional:
01 8000 112 684
en caso de accidente.

Conoce nuestra **red médica**

Página web:
www.segurosmundial.com.co

Nº Póliza: 2000503802

Tomador: FUNDACIÓN GRUPO LIBERTAD

Nombre de Asegurado: DAVID SANTIAGO PISSO ULTENGO

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1145833274	2025/07/01	2026/02/01

Muerte Accidental $10.000.000,00

Gastos Médicos $9.000.000,00

En caso de accidente comunícate a nuestra línea **018000112684.**
Para más información acerca de la póliza comunícate a nuestras líneas:

Desde Bogotá: 3274712/13

Línea nacional: 018000111935

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

www.segurosmundial.com.co

Powered by CamScanner