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

HCB Los Pescaditos

USAURIO: Valeria del Carmen Espinoza H. **RC No.** 1113794800



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	X		
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
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	X		
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		
Fotografía física, esta ira sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	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			
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo Seguimiento	Cada 3 meses	X		
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	X		
Copia del carné de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el usuario asista según el PAI	X		
Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)	Seguimiento	Una sola vez, solo para las situaciones que aplique.			
Certificado de asistencia a consulta en salud bucal. (el Carnet)	Formalización del cupo y seguimiento	Cada año	X		
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año			
Formato autorización toma de fotos y vídeos	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya ingresos nuevos			

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.113.794.800

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60499260

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código V 6 Y

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE ROLDANILLO - COLOMBIA - VALLE - ROLDANILLO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ESPINOZA	HOLGUIN

Nombre(s): VALERIA DEL CARMEN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes JULIO Día 16	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA VALLE ROLDANILLO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	15919532-0

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: HOLGUIN BURITICA LUZ AIDA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 36.384.840	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: ESPINOZA GONZALEZ ELEAZAR EMIGDIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE CV 10908642	VENEZUELA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ESPINOZA GONZALEZ ELEAZAR EMIGDIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
DE CV 10908642	

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 autorizado
Año 2020 Mes JUL Día 22	RAUL ALBERTO RUIZ LOPEZ REGISTR Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURIA MPAL DEL ESTADO CIVIL • ROLDANILLO VALLE

REGISTRADURIA ROLDANILLO V COPIA AUTENTICA COTEJADA CON EL ORIGINAL

ESTA REPRODUCCIÓN COINCIDE FIELMENTE CON EL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURIA

22 JUL 2020

FORMATO ÚNICO PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **36.384.840**

HOLGUIN BURITICA

APELLIDOS

LUZ AIDA

NOMBRES

Luz Aida Holguin B

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-ENE-1980**

TULUA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.44 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

21-OCT-1999 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-3109100-01091334-F-0036384840-20190805 0067197610A 1 52011841

Powered by CamScanner

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 10.908.642

MM1602

Juan Dugarte
Director

APELLIDOS ESPINOZA GONZALEZ

NOMBRES ELEAZAR EMIGDIO

FIRMA TITULAR



09-02-71 SOLTERO
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

11-04-18 04-2028
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO



Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 16/11/2025

Ficha: 41396168514300000795

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: VALERIA DEL CARMEN

Apellidos: ESPINOZA HOLGUIN

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1113794800

Municipio: La Plata

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/12/2020

Última actualización ciudadano: 03/12/2020

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: OTONIEL SALAZAR PENNA

Dirección: Carrera 4 No. 5-09

Teléfono: 8371474

Correo Electrónico: sisben@laplata-huila.gov.co

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

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social

Powered by CamScanner

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía

Electrificadora del Huila S.A ESP
Nit. 891.180.001-1

Sr(a) : GUGU MAXIMO
c.c. / Nit: 14193098
CLL 5 SUR # 17-03
Municipio: 396 LA PLATA HUILA Ruta: 43960023520
Dirección Postal:
Ciclo: 176 Sector: 2-LA PLATA

Su código de cuenta NIU
495505064
Para cualquier consulta y pago electrónico

Factura de venta No.
86007659

Periodo	Periodo facturado	Pago total	Pago mínimo	Periodos vencidos
4 / 2025	12/03/25-12/04/25	$39,210	$39,210	0 meses

Datos de cuenta

Clase servicio	Residencial
Estrato	1-Bajo Bajo
Zona	OCCIDENTE
Nivel tensión	1-Secundaria
Carga instalada	100
Tipo liquidación	lectura
Nodo	T12951-LP2P

Costo unitario prestación del servicio

COMPONENTES ELECTROHUILA	
1 Comercialización	154.14
+ 2 Distribución	272.98
TOTAL ELECTROHUILA =	427.12
MERCADO ENERGÍA MAYORISTA	
3 Generación	388.6
+ 4 Transmisión	49.85
+ 5 Restricciones	14.69
+ 6 Pérdidas	88.84
TOTAL MERCADO MAYORISTA =	541.98
Costo unitario ElectroHuila + Mercado =	969.1

Histórico de consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	3	78	2024	9	74
2025	2	97	2024	8	75
2025	1	92	2024	7	71
2024	12	88	2024	6	94
2024	11	95	2024	5	99
2024	10	99	2024	4	102

Promedio de la cuenta	Consumo mes año anterior
91	102

Conceptos ElectroHuila

Concepto		Valor
[redacted]	Consumo Periodo	86,250
110	Interes moratorio	60
607	Ajuste Decena	5
995	Subsidio	<48,969>

Cálculo actual del consumo

Contador	Marca	Tipo Medido	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-45335025	ISK	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	9461	9372	1	89

Liquidación de consumo

Contador	Desde	Hasta	Consumo	Tarifa	Valor Real	Subsi/Contri	ValorCobrar
1	[illegible]	[illegible]	89 KW/h	$418.8847	$86.250	-57%	$37.281
TOTAL							

Financiación ElectroHuila

Descripcion	Saldo
[redacted]	
Tasa de interés	0%

CUFE dbbd681d404bd82746134cc21faf52c103573850406e185c596b2082921b5a1c149c5a3baa660cb0a5847a
Numero de Factura Electronica EH-2712987 Numero de factura: 86007659

Fecha de emisión	Mi último pago fue	Tengo plazo de pagar hasta	Me quedo sin servicio a partir de
14/04/2025	$76,320 01/04/2025	25/04/2025	
		Vencimiento	Suspensión

Valor Energía ElectroHuila	+ Valor Servicio de Aseo	+ Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía)	+ Valor Otros Cobros	=
$37,346		$1,864	$0	$39,210 TOTAL A PAGAR

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN
Reporta cualquier novedad relacionada con la prestación del servicio
01 8000 952 115 | 3134354436
PQR: radicacion@electrohuila.co
www.electrohuila.com.co
24/7

¡Escanea! paga en línea

Pag: 1524

(415)7707274499679(8020)0495505064(3900)0000039210(96)20250425

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

LA PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO EN VIRTUD DEL ARTICULO 130 DE LA LEY 142 DE 1994 MODIFICADA ART. 18 LEY 689 DE 2001

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORRETENEDORES DE RENTA RESOLUCIÓN No. 547/2003 DIAN AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN No. 18029093835396 DE 13-01-2024
AUTORRETENEDORES ICA CIRCULAR 4 DEL 08/10/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA, ARTICULO 637 DEL ACUERDO 028 DE 2018

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	1113794800
NOMBRES	VALERIA DEL CARMEN
APELLIDOS	ESPINOZA HOLGUIN
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	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	24/04/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/04/2025 22:30:53	**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

Powered by CamScanner

CONSULTA EXTERNA

IDENTIFICACION

Paciente :	VALERIA DEL CARMEN ESPINOZA HOLGUIN	**Documento:**	RC No. 1113794800		
Entidad:	NUEVA E.P.S S.A SUBSIDIADA CAPIT	**F. Nacimiento:**	16 - jul. - 2020	**Edad:**	5 Años
Pais: COLOMBIA	**Departamento** HUILA	**Ciudad:**	LA PLATA	**Sexo:**	F
Dirección:	CALLE 5 SUR # 17A - 03 (NUEVO HORIZONTE)	**Teléfonos:**	3157065825		
Grupo poblacional:	No definido	**Etnia:**	OTRO		
Nivel Educación:	No Definido	**Ocupacion:**	No aplica		
Acompañante:		**Parentesco:**			

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta

"RIAS PRIMERA INFANCIA"

Historia Enfermedad Actual

PACIENTE FEMENINA DE 5 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA A CONTROL DE PRIMERA INFANCIA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE LUZ HOLGUIN, REFIERE ALIMENTACION ADECUADA Y BALANCEADA (3 COMIDAS PRICNIPALES Y DOS MERIENDAS), NIEGA SINTOMATOLOGIA ALGUNA AL MOMENTO DE LA VALORACION. SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS RESIDENTES: BARRIO NUEVO HORIZONTE

Antecedentes

PATOLOGICOS
- LA MADRE NIEGA
FARMACOLOGICOS
- LA MADRE NIEGA
HOSPITALARIOS
- POR IVU EN 2024
QUIRURGICOS
- LA MADRE NIEGA
TRAUMATICOS
- LA MADRE NIEGA
TOXICOS
- LA MADRE NIEGA
ALERGICOS
- LA MADRE NIEGA
OTROS
- FAM: ABUELOS CON HTA HIPOTIROIDISMO

----------ANTECEDENTES PERINATALES----------

ANTECEDENTES PERINATALES DEL MENOR
PAI AL DIA (NO APORTA CARNET)
RIA DE PRIMERA INFANCIA AL DIA
ADECUADAS REDES DE APOYO Y MANTIENEN BUENAS RELACIONES FAMILIARES
REPORTE DEL TSH: NORMAL
EMBARAZO PLANEADO:NO
PATOLOGIAS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO:PARTO NORMAL
LUGAR DE NACIMIENTO:ROLDANILLO VALLE DEL CAUCA
EDAD GESTACIONAL:40 SEMANAS
APGAR:DESCONOCE
PESO AL NACER:2600GR
TALLA AL NACER: 48 CM
PERIMETRO CEFALICO:NO SABE
PATOLOGIAS DEL RECIEN NACIDO:NIEGA
ALIMENTACION ADECUADA, BALANCEADA RICA EN PROTEINAS, VERDURAS, FRUTAS Y CARBOHIDRATOS.
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA-MIXTA: MIXTA 6 MESES
EDAD DE LA MADRE AL NACER:40 AÑOS
ADERENCIA A LOS CONTROLES PRENATALES:SI
USO DE BIBERON:SI
LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HERMANOS:3
PATRON ALIMENTICIO Y DEL SUEÑO.....ADECUADO
SALUD VISUAL Y AUDITIVA CONSERVADA Y SIN FACTORES DE RIESGO
ULTIMA VISITA A HIGIENE ORAL: CITA 21/7/25
VIVE CON MADRE,ABUELOS Y HERMANOS
RH O+

REVISION POR SISTEMAS

Sintomatología General: No Refiere, Cabeza Cuello: No Refiere, Neurológico: No Refiere, Endocrino: No Refiere, Respiratorio: No Refiere, Cardiovascular: No Refiere, Gastrointestinal: No Refiere, Genitourinario: No Refiere, Locomotor: No Refiere, Piel y Faneras: No Refiere, Osteomuscular: No Refiere,

EXAMEN FISICO

Powered by CamScanner

CONSULTA EXTERNA

Signos vitales:

Tension Arterial 90/60 Frecuencia Cardiaca 90 Frecuencia Respiratoria 15 Temperatura 37 Talla 99.6 Peso 14 IMC 14.28 PAM: 70
- Clasificación Antropométrica -
Peso para la talla: Peso adecuado para la talla Peso para la edad: Riesgo de Desnutriciòn Global Talla para la edad: Riesgo de Talla Baja IMC para la edad: No aplica (Verificar con P/T) Perímetro cefálico para la edad: Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo
¿Relaciones sexuales sin protección.?: No aplica. ¿Consume alcohol.?: No aplica. ¿Consume sustancias psicoactivas.?: No aplica
¿Fuma.?: No aplica. ¿Realizó examen de mama.?: No aplica. ¿Realizó examen de prostata.?: No aplica ¿Realizó examen de agudeza visual.?: Sí.
¿Vacunado(a) por COVID.?: No. Dosis: N/A Formula desparasitoario: Sí Entrega sumplemento: No indagado
Estado General: Buenas condiciones generales, Cabeza y Cuello: Normocefalo, escleras anictericas, conjuntivas normocromicas, cuello simétrico sin adenopatías, Neurológico: Alerta, consciente orientado, pupilas isocoricas reactivas a la luz, no asimetría facial, no signos meníngeos, no déficit motor ni sensitivo, no focalización., Ocular: Fdo sin alteraciones, av conservada 20/20 bilateral, Otorrinolaringológico: Normal, Torax: Simétrico con adecuada expansión de ambos campos pulmonares, sin presencia de tirajes sub costales, Cardiopulmonar: ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, pulmones normoventilados sin agregados, Dorso - Lumbar: Normal, Abdominal: No distendido, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, no masas ni megalias, Extremidades: No edemas, llenado capilar <3 segundos, Piel y faneras: Normal, Genitourinario: Normal, Tacto rectal: Se Omite, Mamas: Normal, Locomotor: Normal, Ganglionar: Normal, Signos Vitales: Normal, Psicologico: Normal,

Sintomatico Respiratorio: SI **Sintomatico Piel:** NO **Sintomatico Sistema Nervioso:** NO

RESION DIAGNOSTICA

Dx Principal: Z002 EXAMEN DURANTE EL PERIODO DE CRECIMIENTO RAPIDO EN LA INFANCIA
Dx Relacional 1
Dx Relacional 2
Dx Relacional 3
Dx Relacional 4

PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, HIDRATADA. ALIMENTACION SIN COMPLICACIONES, CABEZA NORMAL CON PESO ADECUADO PARA LA TALLA Y RIESGOD E TALLA BAJA, VALORACION VISUAL Y AUDITIVA SIN ALTERACIONES. MENOR DESARROLLA ACTIVIDADES DE ACUERDO A LA ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO, PROPIAS PARA LA EDAD. PRESENTA UN DESARROLLO AFECTIVO Y SOCIO-EMOCIONAL DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, NO ALTERACIONES EN EL COMPORTAMIENTO, NO SIGNOS DE ALARMA EN EL MOMENTO, NO SE OBSERVA SIGNOS DE MALTRATO INFANTIL. SE DAN RECOMENDACIONES NUTRICIONALES Y SIGNOS DE ALARMA, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

Conducta a Seguir

-PROXIMO CONTROL EL 17/7/26
-SE PRESCIBE DESAPARASITANTE Y VITAMINA A******* TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ********
PAMOATO DE PIRANTEL SUS*250MG //Posologia: DAR 2.8CC CADA NOCHE POR 3 NOCHES //Cant: 1 VITAMINA A TAB 50.000 U.I //Posologia: DILUIR LAS 4 CAPSULAS EN MEDIO VASO DE JUGO DE NARANJA //Cant: 4

Conducta educativa

- SE REALIZA EDUCACIÓN A LA MADRE ACERCA DE VACUNACIÓN.
- SE REALIZA EDUCACIÓN ACERCA DE PATRONES DE BUENA CRIANZA.
- SE DAN RECOMENDACIONES PARA EVITAR ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR.
- SE EDUCA Y RECOMIENDA SOBRE LA IMPORTANCIA DE UNA DIETA BALANCEADA PARA LA EDAD CON ADECUADA ALIMENTACION RICA EN PROTEINAS Y BAJA EN CARBOHIDRATOS.
- SE RECOMIENDA ADECUADO LAVADO DE MANOS Y CONSUMO DE AGUA HERVIDA.
- SE DAN RECOMENDACIONES PARA EVITAR ABUSO SEXUAL EN INFANTES Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
- SE EXPLICA LA IMPORTANCIA DE ASISTIR Y SER ADHERENTE A LAS VALORACIONES INTEGRALES EN TIEMPOS ESTABLECIDOS POR LA NORMATIVA.
- CONSULTAR A URGENCIAS EN CASO DE: FIEBRE, DIARREA, VOMITOS EN REPETIDAS OCASIONES, INTOLERANCIA A LA VIA ORAL, PERDIDA DE PESO SIN RAZON APARENTE, CONVULSIÓN, LETARGIA, DIFICULTAD RESPIRATORIA O CIANOSIS (QUE SE LE PONGAN MORADOS LOS DEDOS, BOCA O CUERPO).

********** CONTROL DE P Y M **********
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO: El control se realizo a los : 60 Meses // Con el número de control: 10092847
Obteniendo los siguientes resultados:

MOTRICIDAD GRUESA: Medio Alto
MOTRIZ FINO ADAPTIVA: Medio Alto
AUDICION LENGUAJE: Medio Alto
PERSONAL SOCIÁL: Medio Alto

********** RESULTADOS DE LOS TEST DE P Y M **********
Registro APGAR FAMILIAR: Puntaje obtenido: 20 Interpretación: Buena función familiar. Sin Riesgo
Observaciones.:

Powered by CamScanner

CONSULTA EXTERNA

ADRIANA ANGEL GASCA
MEDICO GENERAL
Registro Medico No. 1081418215

Powered by CamScanner

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer — **Fecha:**

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida — **Fecha:**

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

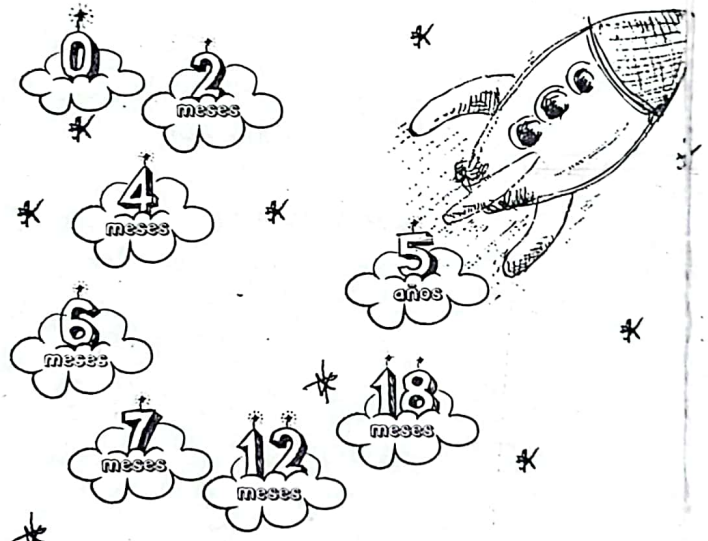
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

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



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI — de cero a siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Valeria del Carmen Espinoza
Fecha de nacimiento: 16-07-2020
Nº de certificado de nacido vivo: 1591953 2-C
Registro civil: 1113794800
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 2965
Dirección: Calle 5 # 10-35 Llanitos
Teléfono: 3146709577
Responsable: Luz Aida Holguin
Municipio de residencia: Roldanillo
Departamento: Valle

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Powered by CamScanner

Nombre: Valeria del Carmen Espinoza Holguin **Registro Civil:** 1103794800

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación (Día Mes Año)	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita (Día Mes Año)	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva Sí☐ No☐							
	Tuberculosis B.C.G.	Única	[illegible]	[illegible]	03286258	HOSA		[illegible]
	Hepatitis B	Recién nacido	16-07-2020	Serum	0328X027D	HOSA		[illegible]
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí☐ No☐							
	Polio (Oral - IM)	1ª	23-Sept-2020	Sanofi	P3N46	HOSA		Fanery Padilla
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	23-Sept-2020	Serum	2859X003E	HOSA		Fanery Padilla
	Rotavirus	1ª	23-Sept-2020	GSK	AROIC263BB	HOSA		Fanery Padilla
	Neumococo	1ª	23-Sept-2020	GSK	ASPNB242AD	HOSA		Fanery Padilla
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí☐ No☐							
	Polio (Oral - IM)	2ª	16 DIC 2020	Sanofi P	T3D891V	ESE SAN SEBASTIAN VACUNACIÓN	13 2 021	Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	16 DIC 2020	SERUM	2850X008C		13 2 021	Ramiro Lemus
	Rotavirus	2ª	16 DIC 2020	GSK	AROIC765AA		— — —	Ramiro Lemus
	Neumococo	2ª	16 DIC 2020	GSK	ASPNB288AA		13 2 021	Ramiro Lemus
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	30-01-2021	SANOFI	T3D891V	ESE S.S		Maidy Mendez
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	30-01-2021	SERUM	2850X008C	ESE S.S	16 JUL 2021	Maidy Mendez
	Influenza	1ª	11 AGO 2021	GREGROS	V3V891V	ESE SAN SEBASTIÁN	11 Sep 2021	Yicela Yawechime
7 Meses	Influenza	2ª	25-9-2021	SANOFI	V3C13	ESESS	———	Meky Ramos
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	11 AGO 2021	SERUM	0130N0910	ESE SAN SEBASTIÁN	— — —	Yicela Yawechime
	Fiebre Amarilla	1ª	29-01-22	Sanofi P	T3J55	ESE SS	— — —	Katherne Vega
	Neumococo	Refuerzo	11 AGO 2021	Glaxo SM	ASPNB310DB	ESE SAN SEBASTIÁN	— — —	Yicela Yawechime
	Influenza	Anual						
	Hepatitis A	ÚNICA	11 AGO 2021	Merck	T036268	ESE SAN SEBASTIÁN	30 1 22	Yicela Yawechime
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo	29-01-22	Serum	2820X008B	ESE SS	— — —	Katherne Vega
	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo	29-01-22	Biofarm	1801K07AA	ESE SS	— — —	Katherne Vega.
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo	31 JUL. 2025	BILTHOVEN	2423003	ESE SAN SEBASTIAN	9 AÑOS	RAMIRO LEMUS
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo	31 JUL. 2025	BIOLOGICAL	2271005524	ESE SAN SEBASTIAN	9 AÑOS	RAMIRO LEMUS
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	31 JUL. 2025	SERUM	0733N1227A	ESE SAN SEBASTIAN	———	RAMIRO LEMUS
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	1ª	11 AGO 2021	Merck	U006190	ESE SAN SEBASTIAN	— — —	Yicela Yawechime
	Vacuno SAR	R1	31 JUL. 2025	MINCKSHAN	3U078876	ESE SAN SEBASTIAN	— — —	RAMIRO LEMUS
		U	25-9-21	Serum	0184W235	ESESS	———	Meky Ramos

Estas vacunas son gratuitas

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

PIDE TU CITA

LA PLATA **CALL CENTER**
3235639250

Horario de asignación de citas

Mañana: 6:30 a.m. a 12:00 a.m.
Días: De Lunes a Viernes

Tarde: 1:30 p.m. a 5:00 p.m.
Días: Lunes a Viernes

Sábado: 6:30 a.m. a 11:00 a.m.

Belén **318-3208889**
7:00 a.m. a 9:00 a.m.
Días: De Lunes a Viernes

Gestión con Resultados

E.S.E San Sebastián
Siempre adelante en servicios

San Sebastián	E.S.E. SAN SEBASTIAN	CODIGO	APS-FO-13
	LA PLATA HUILA	VERSION	G1.009
	NIT. 813.002.872-4	APROBACIÓN	2016

CARNET
PREVENCIÓN SALUD BUCAL



Nombres y Apellidos: Valeria del Carmen Espinosa
No. De Documento: 1113794800 Tipo de Doc.:
Fecha de Nacimiento: 16-07-90 Edad:
EPS: Coosalud
Dirección o Vereda: Nuevos Ovizoules
Teléfono: 3146709577

PROCEDIMIENTO	Fecha de Atención			Próxima Cita		
	D	M	A	D	M	A
CPB. Flúor Barniz	15	10	021		Abril	022
CPB+Flúor B	6	12	22	6	6	23
CPB+FB	18	07	23	18	01	24
CPB+FB	18	01	24	19	07	24 Kal
CPB+Flúor B	22	07	2024	22	01	2025
CPB+FB	21	01	25	21	07	25 Kal
	31	07	25	31	01	26

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

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS Los pescaditos, 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): Valeria del Carmen Espinoza con RC No 1113794800 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 05 del mes Febrero del año 2025, en el Municipio de La Plata (H).

Luz Aida Holguin B.
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Magaly Paja G
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad La Plata

Nombre completo de la niña o niño Valeria del Carmen Espinoza Holguin

Fecha de nacimiento 16 07 2020 **N° Documento de Identidad** 1113794806

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** 03 02 Año

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Magaly Paja Guevara

Fecha de registro cualitativo 25 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 [yellow]

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales
La niña se encuentra dentro del rango esperado ya que presenta todas las dimensiones Fundamentales en su etapa de edad.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Magaly Paja Guevara

Fecha de registro cualitativo 29 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 [blue]

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales
Se registro todos los dimensiones fundamentales de acuerdo a su perfil de desarrollo esperado

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Magaly Paja Guevara

Fecha de resgistro cualitativo 31 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 ●

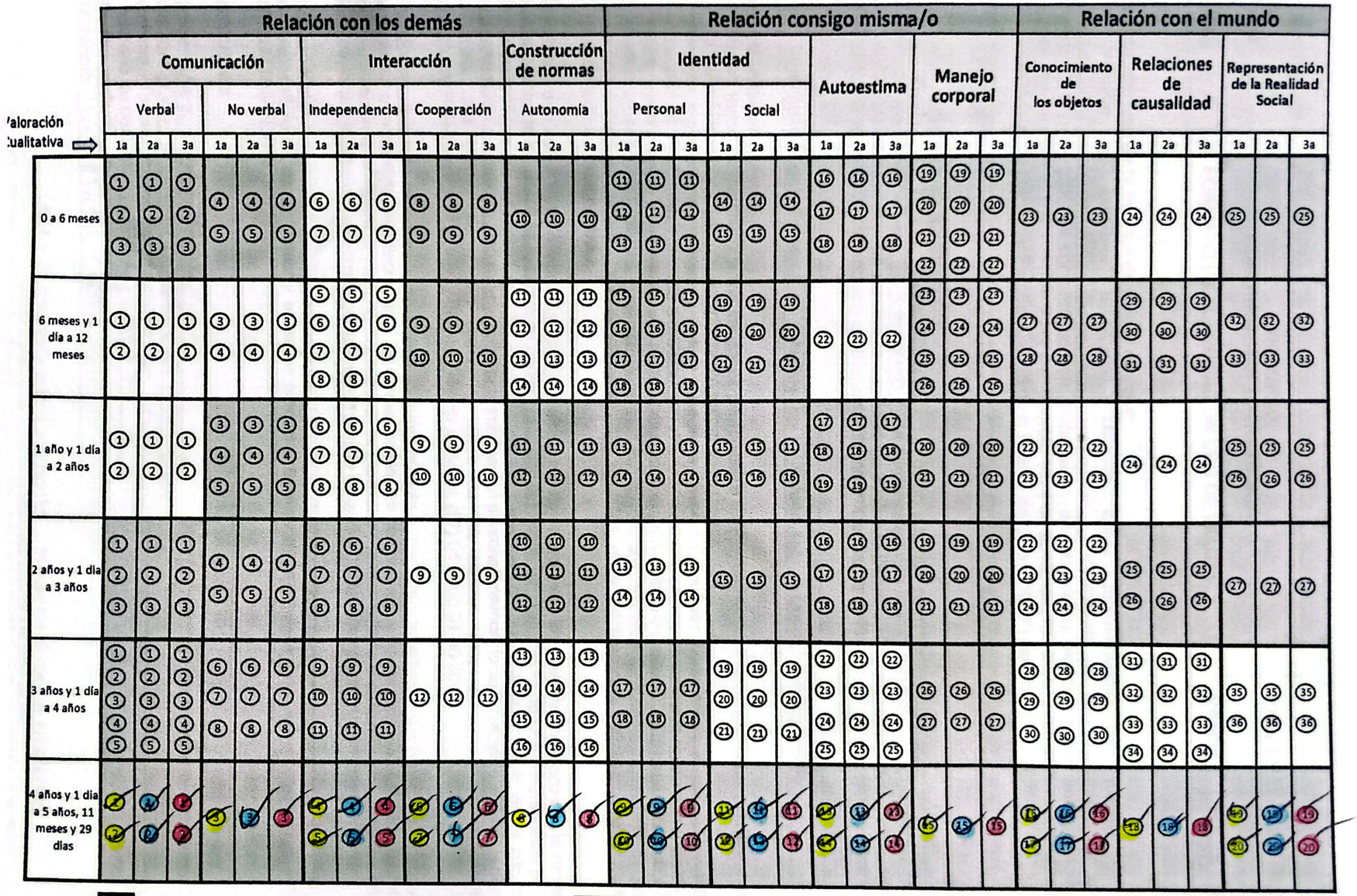
Color de registro valoración cualitativa [red]

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales
La niño se encuentra dentro de lo esperado teniendo en cuenta que ha cumplido con los items de los dimensiones fundamentales que se encuentran en su etapa de edad.

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

Powered by CamScanner



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 Valeria del Carmen Espinoza Holguin, identificado (a) con documento de identidad número 1113794800 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		Audios		Videos		Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Luz Aida Holguin Buritica, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 36384840, 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		Audios		Videos		Otros datos personales	

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 **FUNDACION 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 **MODALIDAD COMUNITARIA.**

Suscriben:

Firma: Luz Aida H.B.
Nombre: Luz Aida Holguin B.
Calidad - Titular: Mama Representante legal: Si
Teléfono de contacto: 3146709577
Fecha: 03-02-2025
Municipio: La Plata (H)

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

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:	FUNDACION GRUPO LIBERTAD
Nombre de Asegurado:	VALERIA DEL CARMEN ESPINOZA HOLGUIN

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1113794800	2025/02/01	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