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

HCB los pescaditos

USAURIO: Maximiliano Titimbo P. ***RC No.*** 1145832332



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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

59573836

NUIP 1145832332

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59573836

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	D	U	W
X									

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

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

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TITIMBO	PACHECO

Nombre(s)

MAXIMILIANO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes MAY Día 06	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - HUILA - LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	163645111

Datos de 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

PACHECO CHANTRE LILIANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1006156873	COLOMBIA

Datos de padre o madre (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

TITIMBO CALDERON OSCAR HERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 12283345	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

TITIMBO CALDERON OSCAR HERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 12283345	Oscar Hernando Titimbo

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2021 Mes MAY Día 07	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 114;07/05/2021

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.006.156.873**

APELLIDOS
PACHECO CHANTRE

NOMBRES
LILIANA

Liliana pacheco

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **08-FEB-1986**

RIOBLANCO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,58 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

10-SEP-2004 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1904900-00705417-F-1006156873-20150514 0044137130A 1 42159649

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 12.283.345

TITIMBO CALDERON
APELLIDOS

OSCAR HERNANDO
NOMBRES

Oscar H. TiTimbo
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 21-DIC-1984
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

07-ENE-2003 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

P-1904900-50117391-M-0012283345-20030820 0208203232A 01 139941616

Powered by CamScann

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 16/11/2025

Ficha: 41396008513000000415

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MAXIMILIANO

Apellidos: TITIMBO PACHECO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1145832332

Municipio: La Plata

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/07/2019

Última actualización ciudadano: 21/06/2021

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: OTONIEL SALAZAR PENNA

Dirección: Carrera 4 No. 5-09

Teléfono: 8371474

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

Powered by CamScanner

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía

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

Sr(a) : AMALIA POSADA CHANTRE
c.c. / Nit: 26522786
K 15B 12 20 S T1 APTO 505
Municipio: 396 LA PLATA HUILA Ruta: 43960014420
Dirección Postal:
Ciclo: 176 Sector: 1-LA PLATA

Su código de cuenta NIU
906538453
Para cualquier consulta y pago electrónico

Factura de venta No.
86006703

Periodo	Periodo facturado	Pago total	Pago mínimo	Periodos vencidos
4 / 2025	12/03/25-12/04/25	$30,950	$30,950	1 meses

Datos de cuenta

Clase servicio	Residencial
Estrato	1-Bajo Bajo
Zona	OCCIDENTE
Nivel tensión	1-Prop. N 2 Aerea
Carga instalada	1
Tipo liquidación	lectura
Nodo	T19889-LP2P

Costo unitario prestación del servicio

COMPONENTES ELECTROHUILA	
1 Comercialización +	154.14
2 Distribución	223.44
TOTAL ELECTROHUILA =	377.58
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)	919.56

Histórico de consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	3	38	2024	9	26
2025	2	46	2024	8	24
2025	1	43	2024	7	38
2024	12	35	2024	6	38
2024	11	22	2024	5	37
2024	10	27	2024	4	49

Promedio de la cuenta	Consumo mes año anterior
34	49

Conceptos ElectroHuila

Concepto		Valor
0	Deuda Capital	14.238
21	Consumo Periodo	34,943
110	Interes moratorio	71
607	Ajuste Decena	2
995	Subsidio	<19,777>

Calculo actual del consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-19274288	HIK	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	1611	1573	1	38

Liquidación de consumo

Contador	Desde	Hasta	Consumo	Tarifa	Valor Real	Subsi/Contri	ValorCobrar
1	1	120	38 KWh	$399.1059	$34,943	-57%	$15.166
TOTAL							

Financiación ElectroHuila

Descripcion	Saldo

Tasa de interés 0%

CUFE: bfb05bc8e33c36dec426ba6300bb400435e9580fd949423aa1bb26c936f1cbde51e79c924566963870f578
Numero de Factura Electronica EH-2712820 Numero de factura: 86006703

Fecha de emisión	Mi último pago fue	Tengo plazo de pagar hasta	Me quedo sin servicio a partir de
14/04/2025	$36,820 21/02/2025	PAGO INMEDIATO	PAGO INMEDIAT
		Vencimiento	Suspensión

Valor Energía ElectroHuila	+ Valor Servicio de Aseo	+ Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía)	+ Valor Otros Cobros	=
$29,477		$1,473	$0	$30,950 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: 586

74499679(8020)0906538453(3900)0000030950(96)20250425

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

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORRETENEDORES DE RENTA RESOLUCIÓN No. 647/2007 DIAN AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN No. 18760002035206 01-2024 RETENEDORES ICA CIRCULAR 4 DEL 08/09/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA, ARTICU EL ADJEBOO 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	1145832332
NOMBRES	MAXIMILIANO
APELLIDOS	TITIMBO PACHECO
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	06/09/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/04/2025 22:27:01	**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

Powered by CamScanner

DATOS DEL RECIEN NACIDO
QUIEN SOY

Nombres y apellidos: MAXIMILIANO TRIMBO PACHECO

Identificación: 1148832332 EPS: 024

Fecha de nacimiento: Día. 06 Mes: 05 Año: 2021.

Edad: _____ Días: _____ Mese s: _____ Años: ____ Sexo: M

Recién Nacido: Pretermino: ___ A termino: ___ Edad Gestacional: 40

Embarazo: Único: X ___ Múltiple: _____ No de Gestaciones 3

Peso: 3900 Kg. Talla: 51 cm. Perímetro Cefálico: _____ cm.

Tipo de sangre: O+ Lugar que ocupa entre los hermanos: 3

TSH: _____ Serología: _____

Nombre de la Madre: _____ Ocupación: _____

Nombre del Padre: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

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

Powered by CamScanner

CITAS DE CONTROL

DIA	MES	AÑO	HORA	PROFESIONAL
20	08	2021	Enf.	
5	11	2021	Med.	
11	01	2022	Enf	
11	04	2022	Enf	
*28	07	2022	Med.	
26	12.	2022	Jefe.	
05	Junio	2023.	medico	Andrea Pilews
05	Diciembr.	2023	Enferm.	
05	Junio	2024	Med	
05	Junio.	2025	Enf	
03	Junio	2026	Med.	

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.

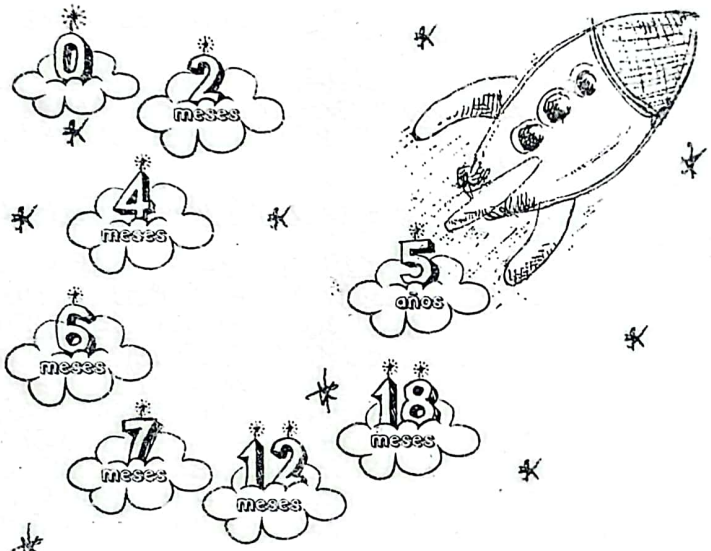
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

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
Porque mi vida hay que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

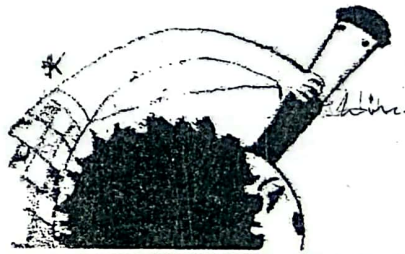
Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Maximiliano Titimbo Pacheco
Fecha de nacimiento: 06-05-21
Nº de certificado de nacido vivo: 163645111
Registro civil: 1145832332
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O positivo
Peso al nacer: 3970 Gramos
Dirección: B. Villa Americas
Teléfono: 3105721120
Responsable: Liliana Pacheco
Municipio de residencia: La plata
Departamento: Huila

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Powered by CamScanner

Nombre: Titimbo Palleco Maximiliano **Registro Civil:** _____

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 SI☑ No☐							
	Tuberculosis B.C.G.	Única	07-05-21	Serum	03706007	Hosp		Nini Vega
	Hepatitis B	Recién nacido	07-05-21	Serum	03204013E	Hosp	07 07 21	Jefe Enfermeria
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí☐ No☐							
	Polio (Oral - IM)	1ª	10 JUL 2021	BIOTHOVEN	2027007		10 SEP 2021	María Yicela Salazar
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	10 JUL 2021	SERUM	28504026		10 SEP 2021	María Yicela Salazar
	Rotavirus	1ª	10 JUL 2021	GLAXO SM	ARDCE774A		10 SEP 2021	María Yicela Salazar
	Neumococo	1ª	10 JUL 2021	GLAXO SM	ASPNB310DB		10 SEP 2021	María Yicela Salazar
4 Meses	Lactancia materna exclusiva SÍ☐ No☐							
	Polio (Oral - IM)	2ª	16-9/2021	BILTHOVEN	2705007		16 11 021	María Yicela Salazar
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	16-9/2021	SERUM	28504034B		16 11 021	María Yicela Salazar
	Rotavirus	2ª	16-9/2021	GLAXOSM	ANDC842AA			María Yicela Salazar
	Neumococo	2ª	16-9/2021	GLAXOSM	ASPRB3118A			María Yicela Salazar
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	18-11/2021	BILTHOVEN	2713006	ESE SAN SEBASTIAN	6 5 022	Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	18-11/2021	SERUM	28504035B	ESE SAN SEBASTIÁN	6 5 022	Ramiro Lemus
	Influenza	1ª	18-11/2021	SANOFI P.	V3C731V	ESE SAN SEBASTIÁN	18 11 021	Ramiro Lemus
7 Meses	Influenza	2ª	13 01 2022	SANOFI	U38871V	ESE SAN SEBASTIÁN		María Yicela Salazar
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	17-05-2022	SERUM	01304129A		6-05 2026	Nelcy Yaned Ramos Vidal
	Fiebre Amarilla	1ª	23-11/2021	SANOFI P.	V3E39	ESE SAN SEBASTIAN	— — —	Ramiro Lemus
	Neumococo	Refuerzo	17-05-2022	GLAXOSM	ASPNB320AB	VACUNACIÓN LA PLAYA	— — —	Nelcy Yaned Ramos Vidal
	Influenza	Anual	17-05-2022	SANOFI	V5022206		— — —	Nelcy Yaned Ramos Vidal
	Hepatitis A	ÚNICA	17-05-2022	GlaxoSmith	V025717		18 NOV 2022	Nelcy Yaned Ramos Vidal
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1' Refuerzo	23-11/2021	SERUM	28519077A	ESE SAN SEBASTIAN	6 5 026	Ramiro Lemus
	Polio (Oral - IM)	1' Refuerzo	23-11/2021	BILTHOVEN	2147015	ESE SAN SEBASTIAN	6 5 026	Ramiro Lemus
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo						
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela		17-05-2022	MERCK	U026213		6 05 202	Nelcy Yaned Ramos Vidal
	SARAMPIÓN RUBEOLA	U	22-11/2021	SERUM	01224W076	ESE SAN SEBASTIAN	— — —	Ramiro Lemus

Estas vacunas son gratis

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

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

E.S.E San Sebastián

Siempre adelante en servicios

San Sebastián	E.S.E. SAN SEBASTIAN	CODIGO	APLICA A:
	LA PLATA HUILA	VERSION	G1-009
	NIT. 813.002.672-4	APROBACIÓN	2016

CARNET

PREVENCIÓN SALUD BUCAL



Tomarla
8m
9:10

Nombres y Apellidos: Maximiliano Hinestroza

No. De Documento: 1114583233 Tipo de Doc.: RC

Fecha de Nacimiento: 06/may/21 Edad: 1

EPS: Sanitas

Dirección o Vereda:

Teléfono:

PROCEDIMIENTO	Fecha de Atención			Próxima Cita		
	D	M	A	D	M	A
GBI-GB	17	12	22	17	06	23
	17	06	23	17	12	23
CONTROL PLACA- FLUOR.	14	12	2023	14	06	2024
GBI-GB	24	09	24	23	08	25 RL
Control	26	03	25	26	09	25
GBI-GB	26	09	25	26	03	26 RL

Powered by CamScanner

	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 Pescaditos, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio Fundación 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): Maximiliano Titimbo P. con RC No 1145832332 Para ello me comprometo a:

1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al HCB, teniendo en cuenta que es un servicio que me presta el Estado en el marco de la garantía de los derechos de los niños y las niñas.
2) Participar de las actividades que sean convocadas por UDS, la Entidad Administradora del Servicio o el ICBF, con el fin de promover el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas.
3) Cumplir el horario de atención establecido en la UDS
4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias ingresa y se retira a mi hijo(a) de la UDS.
5) Entregar los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de mi hijo(a) Estos documentos son:

   1. Certificado de afiliación a salud.
   2. Fotocopia del registro civil del niño.
   3. Fotocopia del carné de vacunas actualizado
   4. Fotocopia del carné de crecimiento y desarrollo actualizado
   5. Certificación de SISBÉN.

   NOTA: En caso de no contar con alguno de los documentos mencionados, informar en la UDS para activar la Ruta Interinstitucional que contribuya a garantizar una atención integral para mi hijo(a).

Powered by CamScanner

6) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) asista al servicio médico y demás actividades de promoción y prevención para lograr el mejor estado posible de salud.
7) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) transite al Sistema de Educación Escolar, una vez haya cumplido los cinco (5) años.
8) Informar y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de mi hijo(a), adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si se cuenta con ellos).
9) Elegir o ser elegido en el comité de control social que se convoquen con el fin de velar por una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por el ICBF para la Modalidad Comunitaria

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el día 03 del mes Febrero del año 2025, en el Municipio de La Plata.

Oscar HERNANDO TIMBO
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 Maximiliano Titimbo Pacheco

Fecha de nacimiento 06 05 2021 **N° Documento de Identidad** 1145832332

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Magaly Paja Guevara

Fecha de registro cualitativo 25 05 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 encuentra dentro de un perfil esperado de acuerdo a los items de la escala de valoración

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 **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

Se registra 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 ○

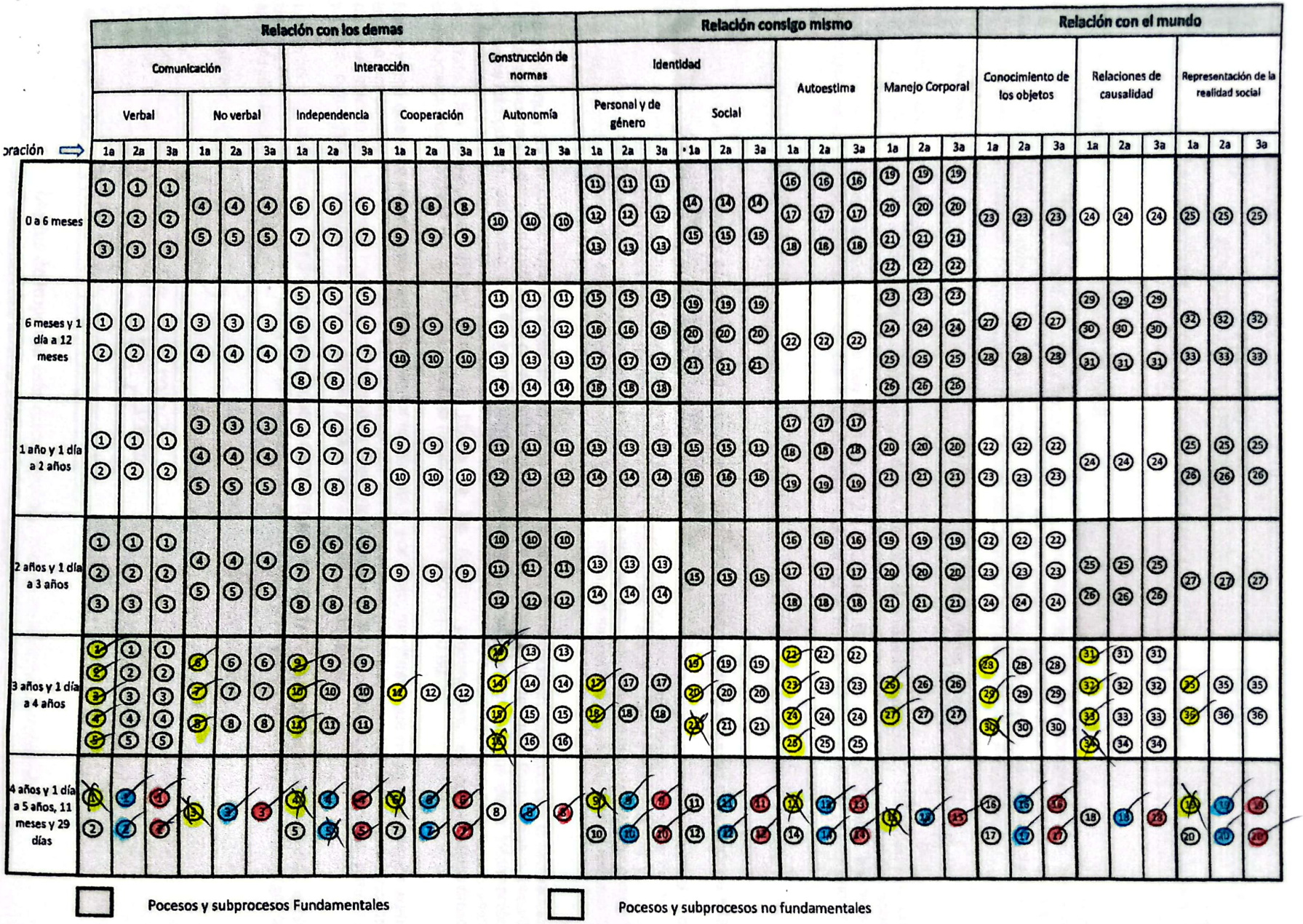
Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

El niño presenta todas las dimensiones fundamentales de acuerdo a su 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 Maximiliano Titimbo Pacheco, identificado (a) con documento de identidad número 1145832332, 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, Oscar Hernando Titimbo Pachero, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 12.283.345, 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: _____
Nombre: OSCAR HERNANDO TITIMBO
Calidad - Titular: SI Representante legal: PAPA
Teléfono de contacto: 3125957244
Fecha: 03-02-2025
Municipio: La Plata (H)

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: MAXIMILIANO TITIMBO PACHECO

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1145832332	2025/02/01	2026/02/01

Muerte Accidental	$10.000.000,00	Gastos Médicos	$9.000.000,00

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

Desde Bogotá: 3274712/13

Línea nacional: 018000111935

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

www.segurosmundial.com.co

Powered by CamScanner