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

HCB Los Pescaditos

USAURIO: Keylin Hodara Mena Pajoy ***RC No.*** 1145832773



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		

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	X		
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

63851410

NUIP 1145832773

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63851410

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 e/o Inspección de Policía

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

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MENA	PAJOY

Nombre(s)

KEYLIN HADARA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes AGO Día 03	FEMENINO	A	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	22081110020319

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

PAJOY MEDINA KAREN TATIANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1004249018	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

MENA LOPEZ KEVIN ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1081392348	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MENA LOPEZ KEVIN ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1081392348	Kevin Alexander mena lopez

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2022 Mes AGO Día 04	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Kevin Alexander mena lopez Firma	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 234;04/08/2022

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 31296001-9

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.004.249.018**

PAJOY MEDINA

APELLIDOS

KAREN TATIANA

NOMBRES

Karen tatiana pm

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **16-JUL-2002**

LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA

AB+ G.S. RH

F SEXO

27-AGO-2020 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1900100-01155884-F-1004249018-20200901 0071621027A 1 8500570593

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.081.392.348
MENA LOPEZ

APELLIDOS
KEVIN ALEXANDER

NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-SEP-2002
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69 O- M
ESTATURA G.S. RH SEXO
13-OCT-2020 GARZON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1903400-01170504-M-1081392348-20201014 0072073244A 1 8500784327

Powered by CamScanner

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 16/11/2025

Ficha: 41396001530000015179

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: KEYLIN HADARA

Apellidos: MENA PAJOY

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1145832773

Municipio: La Plata

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/10/2023

Última actualización ciudadano: 11/10/2023

Última actualización via 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

Electrificadora del Huila S.A. ESP
NIT. 891180 001-1

Sr(a): MAGDA CECILIA TRUJILLO ROA
C.C. / Nit: 36067192
K 14A 11 16S
Municipio: 396 LA PLATA HUILA Ruta: 43960014290
Dirección Postal:
Ciclo: 176 Sector: 1-LA PLATA

Su código de cuenta NIU
832098858
Para cualquier consulta y pago electrónico

Factura de venta No.
87211852

Periodo	Periodo facturado	Pago total	Pago mínimo	Periodos vencidos
7 / 2025	12/06/25-12/07/25	$38.740	$38,740	0 meses

Datos de cuenta

Clase servicio	Residencial
Estrato	1-Bajo Bajo
Zona	OCCIDENTE
Nivel tensión	1-Secundaria
Carga instalada	75
Tipo liquidación	lectura
Nodo	T10244-LP2P

Costo unitario prestación del servicio

COMPONENTE ELECTROHUILA
1 Comercialización 165.28
+
2 Distribución 299.01
TOTAL ELECTROHUILA = 464.29
MERCADO ENERGÍA MAYORISTA
3 Generación 388.94
+
4 Transmisión 56.76
+
5 Restricciones 39.67
+
6 Pérdidas 78.8
TOTAL MERCADO MAYORISTA = 564.17
Costo unitario = 1028.46

Histórico de consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	6	91	2024	12	88
2025	5	99	2024	11	113
2025	4	101	2024	10	103
2025	3	90	2024	9	75
2025	2	89	2024	8	67
2025	1	86	2024	7	60

Promedio de la cuenta	Consumo mes año anterior
92	60

Conceptos ElectroHuila

Concepto		Valor
21	Consumo Periodo	88.447
110	Interes moratorio	32
608	Ajuste Decena	<2>
995	Subsidio	<51.580>

Cálculo actual del consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-61525246	ISK	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	7851	7765	1	86

Liquidación de consumo

Contador	Desde	Hasta	Consumo	Tarifa	Valor Real	SubsidContri	ValorCobrar
1	1	130	89 KWh	$428.6808	$38.447	-58%	$36.897

TOTAL

Financiación ElectroHuila

Descripcion	Saldo

Tasa de interés 0%

CUFE 831a34dh00e29071ebc9abc1ee73c1f6f3d3e5147ea19eab2cfa1e8a3784209486a95ec29d8ceeba2fffae
Número de Factura Electrónica EH-3880596 Número de factura: 87211852

Fecha de emisión	Mi último pago fue	Tengo plazo de pagar hasta	Me quedo sin servicio a partir de
15/07/2025	$40,760 01/07/2025	25/07/2025 Vencimiento	Suspensión

Valor Energía ElectroHuila	+ Valor Servicio de Aseo	+ Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía)	+ Valor Otros Cobros	=
$36,897		$1,843	$0	$38,740 TOTAL A PAGAR

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN
cotización del servicio
01 8000 952 115 | 3134354436
PQR: radicacion@electrohuila.co
www.electrohuila.com.co

¡Escanea! paga en línea

Ref: 569

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

(415)7707244995679(8020)0832095859(3900)000036740(96)20250725

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	1145832773
NOMBRES	KEYLIN HADARA
APELLIDOS	MENA PAJOY
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

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 22:22:56	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

Powered by CamScanner

DATOS DEL RECIEN NACIDO
QUIEN SOY

Nombres y apellidos: Kayin Hadeo Nieto payoy

Identificación: 1145832773 EPS: Compensar

Fecha de nacimiento: Día. 3 Mes: 08 Año: 2022

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

Recién Nacido: Pretermino: ___ A termino: X Edad Gestacional: 39

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

Peso: 3500 Kg. Talla: 48 cm. Perímetro Cefálico: ___ cm.

Tipo de sangre: A(+) Lugar que ocupa entre los hermanos: 1

TSH: _____ Serología: _____

Nombre de la Madre: Karen Nataly Payoy Ocupación: Ama de Casa

Nombre del Padre: Juan Alexander Nieto Ocupación: Contratista

Dirección: B/ Altos de la Estancia Teléfono: 3138053377

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

Powered by CamScanner

CITAS DE CONTROL

DIA	MES	AÑO	HORA	PROFESIONAL
29	09.	2022	Medico	
3	Nov	2022	Enf	Daniela Chaves
3	enero	2023.	Med	
14	[illegible]	2023	Enf.	
14	Junio	2023		
24	Mayo	2023	Enf	
30	Agosto	2023	md	
10	Febrero	2024	Enfermería	
3	08	2024	Medico	Karen
3	feb.	2025	Jefe	Karen
16	Julio	2025	Jefe	Karen
10	NOV	2025	Medico	Paula Peralta.
	agosto	2026	Jefe	

Powered by CamScanner

FORMULARIO DE REGISTRO

FECHA	EDAD	PESO	TALLA	PC	PT	OBSERVACIÓN
29/01/22	1M.	5.8	56	38	40	Talla adecuado
3-NOV-22	3M	6.8	60	40		PMV
05/01/23	5M	8,2	65	42.5		Riesgo Sobrepeso
14/3/23	7M	9.4kg	67.3cm	44	46	SOBREPESO
24/05/23	9m	10	70.5	45	PB=15	PV Sobrepeso
5/8/23	12m	10.9 kg	72 cm	46.		Sobrepeso
2/8/24	24M	11.3	82.5	46.5		Sano.
30-01-25	2A 5M	11.5	86.5	47		Talla adecuado
16-04-25	2A 5M	12.3	88.3	48		De acuerdo
10-11-25	3 AÑOS	14,3	93	49		Adecuado

Powered by CamScanner

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resulado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardipopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado				
	Visual	Normal		Alterado				
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA								

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega							
2.ª entrega							
3.ª entrega							
4.ª entrega							
5.ª entrega							

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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



Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: KEYLIN HADARA MENA PAJOY
Fecha de nacimiento: 3-08-2022
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 7145832773
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: A+
Peso al nacer: 3235. Talla: 48 cm
Dirección: B. Alto de San Sebastian
Teléfono 1: 3229054901
Teléfono 2:
Responsable: Karen tatiana Pajoy N
Municipio de residencia: La Plata
Departamento: Huila

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Keilyn Hadara Mena Pajoy Tipo identificación: RC No. ID: 1145832773

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	3	08	2022	Serum	03714MA00B	HDSP				[illegible]
	Hepatitis B	Recién nacido	3	08	2022	Serum	03291Q0138	HDSP				[illegible]
2 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	3	10	022	BIOTHOUSE	27470174		3	12	022	Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	3	10	022	SERUM	28574022		3	12	022	Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	3	10	022	SERUM	28574022		3	12	022	Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	3	10	022	SERUM	28574022		3	12	022	Ramiro Lemus
	Diarrea por rotavirus	1.ª	3	10	022	GSK	AA01D050 1B		3	12	022	Ramiro Lemus
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	3	10	022	PNEUMO 23	FA4897		3	12	022	Ramiro Lemus
4 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	3	12	022	BIOTHOUSE	27470175		3	2	023	Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	3	12	022	SERUM	28571X0219		3	2	023	Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	3	12	022	SERUM	28571X0219		3	2	023	Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	3	12	022	SERUM	28571K0219		3	2	023	Ramiro Lemus
	Diarrea por rotavirus	2.ª	3	12	022	GSK	AA01L050 1B		—	—	—	
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	3	12	022	PNEUMO 23	EK8589					Ramiro Lemus
6 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	03	02	2023	BIOTHOUSE	27061C2		03	05	2023	[illegible]
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	03	02	2023	SERUM	28516021E		03	05	2023	
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	03	02	2023	SERUM	28516021E		03	05	2023	
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	03	02	2023	SERUM	28516021E		03	05	2023	
	Influenza estacional	1.ª	25	02	23	GREEN	VS0222015	ESE S. SEM				RITO TIBAMA
7 meses	Influenza estacional	2.ª (1)	15 AGO 2023			GREEN	VS0523004	ESE SS	27	06	2023	RITO TIBAMA
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª				SERUM	07138A	ESE SAN SEBASTIAN	3	2	2024	[illegible]
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	15 AGO 2023			PNEUMO 23	FA9825	ESE SAN SEBASTIAN	—	—	—	[illegible]
	Varicela	2.ª	30 09 2023			MERCK	K00632	ESE SAN SEBASTIÁN				Yicela Yacuecnime C.
	Hepatitis A	Única	15 AGO 2023			MSD	20227005	ESE SAN SEBASTIAN	—	—	—	[illegible]
	Influenza estacional	Anual	15 AGO 2023			GREEN CROSS	VS0523004	ESE SAN SEBASTIAN	—	—	—	[illegible]
18 meses	Poliomielitis (VIP ☒ VOPb ☐)	1.er refuerzo	03	02	24	Biological E	22350019	ESE Mª AUX				Ana Claras
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	03	02	24	SERUM	28516003A	ESE Mª AUX				Ana Claras
	Fiebre amarilla	Única	03	02	24	Sanofi Pasteur	W3D50	ESE Mª AUX				Ana Claras
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo							03	08	27	
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo							03	08	27	
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1R	03	02	24	SERUM	01530001A	ESE Mª AUX				Ana Claras
	Varicela	Refuerzo							03	08	27	
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

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

Powered by CamScanner

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 atalaya en servicio

San Sebastián

E.S.E. SAN SEBASTIAN
LA PLATA HUILA | VERSION 01 DIC
NIT. 813.002.672-4 | APROBACION 2016

CARNET

PREVENCIÓN SALUD BUCAL



Nombres y Apellidos: Kaylin Hadwin Ofama
No. De Documento: 1145832773 Tipo de Doc.: RC
Fecha de Nacimiento: 03-08-22 Edad: 1
EPS: N.Eps.
Dirección o Vereda: B/ Altos de San Sebastian
Teléfono:

PROCEDIMIENTO	Fecha de Atención			Próxima Cita		
	D	M	A	D	M	A
Cita	5	08	23	5	02	24
Higiene Oral	07	02	24	07	02	24
Higiene Oral	07	08	24	7	Feb	2025.
	07	03	25	08	09	2025
	20	05	2025.	20	11	2025
ABTAB	24	V	25	27	05	26 KL

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 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): Keylin Hadara Mena. con RC No 1145832773 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 25 del mes Agosto del año 2025, en el Municipio de La Plata.

Karen Tatiana Pajoy Medina.
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Magaly Raya 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 Keylin Hadura Mena Pajoy

Fecha de nacimiento 03 08 2022 **N° Documento de Identidad** 1145832773

Sexo Masculino ○ Femenino ⊗ **Fecha de 1er día de atención en el año** 25 08 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Magaly Pajoy Gucuara

Fecha de registro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales
La niña se encuentra dentro del rango esperado, ya que presenta todos 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

Fecha de registro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

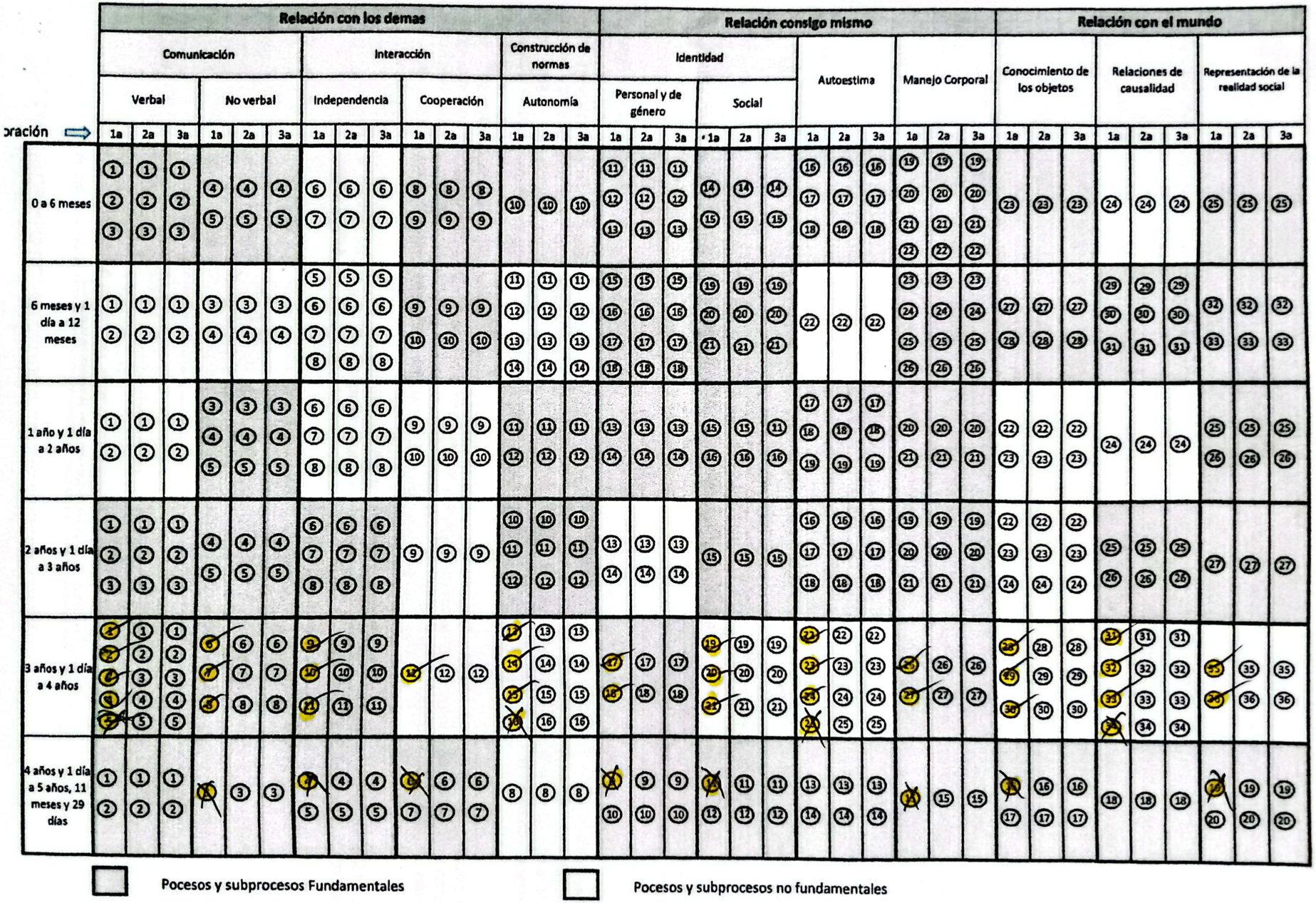
Rango de edad
0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

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

Observaciones generales

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

Powered by CamScanner



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 Keylin Hadara Mena Pajoy, identificado (a) con documento de identidad número 1145832773, 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, Karen tatiana Pajoy Medina., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004249018, 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: Karen tatiana Medina.
Nombre: Karen tatiana Medina.
Calidad - Titular: Mamá Representante legal: Si
Teléfono de contacto: 3138505377
Fecha: 25. 08. 2025
Municipio: La plata Huila.

¡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