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

HCB: MI PEQUÑO MUNDO

USAURIO: ADRIANA SCHARTOT VALLE BETANCOURT ***RC No.*** 1.07.325.809



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

Powered by CamScanner

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

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

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
27983260-4

NUIP 1.075.325.809

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61176258

61176258

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código K 2 W

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

REGISTRADURIA DE NEIVA - COLOMBIA - HUILA - NEIVA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VALLE	BETANCOURT

Nombre(s)

ADRIANA SHARLOTH

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes MAR Día 07	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA NEIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	163600949

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

BETANCOURT SOTO MATERLI

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.149.196.366	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

VALLE TUBERQUIA LUIS FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.006.518.199	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

~~VALLE TUBERQUIA LUIS FERNANDO~~

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.006.518.199	Luis Fernando Valle

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 MAR Día 25	LUIS FELIPE FUENTES CHARRY - RE Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

25.MAR.2021 - LIBRO DE VARIOS FOLIO 0013

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

dispapeles 76313

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.006.518.199
VALLE TUBERQUIA

APELLIDOS
LUIS FERNANDO

NOMBRES



Luis Fernando Valle To
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-DIC-1987
SAN VICENTE DEL CAGUAN
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

05-DIC-2007 SAN VICENTE DEL CAGUAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-4401000-00155613-M-1006518199-20090505 0011232246A 1 23775966

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.149.196.366**

BETANCOURT SOTO

APELLIDOS

MAYERLY

NOMBRES



Mayerly Betancourt Soto

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-ABR-1997**

PITALITO
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 **A+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

26-MAY-2017 LA MONTAÑITA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-4400700-00913178-F-1149196366 20170615 **00558**15252G 3 48162946

Powered by CamScanner

Trans
Nit 8

lectrónicos
E -05 -001

AUTO
DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART.4
RESOL . 000055 DEL 14/07/16 DIAN SOMOS GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4
DEL 00/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

FACTURA DE VENTA No. 86161894

TOTAL A PAGAR
$ 26.070

Documento equivalente según
articulo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 20/MAY/2025

FECHAS DE LECTURAS: 05/MAR/2025 - 05/MAY/2025
FECHA SUSPENSIÓN: 22/MAY/2025

INFORMACION CLIENTE

Cliente	POTOSI SEGUNDO BOLIVAR	Nit CC	83241221
Dirección	VDA EL ARRAYAN	Ruta	6290440733
Municipio	LA PLATA	Ciclo	090
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6515273
Carga Contratada	4	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
667722393	HN	A	S	0	4957	4880	1	77

Promedio Cuenta 89 Consumo Año Anterior 101 Consumo Anterior 101

ÚLTIMOS CONSUMOS

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía
891.180.0



Mes	Consumo
ABR	77
FEB	84
DIC	99
OCT	86
AGO	100
JUN	92
ABR	101

CALIDAD DEL SERVICIO

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

ULTIMO PAGO

Fecha 09/03/2025
Valor $ 35650

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
38.5	969.1018 =	37310
38.5	1002.9406 =	38613

CONSUMO PERIODO

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

Valor Total Energía del Periodo	$	75.923
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 43.486
Valor Total Energía Facturado	$	32.437

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
CONSUMO PERIODO	$ 75.923
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ 811
AJUSTE DECENA	$ - 2
ENERGIA SOCIAL FOES	$ - 7.176
SUBSIDIO	$ - 43.486

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P	$	811
VALOR ELECTROHUILA	$	25.259

TOTAL A PAGAR
$ 26.070

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

FOES: Consumo Kwh $Kwh Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 385.0 Tm: 56.0 PRn,m: 0.0 Dn,m: 293.0 Rm: 20.0 Cv,m: 15
5.0 CUv,n,m: 1002.9406 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA

Powered by CamScanner

Sisbén

B3

Fecha de consulta

Ficha

Ficha modificada

DATOS PERSONALES

Nombres

Apellidos

Tipo de documento

Número de documento

Municipio

Departamento

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente

Última actualización ciudadano

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

Dirección

Teléfono

Correo Electrónico

OTONIEL SALAZAR PENNA

Carrera 4 No. 1-09

sisben@laplata-huila.gov.co

Powered by CamScanner

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1075325809
NOMBRES	ADRIANA SHARLOTH
APELLIDOS	VALLE BETANCOURT
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	07/03/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/08/2025 16:58:49	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Powered by CamScanner

TABLA DE REGISTRO Y CITAS PROGRAMADAS

FRECUENCIA DEL CONTROL	PROFESIONAL	FECHA	HORA	EDAD ACTUAL DEL MENOR	PESO (KG)	TALLA (CMS)	DESARROLLO	EVALUACIÓN NUTRICIONAL	FIRMA DEL PROFESIONAL
1 MES	Médico								
2-3 MESES	Enfermera	16-05-2021	13:20	2M.	5K	56	PC 36 PT=39. B.		Gloria Herrera
4-5 MESES	Médico	25-07-2021	11.35.	4M.	7½.	65.	PC:41 PT 42.	Buena.	Gloria Herrera.
6-8 MESES	Enfermera	11.11.2021	10:16.	7M.	8/3	65.	Normal	PC: 44c PB 14c	
9-11 MESES	Enfermera	28-02-22		11 m	8,8	72	PC:44.5cm PB:14.5cm	IMC: 16,9 OK	Sara Delis Angarita Rodríguez Médico Cirujano C.C. 36 [illegible]
12-18 MESES	Médico	25/05/22	8:30	14m.	10.1	74	Normal	Riesgo de Sobrepeso.	Wilberto Bánquez López EN MEDICINA GRAL JEFE T.P 15290
18-23 MESES	Enfermera	31-10-22	8:00	19m	11 Kg	80	Adecuado PC:46 PB:15,5	Riesgo sobrepeso OK	
24-29 MESES	Médico	25-05-23	4:pm	29 2m	12,5	86.	Adecuado	Adecuado	U de C
30-35 MESES	Enfermera	30-10-2023	1037	31 M.	12,5	91	PAE TAE	IMC=15 C=47,5 B=15	M=6.
3AÑOS	Médico	12-Marzo-2024		36M.	15Kg	94	PAE TAE	OK 16.7 C 50. Mo	
4 AÑOS	Enfermera	7-06-2025	11:30	4A.	19K.	104	Adecuado	Adecuado	Gloria Herrera
5 AÑOS	Médico								
6 AÑOS	Médico								
7 AÑOS	Enfermera								
8 AÑOS	Médico								
9 AÑOS	Enfermera								
10 AÑOS	Médico								
11 AÑOS	Enfermera								

Powered by CamScanner

PROCEDIMIENTO	Fecha de Atención			Próxima Cita		
	D	M	A	D	M	A
CPB- Fluor Boina	30	10	2023	30	04	2024
CPB Fluor Boina	30	04	2024	30	10	2024
Control Placa- Fluor Boina	14	Julio	2025	14	Enero	2026

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

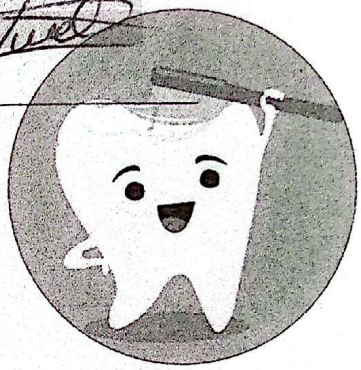
E.S.E San Sebastián

Siempre adelante en servicios

San Sebastián	E.S.E. SAN SEBASTIAN LA PLATA HUILA NIT 813.002.872-4	CÓDIGO	APF-72-16
		VERSION	01-009
		APROBACIÓN	2016

CARNET

PREVENCIÓN SALUD BUCAL



Nombres y Apellidos: Adriana Shailoth Valle

No. De Documento: 1075325809 Tipo de Doc.: RC

Fecha de Nacimiento: 7-3-2021 Edad: 2

EPS: Nueva Eps

Dirección o Vereda: V/ El Allayan

Teléfono:

Powered by CamScanner

Nombre: _____ **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 Sí☐ No☐							
	Tuberculosis B.C.G.	Única	22/03/21	Serum	03796215	Meditas		Maya Wendy Nieto
	Hepatitis B	Recién nacido	07/03/2021	Serum	B204U130C	Meditas		Katherine Romero
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí☐ No☐							
	Polio (Oral - IM)	1ª	16-05-2021	Sanopi past	20230064	P.S Chorreras		Gloria Herrera
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	16-05-2021	Serum	2850Y021B	P.S Chorreras		Gloria Herrera
	Rotavirus	1ª	16-05-2021	Glaxo	AROLC769BA	P.S Chorreras		Gloria Herrera
	Neumococo	1ª	16-05-2021	Glaxo	ASPNB308BA	P.S Chorreras		Gloria Herrera
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí☐ No☐							
	Polio (Oral - IM)	2ª	25-07-2021	Bithouin	20230064	P.S Chorreras		Gloria Herrera
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	25-07-2021	Serum	2850Y018D	P.S Chorreras		Gloria Herrera
	Rotavirus	2ª	25-07-2021	Glaxo	AROLC774AA	P.S Chorreras		Gloria Herrera
	Neumococo	2ª	25-07-2021	Glaxo	ASPNB310DB	P.S Chorreras		Gloria Herrera
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	25-09-2021	Sanopi pastur	T3089	ESESebastian	07 03 22	Diana Hernandez
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	25-09-2021	Serum Inst	2850Y034C	ESESebastian	07 03 22	Diana Hernandez
	Influenza	1ª	25-09-2021	Sanopi pastur	V3B87	ESESebastian	25 10 21	Diana Hernandez
7 Meses	Influenza	2ª	25-10-2021	Sanopi pastor	V3B87	ESESebastian	25 05 22	Diana Hernandez
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	11-3-2022	[illegible]	0130N120A	[illegible]		[illegible]
	Fiebre Amarilla	1ª	9-9-2022	Sanofi	V5077006	ESE Natagaima		[illegible]
	Neumococo	Refuerzo	11-3-2022	Glaxo	ASPNB322CA	[illegible]		[illegible]
	Influenza	Anual	25-05-22	[illegible]	V5512C500	[illegible]	03 06 22	Elizabeth Santa
	Hepatitis A	ÚNICA	11-3-2022	HVSD	V0149226	[illegible]		[illegible]
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	9-09-22	Serum	0521Q012B	ESE Natagaima		
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	9-09-22	Serum	1501P019	Natagaima	25 09 22	
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	22-04-2023	Serum	0131N109BE	Sanopastur	- - -	Luz Yohany Ortiz
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Vincelen	1°Ref	11-3-2022	HVSD	V0149266	[illegible]		[illegible]
	SR	1A	03-05-22	San	0129W235	ESE Natagaima		Nino Garcia

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

Fecha: _____
Municipio: _____

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Adriana Shailoth Valle Betancourt, identificado (a) con documento de identidad número 1.07.325.809, 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, _____, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número _____, 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 y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

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

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

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

Suscriben:

Firma: Luis Fernando Valle Tuberquia
Nombre: Luis Fernando Valle Tuberquia
Calidad - Titular: padre Representante legal: Grupo Libertad
Teléfono de contacto: 3136220259

Powered by CamScanner

	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 Mi pequeño Mundo, 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): Adriana Sharith Valle con RC No 1.07.325.809. 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 14 del mes Julio del año 2025, en el Municipio de La Plata.

Luis Fernando Valle Tuberquio
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Yolanda González V.
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

FUNDACION GRUPO LIBERTAD	**FUNDACION GRUPO LIBERTAD** **BITACORA DE SEGUIMIENTO MENSUAL AL DESARROLLO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS EN HCB**	**NIT. 900027451-0**

Nombre del niño o niña: Adriano Sohaloth Valle	**Numero de documento de identidad:** 1.07.325.809
Fecha del seguimiento: 24-07-2025	**Edad del niño o niña en años y días:** 4 años 4 meses
Nombre del HCB: Mi pequeño Mundo	**Nombre de quien realiza el seguimiento:** Yolanda Gonzalez

Describa brevemente lo observado en el mes en el niño o niña con referencia a:

Relación con los compañeros	Como expresa sus emociones	Relación con su entorno
se integra con sus compañeros en el juego. disfrutando y compartiendo	con gestos faciales	lluvia - sol. sus indicaciones por señales ya que padece paladar Endiolo

Durante el mes que fue lo más significativo que realizo el niño o niña:

su motricidad fina y gruesa es acorde a su edad.

Yolanda Gonalez.

MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner