

	<p align="center">FUNDACION GRUPO LIBERTAD NTT - 900.027.451-0</p>	 BIENESTAR FAMILIAR
<p align="center">PORTADA DOCUMENTOS PARTICIPANTES</p>		



FECHA DE INGRESO DEL NIÑO O NIÑA: 01-11-2025

NOMBRE/S: Lian David

APELLIDOS/S: Fajardo figueroa

Nº DE DOCUMENTO: 1081428496

FECHA DE NACIMIENTO: 27 febrero 2024

DIRECCION calle 3 sur # 9-48. El portal

FOCALIZACION: SISBEN ☒ GRUPO ☐ VICTIMA ☐ INDIGENA ☐

EPS: Nueva Eps SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO ☐

DATOS DEL PADRE/ ACUDIENTE

NOMBRE Y APELLIDO: Disney Garcia Gualteros

Nº DE DOCUMENTO: 36.382.703 PARENTESCO Madre Sustituta

TEL CELULAR: 3219794098

DATOS DE LA MADRE/ACUDIENTE

NOMBRE Y APELLIDO: _____

Nº DE DOCUMENTO: _____ PARENTESCO: _____

TEL CELULAR: _____

OTRO CELULAR DE CONTACTO: _____

Dirección: Carrera 2 No 2 sur 14 – Tarqui – Huila
 Correo electrónico: fundacionlibertad@gmail.com
 Teléfono: 3116341368 – 3102053539.

	<p align="center">FUNDACIÓN GRUPO LIBERTAD. Nit: 900.027.451-0</p>	 BIENESTAR FAMILIAR
---	---	--

LISTA DE CHEQUEO NIÑAS Y NIÑOS/ 2025

NOMBRE DEL NIÑO(A): Lian David fajardo Figueroa
 RC: 1081428496

Nº	REQUISITOS	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1	Hoja de inscripción con foto	✓			
2	Registro civil (legible, sin tachones, ni enmendaduras)	✓			
3	Fotocopia puntaje del Sisben (valido por 6 meses), red unidos, certificado de víctima o desplazado según el caso vigentes	✓			
4	Criterio de focalización vigente	✓			
5	Fotocopia que acredite la afiliación a salud ADRES BDUA-SGSSS (valido por 6 meses).	✓			
6	Control de crecimiento y desarrollo actualizado	✓			
7	Fotocopia del carnet de vacunas Actualizado	✓			
8	Fotocopia del carnet vacunas Covid 19 (a partir de los 3 años) o carta	✓		✓	
9	Diagnóstico médico de discapacidad (en los casos que aplique)			✓	
10	Fotocopia recibo de servicio publico	✓			
11	Fotocopia de identificación de los padres o acudiente responsables	✓			
12	Certificado de pertenencia de comunidad indígena, afrodescendientes, raizales, palenqueros, Rom. (si lo presenta)			✓	
13	Certificado o copia del carnet de asistencia a salud oral vigente para mayores de 6 meses	✓			
14	Certificado del examen de agudeza visual (vigente para mayores de 4 años).			✓	
15	Certificado de tamizaje auditivo. (Vigente para menores de 5 años).	✓			
16	Formato de veracidad de la información ficha de caracterización	✓			
17	Formato acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres.	✓			
18	Formato de consentimiento informado. autorización uso de imagen	✓			
19	ley de protección datos personales	✓			
20	Formato de aceptación de pacto de convivencia	✓			
21	Formato de escala de valoración cualitativa (cuando aplique)				
22	Seguimiento al desarrollo infantil				
23	Documentos adicionales generados durante la atención.				

Dirección: Carrera 2 No 2 sur 14 – Tarqui – Huila
 Correo electrónico: fundacionlibertad@gmail.com
 Teléfono: 3116341368 – 3102053539.



REGISTRADURIA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 57800330
Serial

NUIP 1.081.428.496

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registratura ☒	Notaria ☐	Número <input type="text"/>	Coronado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía						L 5 B

REGISTRADURIA DE LA PLATA - COLOMBIA - HUILA - LA PLATA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
FAJARDO	FIGUEROA
Nombre(s)	
LIAN DAVID	
Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)
Año 2024 Mes FEB Día 27	MASCULINO
Grupo sanguíneo	Factor RH
0	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)	
COLOMBIA HUILA LA PLATA	

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	Número certificado de nacido vivo
	24029510878454

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con linaje matrilineal, o parejas del mismo sexo, omitir el pregonter que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

FAJARDO FIGUEROA MAYI JULIANA

Documento de identificación (Clase y número)

TI 1.081.401.545

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con linaje matrilineal, o parejas del mismo sexo, omitir el pregonter que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

FAJARDO FIGUEROA LUZ DARY

Documento de identificación (Clase y número)

CC 25.454.077

Firma

LUZ DARY FAJARDO

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

Año 2024 Mes ABR Día 03

Nombre y firma del funcionario que autoriza

OSMAR MORENA BARBAG - R

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

03.ABR.2024 - ACTA COMPLEMENTARIA - ACTA - 030-03-04-2024

ESPACIO PARA NOTAS

PRIMERA COPIA PARA LA DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

57800330

Registro válido

Fecha de consulta:

27/10/2025

Ficha:

41396024311300000479

A1**Pobreza extrema****DATOS PERSONALES****Nombres:** LIAN DAVID**Apellidos:** FAJARDO FIGUEROA**Tipo de documento:** Registro civil**Número de documento:** 1081428496**Municipio:** La Plata**Departamento:** Huila**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA****Encuesta vigente:**

08/03/2019

Última actualización ciudadano:

05/04/2024

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@leplata-huila.gov.co



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	1081428496
NOMBRES	LIAN DAVID
APELLIDOS	FAJARDO FIGUEROA
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	01/02/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 10/27/2025 07:39:11 Estación de origen: 2801:12:c800:2070::1

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

CITAS DE CONTROL

[illegible]

Fecha	Edad	Peso	Talla	Inc.	Observaciones
31-12-2025	20 yrs	10,5 kg	79 cm	16,6	OK <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;"> Wilberio Banquez Lopez JEFE DE ENFERMERIA U de C T.P. 15290 </div>

Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación



QR DE AUTENTICIDAD

Nombre y apellidos / Full name

LIAN DAVID FAJARDO FIGUEROA

Número de identificación / ID Number

1 0 8 1 4 2 8 4 9 6

Fecha de nacimiento / Date of birth

27/02/2024

Tipo de identificación / ID Type

REGISTRO CIVIL

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3219081693

Correo electrónico / e-mail

NOTIENE@HOTMAIL.COM

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombre y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Date of vaccination			Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
		Day	Month	Year				
Hepatitis B Pediátrica	Adicional	27	2	2024	Serum	0323Q005F	LA PLATA E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA	JOHANA MILDRED LEMUS CORTES
BCG	Única	27	2	2024	Serum	0372MA052	LA PLATA E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA	JOHANA MILDRED LEMUS CORTES
Antipolio Inactivo (VIP)	Primera	27	4	2024	Fabricante	2234003A	LA PLATA E.S.E SAN SEBASTIAN	RAMIRO LEMUS
Neumococo 13valente	Primera	27	4	2024	Fabricante	QX1912	LA PLATA E.S.E SAN SEBASTIAN	RAMIRO LEMUS
Pentavalente PAI	Primera	27	4	2024	Fabricante	2852X014C	LA PLATA E.S.E SAN SEBASTIAN	RAMIRO LEMUS
Rotavirus	Primera	27	4	2024	Glaxo SmithKline	AROLD750AA	LA PLATA E.S.E SAN SEBASTIAN	RAMIRO LEMUS
Neumococo 13valente	Segunda	27	8	2024	Fabricante	QX1912	LA PLATA E.S.E SAN SEBASTIAN	MARIA YICELA SALAZAR CHANTRE
Antipolio Inactivo (VIP)	Segunda	27	8	2024	Fabricante	2239002A	LA PLATA E.S.E SAN SEBASTIAN	MARIA YICELA SALAZAR CHANTRE
Rotavirus	Segunda	27	8	2024	Glaxo SmithKline	AROLD638BA	LA PLATA E.S.E SAN SEBASTIAN	MARIA YICELA SALAZAR CHANTRE
Pentavalente PAI	Segunda	27	8	2024	Serum	2852Y011E	LA PLATA E.S.E SAN SEBASTIAN	MARIA YICELA SALAZAR CHANTRE
Pentavalente PAI	Tercera	28	8	2024	Serum	2852Y011E	LA PLATA E.S.E SAN SEBASTIAN	RAMIRO LEMUS
INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA	Primera	28	8	2024	BUTANTAN	2400979-00	LA PLATA E.S.E SAN SEBASTIAN	RAMIRO LEMUS
Antipolio Inactivo (VIP)	Tercera	28	8	2024	Fabricante	2300010A	LA PLATA E.S.E SAN SEBASTIAN	RAMIRO LEMUS
INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA	Segunda	27	9	2024	BUTANTAN	2400979-00	LA PLATA E.S.E SAN SEBASTIAN	SANDRA LILIANA SIERRA SALAZAR

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in Spanish: Programa Ampliado de Inmunización).

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación



VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA



QR DE AUTENTICIDAD

Nombre y apellidos / Full name

LIAN DAVID FAJARDO FIGUEROA

Tipo de identificación / ID Type

REGISTRO CIVIL

Número de identificación / ID Number

1 0 8 1 4 2 8 4 9 6

Fecha de nacimiento / Date of birth

27/02/2024

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3219081693

Correo electrónico / e-mail

NOTIENE@HOTMAIL.COM

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombre y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Date of vaccination			Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
		Day	Month	Year				
Hepatitis A Pediátrica	Única	27	2	2025	MERCK SHARP DOHME	Y008031	LA PLATA E.S.E SAN SEBASTIAN	RAMIRO LEMUS - CC12270597 - Activo
Triple Viral	Primera	27	2	2025	Serum	0153N005B	LA PLATA E.S.E SAN SEBASTIAN	RAMIRO LEMUS - CC12270597 - Activo
Neumococo 13valente	Refuerzo	27	2	2025	PFIZER	HJ5276	LA PLATA E.S.E SAN SEBASTIAN	RAMIRO LEMUS - CC12270597 - Activo
Varicela	Primera	27	2	2025	MSD	Y018371	LA PLATA E.S.E SAN SEBASTIAN	RAMIRO LEMUS - CC12270597 - Activo
POLIO	R1	03	SEP.	2025	BILTHOVEN	2429006		RAMIRO LEMUS
PENTA	R1	03	SEP.	2025	SANUM	2854X078		RAMIRO LEMUS
FA	U	03	SEP.	2025	BIDMARGVIMOS	2460482		RAMIRO LEMUS
TU	R1	03	SEP.	2025	SANUM	0733M27A		RAMIRO LEMUS
INF/422A	R1	03	SEP.	2025	FLU PRVLI	U8666BA		RAMIRO LEMUS



El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAWEEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAWEEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in Spanish: Programa Ampliado de Inmunización).

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Cita: SAÑO 5

IDENTIFICACIÓN

Paciente:	LIAN DAVID FAJARDO FIGUEROA	Documento:	RC No. 1081428496	FN	27/feb/2024
País:	COLOMBIA	Departamento:	HUILA	Ciudad:	LA PLATA
Dirección:	VEREDA EL CARMELO (EL CARMELO)	Teléfonos:	3134024197	Edad:	1 Años
				Sexo:	M

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta

CONSULTA PRESENCIAL "PARA VALORACION E INICIAR TRTAMIENTO" REFIERE MADRE

Historia Enfermedad Actual

PACIENTE QUE INGRESA A CONSULTA CON SU ACUDIENTE (MADRE), DICE NO PRESETAR NINGUN ANTECEDENTE DE TIPO SISTEMICO Y REFIERE EL DESEO REALIZARLE VALORACION Y RESPECTIVO TRATAMIENTO ODONTOLOGICO AL MENOR. AL EXAMEN CLINICO SE OBSERVAN LESIONES CARIOSAS ACTIVAS Y PLACA BLANDA

Antecedentes

PATOLOGICOS

- NIEGA LA MADRE

FARMACOLOGICOS

- NIEGA LA MADRE

HOSPITALARIOS

- POR CUADRO FEBRIL 2025

QUIRURGICOS

- NIEGA LA MADRE

TRAUMATICOS

- NIEGA LA MADRE

TOXICOS

- NIEGA LA MADRE

ALERGICOS

- NIEGA LA MADRE

OTROS

- PARTO VAGINAL PRODUCTO 2 EMBARAZO A TERMINO MADRE DE 17 AÑOS PAI COMPLETO PARA LA EDAD

ANTECEDENTES PERINATALES

PAI AL DIA PARA LA EDAD

RIA DE PRIMERA INFANCIA AL DIA

HIJO NUMERO.....2 DE 2

MADRE: MARLY YULIANA FIGUEROA

PRODUCTO DE EMBARAZO DESEADO

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....6 MESES + COMPLEMENTARIA

USO DE BIBERON.....SI

LECHE DE FORMULA.....SI (SE ORDENA Y LE DEJA LECHE MATERNA).

G.S: O +

NACIMIENTO: HOSPITAL SAN ANTONIO DE PAUL LA PLATA HUILA

PESO AL NACER: 3014 GRS

TALLA AL NACER: 48 CMS

PRODUCTO DEL SEGUNDO EMBARAZO CONTROLADO A TERMINO DE APROX 40SEMANAS, PARTO VAGINAL EUTOCICO (SE DESCONOCE

ARGAR AL NACER)

- NIEGA TRANSFUSIONES SANGUINEAS NI TAMPOCO PATOLOGIA DURANTE LA ETAPA NEONATAL

- ADECUADA RED DE APOYO Y BUENAS RELACIONES DE LA FAMILIA CON EL ENTORNO SOCIAL

- HIJO.....2

- NIEGA PATOLOGIAS DURANTE LA GESTACION, EMBARAZO QUE TRASCURRIO CON NORMALIDAD

- PUERPERIO TRASCURRIO CON NORMALIDAD

MADRE: MAYI YULIANA FAJARDO

PADRE: JOSE ALEJANDRO ROJAS

CONVIVE CON LOS DOS PADRES.....NO

PATRON DEL SUEÑO ADECUADO

ETNIA.....MESTIZO

BUENA FUNCIONALIDAD DEL NUCLEO FAMILIAR.

DENTRO DEL NUCLEO FAMILIAR NO HAY RIESGO DE CONSUMO DE ALCOHOL NI OTRAS SUSTANCIAS SICOACTIVAS

NADIE CONSUME CIGARRILLO, SUSTANCIAS SICOACTIVAS NI ALCOHOL DENTRO DE LA FAMILIA

REFIERE QUE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES SON ADECUADAS Y FUNDAMENTADAS EN EL RESPETO Y DIALOGO, REFIERE L MADRE

ADECUADA COMUNICACIÓN INTRAFAMILIAR

HAY NORMAS DE CONVIVENCIA CLARAS DENTRO DEL NUCLEO FAMILIAR Y EL MENOR PRESENTA UN ADECUADO PATRON DE

COMPORTAMIENTO E INTERACCION CON EL MEDIO.

EXPLORACIÓN BUCAL

TIPOS DE OCLUSION

- Hábitos Orales

Respiración Bucal: NO, Succión Digital: NO, Lengua Protráctil: NO, Queliosfagia: NO, Fumador: NO, Bebedor: NO

Dirección Carrera 4 No. 9 - 10; Barrio SAN RAFAEL; Tel: 0988470197

Página 1 de 3

- Examen Estomatológico

No refiere No refiere

Extraoral ATM

Ruidos: NO, Desviación: NO, Limitación apertura: NO, Dolor articular: NO, Dolor muscular: NO,

Examen Dental

Abrasión: NO, Atrición: NO, trauma: NO, Abfracción: NO, Alteraciones de posición: NO, Alteraciones de erupción: NO, Alteraciones del color: NO, Alteraciones del desarrollo: NO, Alteraciones del tamaño: NO, Alteraciones de la forma: NO

EVOLUCIÓN

DIENTE 52 PALATINO

PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO. SIN ANESTESIA. SE DESFOCALIZA CARIES CON FRESA REDONDA MEDIANA. SE PREPARA SUPERFICIE. AISLAMIENTO RELATIVO CON ALGODONES. DESMINERALIZACIÓN POR 15 SEGUNDOS. LAVADO POR 30 SEGUNDOS. SECADO SIN DESECAR. APLICACIÓN DE ADHESIVO Y FOTOPOLIMERIZO, OBTURACIÓN CON RESINA DE FOTOCURADO. FOTOPOLIMERIZACIÓN, CONTROL DE OCLUSIÓN CON PAPEL DE ARTICULAR. SE PULE. RECOMENDACIONES E INDICACIONES. PACIENTE SE RETIRA SIN COMPLICACIONES. SE CITA DE NUEVO PARA CONTINUAR TRATAMIENTO

PLAN DE TRATAMIENTO

TRATAMIENTO TERMINADO

ESTADO DEL TRATAMIENTO: Terminado

DIAGNÓSTICO

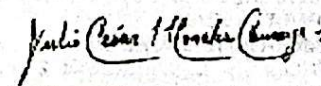
IMPRESION DIAGNOSTICA

- Principal (K021) CARIES DE LA DENTINA

JULIO CESAR MORALES CAMARGO

ODONTOLOGO

Registro Medico No. 10271



 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO ACTA DE UBICACIÓN EN HOGAR SUSTITUTO	F6.P1.P	21/05/2018
		Versión 2	Página 1 de 3

DEFENSORÍA PRIMERA DE FAMILIA DEL CENTRO ZONAL LA PLATA, ICBF REGIONAL HUILA

PROCESO DE RESTABLECIMIENTO DE LOS DERECHOS DEL NNA LIAN DAVID FAJARDO FIGUEROA

HISTORIA DE ATENCION No. 1081428496 SIM NO. 23441664

La Plata, 11 de Junio de 2025.

La Defensoría de Familia habiendo encontrado que los hechos denunciados acerca de la situación del **NNA LIAN DAVID FAJARDO FIGUEROA**, ponen en peligro su vida e integridad, dispuso decretar la **MEDIDA PROVISIONAL** la ubicación en medio familiar en la modalidad de Hogar Sustituto bajo la responsabilidad de la señora: **DISNEY GARCIA GUALTEROS** identificada con la C.C. No. 36.382.703, mientras se adelanta el proceso administrativo que garantice el restablecimiento de sus derechos. Con tal finalidad, la Madre Sustituta, bajo la responsabilidad que la obliga según las disposiciones legales y administrativas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se compromete a:

1. Brindar al niño(a) o adolescente la atención y cuidados indispensables para garantizar su desarrollo integral: Físico, moral afectivo, moral, emocional, social e intelectual.
2. Informar de manera permanente al Defensor de Familia como a los integrantes de la Defensoría de Familia, por lo menos cada mes, acerca del estado general y la evolución del niño, niña o adolescente.
3. Poner en conocimiento en forma inmediata cualquier circunstancia que afecte la integridad del menor de edad y/o la prestación del servicio.
4. Impedir cualquier situación de inobservancia, amenaza o vulneración por su parte y/o por personas con las que el NNA se pueda relacionar en tanto permanece en el Hogar Sustituto.
5. Informar al Defensor de Familia o al integrante del Equipo Técnico Interdisciplinario que corresponda y al operador (cuando esta sea operada por una ONG) cualquier cambio de

Antes de imprimir este documento... plense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO ACTA DE UBICACIÓN EN HOGAR SUSTITUTO	F6.P1.P	21/05/2018
		Versión 2	Página 3 de 3

ubicados en la modalidad Hogares sustitutos:

El incumplimiento de las obligaciones y de las observaciones o recomendaciones especiales consignadas en la presente acta, dará lugar a la pérdida de la calidad del Hogar Sustituto - Tutor de forma inmediata o con posterioridad a la supervisión, seguimiento y asesoría realizados, sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil a que haya lugar.

En constancia se firma la presente acta por quienes intervinieron en esta diligencia.


ALONSO MARTINEZ PULIDO
 Defensor de Familia
 Defensoría Primera de Familia


DISNEY GARCIA GUALTEROS
 Madre Sustituta
 C.C. No. 36.382.703

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 SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



Electrificadora del Huila S.A ESP
Nit. 891.100.001-1

Sr(a) : GARCIA ARIAS JOSE ILBANOVER

c.c. / Nit: 12269293

C 3S 9 49 BR EL PORTAL

Municipio: 396 LA PLATA

HUILA

Ruta: 43960024410

Dirección Postal:

Ciclo: 176 Sector: 2-LA PLATA

Su código de cuenta NIU

292133624

Para cualquier consulta
y pago electrónico

Factura de venta No.

88418306

Periodo	Periodo facturado	Pago total	Pago mínimo	Periodos vencidos
10 / 2025	12/09/25-11/10/25	\$150,210	\$150,210	1 meses

Datos de cuenta	
Clase servicio	Residencial
Estrato	1-Bajo Bajo
Zona	OCCIDENTE
Nivel tensión	1-Secundaria
Carga instalada	2000
Tipo liquidación	lectura
Nodo	T09195-LP2P

Costo unitario prestación del servicio

COMPONENTES ELECTROHUILA	
1 Comercialización	202.65
2 Distribución	290.01
TOTAL ELECTROHUILA =	492.66
MERCADO ENERGÍA MAYORISTA	
3 Generación	399.49
4 Transmisión	56.93
5 Restricciones	44.31
6 Pérdidas	80.96
TOTAL MERCADO MAYORISTA =	581.69

Costo unitario =	1074.35
Electrohuila + Mercado	

Histórico de consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	9	119	2025	3	36
2025	8	125	2025	2	56
2025	7	52	2025	1	63
2025	6	62	2024	12	58
2025	5	59	2024	11	46
2025	4	66	2024	10	61

Promedio de la cuenta

80

Consumo mes año anterior

61

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Valor
Deuda Capital	51,228
Consumo Periodo	175,119
Interes moratorio	256
Subsidio	<83,546>

Cálculo actual del consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
2-807942	SKA	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	26194	26031	1	163

Liquidación de consumo

Contador	Desde	Hasta	Consumo	Tarifa	Valor Real	Subsidio/Conti	Valor Cobrar
2	1	130	130 KWh	\$431.6884	\$139.666	-60%	\$56.119
2	131	163	33 KWh	\$1.074.3528	\$35.454	0%	\$35.454

TOTAL

Financiación ElectroHuila

Descripción Saldo

Tasa de interés 0%

CUFE

a9e631e3602816bb8f847c14069002847b7a14ca24631a5e82369081131327e3d2169912095289267b17
Numero de Factura Electronica EH-4975962 Numero de factura: 88418306

Fecha de emisión

14/10/2025

MI último pago fue

\$56,450

20/08/2025

Tengo plazo de pagar hasta

PAGO INMEDIATO

Vencimiento

Me quedo sin servicio a partir de

PAGO INMEDIATO

Suspensión

	Valor Energía ElectroHuila
\$143,057	

	Valor Servicio de Aseo

	Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía)
\$7,153	

	Valor Otros Cobros
\$0	

	TOTAL A PAGAR
\$150,210	

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: 1643

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995



(415)7707274499679(8020)0292133624(3900)0000150210(96)20251023

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





E.S.E SAN SEBASTIAN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 NI 813002872
 LA PLATA - HUILA

Atención No. 10814084
 31-oct-2025 07:11 AM
Historia Clínica No.
 1081428496

CONSULTA EXTERNA

REFIERE QUE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES SON ADECUADAS Y FUNDAMENTADAS EN EL RESPETO Y DIALOGO, REFIERE A MADRE ADECUADA COMUNICACIÓN INTRAFAMILIAR HAY NORMAS DE CONVIVENCIA CLARAS DENTRO DEL NUCLEO FAMILIAR Y EL MENOR PRESENTA UN ADECUADO PATRON DE COMPORTAMIENTO E INTERACCION CON EL MEDIO.

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

Signos vitales:

Tension Arterial 75/45 Frecuencia Cardíaca 100 Frecuencia Respiratoria 32 Temperatura 36.5 Talla 79 Peso 10.5 IMC 16.82 Saturación Oxígeno: 99%
 Perímetro cefálico: 48 Perímetro braquial: 15.5 PAM: 55
 Relaciones sexuales sin protección?: No aplica. ¿Consumo alcohol?: No aplica. ¿Consumo sustancias psicoactivas?: No aplica
 ma?: No aplica. ¿Realizó examen de mama?: No aplica. ¿Realizó examen de próstata?: No aplica. ¿Realizó examen de agudeza visual?: Sí.
 vacunado(a) por COVID?: No. Dosis: N/A Esquema Vacuna: Sí Fórmula desparasitario: No Entrega suplemento: No
 Factores de RCV: No definido. Estado de RCV: No definido. Clasificación de RCV: No evaluado

Estado General: Buenas condiciones generales, Cabeza y Cuello: Normocefalo, escleras anictericas, conjuntivas normocromicas, cuello simétrico sin adenopatías, Neurológico: Alerta, consciente orientado, pupilas isocóricas reactivas a la luz, no asimetría facial, no signos meníngeos, no déficit motor ni sensitivo, no focalización., Ocular: Normal, Otorrinolaringológico: Normal, Torax: Simétrico con adecuada expansión de ambos campos pulmonares, sin presencia de tirajes sub costales, Cardiopulmonar: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, pulmones normoventilados sin agregados, Dorso - Lumbar: Normal, Abdominal: Normal, Extremidades: Normal, Piel y faneras: Normal, Genitourinario: Normal, Tacto rectal: Se Omite, Mamas: Normal, Locomotor: Normal, Ganglionar: Normal, Signos Vitales: Normal, Psicologico: Normal,

Sintomático Respiratorio: NO Sintomático Piel: NO Sintomático Sistema Nervioso: NO

IMPRESION DIAGNOSTICA

Dx Principal: Z001 CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NINO

Dx Relacional 1

Dx Relacional 2

Dx Relacional 3

Dx Relacional 4

BUEN ESTADO GENERAL

- VACUNACION Y VALORACION ODONTOLÓGICA AL DÍA PARA EDAD

- NO SINTOMATOLOGIA PATOLÓGICA RESPIRATORIA, SIN EMBARGO SE UTILIZAN ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y SE DAN RECOMENDACIONES PARA EVITAR POSIBLE CONTAGIO, NO DEFICIT DEL NEURODESARROLLO.

- **NOTA ACLARATORIA: SE REALIZA VALORACION VISUAL, ENCONTRANDO RESULTADO SATISFACTORIO, AMBOS OJOS NORMOCONFIGURADOS, SIN SIGNOS DE ALARMA, A NIVEL AUDITIVO, AL REALIZAR LA OTOSCOPIA NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE ALARMA

***AL INTERROGATORIO SE EVIDENCIA EMPATIA Y BUEN TRATO HACIA EL MENOR, QUIEN SE MOSTRO COLABORADOR, BUENA PRESENTACION PERSONAL, SIN SIGNOS DE MALTRATO NI SIGNOS DE LARMA AL MOMENTO DE LA ATENCION, P/ CITA MEDICA ESPECIALIZADA DE CONTROL CON REPORTE DE LABORATORIOS

Conducta a Seguir

- ALIMENTACION COMPLEMENTARIA ADECUADA PARA EDAD

- HABITOS HIGIENICOS

- PAI

- PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

- PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL Y EL ABUSO SEXUAL

- SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA POR LOS CUALES CONSULTAR (DIFICULTAD PARA RESPIRAR, QUE SE HUNDAN LAS COSTILLAS CUANDO RESPIRA, RUIDOS AL RESPIRAR, FIEBRE, DEJA DE BEBER O COMER, LLANTO FRECUENTE, DEPOSICIONES LIQUIDAS, CON SANGRE, CON MOCO, CONVULSIONES)

***CITA MEDICA ESPECIALIZADA PRIORITARIA POR RAZONES EXPUESTAS EN EL ANALISIS DE DX

- PROXIMO CONTROL: 03/03/2026 P.I. POR MED. GRAL.

Conducta educativa

SE BRINDA EDUCACION ESPECIFICA EN: ALIMENTACION ADECUADA PARA LA EDAD, VIGILANCIA DE LOS SIGNOS DE ALARMA, SE EXPLICA A LA MADRE LA TECNICA ADECUADA DE CEPILLADO, ESTIMULACION SICO- AFECTIVA Y MOTRIZ, PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DOMESTICOS, HIGIENE

Página 2 de 3

Impreso por: WILBERTO BANQUEZ LOPEZ

Fecha y hora:

2025-10-31 07:35

SIIGHOS PLUS



E.S.E SAN SEBASTIAN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 NI 813002872
 LA PLATA - HUILA

Atención No. 10814084
 31-oct-2025 07:11 AM
Historia Clínica No.
 1081428496

CONSULTA EXTERNA

IDENTIFICACION

Paciente: LIAN DAVID FAJARDO FIGUEROA
Entidad: NUEVA E.P.S S.A SUBSIDIADA CAPIT
País: COLOMBIA **Departamento:** HUILA
Dirección: VEREDA EL CARMELO (EL CARMELO)
Grupo poblacional: No definido
Nivel Educación: No Definido
Acompañante:

Documento: RC No. 1081428496
F. Nacimiento: 27 - feb. - 2024 **Edad:** 1 Años
Ciudad: LA PLATA **Sexo:** M
Teléfonos: 3219794098
Etnia: OTRO
Ocupación: No aplica
Parentesco:

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta

RIA PARA P.I. POR ENFERMERIA

Historia Enfermedad Actual

ASISTE USUARIO CON 20 MESES DE EDAD AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA, PARA CONTROL DE P.I. POR ENFERMERIA, PROCEDENTE DEL AREA URBANA, EN BRAZOS DE LA MADRE SUSTITUTA (ICBF), QUIEN DIERE "MI NIÑO SE ENCUENTRA BIEN DE SALUD", AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA MENOR ACTUALMENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, ACTIVO, TRANQUILO, NO SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, SIN EMBARGO SE UTILIZAN ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y SE DAN RECOMENDACIONES PARA EVITAR POSIBLE CONTAGIO, CON BUEN COLOR DE PIEL, BUEN TONO MUSCULAR, PATRON RESPIRATORIO CONSERVADO, SIN DEFICIT NEUROLOGICO, SIN SIGNOS DE MALTRATO, BUENA PRESENTACION PERSONAL, CON VACUNAS AL DIA PARA EDAD, MADRE CUIDADORA BUENA INFORMANTE.

Antecedentes

PATOLOGICOS
 - NIEGA LA MADRE
FARMACOLOGICOS
 - NIEGA LA MADRE
HOSPITALARIOS
 - POR CUADRO FEBRIL 2025
QUIRURGICOS
 - NIEGA LA MADRE
TRAUMATICOS
 - NIEGA LA MADRE
TOXICOS
 - NIEGA LA MADRE
ALERGICOS
 - NIEGA LA MADRE
OTROS
 - PARTO VAGINAL PRODUCTO 2 EMBARAZO A TERMINO MADRE DE 17 AÑOS PAI COMPLETO PARA LA EDAD
ANTECEDENTES PERINATALES
 PAI AL DIA PARA LA EDAD
 RIA DE PRIMERA INFANCIA AL DIA
 HIJO NUMERO.....2 DE 2
 MADRE: MARLY YULIANA FIGUEROA
 PRODUCTO DE EMBARAZO DESEADO
 LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....6 MESES +
 COMPLEMENTARIA
 USO DE BIBERON.....SI
 LECHE DE FORMULA.....SI (SE ORDENA Y LE DEJA LECHE MATERNA).
 G.S: O +
 NACIMIENTO: HOSPITAL SAN ANTONIO DE PAUL LA PLATA HUILA
 PESO AL NACER: 3014 GRS
 TALLA AL NACER: 48 CMS
 PRODUCTO DEL SEGUNDO EMBARAZO CONTROLADO A TERMINO DE APROX 40SEMANAS, PARTO VAGINAL EUTOCICO (SE DESCONOCE APGAR AL NACER)
 NIEGA TRANSFUSIONES SANGUINEAS NI TAMPOCO PATOLOGIA DURANTE LA ETAPA NEONATAL
 ADECUADA RED DE APOYO Y BUENAS RELACIONES DE LA FAMILIA CON EL ENTORNO SOCIAL
 # DE HIJO.....2
 NIEGA PATOLOGIAS DURANTE LA GESTACION, EMBARAZO QUE TRASCURRIO CON NORMALIDAD
 PUERPERIO TRASCURRIO CON NORMALIDAD
 MADRE: MAYI YULIANA FAJARDO
 PADRE: JOSE ALEJANDRO ROJAS
 CONVIVE CON LOS DOS PADRES.....NO
 PATRON DEL SUEÑO ADECUADO
 ETNIA.....MESTIZO
 BUENA FUNCIONALIDAD DEL NUCLEO FAMILIAR.
 DENTRO DEL NUCLEO FAMILIAR NO HAY RIESGO DE CONSUMO DE ALCOHOL NI OTRAS SUSTANCIAS SICOACTIVAS
 NADIE CONSUME CIGARRILLO, SUSTANCIAS SICOACTIVAS NI ALCOHOL DENTRO DE LA FAMILIA

Página 1 de 3

Impreso por: WILBERTO BANQUEZ LOPEZ

Fecha y hora: 2025-10-31 07:35 SIIGHOS PLUS ©



E.S.E SAN SEBASTIAN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 NI 813002872
 LA PLATA - HUILA

Atención No. 10814084
 31-oct-2025 07:11 AM
Historia Clínica No.
 1081428496

CONSULTA EXTERNA

CORPORAL, SALUD ORAL, PAUTAS DE CRIANZA, FORTALECIMIENTO DE LOS VINCULOS AFECTIVOS Y DE CARÍÑO ENTRE PADRES E HIJO, ; PROMOCIÓN DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, FORTALECIMIENTO DE LAS BUENAS RELACIONES ENTRE PADRES Y COMPAÑEROS DE GRUPO, HIGIENE CORPORAL, SALUD ORAL, PUERICULTURA BÁSICA, PAUTAS DE CRIANZA, SE FORTALECE EL DESARROLLO DEL NIÑO, MEDIANTE LA INFORMACIÓN EN SALUD CON PADRES O CUIDADORES, TENIENDO EN CUENTA LOS DIFERENTES VINCULOS AFECTIVOS Y DE CARÍÑO ENTRE PADRES E HIJO, SE DILIGENCIA ADECUADAMENTE EL CARNE DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

***** CONTROL DE P Y M *****

CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO: El control se realizó a los : 20 Meses // Con el número de control: 10099553
 Obteniendo los siguientes resultados:

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

***** RESULTADOS DE LOS TEST DE P Y M *****

Registro APGAR FAMILIAR: Puntaje obtenido: 15 Interpretación: Disfunción familiar leve. Riesgo Bajo
 Observaciones.:

WILBERTO BANQUEZ LOPEZ
 ENFERMERO
 Registro Medico No. 15290

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.	F17.MO12.PP	11/05/2018
		Versión 2	Página 1 de 1

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Disney Garcia G identificado con Cédula de Ciudadanía No. 36.382.703. De la plata; padre / madre o acudiente de la /el/ niño(a) Jian D. fajardo; identificados con NUIP No. 1081428496, usuario de la unidad de servicio CDI LIRIOS DE PLATA BELLAVISTA, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en la plata a los 01 días del mes noviembre de 202(5)

Datos del padre o acudiente de la/el/los niño(as)

Nombre: Disney Garcia Gualteros.

Firma: [Firma manuscrita]

CC. No. 36.382.703.

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Glennys Constanza Ordo

Firma: [Firma manuscrita]

CC. No. 36381622

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

	FUNDACIÓN GRUPO LIBERTAD. Nit: 900.027.451-0	 BIENESTAR FAMILIAR
---	---	--

ACTA DE COMPROMISO DE CORRESPONSABILIDAD – 2025

Yo Disney Garcia Gualteros identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 36.392.703 expedida en La plata tt

ME COMPROMETO COMO PADRE DE FAMILIA, ACUDIENTE O ADULTO RESPONSABLE DEL NIÑO(A) Juan David fajardo f. A:

- ✓ Llevarlo(a) y recogerlo(a) de acuerdo al horario establecido de lunes a viernes entrada 8:00 am y salida 4:00 pm.
- ✓ Recoger personalmente a mi hijo(a) o dar a conocer el nombre y cedula del responsable encargado de trasportar a mi hijo a la hora de entrada y salida del CDI. Por ningún motivo mandar a menores de edad a entregar o recoger al CDI a mi hijo(a).
- ✓ En caso de no asistencia al CDI por algún motivo justificable, llevar excusa por escrito.
- ✓ Si el niño(a) se encuentra enfermo lo debo llevar al médico y no al CDI (presentar la formula médica).
- ✓ Llevarlo(a) bien presentado (higiene personal).
- ✓ Participar activamente de las reuniones programadas, colaborando con el registro de asistencia y el registro fotográfico.
- ✓ Apoyar en la elaboración de material pedagógico para el trabajo con el niño(a).
- ✓ Apoyar con el proceso de formación y atención del niño(a) colocando en práctica lo aprendido en el CDI y aconsejándolo(a) sobre el buen comportamiento.
- ✓ No llevarlo(a) al CDI consumiendo golosinas. Por el contrario, brindarle alimentos saludables.
- ✓ Asistir de manera puntual a los controles de crecimiento y desarrollo y actualizar la información de manera inmediata entregándola a la docente titular de mi niño o niña.
- ✓ Asistir de manera puntual y tener al día el carnet de vacunas y actualizar la información de manera inmediata entregándola a la docente titular de mi niño o niña.
- ✓ Inculcar y fortalecer valores como responsabilidad, respeto, puntualidad, lealtad, tolerancia y democracia de mi hijo(a) a través del ejemplo y la convivencia dando continuidad a la evaluación impartida en el hogar.
- ✓ No llevarlo(a) al CDI con juguetes, dinero, elementos de valor ni objetos que generen riesgo.
- ✓ Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) transite al Sistema Educativo Escolar, una vez haya cumplido los cinco (5) años.
- ✓ Dar buen uso al buzón de PQRSF
- ✓ Cumplir con los documentos exigidos para hacer efectiva la matriculación de mi hijo(a).
- ✓ Firmar los formatos o documentos de acuerdo a lo solicitado.
- ✓ Facilitar la información que sea solicitada.
- ✓ Informar de manera oportuna el retiro del niño o niña, diligenciando el respectivo formato.
- ✓ Participar en la conformación del comité de control social, grupos de brigada y comités de padres de familia.
- ✓ Aportar a la carpeta del niño(a) todos los documentos solicitados por el CDI.
- ✓ Respetar y cumplir el conducto regular en caso de peticiones, quejas o reclamos.
- ✓ Mantener buenas relaciones interpersonales que promueven la convivencia pacífica con los padres usuarios y con el personal del Centro de Desarrollo Infantil.

Firma del Padre de Familia:



Dirección: Carrera 2 No 2 sur 14 – Tarquí – Huila
 Correo electrónico: fundacionlibertad@gmail.com
 Teléfono: 3116341368 – 3102053539.

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

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Juan David Fajardo Figueroa, identificado (a) con documento de identidad número 36382703, 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, Disney García Cuatros, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 36382703, 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 hiciera 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 EAS 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 CDI LIRIOS DE PLATA BELLAVISTA

Suscriben:

Firma: [Firma]
Nombre: Disney García G.
Calidad - Titular: X Representante legal:
Teléfono de contacto: 86 382-703 - 3219794098
Fecha: 01-11-2025
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.



FUNDACIÓN GRUPO LIBERTAD.
Nit: 900.027.451-0



LEY DE PROTECCIÓN DATOS PERSONALES

En nuestra calidad de responsable del uso de la información de nuestros usuarios y grupos de interés, dando cumplimiento a la Ley 1581 de Protección de Datos Personales y el decreto reglamento 1377 de 2013, poniendo a su disposición en el aviso de privacidad, Las políticas de tratamiento de sus datos personales y la autorización del uso de su información personal. Este ultimo se pone a su disposición para que, si esta de acuerdo, sea diligenciado y entregado.

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

Autorizo a la **Fundación Grupo Libertad** realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión transferencia y supresión, para los siguientes fines:

- A) Para que la **Fundación Grupo Libertad** pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de operador de programas misionales del ICBF.
- B) Facilitar los documentos requeridos por los sistemas de información de las entidades autorizadas o las entidades gubernamentales que propenden por el desarrollo integral de las niñas y los niños de primera infancia, bajo el compromiso de mantener la confidencialidad de la información.

DECLARACIONES DEL TITULAR

Yo Yo Disney Garcia Gualteros. Identificado con CC 36.382.703. Expedida en La plata tl. Acudiente del menor Lian David fegardo figueroa. Identificado con Registro Civil de Nacimiento Numero 1081428496.

DECLARO

- A) Toda información suministrada por mí a la **Fundación Grupo Libertad** verdadera.
- B) Conozco los derechos y las condiciones para el tratamiento de datos, incluyendo de manera enunciativa:

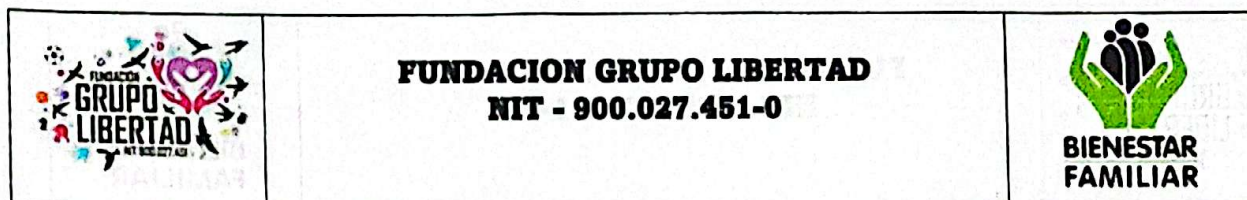
Conocer íntegramente y de forma gratuita mis datos personales o de mi hijo (a) o acudiente, así como actualizarlos y rectificarlos frente a la **Fundación Grupo Libertad** o los encargados del tratamiento.

Conocer el uso que se le ha dado a mis datos personales, previa solicitud a la **Fundación Grupo Libertad** así mismo, solicitar prueba de la autorización otorgada a la **Fundación Grupo Libertad** salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con la ley.

Para efectos de ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir información, revocar la autorización, entre otros, poder acudir a la **Fundación Grupo Libertad** como responsable del tratamiento de manera gratuita al área de Gerencia, quienes estarán disponibles en el **CDI LIRIOS DE PLTA BELLAVISTAL** del Municipio de La Plata.

Firma usuaria y/o acudiente

Dirección: Carrera 2 No 2 sur 14 – Tarqui – Huila
Correo electrónico: fundacionlibertad@gmail.com
Teléfono: 3116341368 – 3102053539.



PACTO DE CONVIVENCIA

Yo Disney Garcia Gualteros, identificado con la cédula de ciudadanía N° 36.382.703 expedida en la plata me comprometo a cumplir con mis deberes y obligaciones, si no cumplo con esto acepto las acciones contempladas por la EAS y/o en este documento y las correspondientes a mis obligaciones como cuidador o padre de familia impuestas en la Ley 1804 de Primera Infancia, estos deberes fueron propuestos y aceptados al momento de ingresar a la Política de estado para la Atención Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre.

DEBERES Y OBLIGACIONES QUE DEBO CUMPLIR COMO PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR, DEL PARTICIPANTE DE LA MODALIDAD INSTITUCIONAL – CDI: LIRIOS DE PLATA BELLAVISTA EN EL MUNICIPIO DE LA PLATA HUILA

1. Cumplir con la siguiente papelería (legible) de los participantes y actualizar cuando sea necesario, Registro civil, Carnet de vacunas y control de crecimiento, certificado de afiliación a salud, certificado de Sisbén o según criterio de focalización, tamizaje auditivo y visual números de teléfonos y direcciones de domicilio actualizados.
2. Enviar al participante bien presentado, aseado y Portar el uniforme de cero siempre.
3. Participar de las actividades propuestas para cada semana.
4. Contribuir con la construcción de un ambiente de respeto, tolerancia y responsabilidad hacia el talento humano.
5. Los participantes deben asistir de lunes a viernes, garantizando el servicio de 8 horas diarias, para dar cumplimiento a las actividades pedagógicas.
6. Asistir en las fechas estipuladas por la EAS, a la toma de datos antropométricos, por parte del padre, madre o acudiente principal.
7. Realizar y participar de las actividades programadas que se implementen a partir del proyecto pedagógico.
8. Permitir que ingresen a la vivienda y atender la visita del equipo interdisciplinario según la necesidad.
9. Cumplir con el horario de entrada y salida del centro de desarrollo infantil.
10. No realizar comentarios que dañen la imagen del programa, cualquier inquietud acercarse y preguntar directamente con el Talento Humano de la UDS. Mantener una comunicación respetuosa y abierta con el equipo educativo.
11. Informar por escrito (excusa justificada) la no asistencia del participante a la UDS.
12. Informar al agente educativo cuando el participante se encuentre enfermo.
13. Cuando el participante presente fiebre, diarrea, gripe o este delicado de salud abstenerse de traerlo al centro de desarrollo infantil
14. Cuando el participante tenga programada una cita de control de crecimiento y desarrollo, vacunación, cita médica y/o terapias informar a la agente educativa y llevar excusa y soporte justificada por EPS, preferiblemente copia de la epicrisis de la atención y/o copia del carné de crecimiento y desarrollo.

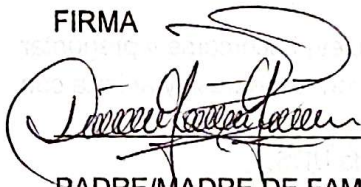
Dirección: Carrera 2 No 2 sur 14 – Tarqui – Huila
 Correo electrónico: fundacionlibertad@gmail.com
 Teléfono: 3116341368 – 3102053539.

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD NTT - 900.027.451-0	 BIENESTAR FAMILIAR
---	---	--

15. Para solicitar documentación de los niños/niñas, se le entrega única y exclusivamente al cuidador responsable al ingreso del programa.
16. Participar activamente en el desarrollo de las diferentes actividades transversales programadas en el marco del proyecto pedagógico.
17. Firmar acta de compromiso con la EAS, en caso de que no cumpla con las exigencias descritas en el Manual Operativo de la modalidad V7 y el no cumplimiento del deber como padre, madre o cuidador responsable.
18. Acepto que si fallo 3 (tres) veces en el mes, sin justa causa, puedo dejar de pertenecer a la "Política Publica de Cero a Siempre".
19. El servicio para los participantes en el CDI Lirios DE Plata Bellavista es **totalmente gratis**.
20. Garantizar que quien entrega y recoge al niño o niña en el CDI sea una persona mayor de edad y esté autorizado en el formato de ficha de inscripción y con copia del documento de identidad en la carpeta del participante.
21. No pertenecer a dos programas y/o modalidades del ICBF, independientemente de la modalidad.
22. Respetar los horarios de atención que tienen la agente educativa y no escribirles de manera privada en horarios fuera de este, exceptuando casos o situaciones especiales que lo ameriten
23. Informar cuando se presenten cambios de domicilios o números telefónicos.
24. Evitar que los participantes lleven juguetes o cualquiera otro objeto que se puede llegar a perder, en caso de pérdida del algún objeto que no se ha solicitado con anterioridad por parte de la docente, el CDI se reserva el derecho de responder por el mismo.
25. Marcar las pertenencias de ellos participantes.
26. No dar alimentos antes del ingreso a la Unidad de Servicio CDI

Comuníquese y cúmplase en el municipio de PLATA HUILA a los 61 días del mes de noviembre del 2025

FIRMA



PADRE/MADRE DE FAMILIA/ CUIDADOR RESPONSABLE

C.C N°: 36382-703 DE La plata Hl.

Dirección: Carrera 2 No 2 sur 14 – Tarqui – Huila

Correo electrónico: fundacionlibertad@gmail.com

Teléfono: 3116341368 – 3102053539.

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD NIT: 900027451-0	 BIENESTAR FAMILIAR
---	---	--

FORMATO SEGUIMIENTO

	FECHA DE REGISTRO DEL SEGUIMIENTO:	25 - 11 - 2025
	NOMBRE Y EDAD DEL USUARIO EN AÑOS Y MESES:	11 años 0 Meses
	NOMBRE DEL AGENTE EDUCATIVO QUE REALIZA EL SEGUIMIENTO:	Sandra Constanza Oidor
	NOMBRE DEL CDI:	Niños de Plata
AVANCES Y POTENCIALIDADES		ASPECTOS A FORTALECER
<p> David se adaptó con facilidad al grupo y a las personas que lo cuidan, estuvo un poco apartado del grupo por unos pocos días; se integra a partir de las actividades que se realizan, es un niño curioso, tiene excelente manejo corporal, consume la mayoría de los alimentos, es observador y disfruta actividades donde haya música, relato de cuentos e imágenes. </p>		<ul style="list-style-type: none"> - Control esfínteres - Compartir juguetes con sus compañeros

Dirección: Carrera 2 No 2 sur 14 - Tarqui - Hulla
 Correo electrónico: fundacionlibertad@gmail.com
 Teléfono: 3116341368 - 3102053539.



Accidentes por trabajo
Protegemos tus pasos



Línea de atención

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

Página web:
www.seguroslibertad.com.ec

ÚNITE A NUESTRA RED MÉDICA



N° Póliza: 2026V01802

Tomador: FUNDACION GRUPO LIBERTAD

Miembro de Asegurado: LIAN DAVID FARRAGO FIGUEROA

ID Asegurado: 1081428496

Vigencia Desde: 2023/11/10

Vigencia Hasta: 2026/02/01

Cuota: \$10.000.000,00

Cobertura: \$4.000.000,00

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

Desde Bogotá: 3274712/13

Línea nacional: 018000111113

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #911

www.seguroslibertad.com.ec