

	<p align="center">FUNDACION GRUPO LIBERTAD NIT - 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: Luis Alejandro

APELLIDOS/S: Rojas Ortiz

Nº DE DOCUMENTO: 1081428571

FECHA DE NACIMIENTO: 24-05-2024

DIRECCION Cra 10 (E) 12-47

FOCALIZACION: SISBEN ☒ GRUPO C1 VICTIMA ☐ INDIGENA ☐

EPS: Sanitas SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO ☐

DATOS DEL PADRE/ ACUDIENTE

NOMBRE Y APELLIDO: Luislyn Alejandro Rojas Cruz

Nº DE DOCUMENTO: 1081420670 PARENTESCO padre

TEL CELULAR: 3224032220

DATOS DE LA MADRE/ACUDIENTE

NOMBRE Y APELLIDO: Dayano Katherine Ortiz Agudelo

Nº DE DOCUMENTO: 1004251700 PARENTESCO: madre

TEL CELULAR: 3143272438

OTRO CELULAR DE CONTACTO: 323227284

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

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

LISTA DE CHEQUEO NIÑAS Y NIÑOS/ 2025

NOMBRE DEL NIÑO(A): Luis Alejandro Rojas Ordoñez
 RC: 1081428571

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.



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP

1.081.428.571

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

57800424

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría ☒	Notaría ☐	Numero ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	L 5 B
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía							
REGISTRADURIA DE LA PLATA - COLOMBIA - HUILA - LA PLATA							

Datos del inscrito							
Primer Apellido				Segundo Apellido			
ROJAS				ORTIZ			
Nombre(s)							
LUIS ALEJANDRO							
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo	
Año	2	0	2	4	Mes	M	A
					Día	2	4
MASCULINO				O		POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/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	24051810984393

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	
ORTIZ AGUDELO DAYANA KATERINE	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.251.700	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	
ROJAS CRUZ LUILLYN ALEJANDRO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.081.420.670	COLOMBIA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
ORTIZ AGUDELO DAYANA KATERINE	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.004.251.700	Dayana Ortiz

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

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -





Registro válido

C1

Fecha de consulta:

12/09/2025

Ficha:

41396029510900000467

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: LUIS ALEJANDRO

Apellidos: ROJAS ORTIZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1081428571

Municipio: La Plata

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

03/08/2019

Última actualización ciudadano:

11/06/2024

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben 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



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	1081428571
NOMBRES	LUIS ALEJANDRO
APELLIDOS	ROJAS ORTIZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA PLATA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	25/05/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 09/12/2025 15:22:26 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 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.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como



¿Cuándo es mi
próxima consulta de
valoración integral?

Fecha de próxima consulta	Profesional	Observaciones
29/08/24	Enf.	Maria Alejandra Daza C. Enfermero Jefe C.C. T. N. 379.114
20/11/2024	Med.	
15/01/2025	Enf.	Maria Alejandra Daza C. Enfermero Jefe C.C. T. N. 379.114
28/04/2025	Enf.	
22/06/2025	Med.	Eduardo... USCO Reg. 1613
9/7/25	Med.	
26/12/25		

Scientific Equipment Co. Inc.
1000 - 10th Ave. N.E.
Atlanta, Ga. 30309

desarrollo - Rojo.

(4) Desnutrición Severa. (5) Obesidad. (6) Sobrepeso.
Esperado - Verde. (2) Riesgo de problemas de desarrollo - Amarillo. (3) Sospecha de problemas de

losis meningea, Hepatitis B, Poliomieltitis y otras enfermedades causadas por el virus de la Influenza, Difteria, Toserina, Diarrea por rotavirus; Neumonía, Otitis bacteriana causada por Neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la Sarampión, Rubéola, Píarotiditis.

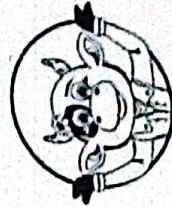
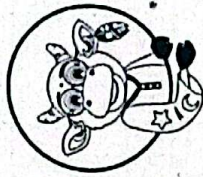
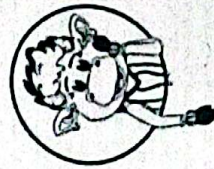
4. Hepatitis A, Fiebre Amarilla y Virus del Humaño.



¡Saca ya
las vacunas
gratis, hazlo de una!

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Dirección de Enfermedades Transmisibles
o de Gestión Integrada de Enfermedades
Inmunoprevención

Carné de Vacunación



Nombres y Apellidos Luis Alejandro Rojas Ortiz.

1081428 571.
 No. de Documento
 Tipo de Documento: OTRO
 Fecha de Nacimiento: 24 DIA 05 MES 29 AÑOS
 Sexo: Masculino.
 Grupo sanguíneo: O positivo.
 Peso al nacer: 3130 Talla: 48.
 Dirección:
 Teléfono 1: 314 3272438.
 Teléfono 2:
 Responsable: Deyana Katherine Ochoa

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

3.ª entrega	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A
1.ª entrega	D	M	A

[illegible]

ON EN SALUD POR ENFERMERIA (E), MEDICINA (M), PEDIATRIA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

5 años	D	M	A
4 años	D	M	A
3 años	D	M	A

1. entrega.	D	M	A
2. entrega	D	M	A
3. entrega	P	M	A
4. entrega	D	M	A
5. entrega	D	M	A

SEGUIMIENTO RECIENTE NACIDO			
neonatal	Normal	Alterado	D
activo OCA/PEAA	Normal	Alterado	D
liopatia		Alterado	D
génita Compleja	Normal	Alterado	D
al	Normal	Alterado	D
FUNCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA			
M	M	M	A

SEGUIMIENTO RECIENTE NACIDO

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

*Menor o igual a 20 normal

is y Apellidos Luis Alejandro Rojas Oatis 1.081428571

po de Indentificación No. ID:

Nombres y apellidos del vacunador

Me protege de		Fecha de aplicación		Laboratorio		Número de lote		Fecha próxima cita		Nombres y apellidos del vacunador		
		Día	Mes	Año			SI		Día		Mes	Año
Tuberculosis meningea (BCG)	Única	24 MAY 2024			SEBASTIAN							
Hepatitis B	Recién nacido	26 MAY 2024			SEBASTIAN							
Poliomielitis (VIP)	1ª	06 AGO 2024			BILTHOVEN							
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	06 AGO 2024			Serum							
Hepatitis B	1ª	06 AGO 2024			Serum							
Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	06 AGO 2024			Serum							
Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	06 AGO 2024			GLAXO SMITH							
Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo	1ª	06 AGO 2024			PREVENAR							
PCV 10 ☐ PCV 13 ☐												
Poliomielitis (VIP)	2ª	08 OCT 2024			BILTHOVEN							
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	08 OCT 2024			Serum INSTITUTO							
Hepatitis B	2ª	08 OCT 2024			Serum INSTITUTO							
Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	08 OCT 2024			Serum INSTITUTO							
Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	08 OCT 2024			GLAXO SMITH							
Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo	2ª	08 OCT 2024			PREVENAR							
PCV 10 ☐ PCV 13 ☐												
Poliomielitis (VIP)	3ª	13 ENE. 2025			BILTHOVEN							
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	13 ENE. 2025			Serum							
Hepatitis B	3ª	13 ENE. 2025			Serum							
Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	13 ENE. 2025			Serum							
Influenza estacional	1ª	09 JUN. 2025			Serum							
Influenza estacional	2ª	09 JUN. 2025			Serum							
Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	09 JUN. 2025			Serum							
Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo	Refuerzo	09 JUN. 2025			Serum							
PCV 10 ☐ PCV 13 ☐												
Varicela	Única	09 JUN. 2025			Serum							
Hepatitis A	Única	09 JUN. 2025			Serum							
*Influenza estacional	Anual	09 JUN. 2025			Serum							
Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	09 JUN. 2025			Serum							
Difteria, Tétanos y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo	09 JUN. 2025			Serum							
**Fiebre Amarilla	Única	09 JUN. 2025			Serum							
Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	09 JUN. 2025			Serum							
Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo	09 JUN. 2025			Serum							
Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo	09 JUN. 2025			Serum							
Varicela	Refuerzo	09 JUN. 2025			Serum							
Virus del papiloma humano (VPH)	1ª	09 JUN. 2025			Serum							
	2ª	09 JUN. 2025			Serum							
	3ª	09 JUN. 2025			Serum							
	1ª	09 JUN. 2025			Serum							

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.251.700
ORTIZ AGUDELO

APELLIDOS
DAYANA KATERINE

NOMBRES
Dayana Katherine Ortiz





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-FEB-2001
LA PLATA (HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.51 O+
ESTATURA G.S. RH SEXO F
11-MAR-2019 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA BOCHA



P-1904900-01176083-F-1004251700-20201104 0072304059A 2 8913590125

 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 Dayana Katherine Ortiz identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1004251700 De la plata, padre / madre o acudiente de la /el niño(a) Luis Alejandro, identificados con NUIP No. 1081428571, 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 Huila a los 01 días del mes Noviembre de 202(5)

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

Nombre: Dayana Katherine Ortiz

Firma: Dayana Katherine Ortiz

CC. No. 1004251700

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: [Firma]

Firma: Dayana Katherine Ortiz

CC. No. 1004251700

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 Katherine Ortiz Identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1004251700 expedida en la plata H.

ME COMPROMETO COMO PADRE DE FAMILIA, ACUDIENTE O ADULTO RESPONSABLE DEL NIÑO(A) Luis Alejandro Rojas Ortiz 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 transportar 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: Katherine Ortiz

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

 BIENESTAR FAMILIAR	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 Luis Alejandro Rojas Ortiz, identificado (a) con documento de identidad número 108428531, 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 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: Doyano Ortiz
 Nombre: Doyano Katherine Ortiz
 Calidad - Titular: _____ Representante legal: X
 Teléfono de contacto: 3143272438
 Fecha: 01-11-2024
 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	 BIENESTAR FAMILIAR
---	---	--

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:

- 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.
- 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 Dayana Katherine Ortiz Agudelo Identificado con CC 1081428571 Expedida en La Plata H Acudiente del menor Luis Alejandro Rojas Ortiz Identificado con Registro Civil de Nacimiento Numero 1081428571

DECLARO

- Toda información suministrada por mí a la **Fundación Grupo Libertad** verdadera.
- 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 actualizarnos 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.

Dayana Ortiz

Firma usuaria y/o acudiente

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

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

PACTO DE CONVIVENCIA

Yo Dayana Katherine Ortiz Agudelo, identificado con la cédula de ciudadanía N° 1004251700 expedida en _____ 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 NIT - 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 04 días del mes de noviembre del 2025

FIRMA

Dayana Katherine Ortiz

PADRE/MADRE DE FAMILIA/ CUIDADOR RESPONSABLE

C.C N°: 1004251700 DE la plata

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

Correo electrónico: fundacionlibertad@gmail.com

Teléfono: 3116341368 – 3102053539.



Accidentes personales
Protegemos tus pasos



Conoce nuestra red médica



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

Página web:
www.segurosmondial.com.co

N° Póliza: **200063411**

Tomador: **FUNDACION GRUPO LIBERTAD**

Nombre de Asegurado: **LUIS ALEJANDRO ROJAS ORTIZ**

ID Asegurado: **1081428571** Vigencia Desde: **2025/11/04** Vigencia Hasta: **2025/11/30**

Monto Accidentes: **\$5.000.000,00** Costo Médicos: **\$5.000.000,00**

En caso de accidente comuníquese a nuestra línea 01 8000 112 684.
Para más información acerca de la póliza comuníquese a nuestras líneas:

Desde Bogotá: 3274712/13
Línea nacional: 01 8000 112 684
Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #915

www.segurosmondial.com.co

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

FORMATO SEGUIMIENTO

	FECHA DE REGISTRO DEL SEGUIMIENTO:	25-11-2025
	NOMBRE Y EDAD DEL USUARIO EN AÑOS Y MESES:	Luis Alejandro años Meses
	NOMBRE DEL AGENTE EDUCATIVO QUE REALIZA EL SEGUIMIENTO:	Sandro Constanza Oidor
	NOMBRE DEL CDI:	Jorjós de plata
AVANCES Y POTENCIALIDADES	ASPECTOS A FORTALECER	
<p>Luis Alejandro ingreso este mes a nuestro CDI, le ha costado un poquito alejarse de sus papás llorando por episodios durante la jornada. Se integro con facilidad con sus compañeros y profesoras, tiene excelente manejo corporal, disfruta bailar y escuchar música, como también observar imágenes. Consume la gran mayoría de los alimentos.</p>	<p>-Control Esfínteris -Egoísmo</p>	

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