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

HCB LOS PATICOS

USAURIO: **ANGEL ALARCON CHARRY** **RC N0.1079413733**



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			
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez			
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			
Para identificar lugar de residencia, fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia			
Fotografía física, esta ira sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez			

Powered by CamScanner

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

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

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.079.413.733

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59256416

- 59256416 -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código K Z Y

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

REGISTRADURIA DE TESALIA - COLOMBIA - HUILA - TESALIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ALARCON	CHARRY

Nombre(s): ANGEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes OCT Día 02	MASCULINO	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	2310281066605 9

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: CHARRY SANTOFIMIO YUDERLY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.074.704	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: ALARCON PERDOMO JUAN PABLO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.084.869.030	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ALARCON PERDOMO JUAN PABLO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.084.869.030	

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 2023 Mes OCT Día 10	DIOGENES ORTIZ BRAND Registrador REGISTRADO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	DIOGENES ORTIZ BRAND Registrador Nacional del Estado Civil Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL
TESALIA - HUILA
10 OCT 2023
FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL
Firma:

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

DIOGENES ORTIZ BRAND
Registrador Nacional del Estado Civil

Adhesivo Copia Registro Civil 34625144-9

OPIAPRES ----- 13213171

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Scanned with
Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.084.869.030**

ALARCON PERDOMO

APELLIDOS

JUAN PABLO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-DIC-1995**

IQUIRA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

08-ENE-2014 IQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1904600-00557208-M-1084869030-20140326 **0037741300A 1** 41619427

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.074.704**
CHARRY SANTOFIMIO

APELLIDOS
YUDERLY

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-ENE-2003**
TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

23-FEB-2021 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1902500-01227591-F-1004074704-20210413 0074088291A 1 8501586501

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 22/09/2025

Ficha: 41797123640200003229

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ANGEL

Apellidos: ALARCON CHARRY

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079413733

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/04/2023

Última actualización ciudadano: 10/10/2023

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

***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: DANIELA VALENTINA MUÑOZ LOPEZ

Dirección: Carrera 9 No 6 - 11

Teléfono: 8377022 - 3144647676

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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

Powered by CamScanner

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía

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

Sr(a): LUIS ALVARO MALDONADO LIZARAZO
c.c. / Nit: 4238563
C 7 11 03
Municipio: 797 TESALIA HUILA Ruta: 47970044200
Dirección Postal:
Ciclo: 72 Sector: 4-INSP. PACARNI

Su código de cuenta NIU
794683307
Para cualquier consulta y pago electrónico

Factura de venta No.
88103985

Periodo	Periodo facturado	Pago total	Pago mínimo	Periodos vencidos
9/ 2025	14/08/25-14/09/25	$52,180	$52,180	1 meses

Datos de cuenta

Clase servicio	Residencial
Estrato	1-Bajo Bajo
Zona	OCCIDENTE
Nivel tensión	1-Secundaria
Carga instalada	0
Tipo liquidación	lectura
Codo	T09799-PCNP

Costo unitario prestación del servicio

COMPONENTES ELECTROHUILA	
1 Comercialización	161.26
+ 2 Distribución	296.33
TOTAL ELECTROHUILA =	457.59
MERCADO ENERGÍA MAYORISTA	
3 Generación	393.16
+ 4 Transmisión	53.84
+ 5 Restricciones	15.82
+ 6 Pérdidas	79.48
TOTAL MERCADO MAYORISTA =	542.3
Costo unitario ElectroHuila + Mercado =	999.88

Histórico de consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	8	59	2025	2	43
2025	7	47	2025	1	45
2025	6	44	2024	12	42
2025	5	42	2024	11	46
2025	4	46	2024	10	50
2025	3	40	2024	9	46

Promedio de la cuenta	Consumo mes año anterior
46	46

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Valor
Deuda Capital	25,370
1 Consumo Periodo	52,994
10 Interes moratorio	126
07 Ajuste Decena	2
95 Subsidio	<30,177>

Cálculo actual del consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-61784892	ISK	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	10758	10705	1	53

Liquidación de consumo

Contador	Desde	Hasta	Consumo	Tarifa	Valor Real	Subsi/Contri	ValorCobrar
1	1	173	53 KW/h	$430.5140	$52,994	-57%	$22,817

TOTAL

anciación ElectroHuila

Descripcion	Saldo
de interés	0%

CUFE e5b59d040dc829f1de7ea3c74dc2bbd1c4aaee417325ea895834ce3f04f0839f050164ea75bc6644859e79
Numero de Factura Electronica EH-4746216 Numero de factura: 88103985

Fecha de emisión	Mi ultimo pago fue	Tengo plazo de pagar hasta	Me quedo sin servicio a partir de
18/09/2025	$21,790 25/07/2025	PAGO INMEDIATO	PAGO INMEDIA
		Vencimiento	Suspensión

Valor Energía ElectroHuila	+ Valor Servicio de Aseo	+ Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía)	+ Valor Otros Cobros	= $52,180 TOTAL A PAGAR
$48,315		$3,865	$0	

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN
orta 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: 3077

(415)7707274499679(8020)0794683307(3900)0000052180(96)20250926

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

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

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	1079413733
NOMBRES	ANGEL
APELLIDOS	ALARCON CHARRY
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	TESALIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	03/10/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

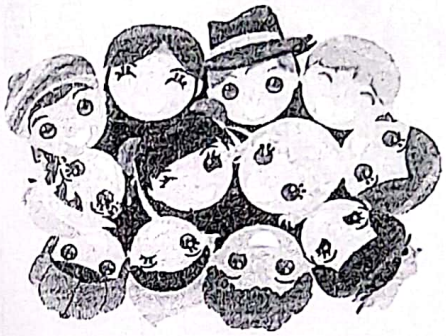
Fecha de Impresión:	09/22/2025 17:22:32	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régim Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 d ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificacic técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que oper 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 Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afilia** establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el af

Powered by CamScanner

Carné de Salud Infantil



Mis controles

Escribe aquí los datos significativos de la salud del niño o niña.

Fecha de Atención	Edad	Peso	Talla	PC	Próximo Control	Responsable del Control
03/11/23	1m	3.78	53	34	03/02/24 3 meses	
16/02/24	4m	7.01	68	40	16/05/24 3 meses	
16-5-24	7m	8 kg	66.5	43.	16-8-24 3 meses	
23-08-24.	1a 1m	10.9kg	76cm.	PC=45cm =14.5kg	23/11/24 Medic.	
17-01-25	1a	9.6	76	46	17/05/25 4 meses	
2006-25.	20	10.1	85	46.	Diciembre 20/09/25	

Observaciones: _____

_____

Interconsultas: _____

_____

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: _____ Tipo de Indentificación _____ No. ID: _____

	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Lactancia materna exclusiva	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién Nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	3	10	23	Serum	SI ☐ No	3 1 2 M A O 5 2	HUS				
	Hepatitis B	Recién nacido	3	10	23	Serum		3 1 3 a 0 0 5 F	HUS				
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	2	12	23	Biological	SI ☐ No	2 2 3 5 0 0 1.					María Garces Aux. de Enfermería Res. 434
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	2	12	23	Serum		2 8 5 2 x 0 0 3 A	ESE Hospital Tipo II	3-12-23			
	Pentavalente: Hepatitis B	1ª	2	12	23	Serum		2 8 5 2 x 0 0 3 A					
	Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	2	12	23	Serum		2 8 5 2 x 0 0 3 A					María Garces
	Diarrea por rotavirus	1ª	2	12	23	GSK		A e 0 1 D 1 6 6 A B					Aux. de Enfermería Res. 434
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	2	12	23	Prevenar		F 4 9 9 2 5					
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª	02	02	24	Biological	SI ☐ No	2 2 3 5 0 0 1.	ESE Tesalia	2/02/23			María Garces
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	02	02	24	Serum		2 8 5 2 x 0 0 3 A	ESE Tesalia				Aux. de Enfermería Res. 434
	Pentavalente: Hepatitis B	2ª	02	02	24	Serum		2 8 5 2 x 0 0 3 A	ESE Tesalia				
	Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	02	02	24	Serum		2 8 5 2 x 0 0 3 A					María Garces
	Diarrea por rotavirus	2ª	02	02	24	GSK		A R 0 1 0 1 9 6 6 A B	ESE Tesalia				Aux. de Enfermería Res. 434
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	02	02	24	Prevenar		F 4 9 9 2 5.	ESE Tesalia.				
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª	05	04	24	Biological	SI ☐ No	2 2 3 4 0 0 3	ESE Tesalia	02/04/24			Kelly García
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	05	04	24	Serum		2 8 5 2 x 0 0 3 A	ESE Tesalia				Kelly García
	Pentavalente: Hepatitis B	3ª	05	04	24	Serum		2 8 5 2 x 0 0 3 A	ESE Tesalia.				Kelly García
	Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	05	04	24	Serum		2 8 5 2 x 0 0 3 A	ESE Tesalia				Kelly García
	Influenza estacional	1ª	15	05	24	Butantan		2 4 0 1 9 9 9	ESE Tesalia				Kelly García
7 meses	Influenza estacional	2ª	18	06	24	Butantan		2 4 0 0 9 7 9	ESE Tesalia				Kelly García
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	11	10	24	Serum		0 1 5 3 N 0 0 3 A	ESE Tesalia				
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	11	10	24	Pfizer		4 X 1 9 1 2	ESE Tesalia				Dra. Manuela Quiroga R. Médico Pediatra Manuela Quiroga R.
	Varicela	1ª	11	10	24	Merck		Y 0 0 4 4 5 1.	ESE Tesalia				
	Hepatitis A	Única	11	10	24	Sinovac		2 0 2 2 0 7 0 4	ESE Tesalia				
	*Influenza estacional	Anual	30	05	25	Sigeros		P 0 0 7 9 0 8 0 4	ESE Tesalia				
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	25	04	25	Biological		2 4 1 3 0 0 7.	ESE Tesalia				
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☒	1er Refuerzo	25	04	25	Serum		2 8 5 3 X 0 2 0 E	ESE Tesalia				
	**Fiebre Amarilla	Única	25	04	25	Sanofi		2 3 K 0 9 2 9.	ESE Tesalia				
5 años	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	2ª	25	04	20	Serum		0 1 5 3 N 0 0 5 B	ESE Tesalia				
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo											
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo											
	Varicela	Refuerzo											
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª											
		2ª											
		3ª											
Sin rango de edad	Covid-19	1ª											
		2ª											
		1er Refuerzo											
		2do Refuerzo											
Vacunas y otras dosis													

*De acuerdo al antecedente de primovacunación **A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

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

Powered by CamScanner

FECHA	1a VEZ	CPB	OET	FLÚOR	SELLANTE	OPERATORIA	CIRUGÍA ORAL	ENDODONCIA	CONSULTA URGENCIA	TTO, YERMINADA
26-09-24	✓			Educación Salud Oral					26-01-25	Yuly Constanza Ruiz Higienista Oral
16-01-25	✓			Barniz	PyP	Prox	Control	16-07-25		Yuly Constanza Trujillo Higienista Oral Resolución 2597
25-07-25	✓			Barniz	Pyp	Prox	Control	25-01-26		Mar P. González Higienista Oral Reg. 1364 C.C. 1081393223

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 Los patios -, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio Fundacion 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): Angel Alarcon charry con RC No 1079413733 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

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	NIT. 900027451-0
	Acta de compromiso y corresponsabilidad con padres de familia y/o cuidadores	

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 1 del mes octubre del año 2025, en el Municipio de Pacoa - Tesalia

Yuderly Charl Santofimio
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	11/07/2024
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	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 Angel Alarcon Charly, identificado (a) con documento de identidad número 1079415733, 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, Yuderly Charry Santofimio, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004074704 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 o programa _____

Suscriben:

Firma: Yuderly Charry Santofimio
Nombre: Yuderly Charry Santofimio
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3172503415
Fecha: 01-10-2025
Municipio: Tesalia - Paicam

Powered by CamScanner

seguros mundial

Accidentes personales

Protegemos tus pasos



Línea de atención

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

Conoce nuestra **red médica**

Página web:
www.segurosmundial.com.co

Nº Póliza:	2000506131
Tomador:	FUNDACION GRUPO LIBERTAD
Nombre de Asegurado:	ANGEL ALARCON CHARRY

ID Asegurado:	**Vigencia Desde:**	**Vigencia Hasta:**
1079413733	2025/09/29	2026/02/01

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

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

Desde Bogotá: 3274712/13
Línea nacional: 018000111935
Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

www.segurosmundial.com.co

Powered by CamScanner