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

HCB LOS PATICOS

USAURIO: BRIANA GISELL JOJOA LIEVANO __RC N0.1079413 461



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 esidencia, fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia	/		
Fotografía física, esta ira	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

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 29554658-3

NUIP 1.079.413.461

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59256063

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código K 3 Y

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

REGISTRADURIA DE TESALIA - COLOMBIA - HUILA - TESALIA

Datos del inscrito

Primer Apellido: JOJOA

Segundo Apellido: LIEVANO

Nombre(s): BRIANA GISELL

Fecha de nacimiento: Año 2021 Mes AGO Día 08

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo sanguíneo: O

Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA HUILA NEIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 166186987

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: LIEVANO PERDOMO YEIRY CATERINE

Documento de Identificación (Clase y número): CC 1.079.412.744

Nacionalidad: 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: JOJOA ROBLEDO MIGUEL ANGEL

Documento de Identificación (Clase y número): CC 1.079.411.835

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: JOJOA ROBLEDO MIGUEL ANGEL

Documento de Identificación (Clase y número): CC 1.079.411.835

Firma: Miguel Angel Jojoa

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 2021 Mes AGO Día 11

Nombre y firma del funcionario que autoriza: DIOGENES ORTIZ BRAND - REGIST

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Miguel Angel Jojoa.

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconoci

DIOGENES ORTIZ BRAND

Registrador [illegible] Civil

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURIA MUNICIPAL [illegible] ESTA REGRADUACIÓN

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO **1.079.412.744**

LIEVANO PERDOMO

APELLIDOS

YEIRY CATERINE

NOMBRES

Yeiry Caterine Lievano

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-MAY-1999**

TESALIA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-MAY-2017 TESALIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1902500-00944034-F-1079412744-20171007 0057913672A 3 48415995

Powered by CamScanner

CEDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.079.411.835



Apellidos
JOJOA ROBLEDO

Nombres
MIGUEL ANGEL

Nacionalidad
COL

Estatura
1.68

Sexo
M

Fecha de nacimiento
10 AGO 1996

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
LA PLATA (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
19 AGO 2014, TESALIA

Firma
Miguel Angel Jojoa R

Fecha de expiración
02 DIC 2031

CO

001362565

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOL001362565019025<<<<<<<<<<<
9608100M3112021COL10794118352<2
JOJOA<ROBLEDO<<MIGUEL<ANGEL<<<

Powered by CamScanner

Sisbén

Finalizar la búsqueda

Registro válido

B2

Fecha de consulta: 05/11/2025

Ficha: 41797123640200002418

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: BRIANA GISELL

Apellidos: JOJOA LIEVANO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079413461

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 25/08/2022

Última actualización ciudadano: 25/08/2022

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 LOP

Dirección: Carrera 9 No 6 -

Teléfono: 8377022 - 31446476

Correo Electrónico: sisben@tesalia-huila.gov.

¡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
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario

Powered by CamScanner

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía

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

Sr(a) : POLANIA MEDINA MISAEL
c.c. / Nit: 201562
CL 6 # 7-31 B LA INMACULADA
Municipio: 797 TESALIA HUILA Ruta: 47970042380
Dirección Postal:
Ciclo: 72 Sector: 4-INSP. PACARNI

Su código de cuenta NIU
297669423
Para cualquier consulta y pago electrónico

Factura de venta No.
86044998

Periodo	Periodo facturado	Pago total	Pago mínimo	Periodos vencidos
4 / 2025	14/03/25-14/04/25	$65,990	$65,990	0 meses

Datos de cuenta

Clase servicio	Residencial
Estrato	1-Bajo Bajo
Zona	OCCIDENTE
Nivel tensión	1-Prop. N 2 Aerea
Carga instalada	2299
Tipo liquidación	lectura
Nodo	T09798-PCNP

Costo unitario prestación del servicio

COMPONENTES ELECTROHUILA	
1 Comercialización +	154.14
2 Distribución	223.44
TOTAL ELECTROHUILA =	377.58
MERCADO ENERGÍA MAYORISTA	
3 Generación +	388.6
4 Transmisión +	49.85
5 Restricciones +	14.69
6 Pérdidas	88.84
TOTAL MERCADO MAYORISTA =	541.98
Costo unitario ElectroHuila + Mercado =	919.56

Histórico de consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	3	133	2024	9	153
2025	2	152	2024	8	139
2025	1	158	2024	7	149
2024	12	120	2024	6	136
2024	11	130	2024	5	140
2024	10	141	2024	4	156

Promedio de la cuenta	Consumo mes año anterior
139	156

Conceptos ElectroHuila

Concepto		Valor
21	Consumo Periodo	140,693
110	Interes moratorio	44
608	Ajuste Decena	<2>
995	Subsidio	<79,630>

30-4-25

Cálculo actual del consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
2-00010073	CDM	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	17856	17703	1	153

Liquidación de consumo

Contador	Desde	Hasta	Consumo	Tarifa	Valor Real	Subsi/Contri	ValorCobrar
2	1	173	153 KW/h	$399.1059	$140.693	-57%	$61.063

TOTAL

Financiación ElectroHuila

Descripcion	Saldo

Tasa de interés 0%

CUFE 61001a31280e631e1bd9a523524b991b30b6b38ab44a99023e14741656cbc402e2420c13029f2fdf4662
Numero de Factura Electronica FE-2836007 Numero de factura: 86044998

Fecha de emisión	Mi último pago fue	Tengo plazo de pagar hasta	Me quedo sin servicio a partir de
19/04/2025	$56,820 03/04/2025	29/04/2025	
		Vencimiento	Suspensión

AUTORRETENEDORES DE RENTA RESOLUCIÓN No. 547200 DIAN AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN No: 18212672835296 DE 12-01-2024
GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORRETENEDORES ICA CIRCULAR 4 DEL 06/07/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA, ARTICULO 617 DEL ACUERDO 078 DE 2018

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	1079413461
NOMBRES	BRIANA GISELL
APELLIDOS	JOJOA LIEVANO
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	06/08/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/05/2025 06:28:33	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

Powered by CamScanner



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
17/Oct/23	28 m	11.5	79	45		Dr Yuneida
17/Abril/24	32 m	12 kg	84	47		Jefe Daniela
25/Oct/24	38 m	14 kg	88	46,5	(12/10/24) Medico	Dr. Diego Rodriguez
20/10/25	4años	16.2kg	100.5	PC:50 PB:17	25/10/25 Enfermera	Andry Julieth Reyes Olivaros ENFERMERA CC. 1004344448 UNINAVARRO

Observaciones: _____

_____

Interconsultas: _____

_____

Powered by CamScanner

E.S.E. Hospital SANTATERESA Tesalia Huila

IMC para la Edad Niñas - 2 a 5 años

Powered by CamScanner

Resultado Tamizaje Neonatal									
	TSH neonatal	Normal	X	Alterado					
	Auditivo OEA/PEAA	Normal	X	Alterado					
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal	X	Alterado					
	Visual	Normal	X	Alterado					
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA									

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

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses	21	Oct	21	5Kg	55G	Adc	
4 a 5 meses	29	Dic	21	6Kg	60	Adc	
6 a 8 meses	03	Jun	22	7.2Kg	67	Adc	
9 a 11 meses	23	Jul	22	7.4K	70	Adc	
12 a 17 meses	14	Oct	22	9.1g	73.5	Adc	
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	24	31	2
2.ª entrega	14	04	23
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

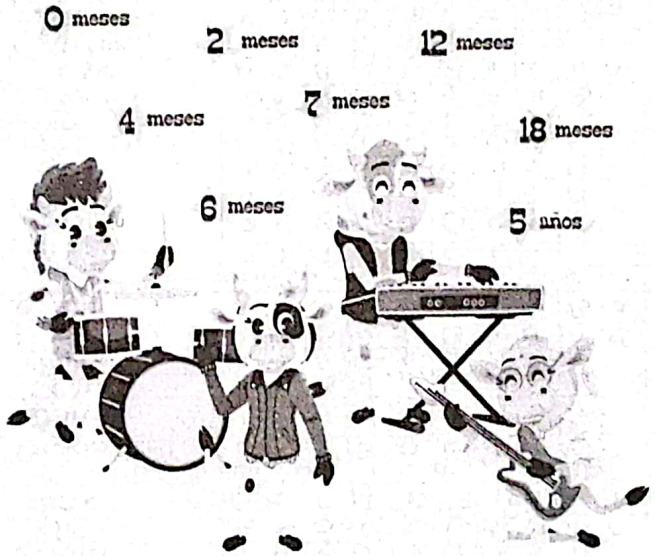
VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

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



Ministerio de Salud y Protección Social

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

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Briana Gisell Jojoa I.

Fecha de nacimiento: 6- Agosto-2021

Nº de certificado de nacido vivo: 166186987

Registro civil: 1.079.413.461

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: O (+)

Peso al nacer: 3090 Talla: 50

Dirección: Pacarní - Tesalia

Teléfono 1: 3152340129

Teléfono 2: 3188789935

Responsable: Yeiry Caterine Lievano P.

Municipio de residencia: Pacarní - Tesalia

Departamento: Huila

cc. Mamá: 1079412744

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FECHA	1a VEZ	CPB	OET	FLÚOR	SELLANTE	OPERATORIA	CIRUGÍA ORAL	ENDODONCIA	CONSULTA URGENCIA	TTO. YERMINADA
10-02-23	✓			Barniz	PyP	Prox	Control		10-08-23	Viviana Son Cedeño Higienista Oral C.C. 1007490292
25-08-23	✓	✓		Barniz	PyP	Prox	control		25-02-24	Viviana Son Cedeño Higienista Oral C.C. 1007490292
23-02-24		✓		Barniz		PyP	Prox	Control 23-08-24		
23/08/24		✓		Barniz		PyP	Prox	control	23/05/25	Yuly Castaño Trujillo Higienista Oral Reg 2892
04-04-25	✓	✓		Barniz	✓	PyP	Prox	Control	04-10-25	Mar P. González Higienista Oral Reg. 1364 C.C. 1081393223
30-10-25	✓	✓		Barniz	✓	PyP	Prox	Control 30-04-26		Mar P. González Higienista Oral Reg. 1364 C.C. 1081393223

Powered by CamScanner

RECOMENDACIONES

Si eres una gestante asista a los controles odontológicos evitaras riesgo para ti y tu bebe con enfermedades como la preclamsia.

Amamanta al bebe desde que nace, pues cuando succiona estimula el crecimiento y desarrollo adecuado de la lengua, maxilares y paladar.

A los lactantes limpieles las encías con gasa impregnada con agua hervida después de comer.

No utilice chupo ni biberón.

No estimule la creación de hábitos nocivos como la succión digital labial y lingual.

Cuide los dientes de los niños desde que aparecen, cepillelos simplemente con agua y aumenta la frecuencia del cepillado para evitar la aparición de caries.

A partir de los 3 años de edad utiliza crema dental para niños y supervise que no la ingiera de esta forma evitaremos aparición de fluorosis dental en los niños.

Controle adecuadamente el uso de sal en el hogar.

Cepille bien los dientes al levantarnos, después de cada comida y antes de acostarnos. Verifique la cantidad de crema dental (equivalente al tamaño de una lenteja) en niños de 3 a 8 años.

La crema dental no debe de estar al alcance de los niños menores de 8 años, un adulto debe ser el encargado de aplicar crema dentalal cepillo y de realizar el cepillado de los dientes del niño.

Limpiar el espacio entre los dientes con seda dental, no con palillos, bolsas, etc. Porque ocasiona daño en las encías.

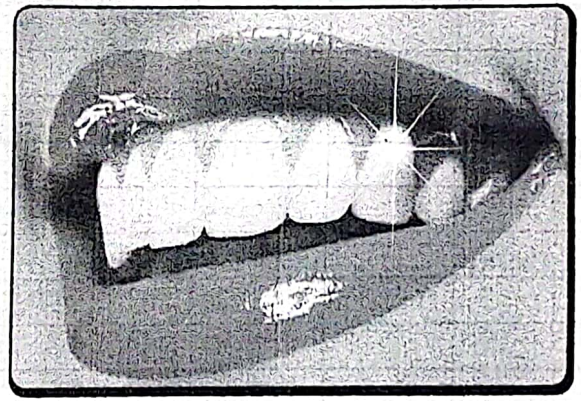
Cambie de cepillo dental cada 6 meses, utilice uno de cuerdo a tu edad.

Cepille las prótesis dentales después de cada comida, existen pastillas que se usan para desinfectar.

Hospital
SANTA TERESA
Los Mejores Cuidados en Salud

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SANTA TERESA
NIT. 891.103.889 - 6
TESALIA - HUILA

CUIDEMOS NUESTRA SONRISA



NOMBRE: Briana Gisell Jojoa.

DOC. DE IDENTIDAD: 1.079413.461

EPS - EPS Nueva Eps.

Servicio: Salud Oral

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 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): Briana Gisell Jojoa con RC No 1079-413461 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 l UDS para activar la Ruta Interinstitucional que contribuya a garantizar una atenció integral para mi hijo(a).

Powered by CamScanner

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

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 03 del mes 09 del año 2025, en el Municipio de Poconí - Tesalia

Yeimy Catherine Lemos
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 3

Ciudad Tesalia - Paicani.

Nombre completo de la niña o niño Briana Gisell. Jojoa Lievano

Fecha de nacimiento 06 · 08 2021 **N° Documento de Identidad** 1079413461

Sexo Masculino ○ Femenino ✕ **Fecha de 1er día de atención en el año** 03 02 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador olga Rocio Quina Vargos.

Fecha de registro cualitativo Día 21 Mes 04 - Año 2025

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

Color de registro valoración cualitativa [yellow]

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

la niña va posando cada indicar segun su edad

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Olga Rocio Quina

Fecha de registro cualitativo Día 21 Mes 07 - Año 2025 .

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

Color de registro valoración cualitativa [blue]

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

la niña va posando sus indicada segu su edad

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador olga Rocio Quina

Fecha de resgistro cualitativo 27 - 10 - 2025

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

Color de registro valoración cualitativa [red]

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

la niña se encuetra en su nivel esperado segu su edad cumple cada indicar

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

Powered by CamScanner

Valoración Cualitativa ⇨	Relación con los demás												Relación consigo misma/o										Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social															
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	① ② ③	① ② ③	① ② ③	④ ⑤ ③	④ ⑤ ⑤	④ ⑤ ⑤	⑥ ⑦ ⑦	⑥ ⑦ ⑦	⑥ ⑦ ⑦	⑧ ⑨ ⑨	⑧ ⑨ ⑨	⑧ ⑨ ⑨	⑩	⑩	⑩	⑪ ⑫ ⑬	⑪ ⑫ ⑬	⑪ ⑫ ⑬	⑭ ⑮	⑭ ⑮	⑭ ⑮	⑯ ⑰ ⑱	⑯ ⑰ ⑱	⑯ ⑰ ⑱	⑲ ⑳ ㉑ ㉒	⑲ ⑳ ㉑ ㉒	⑲ ⑳ ㉑ ㉒	㉓	㉓	㉓	㉔	㉔	㉔	㉕	㉕	㉕
6 meses y 1 día a 12 meses	① ②	① ②	① ②	③ ④	③ ④	③ ④	⑤ ⑥ ⑧	⑤ ⑥ ⑧	⑤ ⑥ ⑧	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑪ ⑫ ⑭	⑪ ⑫ ⑭	⑪ ⑫ ⑭	⑮ ⑯ ⑱	⑮ ⑯ ⑱	⑮ ⑯ ⑱	⑲ ⑳ ㉑	⑲ ⑳ ㉑	⑲ ⑳ ㉑	㉒	㉒	㉒	㉓ ㉔ ㉕ ㉖	㉓ ㉔ ㉕ ㉖	㉓ ㉔ ㉕ ㉖	㉗	㉗	㉗	㉙ ㉚ ㉛	㉙ ㉚ ㉛	㉙ ㉚ ㉛	㉜	㉜	㉜
1 año y 1 día a 2 años	① ②	① ②	① ②	③ ④ ⑤	③ ④ ⑤	③ ④ ⑤	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑪ ⑫	⑪ ⑫	⑪ ⑫	⑬ ⑭ ⑯	⑬ ⑭ ⑯	⑬ ⑭ ⑯	⑮	⑮	⑮	⑰ ⑱ ⑲	⑰ ⑱ ⑲	⑰ ⑱ ⑲	⑳ ㉑ ㉒ ㉓	⑳ ㉑ ㉒ ㉓	⑳ ㉑ ㉒ ㉓	㉔	㉔	㉔	㉕	㉕	㉕	㉖	㉖	㉖
2 años y 1 día a 3 años	① ② ③	① ② ③	① ② ③	④ ⑤	④ ⑤	④ ⑤	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑨	⑨	⑩ ⑪ ⑫	⑩ ⑪ ⑫	⑩ ⑪ ⑫	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑮	⑮	⑮	⑯ ⑰ ⑱	⑯ ⑰ ⑱	⑯ ⑰ ⑱	⑲ ⑳ ㉑ ㉒	⑲ ⑳ ㉑ ㉒	⑲ ⑳ ㉑ ㉒	㉓ ㉔	㉓ ㉔	㉓ ㉔	㉕ ㉖	㉕ ㉖	㉕ ㉖	㉗	㉗	㉗
3 años y 1 día a 4 años	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑨ ⑩ ⑪	⑨ ⑩ ⑪	⑨ ⑩ ⑪	⑫	⑫	⑫	⑬ ⑭ ⑮ ⑯	⑬ ⑭ ⑮ ⑯	⑬ ⑭ ⑮ ⑯	⑰ ⑱	⑰ ⑱	⑰ ⑱	⑲	⑲	⑲	㉒ ㉓ ㉔ ㉕	㉒ ㉓ ㉔ ㉕	㉒ ㉓ ㉔ ㉕	㉖ ㉗ ㉘ ㉙	㉖ ㉗ ㉘ ㉙	㉖ ㉗ ㉘ ㉙	㉚	㉚	㉚	㉛ ㉜ ㉝ ㉞	㉛ ㉜ ㉝ ㉞	㉛ ㉜ ㉝ ㉞	㉟	㉟	㉟
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	① ②	① ②	① ②	③	③	③	④ ⑤	④ ⑤	④ ⑤	⑥ ⑦	⑥ ⑦	⑥ ⑦	⑧	⑧	⑧	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑪ ⑫	⑪ ⑫	⑪ ⑫	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑮	⑮	⑮	⑯ ⑰	⑯ ⑰	⑯ ⑰	⑱	⑱	⑱	⑲ ⑳	⑲ ⑳	⑲ ⑳

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

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 Blanca Gisell Toja Llevano, identificado (a) con documento de identidad número 1079413461 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Yeiry Catherine, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1079.411744 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

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 HCB Los Patios, en representación ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto programa HCB Comunitario

Suscriben:

Firma: Yeiry Catherine Lemos
Nombre: Yeiry Catherine Lemos
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3138789935
Fecha: 03-09-2025
Municipio: Tesalia - Pacoini

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

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

Powered by CamScanner

PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES

PROTEGEMOS TUS PASOS



Línea de Atención:

#899 desde celular

Bogotá: 327 4712 / 327 4713

Nacional: 01 8000 111 935

seguros mundial®

Nº Póliza: 2000506131

Tomador: FUNDACION GRUPO LIBERTAD

Nombre de Asegurado: BRIANA GISELL JOJOA LIEVANO

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1079413461	2025/02/01	2026/02/01

Muerte Accidental $10.000.000,00

Gastos Médicos $9.000.000,00

COBERTURAS:

- Muerte Accidental
- Gastos Médicos

En caso de accidente o para consultar términos y condiciones comunícarse a nuestra línea de atención

seguros mundial®

#899 desde celular | BOGOTÁ 3274712 /3274713 | NACIONAL 01 8000 111 935

Powered by CamScanner