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

HCB LOS PATICOS

USAURIO: DYLAN FELIPE CASTRO TRUJILLO __RC N0 1079413498



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 1.079.412.498

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59256105

59256105

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☐ Número ☐☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 3 2

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

REGISTRADURIA DE TESALIA COLOMBIA - HUILA - TESALIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CASTRO	TRUJILLO

Nombre(s)

DYLAN FELIPE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes 05 Día 12	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO DE NACIDO VIVO	1356631043

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

TRUJILLO CASTILLO MALCIT ANDREA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.412.[illegible]	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

CASTRO MENDEZ ANDRES FELIPE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.412.190	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CASTRO MENDEZ ANDRES FELIPE

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
1.079.412.190	Andres Felipe Castro

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2021 Mes 05 Día 14	EUGENIO ORTIZ [illegible] REGISTRADOR

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.079.412.190

CASTRO MENDEZ

APELLIDOS

ANDRES FELIPE

NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 18-OCT-1997

TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

03-NOV-2015 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1902500-00779259-M-1079412190-20151223 0047841721A 1 44420912

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 05/11/2025

Ficha: 41797101640100000022

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DYLAN FELIPE

Apellidos: CASTRO TRUJILLO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079413498

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 24/04/2020

Última actualización ciudadano: 26/10/2021

Última actualización via 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: DANIELA VALENTINA MUÑOZ LOP

Dirección: Carrera 9 No 6 -

Teléfono: 8377022 - 31446476

Correo Electrónico: sisben@tesalia-huila.gov

Powered by CamScanner

ElectroHuila

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

Sr(a): MARIA DEL SOCORRO LEIVA BASTID
c.c. / Nit: 36169968
K 6A 8 03 BR SAN ROQUE
Municipio: 797 TESALIA HUILA Ruta: 47970045850
Dirección Postal:
Ciclo: 72 Sector: 4 INSP. PACARNI

Su código de cuenta NIC
494008631
Para consultar, consulta y pago electrónico

Factura de venta No.
85660825

Periodo	Periodo facturado	Pago total	Pago mínimo	Periodos vencidos
3 / 2025	14/02/25-14/03/25	$21,790	$21,790	0 meses

Datos de cuenta

Clase servicio	Residencial
Estrato	1-Bajo Bajo
Zona	OCCIDENTE
Nivel tensión	1-Prop. N 2 Aerea
Carga instalada	2000
Tipo liquidación	lectura
Nodo	T09796-PCNP

Costo unitario prestación del servicio

COMPONENTES ELECTROHUILA
1 Comercialización + 149.34
2 Distribución = 231.36
TOTAL ELECTROHUILA = 380.7
MERCADO ENERGÍA MAYORISTA
3 Generación + 427.29
4 Transmisión + 56.03
5 Restricciones + 15.88
6 Pérdidas + 98.05
TOTAL MERCADO MAYORISTA = 597.25
Costo unitario Electrohuila + Mercado = 977.95

Histórico de consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	2	54	2024	8	57
2025	1	55	2024	7	57
2024	12	42	2024	6	60
2024	11	52	2024	5	54
2024	10	59	2024	4	63
2024	9	61	2024	3	62

Promedio de la cuenta	Consumo mes año anterior
53	62

Conceptos ElectroHuila

Cpto		Valor
1	Consumo Periodo	49,875
110	Interes moratorio	11
607	Ajuste Decena	1
995	Subsidio	<29,710>

Cálculo actual del consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-4535225	ISK	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	9882	9831	1	51

Liquidación de consumo

Contador	Desde	Hasta	Consumo	Tarifa	Valor Real	Subsi/Contri	ValorCobrar
1	1	173	51 KW/h	$395.3943	$49.875	-60%	$20.165

TOTAL

Financiación ElectroHuila

Descripcion	Saldo

Tasa de interés 0%

CUFE e28ad4452ceb4843cf2e8228ce8bd88ba204efeb61f70b95b5d975ec0187157523d59cba6b3b956426735a
Numero de Factura Electronica EH-2426715 Numero de factura: 85660825

Fecha de emisión	Mi último pago fue	Tengo plazo de pagar hasta	Me quedo sin servicio a partir de
18/03/2025	$22,960 03/03/2025	28/03/2025 Vencimiento	Suspensión

Valor Energía ElectroHuila	+ Valor Servicio de Aseo	+ Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía)	+ Valor Otros Cobros	=
$20,177		$1,613	$0	$21,790 TOTAL A PAGAR

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN
Reporte 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: 3234

(415)7707274499679(8020)0494008631(3900)0000021790(96)20250328

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

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

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	1079413498
NOMBRES	DYLAN FELIPE
APELLIDOS	CASTRO TRUJILLO
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	24/04/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/05/2025 06:41:29	**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

Powered by CamScanner

...los 6 meses de edad el
...the materna

...de la leche materna,
...no ácidas, cereales y
...o puré y vísceras como
...Utilice taza y cuchara.
...ÓN

...rma y después los otros
...co a poco más sólidos
...car.

...e la leche materna, dele
...verduras y las vísceras,
...as, pasta, papa y arroz,
...y carne molida.

...la leche materna, el niño
...alimentos que come la
...pocos condimentos,

...ENTES

...lcance del niño drogas o

...u niño solo en la cocina;
...ros, cocinol, gasolina o

...deje al alcance objetos
...juegos en lugares

...solo en la alberca, en

...r el primer año de vida,
...s las vacunas con todas
...a, el niño no sufrirá de

...RIA AGUDA

...ida a tiempo puede ser

...gar a ser una neumonía,
...de su hijo; si éste respira
...de lo normal, o el pecho
...liatamente al organismo

...iño se puede deshidratar
...la diarrea aumente los
...das y otros).

...MENTACIÓN

...SUERO ORAL"



En un litro de agua hervida y fría mezcle todo el contenido de un sobre de suero oral.

SI el niño NO ESTA DESHIDRATADO, dele con cucharadita y vaso dos onzas como mínimo después de cada comida.

SI el niño presenta ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN, acuda a la Promotora de Salud, a la Unidad de Rehidratación Oral y de Saneamiento UROCS más cercana, o al Organismo de Salud.

FACTORES DE RIESGO PARA EL NIÑO

- ☐ Peso al nacer menor a 3.000 gramos.
- ☐ Gemelo o nacimiento múltiples.
- ☐ No lactancia natural o destete precoz.
- ☐ Hermanos desnutridos.
- ☐ Muerte de hermanos menores de 5 años.
- ☐ 4 o más hermanos vivos.
- ☐ Menores de 2 años de diferencia con hermano anterior.
- ☐ Niño que permanece solo al cuidado de otros niños.
- ☐ Violencia al interior de la familia
- ☐ Ingreso familiar menor de un salario mínimo.
- ☐ Carencia de agua en la casa.
- ☐ Inadecuada disposición de excretos.
- ☐ Inadecuada disposición de basuras.
- ☐ Presencia de insectos, roedores y otros animales domésticos en la casa.

VACUNAS	1a.		2a.		3a.		Refuerzo	
	Fecha Vacuna		FECHA		FECHA		FECHA	
		Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna
B.C.G.							
D.P.T							
Polio							
Pentevalente							
Fiebre Amarilla*							
Triple Viral							
Otra							

*En zonas endémicas

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIO SI	CUMPLIO NO
21	11	26	12:00	✓	
22	02.			✓	
22	Marzo	31	PM	✓	
22	Junio	24	PM	✓	
22	Sept	24	Hospital Neiva	✓	
23	enero	13	MEDICO UNIMEDICO RM 1042	✓	
23	Abril	13		✓	
23	Agosto	14		✓	
23	Diciembre	14		✓	
24	Junio	16		✓	
24	Diciembre	13		✓	
25	Diciembre.				

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SANTA TERESA
Nit. 891.103.869-6
TESALIA - HUILA



CARNE DE SALUD MENORES DE 7 AÑOS

Nombre: Dylan Castro.

Fecha de Nacimiento: 19/10/2021.

Registro Civil: 1079413498

Municipio: Tesalia

Dirección: Pacorni

Barrio o Vereda San Roque.

Nombre del responsable del niño: Madre.

Historia Clínica No. 1079413498

EPS/ARS: Coosalud

ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LA FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO EL AGENTE DE SALUD SE LO RECOMIENDE. ES POR EL BIEN DE SU HIJO

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos:

Tipo Identificación:

No. ID:

Edad	Vacuna que protege de:	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	20	10	21	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐ Serm	03 70 M A0 2 2	HOSAP				Elena Pliana
	Hepatitis B	Recién nacidos	19	10	21	Serum	03 20 x0 1 7 C					Yolanda R.
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	06	01	22	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐ Biological	2 11 4006.	ESE Tesalia				Lina Q.
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	06	01	22	Serum.	28 J0 Y041 D.	ESE Tesalia	20	Diciembre	21	Lina Qui.
	Hepatitis B	1ª	06	01	22	Serum.	28 SC Y041 D.					Lina Qui.
	Difteria, tosferina y tétanos (DPT)	1ª	06	01	22			ESE Tesalia				Lina Quivano
	Diarrea por rotavirus	1ª	06	01	22	GSK.	A2C1C BJ9 AF	ESE Tesalia				Lina Quivano
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1ª	06	01	22	GSK.	A3P NB31 J BA	ESE Tesalia				Lina Quivano
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª	04	03	22	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐ Biological	2 11 4006	ESE Tesalia	06	03	22	Lina Quivano
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	04	03	22	Serum	28 J0 Y041 D	ESE Tesalia				Lina Quivano
	Hepatitis B	2ª	04	03	22	Serum	28 J0 Y041 D	ESE Tesalia				Lina Quivano
	Difteria, tosferina y tétanos (DPT)	2ª	04	03	22	Serum						
	Diarrea por rotavirus	2ª	04	03	22	GSK.	A2C1C BJ9 AF	ESE Tesalia				Lina Quivano
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2ª	04	03	22	GSK.	A3P NB31 J BA	ESE Tesalia				Lina Quivano
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª	06	05	22	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐ Biological.	2121.004.	ESE Tesalia	04	05	22	Lina Quivano
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	06	05	22	Serum	28 J1 X007	ESE Tesalia				Lina Quivano
	Hepatitis B	3ª	06	05	22	Serum	28 J1 X007.	ESE Tesalia.				Lina Quivano
	Difteria, tosferina y tétanos (DPT)	3ª	06	05	22	Serum	28 J1 X007.	ESE Tesalia				Lina Quivano
	Influenza estacional	1ª	27	05	22	Green Cross	V5022220 0F.	ESE Tesalia				Lina Quivano
7 meses	Influenza estacional	2ª	08	07	22	Green Cross	V5022220 06	ESE Tesalia				Lina Quivano
12 meses	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	1ª	11	11	22	Serum	0131 N036	ESE Tesalia				Lina Quivano
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	02	06	23	Serum	FY99 25	ESE Tesalia				Lina Quivano
	Varicela	1ª	11	11	22	Merck.	W022 0084.	ESE Tesalia				Lina Quivano
	Hepatitis A	Única	11	11	22	Merck.	W004 8022.	ESE Tesalia				Lina Quivano
	Influenza estacional	Anual	02	06	23.	Green Cross	V5052 30 04.	ESE Tesalia				Maria Jose G.
18 meses	Poliomielitis (VIP X VOPb ☐)	1º refuerzo	21	09	23	Biological	2207 005	ESE Tesalia				Lina Jose G.
	Difteria, tosferina y tétanos (DPT) Rota	1º refuerzo	21	09	23	Serum	28 51 X040 C	ESE Tesalia.				Gianella
	Fiebre amarilla	Única	21	09	23	Sanofi.	V3N21	ESE Tesalia	5	años.		Quivano
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétanos (DPT)	2º refuerzo										
	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	2ª	21	04	23.	Serum.	0131 N10 1B	ESE Tesalia				Lina Q.
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª										
		2ª										
		3ª										
Vacunas complementarias y otras dosis	Sarampion y Rubeola	Unica	27	10	23	Serum	0122 W016	ESE Tesalia,				Lina Quivano.

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
11-11-22	✓			Barniz	PYP	Prox.	Control 11-05-23			Viviana Son Cedeño Higienista Oral C.C. 1.007.490.292
30-05-23				Barniz	PYP	Prox	Control 30-Nov-23.			Viviana Son Cedeño Higienista Oral C.C. 1.007.490.292
01-12-23				Barniz		PYP	Prox Control 01-Junio-24			
14-06-24	✓	✓		Barniz	PYP	Prox Control 14-12-24.				Yuly Constanza Trujillo L. Higienista Oral Resolución 2597
10-12-24	✓	✓		Barniz	✓	Prox Control 10-06-25				Yuly Constanza Trujillo L. Higienista Oral Resolución 2597
04-07-25	✓	✓		Barniz	✓	PYP	Prox Control 04-01-26.			Mar P. Gonzalez Higienista Oral Reg. 1364 C.C. 1081393223

Powered by CamScanner

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

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): Dylan Felipe Castro T con RC No 1079413498. 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 3 del mes 02 del año 2025, en el Municipio de Tesalia.

Maloi Andrea Trujillo C.
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Olga Baca
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

3

Ciudad Tesalia - pacarni

Nombre completo de la niña o niño Dylan Felipe Castro Trujillo.

Fecha de nacimiento 19 10 2021 **N° Documento de Identidad** 1079413498.

Sexo Masculino X Femenino O **Fecha de 1er día de atención en el año** 03 01 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador olga Rocio Quiroz

Fecha de registro cualitativo 21 04 2025

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

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta O Esperado O Avanzado O

Observaciones generales

el niño va pasando segu 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 Quiroz.

Fecha de registro cualitativo 22 07 2025

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

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta O Esperado O Avanzado O

Observaciones generales

el niño va pasando sus indicadors 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 Quiroz

Fecha de resgistro cualitativo 27 10 2025

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

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta O Esperado O Avanzado O

Observaciones generales

por medio de cada cita vamos viendo el avan de (os) pasos y va pasando sus indicad

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

Powered by CamScanner

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															
Valoración Cualitativa ⇨	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	①	①	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑧	⑧	⑧	⑩			⑫	⑫	⑫	⑮	⑮	⑮	⑱	⑱	⑱	㉒			㉔	㉔	㉔	㉖	㉖	㉖	㉘	㉘	㉘
	②	②	②	⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦	⑨	⑨	⑨				⑬	⑬	⑬	⑯	⑯	⑯	⑲	⑲	⑲	㉓			㉕	㉕	㉕	㉗	㉗	㉗	㉙	㉙	㉙
	③	③	③				⑧	⑧	⑧	⑩	⑩	⑩				⑭	⑭	⑭	⑰	⑰	⑰	⑳	⑳	⑳	㉔			㉖	㉖	㉖	㉘	㉘	㉘	㉚	㉚	㉚
6 meses y 1 día a 12 meses	①	①		③	③	③	⑥	⑥	⑥	⑧	⑧	⑧	⑩			⑫	⑫	⑫	⑮	⑮	⑮	⑱	⑱	⑱	㉒			㉔	㉔	㉔	㉖	㉖	㉖	㉘	㉘	㉘
	②	②		④	④	④	⑦	⑦	⑦	⑨	⑨	⑨				⑬	⑬	⑬	⑯	⑯	⑯	⑲	⑲	⑲	㉓			㉕	㉕	㉕	㉗	㉗	㉗	㉙	㉙	㉙
	③	③		⑤	⑤	⑤	⑧	⑧	⑧	⑩	⑩	⑩				⑭	⑭	⑭	⑰	⑰	⑰	⑳	⑳	⑳	㉔			㉖	㉖	㉖	㉘	㉘	㉘	㉚	㉚	㉚
1 año y 1 día a 2 años	①	①		③	③	③	⑥	⑥	⑥	⑧	⑧	⑧	⑩			⑫	⑫	⑫	⑮	⑮	⑮	⑱	⑱	⑱	㉒			㉔	㉔	㉔	㉖	㉖	㉖	㉘	㉘	㉘
	②	②		④	④	④	⑦	⑦	⑦	⑨	⑨	⑨				⑬	⑬	⑬	⑯	⑯	⑯	⑲	⑲	⑲	㉓			㉕	㉕	㉕	㉗	㉗	㉗	㉙	㉙	㉙
	③	③		⑤	⑤	⑤	⑧	⑧	⑧	⑩	⑩	⑩				⑭	⑭	⑭	⑰	⑰	⑰	⑳	⑳	⑳	㉔			㉖	㉖	㉖	㉘	㉘	㉘	㉚	㉚	㉚
2 años y 1 día a 3 años	①	①		④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑧	⑧	⑧	⑩			⑫	⑫	⑫	⑮	⑮	⑮	⑱	⑱	⑱	㉒			㉔	㉔	㉔	㉖	㉖	㉖	㉘	㉘	㉘
	②	②		⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦	⑨	⑨	⑨				⑬	⑬	⑬	⑯	⑯	⑯	⑲	⑲	⑲	㉓			㉕	㉕	㉕	㉗	㉗	㉗	㉙	㉙	㉙
	③	③		⑥	⑥	⑥	⑧	⑧	⑧	⑩	⑩	⑩				⑭	⑭	⑭	⑰	⑰	⑰	⑳	⑳	⑳	㉔			㉖	㉖	㉖	㉘	㉘	㉘	㉚	㉚	㉚
3 años y 1 día a 4 años	①	①		④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑧	⑧	⑧	⑩			⑫	⑫	⑫	⑮	⑮	⑮	⑱	⑱	⑱	㉒			㉔	㉔	㉔	㉖	㉖	㉖	㉘	㉘	㉘
	②	②		⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦	⑨	⑨	⑨				⑬	⑬	⑬	⑯	⑯	⑯	⑲	⑲	⑲	㉓			㉕	㉕	㉕	㉗	㉗	㉗	㉙	㉙	㉙
	③	③		⑥	⑥	⑥	⑧	⑧	⑧	⑩	⑩	⑩				⑭	⑭	⑭	⑰	⑰	⑰	⑳	⑳	⑳	㉔			㉖	㉖	㉖	㉘	㉘	㉘	㉚	㉚	㉚
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	①	①		④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑧	⑧	⑧	⑩			⑫	⑫	⑫	⑮	⑮	⑮	⑱	⑱	⑱	㉒			㉔	㉔	㉔	㉖	㉖	㉖	㉘	㉘	㉘
	②	②		⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦	⑨	⑨	⑨				⑬	⑬	⑬	⑯	⑯	⑯	⑲	⑲	⑲	㉓			㉕	㉕	㉕	㉗	㉗	㉗	㉙	㉙	㉙
	③	③		⑥	⑥	⑥	⑧	⑧	⑧	⑩	⑩	⑩				⑭	⑭	⑭	⑰	⑰	⑰	⑳	⑳	⑳	㉔			㉖	㉖	㉖	㉘	㉘	㉘	㉚	㉚	㉚

= 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 Dylan Felipe Castro Trujillo, identificado (a) con documento de identidad número 1079413498, 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, Maloni Andrea Trujillo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1079412223, 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 Hub Los Patios, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Hub Comunitario

Suscriben:

Firma: Maloni Andrea Trujillo
Nombre: Maloni Andrea Trujillo
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ✓
Teléfono de contacto: 3172548239
Fecha: 03 - Febrero - 2025
Municipio: Tesalia - Pacarni

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner