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

HCB LOS PATICOS

USAURIO: JERONIMO CASTRO ANDRADE __RC N0 1079413444



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			
Fotografia fisica, esta ira sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez			

Powered by CamScanner

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

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
29033044-9

59256042

NUIP 1.079.413.444

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59256042

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] 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
CASTRO	ANDRADE

Nombre(s): JERONIMO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes JUN Día 22	MASCULINO	A	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 O DE NACIDO VIVO	165957853

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: ANDRADE CHIMBACO LIZETH DAYANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 1.081.403.045	COLOMBIA

Datos del 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 MONJE MARLON ESTIVEN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 1.081.398.984	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MONJE POLANIA ROSALIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.079.408.069	Rosalia Monje P

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 JUL Día 09	DIOGENES ORTIZ BRAND - REGISTRADO Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL
TESALIA - HUILA
09 JUL 2021

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

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.081.403.045**

ANDRADE CHIMBACO
APELLIDOS

LIZETH DAYANA
NOMBRES

LIZETH DAYANA ANDRADE
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **18-JUN-2007**
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

18-JUN-2025 **A+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

09-ENE-2015 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1902500-00727743-F-1081403045-20150731 0045511466A 1 42167928

Powered by CamScanner


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.081.399.984

CASTRO MONJE

MARLON ESTIVEN

COL

1.62

M

15 JUN 2006

O+

LA PLATA (HUILA)

27 JUN 2024, TESALIA

27 JUN 2034

MARLON CASTRO


0492847115

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL049284715019025<<<<<<<<<<
0606158M3406278COL1081399984<3
CASTRO<MONJE<<MARLON<ESTIVEN<<

Powered by CamScanner

ElectroHuila
Transmisiones Guatiquía Energía
Electrificadora del Huila S.A ESP
NIT. 891.180.001-1

Sr(a) : ANDRADE CHIMBACO SUSANA
c.c. / Nit: 26471583
BARRIO NUEVO PACARNI
Municipio: 797 TESALIA HUILA Ruta: 47970043110
Dirección Postal:
Ciclo: 72 Sector: 4-INSP. PACARNI

Su código de cuenta NIU
545173769
Para consultar consumos y pago electrónico

Factura de venta No.
86045075

Periodo	Periodo facturado	Pago total	Pago mínimo	Periodos vencidos
4/ 2025	14/03/25-14/04/25	$24,360	$24,360	0 meses

Datos de cuenta

Clase servicio	Residencial
Estrato	1-Bajo Bajo
Zona	OCCIDENTE
Nivel tensión	1-Secundaria
Carga instalada	300
Tipo liquidación	lectura
Medidor	T12810-PCNP

Costo unitario prestación del servicio

COMPONENTES ELECTROHUILA	
1 Comercialización	154.14
+ 2 Distribución	272.98
TOTAL ELECTROHUILA =	427.12
MERCADO ENERGIA 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	969.1

Histórico de consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	3	45	2024	9	59
2025	2	54	2024	8	54
2025	1	52	2024	7	55
2024	12	56	2024	6	58
2024	11	66	2024	5	59
2024	10	58	2024	4	80

Promedio de la cuenta	Consumo mes año anterior
55	80

Conceptos ElectroHuila

Concepto		Valor
21	Consumo Periodo	59,115
607	Ajuste Decena	4
814	Compensación Calidad	<3,240>
995	Subsidio	<33,563>

Cálculo actual del consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-23959	CDM	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	11038	10977	1	61

Liquidación de consumo

Contador	Desde	Hasta	Consumo	Tarifa	Valor Real	Subsi/Contri	ValorCobrar
1	1	173	61 KW/h	$418.8847	$59.115	-57%	$25.552

TOTAL

Financiación ElectroHuila

Descripcion	Saldo

Tasa de interés 0%

CUFE 1e9a8cd4a955e193fd98af129491f0f0b0d97f94c2eb236a1a862365ce2b977c9804482d6f198d4bd3c6c0
Numero de Factura Electronica EH-2835579 Numero de factura: 86045075

Fecha de emisión	Mi último pago fue	Tengo plazo de pagar hasta	Me quedo sin servicio a partir de
19/04/2025	$20,620 27/03/2025	29/04/2025 Vencimiento	Suspensión

Valor Energía ElectroHuila	+ Valor Servicio de Aseo	+ Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía)	+ Valor Otros Cobros	=
$22,316		$2,044	$0	$24,360 TOTAL A PAGAR

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN
Reporta cualquier novedad relacionada con la prestación del servicio
01 8000 952 115 | 3134354436
PQR: radicacion@electrohuila.co
www.electrohuila.com.co
24/7

¡Escanea! paga en línea

Pag: 2927

(415)7707274499679(8020)0545173769(3900)0000024360(96)20250429

FACTURA 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	1079413444
NOMBRES	JERONIMO
APELLIDOS	CASTRO ANDRADE
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	06/09/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/05/2025 06:30:04	**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

ACIONES

...hasta los 2 años de

...s 6 meses de edad el ...materna.

...o la leche materna, ...ácidas, cereales y ...puré y vísceras como ...trice taza y cuchara.

...a y después los otros ...a poco más sólidos

...leche materna, dele ...duras y las vísceras, ...pasta, papa y arroz, ...arne molida.

...eche materna, el niño ...imentos que come la ...pocos condimentos,

...TES

...nce del niño drogas o

...ño solo en la cocina; ..., cocinol, gasolina o

...le al alcance objetos ...uegos en lugares

...o en la alberca, en

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

...AGUDA

...a tiempo puede ser

...a ser una neumonía, ...u hijo; si éste respira ...o normal, o el pecho ...rmente al organismo

...e puede deshidratar ...Tierras aumenta los ...otros).

RECOMENDACIONES

REHITRACION ORAL "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

REGISTRO DE VACUNACIÓN

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

*En zonas endémicas

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIO SI	CUMPLIO NO
21	AGOSTO	20		✓	
21	Noviemb				
22	Junio	14	Medio	✓	
22	Noviembre	25	Md	✓	
23	MARZO.	08		✓	
23	Septiembre	08			
24	Febrero	16	Jefe	✓	
24	Agosto	23	Medio	✓	
25	Agosto	23			X
25	Septiembre	11	Medio	✓	
26	Septiembre				

Hospital SANTA TERESA

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



CARNE DE SALUD MENORES DE 7 AÑOS

Nombre: Jeronimo Castro Andrade

Fecha de Nacimiento: 22-06-21

Registro Civil: 1.079.413.444

Municipio: Pacarni

Dirección: _____

Barrio o Vereda _____

Nombre del responsable del niño Liceth Andrade

Historia Clínica Nº _____

EPS/ARS Comfamiliar

Powered by CamScanner

Nombre: ..... Registro Civil: .....

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva SI X No ☐							
	Tuberculosis B.C.G.	Única	23-06-21	Serum	0070510	Hosp		
	Hepatitis B	Recién nacido	22-06-21	Serum	0070510A	HOSP	22 OCT	Erika Vargas
2 Meses	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐		03-09-21					
	Polio (Oral - IM)	1ª	03-09-21	Biological	21050016	ESE Tesalia		Erika Vargas
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	03-09-21	Serum	2850/021C	ESE Tesalia		Erika Vargas
	Rotavirus	1ª	03-09-21	GSK	ARDC779AA	ESE Tesalia		Erika Vargas
	Neumococo	1ª	03-09-21	GSK	ASPU83108	ESE Tesalia		Erika Vargas
4 Meses	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						03 11 21	
	Polio (Oral - IM)	2ª	12-11-21	Biological	21130016A	ESE Tesalia		Erika Vargas
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	12-11-21	Serum	2850/035A	ESE Tesalia		Erika Vargas
	Rotavirus	2ª	12-11-21	GSK	ARDC858AC	ESE Tesalia		Erika Vargas
	Neumococo	2ª	12-11-21	GSK	ASPU83108A	ESE Tesalia		Erika Vargas
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.						12 05 22	
	Polio (Oral - IM)	3ª	21-01-22	Biological	21140056	ESE Tesalia		Erika Vargas
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	21-01-22	Serum	2850/041D	ESE Tesalia		Erika Vargas
	Influenza	1ª	13-05-22	Green Cross	V0012006	ESE Tesalia		Erika Vargas
7 Meses	Influenza	2ª	15-07-22	Green Cross	V0022006	ESE Tesalia		Erika Vargas
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	15-07-22	Serum	0130N1266	ESE Tesalia		Erika Vargas
	Fiebre Amarilla	1ª	11-02-23	Sanofi	V3N21	ESE Tesalia		Erika Vargas
	Neumococo	Refuerzo	15-07-22	GSK	ARDC830DB	ESE Tesalia		Erika Vargas
	Influenza	Anual	26-05-23	Green Cross	V0012374	ESE Tesalia		Erika Vargas
	Hepatitis A	ÚNICA	15-07-22	Merck	V007336	ESE Tesalia		Erika Vargas
18 Meses	Paperas Leste	1ª Refuerzo	11-02-23	Serum	2851021E	ESE Tesalia		Erika Vargas
	Polio (Oral - IM)	1ª Refuerzo	11-02-23	Serum	220601Z	ESE Tesalia		Erika Vargas
5 Años	Polio (Oral - IM)	2ª Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	11-02-23	Sanofi	V3N085A	ESE Tesalia		Erika Vargas
Niñas 9 Años o más	Varicela.	1ª	15-07-22	Merck	V026213	ESE Tesalia		Erika Vargas
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis								
	Sarampion y Rubeola	U	25.08.23	01220016	ESE Tesalia.			Erika Vargas

Hoy: 5 AÑOS

Estas vacunas son gratuitas

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos 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
04-03-22	✓			Barniz		Prox	Control	04-Sep-22		Biviana Son Cedeño Higienista Oral C.C. 1.007.490.297
11-11-22				Barniz		Prox control		12-05-23		
30-05-23				Barniz	PyP	Prox	Control	30-Nov-23		Biviana Son Cedeño Higienista Oral C.C. 1.007.490.297
15-12-23		✓		Barniz	PyP	Prox	Control	15-Junio-24		Biviana Son Cedeño Higienista Oral C.C. 1.007.490.297
21-06-24	✓	✓		Barniz	✓	PyP	Prox Control	21-12-24		Yuly Constanza Trujillo C. Higienista Oral Resolución 2597
16-01-25	✓	✓		Barniz	✓	PyP	Prox Control	16-07-25		Yuly Constanza Trujillo C. Higienista Oral Resolución 2597
04-08-2025	X					Reanalo				Daniela Mendoza Paz Odontóloga UCM RM 1.075.277.457
18-07-25	✓	✓		Barniz	✓	PyP	Prox Control	18-01-26		Mar P. González Higienista Oral Reg. 1364 C.C. 1081393223

Powered by CamScanner

de cero a Siempre

4

Ciudad Tesalia - pacami

Nombre completo de la niña o niño Jeronimo Castro Andrade.

Fecha de nacimiento 22 06 2021 N° Documento de Identidad 1079413444

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Olga Rocio Ca

Fecha de registro cualitativo 22 04 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

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

el niño va pasando en cada indicador.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Olga Rocio Ca

Fecha de registro cualitativo 22 07. 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

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

va pasando sus indicadores. segun 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 Ca

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

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

el niño va pasando los indicade segun su edad.

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

Powered by CamScanner

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

	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	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10	11 12	11 12	11 12	13 14 15	13 14 15	13 14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	21	21	21	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 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 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 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
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	13 14	13 14	15 16	15 16	15 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 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 19	16 17 18 19	16 17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26	26	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 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29 30	31	31	31	32 33 34 35	32 33 34 35	32 33 34 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 18 19	16 17 18 19	16 17 18 19	20	20	20	21	21	21

Procesos y subprocesos fundamentales

Procesos y subprocesos no fundamentales

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): Jeronimo Castro con RC No 1079413444 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 garantia 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

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 2 del mes 02 del año 2025, en el Municipio de Pacora - Tolima

Lizeth Dayana Andrade
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	11/07/2024
BIENESTAR FAMILIAR	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 Jeronimo Castro Andrade., 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso Imagen del titular:

Yo Lizeth Tatiana Andrade., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1081402304 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.

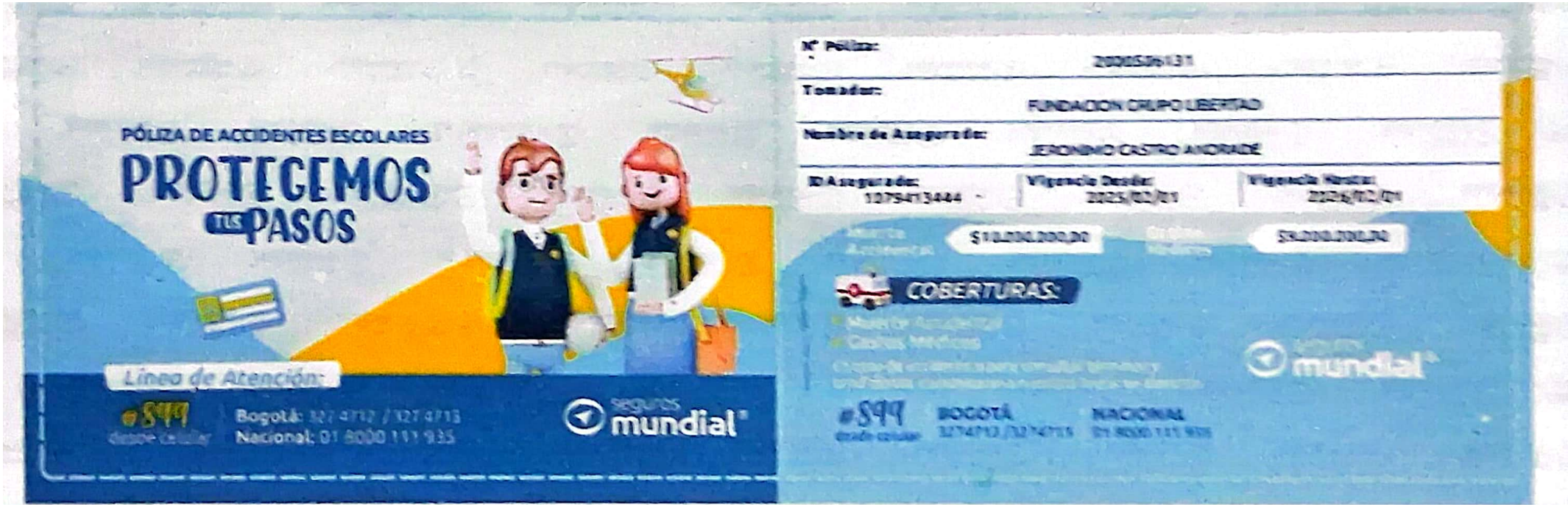
Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) 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 Pinos, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa HCB Comunitario

Suscriben:

Firma: Lizeth Tatiana Andrade
Nombre: Lizeth Tatiana Andrade
Calidad - Titular: _____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3152349806
Fecha: 03-02-2025
Municipio: Pasarni - Tesalia

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner