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

HCB LOS PATICOS

USAURIO: JUAN JOSE SIBO PEREZ __RC N0.1188973235



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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 26840287-7

59575140

NUIP 1188973235

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59575140

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	E	H	M
X									

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

COLOMBIA - TOLIMA - ESPINAL ESPINAL. HOSP. SAN RAFAEL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SIBO	PEREZ

Nombre(s)

JUAN JOSE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes AGO Día 27	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - TOLIMA - ESPINAL

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	15788163-0

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

PEREZ LOPEZ SAIRA MILDRETH

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1004473168	COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

SIBO SOGAMOSO JOSE ANGEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1115854975	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SIBO SOGAMOSO JOSE ANGEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1115854975	

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 2020 Mes AGO Día 28	RAFAEL GORDILLO MESA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	RAFAEL GORDILLO MESA Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 277:28/08/2020

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.004.473.168**

PEREZ LOPEZ

APELLIDOS

SAIRA MILDRETH

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-JUL-1997**

NATAGA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

31-JUL-2015 YOPAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-4600100-00743789-F-1004473168-20150904 0046248294A 2 44737731

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.115.854.975**

SIBO SOGAMOSO

APELLIDOS

JOSE ANGEL

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-OCT-1989**

TAMARA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

01-FEB-2008 PAZ DE ARIPORO (MORENO)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0100100-00618954-M-1115854975-20140908 0039871896A 1 42617104

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 21/11/2025

Ficha: 73268032567200000403

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JUAN JOSE

Apellidos: SIBO PEREZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1188973235

Municipio: Espinal

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/11/2020

Última actualización ciudadano: 19/11/2020

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: VICTOR SANDOVAL GUZMAN

Dirección: Calle 8 No 6 - 44 Barrio El Centro

Teléfono: 3209154652

Correo Electrónico: sisben@elespinal-tolima.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
Transmisiones Buena Energía
Electrificadora del Huila E.A. ESP
NA 891180 001-1

Sr(a): YESICA ALEJANDRA QUINTERO SILVA
C.C. / Nit: 1080204202
BRIO MANUEL SANTOS CP PACARNI
Municipio: 797 TESALIA HUILA Ruta: 4797004316
Dirección Postal:
Ciclo: 72 Sector: 4-INSP. PACARNI

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
835840000
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
84869539
Fecha De Emisión
20/01/2025

Periodo:	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
1/ 2025	16/12/24-15/01/25	$77,270	$77,270	1 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial
Nivel Tensión: 1-Secundaria
Tipo Liqui.: lectura
Estrato: 2-Bajo
Carga Instalada: 0 W
Zona: OCCIDENTE
Nodo: T19064-PCTP

COSTO UNITARIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

Generación	419.14
Transmisión	55.37
Distribución	263.15
Restricciones	3.47
Pérdidas	96.01
Comercialización	145.39
Costo Unitario	982.52
Tarifa Aplicada	982.5245

Indicadores De Calidad Individual

Indicadores De Calidad Individual Retroactivo

Cálculos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-22402841	HIK	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	654	582	1	72

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
0	Deuda Capital	33,000
21	Consumo Periodo	70,742
110	Interes moratorio	165
607	Ajuste Decena	3
995	Subsidio	-33,664

Ultimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2024	12	64	2024	6	30
2024	11	61	2024	5	28
2024	10	81	2024	4	32
2024	9	24	2024	3	27
2024	8	25	2024	2	184
2024	7	24			

Promedio Cuenta	Consumo Año Anterior
46	

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	173	72.0	514.977	$37.076

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Tasa de Interés 0.00 %

Total cuota Financiación 0

Debido al no pago oportuno de su factura, ELECTROHUILA procederá a la suspensión del servicio de energía eléctrica, una vez quede en firme la presente decisión contra la cual procederán los recursos de reposición ante la División de PQR, en subsidio el de apelación ante la SuperServicios, el cual debe interponerse "en un mismo escrito, dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación del presente acto, conforme a lo establecido

CUFE e214906106433c9ec6d279400fab8dd11e373fcea61c219901636ec959540351eac15d11e333dbee483b72d061f3aa

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$
Total Electrohuila	$70,24
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	$7,0
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$77,2

FOES

Kwh $/Kwh Total N. Fact

Ultimo Pago

$80,590
27/11/2024
Emitida Por: HDEVIA
Pag: 2921

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento:
PAGO INMEDIATO
Suspensión a Partir del:
PAGO INMEDIATO

Línea de transparencia

Reporta en la línea de transparencia todos los presuntos actos de soborno, corrupción o comportamientos indebidos de nuestros trabajadores y/o contratistas.
Línea gratuita **018000 117766**
Correo **electrohuila@lineatransparencia.com**
Accede directamente escaneando el Código QR.

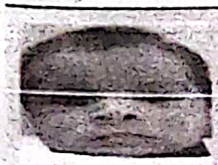
(415)7707274499679(8020)083584000(3900)0000077270(96)20250129

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD



SOLDADO PENSIONADO **EJC**

BENEFICIARIO
SIBO PEREZ JUAN JOSE
RC 1188973235
Hijo(a)

AFILIADO
SIBO SOGAMOSO JOSE ANGEL
CC 1115854975

DISCAPACIDAD NINGUNA

G.S RH O+ **VENCE** 27/08/2038

A13156897

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE

Válido únicamente para uso de los servicios médicos de las FFMM, según lo establece la Ley 352 de 1.997, Decreto 1795 de 2000 y demás normas concordantes.
Este documento es requisito adicional a la verificación en la Base de Datos del SSFM, donde se evidencie que el Afiliado se encuentre ACTIVO. En caso de pérdida, favor informar a la Dirección General de Sanidad Militar en el término de 48 horas.
Si éste carné es encontrado, favor informar al **PBX: (1) 3238555 Ext. 1301** en la ciudad de Bogotá DC.

www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co

Powered by CamScanner

Control de Consultas

Fecha	Edad	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Observaciones	Fecha Próximo Control
9/12/24	5m	9kg	63	42	Niño Sano	9/1/25
~~dubabril~~ 24		ABRIL	2121			
25-11-25						

Maria Rojas P
ENFERMERA JEFE
RUM 6525
UDEC

¿ Cuándo asistir al Servicio de Urgencias?

- Si se queja de dolor intenso de cabeza, y vomita varias veces.
- Si al respirar se le hunden las costillas.
- Si respira con dificultad.
- Si vomita todo lo que come.
- Fiebre (Temperatura igualo superior a 38.5).
- Si el niño respira rápido o tiene tos débil.
- Si el niño ha sido mordido por un animal.
- Llora inconsolablemente.
- Si el niño no se ve bien.
- No puede beber o comer nada.



Dirección de Sanidad Ejército
Promoción y Prevención
www.disanejercito.mil.co
Teléfono: 347 02 00 Exts. 192-193-205

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD EJÉCITO

Carnet de Salud Infantil



Llevar a tus hijos a control de crecimiento y desarrollo es un acto de responsabilidad y amor

Powered by CamScanner

Datos de identificación del niño



Nombre Completo del menor: Juan José Sibo

Tipo de Identificación: RC [X] TI: [ ] No: 1188993235

Fecha de nacimiento: 27 08 20 Edad:

Nombre de la Madre : Soino perez

Nombre de la Padre :

Nombre del responsable :

Ciudad de residencia :

Teléfono/celular :

Antecedentes

Edad de gestación al nacer: _____ Peso al nacer _____ Talla al nacer _____

Antecedentes perinatales	SI	NO
Embarazo deseado		
Patología en el embarazo		
Patología del parto		
Patología del recien nacido		
Quirúrgicos		
Patológicos		

Antecedentes familiares	SI	NO
Diabetes		
TBC		
Cardiopatías		
Hipertensión arterial		
Enf. Metabólica		



Control de salud oral

Fecha de Atención	Remoción de Placa Bacteriana		Aplicación de Selantes (2 a 11 años)		Aplicación de Flúor (0 a 11 años)		Requiere Atención Odontológica	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO



Fecha de Atención	Alteración de tejidos Blandos		Examen de Tejido Periodontal		Caries Dental		Nfte / Nfta Sana	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO



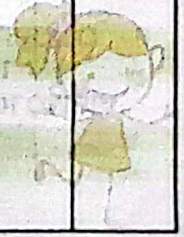
Otras atenciones

	Fecha	Resultado	Remitido SI	Remitido NO
Agudeza Visual (12 - 60 meses)				
Tamizaje auditivo (0 -72 meses)				
Tamizaje auditivo (6- 11 meses)				

Seguimiento Consultas de Salud

Fecha	Edad	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Diagnóstico	Fecha Próximo Control
21/5/21	1A	11kg	75	41	Sano	
04/03/2022	1A 8 meses	12 kg	77 Semanas	48	Niño sano	3 Años J.F. Adm
10/10/22	2A 6 meses	13.5	95	48	Sano	J.F.
27/10/23	3A	16	87	48	Obesidad	
25/11/25						
26/11/2026						

María J. Roj
ENFERMERA J
RUN 18.525



Powered by CamScanner

Nombre: Juan Jose Sibo Pérez

Registro Civil: 1188973235

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre de
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única	28-9-20	SERUM	03186218	HSR		
	Hepatitis B	Recién nacido	28-9-20		D34Q0060	ESP	28 8 20	Sonoly
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª	28-10-20	Sanofi	R31891V	HSR ESP		Jineth
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	28-10-20	Serum	28594032A	HSR ESP		Jineth
	Rotavirus	1ª	28-10-20	GSK	AR01C428A	HSR ESP		Jineth
	Neumococo	1ª	28-10-20	GSK	ASPNB2726A	HSR ESP		Jineth
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	28-12-20	Sanofi	T30881V			
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª		Serum	28500A088	HSR ESP		Nay
	Rotavirus	2ª		GSK	AR01C547GA			
	Neumococo	2ª		GSK	ASPNB2721BA			
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	04-03-21	SERUM	1809P117	H-SIK GA	29-02-2021	Navy
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	04-03-21	SERUM	28500X088B	H-SIK.		Navy
	Influenza	1ª	02 SEP 2021	Sanofi	V3B831	HSR ESP		Navy
7 Meses	Influenza	2ª						
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	02 SEP 2021	Serum	0130N012	HSR ESP		Navy
	Fiebre Amarilla	1ª	12 [illegible] 2022	Bio-manguinhos	211DF0092	HSR		Navy
	Neumococo	Refuerzo	02 SEP 2021	GSK	ASPNB311	HSR ESPINAL		Navy
	Influenza	Anual	18 FEB 2022	Greencross	V3012005	HSR ESP		Soludx
	Hepatitis A	ÚNICA	02 SEP 2021	MSD	T036268	HSR ESPINAL		Navy
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	12 MAY 2022	Serum	28200098	HSR ESPINAL		Navy
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	12 MAY 2022	BU	211400BA	HSR ESPINAL		Navy
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	A111/23	Serum.	0155P00A	ESE Tegui		Maria Jose
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
	Fiebre Amarilla	Única dosis	02 SEP 2021	MSD	T028453	HSR ESP		Navy
Vacunas complementarias y otras dosis								

Estas vacunas son gratuit

Todos los niños durante los primeros 6 meses de vida a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar

Powered by CamScanner

FECHA	1a VEZ	CPB	OET	FLÚOR	SELLANTE	OPERATORIA	CIRUGÍA ORAL	ENDODONCIA	CONSULTA URGENCIA	TTO. YERMINADA
17-11-23	✓			Barniz		PYP	Prox	Control	17-05-24	Liliana Son Cadena Higienista Oral C.C. 1.007.490.292
23-05-24	✓	✓		Barniz		PYP	Prox	Control	23-11-24	Yuly Constanza Trujillo Higienista Oral Resolución 2507
09-05-25	✓	✓		Barniz	✓	PYP	Prox	Control	09-11-25	Mar P. González Higienista Oral Reg. 1364 C.C. 1081393223

Powered by CamScanner

	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): Juan Jose Sibaj con RC No 1.088973235 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.

Saira Mildreth Perez
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 4

Ciudad Tesalia - pacaini

Nombre completo de la niña o niño Juan José Sibo Perez

Fecha de nacimiento 27 08 2020 **N° Documento de Identidad** 1188973235

Sexo Masculino ✓ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 03 04 - 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Olga Rocio Ochoa

Fecha de registro cualitativo 21 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 sus indicadores 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 Ochoa.

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 su indicador 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 Ochoa

Fecha de resgistro cualitativo 28 - 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

va pasando cada indicada 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

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	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	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 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28 29	27 28 29	27 28 29
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	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 29 30 31	27 28 29 30 31	27 28 29 30 31	32 33 34 35	32 33 34 35	32 33 34 35
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	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20	20	20	21	21	21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27 28 29 30	26 27 28 29 30	26 27 28 29 30
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	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20	20	20	21	21	21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27 28 29 30	26 27 28 29 30	26 27 28 29 30
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	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 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34
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	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

= 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 Juan José Silva Perez, identificado (a) con documento de identidad número TI- 1088473235 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 a 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, Sara Hildeth Pera lopez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) co documento de identidad número 1004173168 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sob protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar 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 ed 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 cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los ni niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros produc servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyect encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, en el respeto de sus dere fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recole y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales pub en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la inform especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la sup del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo elec 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 adeud alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por c de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, 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 represen ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el pr programa HCB Comunitario

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: Sara Mildreth perez
Calidad - Titular: _____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3737106126
Fecha: 03 - 02 - 2025
Municipio: Puerto Tejada

¡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



Powered by CamScanner