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

HCB LOS PATICOS

USAURIO: KALETH PEREZ GONZALEZ __RC N01079413462



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 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

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
29554660-1

NUIP 1.079.413.462

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59256064

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
PEREZ	GONZALEZ

Nombre(s)
KALETH

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes AGO Día 07	MASCULINO	O	NEGATIVO

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	165964677

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
GONZALEZ LEIVA KAREN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.075.255.920	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
PEREZ MUÑOZ WILFREDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.408.230	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
PEREZ MUÑOZ WILFREDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.079.408.230	Wilfredo Perez Muñoz

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 AGO Día 11	DIOGENES ORTIZ BRAND - REGISTRADOR Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Wilfredo Perez Muñoz Firma	DIOGENES ORTIZ BRAND Registrador [illegible] Civil Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURIA [illegible]
DEL [illegible]
TESALIA - HUILA
11 AGO 2021
FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL
Firma:

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

DIOGENES ORTIZ BRAND
[illegible] Civil

OFIKPRES [illegible]

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.075.255.920**

GONZALEZ LEIVA

APELLIDOS

KAREN

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-AGO-1991**

CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

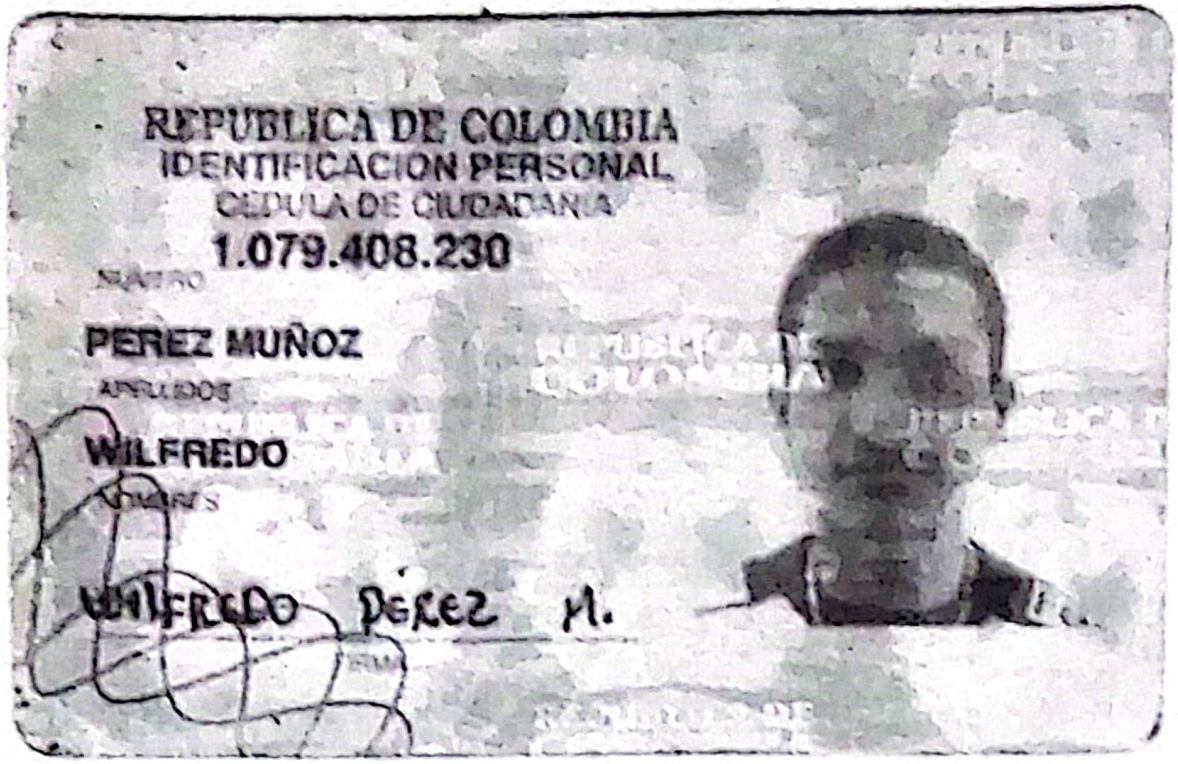
1.64 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

09-SEP-2009 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

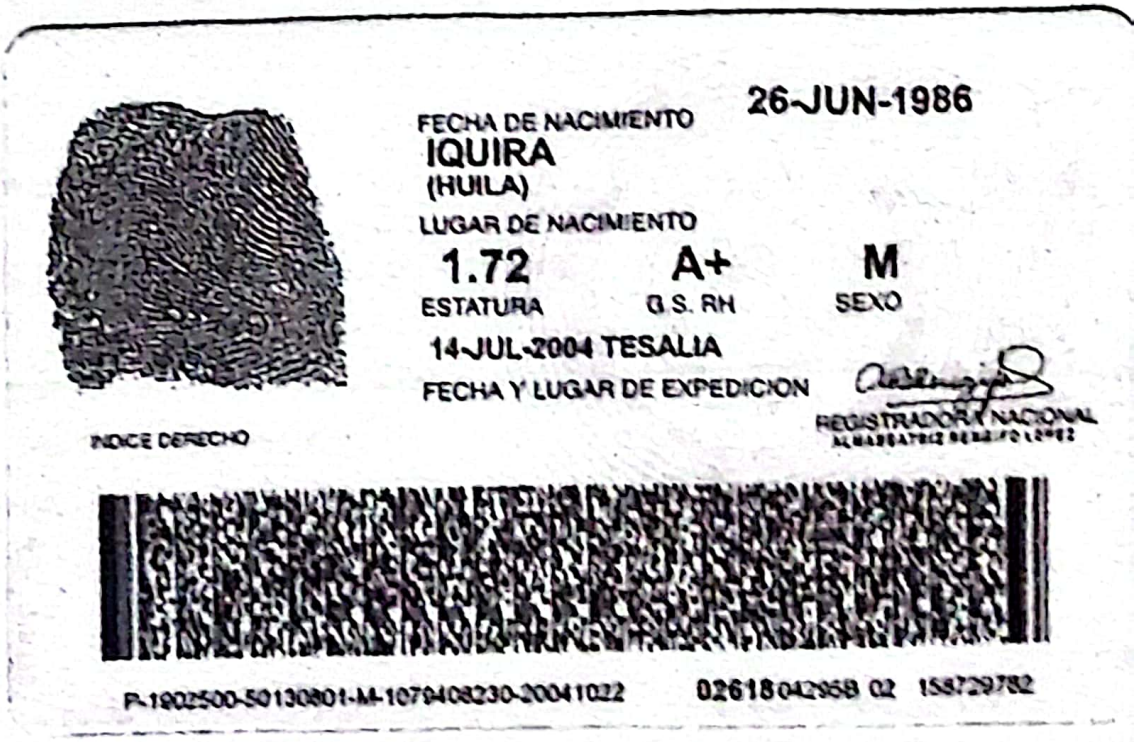
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1900100-00196388-F-1075255920-20091112 **0017958102A 1** 30980913

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.079.408.230
NUMERO
PEREZ MUÑOZ
APELLIDOS
WILFREDO
NOMBRES
WILFREDO PEREZ M.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-JUN-1986
IQUIRA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-JUL-2004 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-1902500-50130801-M-1079408230-20041022 02618042958 02 155729782

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

A2

Fecha de consulta: 05/11/2025

Ficha: 41797001540000000102

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: KALETH

Apellidos: PEREZ GONZALEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079413462

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 13/09/2019

Última actualización ciudadano: 01/02/2022

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

SU CONTRATO CUENTA NRO

810327696

TOTAL A PAGAR

$ 42.150

FACTURA DE VENTA NO. [illegible]

Documento equivalente para efectos del artículo 17 Decreto 1165/96

FECHA DE VENCIMIENTO 27/12/2024

INFORMACION CLIENTE

Cliente	PEDRO JOSE LEIVA CASTIDAS	No CC	1[illegible]
Dirección	INSP DE PACARNI SALID IQUIRA	Ruta	[illegible]
Municipio	TESALIA	Ciclo	064
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tensión	1 SECUNDARIA	Circuito	[illegible]
Carga Contratada	0	Nodo	
Grupo	4	Fases	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Medidor	Marca	Tipo	Fase	Kh	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor	Consumo (kwh)
48001839	[illegible]ET	A	S	0	8815	8703	1	112

Promedio Cuenta 128 | Consumo Año Anterior 000 | Consumo Acumulado 000

ULTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
ENE	112
NOV	128
SEP	128
JUL	181
MAY	218
MAR	249
ENE	303

CALIDAD DEL SERVICIO

Frec: 000 Hz
Tens: [illegible] Volts
Ver: 000
Valor Consumo

ULTIMO PAGO

Fecha 28/10/2024
Valor $ 54[illegible]

LIQUIDACIÓN CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)	Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
Fa 0	992.8245 =	[illegible]			
Ex 0	1[illegible] =	[illegible]			
Co 0	1[illegible] =	[illegible]			

Valor Total Energía del Periodo	$	111.560
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 65.355
Valor Total Energía Facturado	$	48.205

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
CONSUMO PERIODO	$ 111.560
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ 1.848
AJUSTE DECENA	$ - 1
SUBSIDIO	$ - 65.355

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P	$	1.848
VALOR ELECTROHUILA	$	48.202

TOTAL A PAGAR

$ 48.050

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PERD	TOTAL CUM	SALDO
[illegible]			

PERS	[illegible]	Valor $	No Factura

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PERD	TOTAL FIN	SALDO FIN CUENTA

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 421.0 Tm: 58.0 PRn,m: 97.0 Dn,m: 280.0 Rm: 7.0 Cv,m: 143.0 CUv,n,m: 1009.8231 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INTERESES	INT. MORA

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	1079413462
NOMBRES	KALETH
APELLIDOS	PEREZ GONZALEZ
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.	SUBSIDIADO	01/08/2023	31/12/2999	CABEZA D FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/05/2025 06:39:12	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Powered by CamScanner

ista los 2 años de

meses de edad el
ltema.

a leche materna,
cidas, cereales y
y vísceras como
taza y cuchara.

después los otros
poco más sólidos

che materna, dele
as y las vísceras,
esta, papa y arroz,
ne molida.

he materna, el niño
entos que come la
os condimentos,

s

e del niño drogas o

solo en la cocina;
cocinol, gasolina o

al alcance objetos
gos en lugares

en la alberca, en

primer año de vida,
vacunas con todas
niño no sufrirá de

GUDA

tiempo puede ser

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

e puede deshidratar
diarrea aumente los
y otros).

"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.

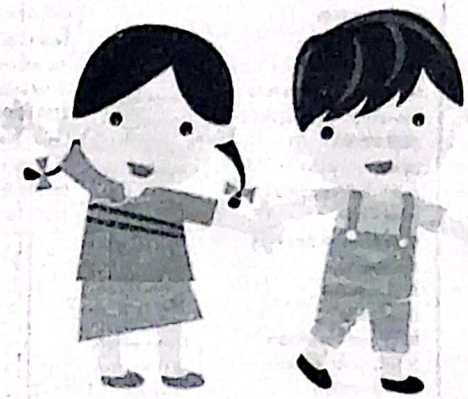
VACUNAS	1a.	2a.		3a.		Refuerzo	
	Fecha Vacuna	FECHA		FECHA		FECHA	
		Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna
B.C.G.							
D.P.T							
Polio							
Pentevalente							
Fiebre Amarilla*							
Triple Viral							
Otra							

*En zonas endémicas

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIO SI	CUMPLIO NO
21	OCT	8		✓	
22	Enero	11		✓	
22	Mayo	20	Noche	✓	
22	Octubre	27	Hra	✓	
23	Febrero			✓	
23	JULIO	14		✓	
23	noviembre	24		✓	
24	MAYO	24		✓	
25	MAYO	29		✓	✗
26	MAYO				

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



CARNE DE SALUD MENORES DE 7 AÑOS

Nombre: Kaleth perez

Fecha de Nacimiento: 7/08/21

Registro Civil: 1079413462

Municipio: Pacarni

Dirección: _____

Barrio o Vereda _____

Nombre del responsable del niño Karen Gc.

Historia Clínica No. _____

EPS/ARS A.F.M

ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LA FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO EL AGENTE DE

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: **Tipo Identificación:** **No. ID:**

dad	Me 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
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
ación acido	Tuberculosis meninges (BCG)	Única	07	08	21	Serum	03701HA0202	HDSP.				Nini Vega.
	Hepatitis B	Recién nacido	07	08	21	Serum	03201401 4A	HDSP.				J-efe Gabriel
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	15	10	21	Biological	21 05 00 1A	ESE Tesalia				Lina Quinano
meses	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	15	10	21	Serum	2BJ0X035A	ESE Tesalia				Lina Quinano
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	15	10	21	Serum	2BJ0X035A	ESE Tesalia				Lina Quinano
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	15	10	21							
	Diarrea por rotavirus	1.ª	15	10	21	GSK	A20LCB5B8AC	ESE Tesalia				Lina Quinano
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	15	10	21	GSK	AJPNB3115BA	ESE Tesalia				Lina Quinano
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	29	12	21	Biological	21130066A	ESE Tesalia				Lina Quinano
meses	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	29	12	21	Serum	2BJ0XC35A	ESE Tesalia				Lina Quinano
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	29	12	21	Serum	2BJ0X035A	ESE Tesalia				Lina Quinano
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	29	12	21			ESE Tesalia				Lina Quinano
	Diarrea por rotavirus	2.ª	29	12	21	GSK	A20LCB5B8AC	ESE Tesalia				Lina Quinano
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	29	12	21	GSK	AJPNB3115BA	ESE Tesalia				Lina Quinano
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						29	02	21	
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	11	02	22	Biological	21140066	ESE Tesalia				Lina Quinano
meses	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	11	02	22	Serum	2BJ0V0410	ESE Tesalia				Lina Quinano
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	11	02	22	Serum	2BJ0X0410	ESE Tesalia				Lina Quinano
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	11	02	22	Serum	2BJ0X0410	ESE Tesalia				Lina Quinano
	Influenza estacional	1.ª	13	05	22	Green Cross	V5022200G	ESE Tesalia				Lina Quinano
meses	Influenza estacional	2.ª	08	07	22	Green Cross	V5022200G	ESE Tesalia				Lina Quinano
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	26	08	22	Serum	01301131B	ESE Tesalia				Lina Quinano
meses	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	26	08	22	GSK	AJPNB3942AA	ESE Tesalia				Lina Quinano
	Varicela	2.ª	26	08	22	Merck	U028247	ESE Tesalia				Lina Quinano
	Hepatitis A	Única	26	08	22	Merck	U020733	ESE Tesalia				Lina Quinano
	Influenza estacional	Anual	14	02	23	Biofantam	2900793	ESE Tesalia				Lina Quinano
	Poliomielitis (VIP X VOPb ☐)	1.º refuerzo	17	02	23	Biological	2206012	ESE Tesalia				María Gar...
meses	Pentavalente	1.º refuerzo	17	02	23	Sanofi	2B5 1X2TE	ESE Tesalia				Aux. de Enferme...
	Fiebre amarilla	Única	17	02	23	Sanofi	V3212E	ESE Tesalia				Res. 434
	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
años	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	17	02	22	Serum	0131V0B5A	ESE Tesalia				
	Varicela	Refuerzo										
iñas partir s los años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
cunas mple- ntarias otras esia												

Busca ya las vacunas

(Adj. 5 años)

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
19-08-22	✓			Barniz	PyP	Prox	Control	19	02123.	Biviana Son Cedeño Higier al C.C. 1.00 - 0.292
30-05-23	.			Barniz	PyP	Prox	Control	30-	Nov-23	Biviana Son Cedeño Higienista al C.C. 1.007.490.292
17-11-23		✓		Barniz	PyP	Prox	Control	30-05-24		Biviana Son Cedeño Higienista Oral C.C. 1.007.490.292
230524	✓			Barniz	PyP	Prox Control		23-11-24		Yury Constanza Trujillo Higienista Oral Resolución 2567
14-02-25	✓	✓		Barniz	PyP	Prox Control		14-08-25		Maria del Mar.
15-08-25	✓	✓		Barniz	✓	PyP	Prox Control	15-02-26		Mar P. González Higienista Oral Reg. 1364 C.C. 1081393223

Powered by CamScanner

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

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS los patitos, 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): Yaileth Paola Gonzalez con RC No 1079413462 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

FECHA	1a VEZ	CPB	OET	FLÚOR	SELLANTE	OPERATORIA	CIRUGÍA ORAL	ENDODONCIA	CONSULTA URGENCIA	TTO. YERMINADA
19-08-22	✓			Barniz	PyP	Prox	Control	19	02/23.	Biviana Son Cedeño Higienista Oral C.C. 1.00[illegible].292
30-05-23				Barniz	PyP	Prox	Control	30-	Nov-23	Biviana Son Cedeño Higienista Oral C.C. [illegible].292
17-11-23		✓		Barniz	PyP	Prox	Control	30-05-24		Biviana Son Cedeño Higienista Oral C.C. [illegible].292
230524	✓			Barniz	PyP	Prox Control		23-11-24		Yuly Constanza Trujillo Higienista Oral Resolución 2567
14-02-25	✓	✓		Barniz	PyP	Prox Control		14-08-25		Mario al Mar.
15-08-25	✓	✓		Barniz	✓	PyP	Prox Control	15-02-26		Mar P. González 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 patitos, 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): Yaileth Paola Gonzalez con RC No 1079413462 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 camé de vacunas actualizado
4. Fotocopia del camé 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 3 del mes 02 del año 2025, en el Municipio de Tesalia - Huila.

Karen Gonzalez Leiva
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 - pacarni

Nombre completo de la niña o niño Kaleth Perez Gonzalez

Fecha de nacimiento 07 8 2021 **N° Documento de Identidad** 1079413462.

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Olga Rocio Cruz Vanga

Fecha de registro cualitativo 22 Oct. 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 indicadors segun la 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 Cruz.

Fecha de registro cualitativo 22 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 **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

va pasando los indicadors. 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 Cruz

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

el niño esta pasando cada indicad segun su edad

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	①	①	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑧	⑧	⑧	⑩	⑩	⑩	⑪	⑫	⑬	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑	㉓	㉔	㉔	㉕	㉕	㉕	㉙	㉚	㉛	㉜	㉝	㉞
	②	②	②	⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦	⑨	⑨	⑨				⑬	⑭	⑮	⑰	⑱	⑲	㉑	㉒	㉓	㉔	㉔	㉔	㉕	㉕	㉕	㉚	㉛	㉜	㉝	㉞	㉟
	③	③	③													⑮	⑯	⑰	⑲	⑳	㉑	㉒	㉓	㉔	㉕	㉕	㉕	㉖	㉖	㉖	㉛	㉜	㉝	㉞	㉟	㊱
6 meses y 1 día a 12 meses	①	①	①	③	③	③	⑤	⑤	⑤	⑨	⑨	⑨	⑪	⑪	⑪	⑮	⑮	⑮	⑱	⑱	⑱	㉓	㉓	㉓	㉖	㉖	㉖	㉗	㉗	㉗	㉛	㉜	㉝	㉞	㉟	㊱
	②	②	②	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑯	⑯	⑯	⑲	⑲	⑲	㉔	㉔	㉔	㉗	㉗	㉗	㉘	㉘	㉘	㉜	㉝	㉞	㉟	㊱	㊲
							⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩	⑬	⑬	⑬	⑰	⑰	⑰	⑳	⑳	⑳	㉕	㉕	㉕	㉘	㉘	㉘	㉙	㉙	㉙	㉝	㉞	㉟	㊱	㊲	㊳
1 año y 1 día a 2 años	①	①	①	③	③	③	⑤	⑤	⑤	⑧	⑧	⑧	⑫	⑫	⑫	⑬	⑭	⑮	⑰	⑱	⑲	㉑	㉒	㉓	㉔	㉔	㉔	㉕	㉕	㉕	㉙	㉚	㉛	㉜	㉝	㉞
	②	②	②	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑧	⑧	⑧	⑫	⑫	⑫	⑭	⑭	⑮	⑱	⑱	⑲	㉒	㉒	㉓	㉔	㉔	㉔	㉕	㉕	㉕	㉚	㉛	㉜	㉝	㉞	㉟
				⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦	⑧	⑧	⑧	⑫	⑫	⑫	⑮	⑮	⑮	⑱	⑱	⑲	㉒	㉒	㉓	㉔	㉔	㉔	㉕	㉕	㉕	㉚	㉛	㉜	㉝	㉞	㉟
2 años y 1 día a 3 años	①	①	①	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑩	⑩	⑩	⑬	⑬	⑬	⑯	⑯	⑯	⑲	⑲	⑲	㉒	㉒	㉒	㉓	㉓	㉓	㉗	㉘	㉙	㉚	㉛	㉜
	②	②	②	⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦	⑨	⑨	⑨	⑩	⑩	⑩	⑬	⑬	⑬	⑯	⑯	⑯	⑲	⑲	⑲	㉒	㉒	㉒	㉓	㉓	㉓	㉗	㉘	㉙	㉚	㉛	㉜
	③	③	③				⑧	⑧	⑧	⑨	⑨	⑨	⑩	⑩	⑩	⑬	⑬	⑬	⑯	⑯	⑯	⑲	⑲	⑲	㉒	㉒	㉒	㉓	㉓	㉓	㉗	㉘	㉙	㉚	㉛	㉜
3 años y 1 día a 4 años	①	①	①	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑫	⑫	⑫	⑬	⑬	⑬	⑰	⑰	⑰	㉑	㉑	㉑	㉒	㉒	㉒	㉕	㉕	㉕	㉖	㉖	㉖	㉚	㉛	㉜	㉝	㉞	㉟
	②	②	②	⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑭	⑭	⑭	⑱	⑱	⑱	㉑	㉑	㉑	㉒	㉒	㉒	㉕	㉕	㉕	㉖	㉖	㉖	㉚	㉛	㉜	㉝	㉞	㉟
	③	③	③	⑧	⑧	⑧	⑪	⑪	⑪	⑫	⑫	⑫	⑭	⑭	⑭	⑱	⑱	⑱	㉑	㉑	㉑	㉒	㉒	㉒	㉕	㉕	㉕	㉖	㉖	㉖	㉚	㉛	㉜	㉝	㉞	㉟
	④	④	④	⑧	⑧	⑧	⑪	⑪	⑪	⑫	⑫	⑫	⑭	⑭	⑭	⑱	⑱	⑱	㉑	㉑	㉑	㉒	㉒	㉒	㉕	㉕	㉕	㉖	㉖	㉖	㉚	㉛	㉜	㉝	㉞	㉟
	⑤	⑤	⑤	⑧	⑧	⑧	⑪	⑪	⑪	⑫	⑫	⑫	⑭	⑭	⑭	⑱	⑱	⑱	㉑	㉑	㉑	㉒	㉒	㉒	㉕	㉕	㉕	㉖	㉖	㉖	㉚	㉛	㉜	㉝	㉞	㉟
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	①	①	①				⑥	⑥	⑥	⑫	⑫	⑫	⑬	⑬	⑬	⑰	⑰	⑰	㉑	㉑	㉑	㉒	㉒	㉒	㉕	㉕	㉕	㉖	㉖	㉖	㉚	㉛	㉜	㉝	㉞	㉟
	②	②	②				⑦	⑦	⑦	⑫	⑫	⑫	⑭	⑭	⑭	⑱	⑱	⑱	㉑	㉑	㉑	㉒	㉒	㉒	㉕	㉕	㉕	㉖	㉖	㉖	㉚	㉛	㉜	㉝	㉞	㉟

= 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 Kaleth Perez Gonzalez, identificado (a) con documento de identidad número 1079415216 2 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, Karen Gonzales Lara, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1075255920 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 Patricios, 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: Karen Gonzalez Lara
Nombre: Karen Gonzalez L.
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ✓
Teléfono de contacto: 3163396476
Fecha: 03-02-25
Municipio: Tesalia – Huila.

¡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