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

# HCB LOS PATICOS

## USAURIO: THIAGO ALEJANDRO CORONADO GONZALEZ __RC

**N01076517825**



| 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<br><br>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** 1076517825

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58536317

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código K 4 W

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

COLOMBIA - HUILA - NEIVA NOTARIA 2 NEIVA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| CORONADO | GONZALEZ |

Nombre(s)

THIAGO ALEJANDRO

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2020 Mes DIC Día 26 | MASCULINO | O | NEGATIVO |

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

COLOMBIA - HUILA - NEIVA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 160287997 |

**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

GONZALEZ PERDOMO MARGOTH

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC No. 1079408042 | 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

CORONADO CABRERA JOHN FENNER

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC No. 83254238 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

CORONADO CABRERA JOHN FENNER

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC No. 83254238 | |

**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 DIC Día 28 | REINALDO QUINTERO QUINTERO<br>Nombre y firma |

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.079.408.042

GONZALEZ PERDOMO
APELLIDOS

MARGOTH
NOMBRES

Margoth Gonzalez.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-SEP-1985
TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

09-FEB-2004 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALBA BATRIZ RENDON LOPEZ

P-1902500-50128731-F-1079408042-20040930 0086504274A 02 1587283393

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 83.254.238
CORONADO CABRERA
APELLIDOS
JOHN FENNER
NOMBRES

JHON FENNER CORONADO
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-MAR-1980
TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
10-FEB-1999 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-1902500-00255490-M-0083254238-20100914 0023915253A 1 33603542

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

B7

**Fecha de consulta:** 05/11/2025

**Ficha:** 41797123640200000090

**Pobreza moderada**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** THIAGO ALEJANDRO

**Apellidos:** CORONADO GONZALEZ

**Tipo de documento:** Registro civil

**Número de documento:** 1076517825

**Municipio:** Tesalia

**Departamento:** Huila

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 19/05/2021

**Última actualización ciudadano:** 19/05/2021

**Última actualización via registros administrativos:** 25/11/2023

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** DANIELA VALENTINA MUÑOZ LOP

**Dirección:** Carrera 9 No 6 -

**Teléfono:** 8377022 - 31446476

**Correo Electrónico:** sisben@tesalia-huila.gov.

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario



Powered by CamScanner

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

Sr(a) : YURANNY MERCEDES GONZALEZ PERDOMO
c.c. / Nit: 1079410334
LOTE 13 BR MANUEL SANTOS INSP PACARNI CS
Municipio: 797 TESALIA HUILA Ruta: 970043160
Dirección Postal:
Ciclo: 72 Sector: 4-INSP. PACARNI

Su código de cuenta NIU
836606431
Para cualquier consulta y pago electrónico

Factura de venta No.
86044749

| Periodo | Periodo facturado | Pago total | Pago mínimo | Periodos vencidos |
|---|---|---|---|---|
| 4 / 2025 | 14/03/25-14/04/25 | $18.700 | $18,700 | 0 meses |

**Datos de cuenta**

| | |
|---|---|
| Clase servicio | |
| Estrato | Residencial |
| Zona | 1-Bajo Bajo |
| Nivel tensión | OCCIDENTE |
| Carga instalada | 1-Secundaria |
| Tipo liquidación | 0 |
| Nodo | lectura |
| | T19064-PCTP |

**Costo unitario prestación del servicio**

| | |
|---|---|
| COMPONENTES ELECTROHUILA | |
| 1 Comercialización + | 154.14 |
| 2 Distribución | 272.98 |
| TOTAL ELECTROHUILA = | 427.12 |
| MERCADO ENERGÍA MAYORISTA | |
| 3 Generación + | 388.6 |
| 4 Transmisión + | 49.85 |
| 5 Restricciones + | 14.69 |
| 6 Pérdidas | 88.84 |
| TOTAL MERCADO MAYORISTA = | 541.98 |
| Costo unitario = Electrohuila + Mercado | 969.1 |

**Histórico de consumos**

| Año | Mes | Consumo | Año | Mes | Consumo |
|---|---|---|---|---|---|
| 2025 | 3 | 46 | 2024 | 9 | 63 |
| 2025 | 2 | 56 | 2024 | 8 | 47 |
| 2025 | 1 | 56 | 2024 | 7 | 57 |
| 2024 | 12 | 53 | 2024 | 6 | 51 |
| 2024 | 11 | 49 | 2024 | 5 | 48 |
| 2024 | 10 | 56 | 2024 | 4 | 54 |

| Promedio de la cuenta | Consumo mes año anterior |
|---|---|
| 52 | 54 |

**Conceptos ElectroHuila**

| Concepto | | Valor |
|---|---|---|
| 21 | Consumo Periodo | 46.517 |
| 110 | Interes moratorio | 54 |
| 605 | Ajuste Decena | <1> |
| 814 | Compensación Calidad | <3.067> |
| 995 | Subsidio | <26.411> |

**Calculo actual del consumo**

| Contador | Marca | Tipo Medidor | Observación | Lectura Actual | Lectura Anterior | Factor Multiplicador | Consumo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1-22402849 | HIK | A-S | 0-Toma exitosa de Lectu | 1052 | 1004 | 1 | 48 |

**Liquidación de consumo**

| Contador | Desde | Hasta | Consumo | Tarifa | Valor Real | Subsi/Contri | ValorCobrar |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | 173 | 48 KWh | $418.8647 | $46.517 | -57% | $20.106 |

TOTAL

**Financiacion ElectroHuila**

| Descripcion | Saldo |
|---|---|

Tasa de interés 0%

CUFE 4b0bf051ed9319eb848ifdbb8c5b2992d3765af695e9e49a32d1745f8a73d00c345635343aab1d16856758
Numero de Factura Electronica FE-2835956 Numero de factura: 86044749

| Fecha de emisión | Mi último pago fue | Tengo plazo de pagar hasta | Me quedo sin servicio a partir de |
|---|---|---|---|
| 19/04/2025 | $20,520 15/04/2025 | 29/04/2025 | |
| | | Vencimiento | Suspensión |

| Valor Energía ElectroHuila | + Valor Servicio de Aseo | + Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía) | + Valor Otros Cobros | = |
|---|---|---|---|---|
| $17,092 | | $1,608 | $0 | $18,700 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: 3400

(415)7707274499679(8020)083650643 1(3900)0000018700(96)20250429

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 | 1076517825 |
| NOMBRES | THIAGO ALEJANDRO |
| APELLIDOS | CORONADO GONZALEZ |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | HUILA |
| MUNICIPIO | NEIVA |

**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. | CONTRIBUTIVO | 26/12/2020 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 11/05/2025 06:37:11 | **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

SURCOLOMBIANO LTDA
SURCOLABI IPS

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

Nombres y Apellidos: THIAGO ALEJANDRO CORONADO

D.I: 1076517825

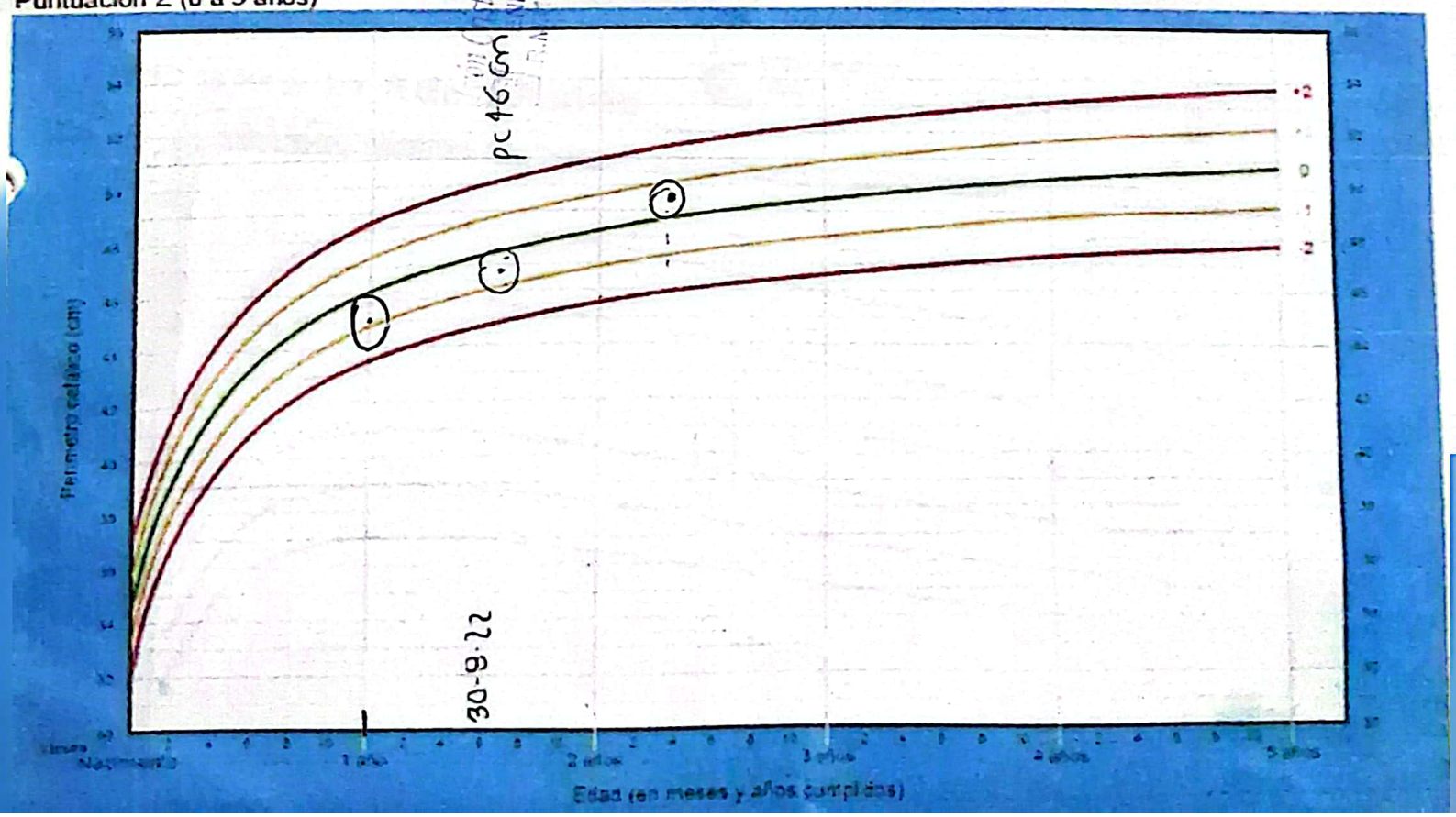
| FECHA | EDAD | PESO KG | TALLA CM | IMC | PC | PENDIENTES | FIRMA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 17/01/2022 | 17m | 10,56 | 78 | 17,36 | 45 | Control a los 18 meses | Ma A Roa O |
| 30 14/6/22 | 17 M | 12,6 | 82 | 18,7 | 46 | | Ma A Roa |
| 30/08/22 | 20 M | 12,9 | 85 | 17,8 | 46 | Control a los 24 meses | Cristina Sánchez G ENFERMERA |
| 10/05/2023 | 2a 4m | 16 | 93 | 18.5 | 48 | Control 3 años Dic-/24 | |
| 13/11-2024 | 3a. | 20 | 100 | 18.5 | 49 | Control en 1 Año | |
| 15-12-25 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Cristina Sánchez G.
ENFERMERA
T.P. 176.899

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
MINSALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
BIENESTAR FAMILIAR

## Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)




Powered by CamScanner

Nombre: Luis Manuel Coronado Gonzalez — Registro Civil: 1026117925

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Lactancia materna exclusiva | Sí ☐ No ☐ | | | | | | |
| Tuberculosis B.C.G. | Única | 27 12 20 | SERUM | 037B16T | MEDIMAS | | Jaime Castrova |
| Hepatitis B | Recién nacido | 27 12 20 | SERUM | 032X013 | MEDIMAS | 29 02 21 | |
| Lactancia materna exclusiva | Sí ☐ No ☐ | | | | | | |
| Polio (Oral - IM) | 1ª | 26/02/21 | Sanofi | T3D991V | Surcolab | | Yulissa Gomez |
| PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1ª | 26/02/21 | Serum | 29SDX009C | Surcolab | | Yulissa Gomez |
| Rotavirus | 1ª | 26/02/21 | Glaxo | APDC76B1A | Surcolab | | Yulissa Gomez |
| Neumococo | 1ª | 26/02/21 | Glaxo | ASPNBZ88A | Surcolab | | Yulissa Gomez |
| Lactancia materna exclusiva | Sí ☐ No ☐ | | | | | 26 04 2021 | |
| Polio (Oral - IM) | 2ª | 26-ABRIL-21 | SANOFI | T3D891V | Surcolab | | Kelly Celis |
| PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2ª | 26-ABRIL-21 | Serum | 28SDX008C | Surcolab | | Kelly Celis |
| Rotavirus | 2ª | 26-ABRIL-21 | Glaxo | APDC76B1A | Surcolab | | Kelly Celis |
| Neumococo | 2ª | 26-ABRIL-21 | Glaxo | ASPNB88AB | Surcolab | | Kelly Celis |
| Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva. | | | | | | 26 06 21. | |
| Polio (Oral - IM) | 3ª | 12-7-21 | Bilthoven | 20A001 | Surcolab | | Jimena Yepes |
| PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 3ª | 12-7-21 | Serum | 28SD4021C | Surcolab | | Jimena Yepes |
| Influenza | 1ª | 12-7-21 | Sanofi | V3B71V | Surcolab | | Jimena Yepes |
| Influenza | 2ª | 23-08-21 | Sanofi | V3B87IV | Surcolab | | Kelly Celis |
| Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | 1ª | 24-03-2021 | Serum | 0130N129A | Surcolab | | Caren Rodriguez |
| 18 mes Fiebre Amarilla | 1ª | 30 AGS 22 | Sanofi | U3E371V | Surcolab | | Kelly Celis |
| Neumococo | Refuerzo | 24-03-2022 | Glaxo | ASPNB321AC | Surcolab | | Caren Rodriguez |
| Influenza | Anual | 02-06-2022 | Gran Cross | V222006 | Surcolab | | Adriana Ortigoza |
| Hepatitis A | ÚNICA | 24-03-2022 | MSD | V01922G | Surcolab | | Caren Rodriguez |
| Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1º Refuerzo | 30 AGS 22 | Serum | 2821Q016A | Surcolab | | Kelly Celis |
| Polio (Oral - IM) | 1º Refuerzo | 30 AGS 22 | Bilthoven | 21400003A | Surcolab | | Kelly Celis |
| Polio ([redacted] - IM) | 2º Refuerzo | | | | | 5 años | |
| Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2º Refuerzo | | CPTE 5 años cumplidos | | | | |
| Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | Refuerzo | | | | | | |
| VPH | 1ª | | | | | | |
| VPH | 2ª | | | | | | |
| VPH | 3ª | | | | | | |
| Varicela | 1 | 24-03-2022 | MSD | V01922G | Surcolab | | Caren Rodriguez |
| Sarampion Rubeola | Adic. | 27/04/22 | Serum | 0129W234 | Surcolab | | Ingrid Llanos |

Estas vacunas son gratuitas

Powered by CamScanner

| FECHA | 1a VEZ | CPB | OET | FLÚOR | SELLANTE | OPERATORIA | CIRUGÍA ORAL | ENDODONCIA | CONSULTA URGENCIA | TTO. TERMINADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] 25 | [illegible] | ✓ | | Barniz | ✓ | Pyp | Prox | Control | 04-10-25 | [illegible] González Higienista Oral Reg. 1364 C.C. 10813[illegible]3223 |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| GRUPO LIBERTAD | **FUNDACION GRUPO LIBERTAD**<br>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 Pericos, 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): Thiago Alejandro Cordon con RC No 1076517825 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 |
|---|---|---|
| | 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 dem 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 Educac Escolar, una vez haya cumplido los cinco (5) años.
8) Informar y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de mi hijo(a), adjuntar 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 una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por el ICBF para Modalidad Comunitaria

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el día 3 del r 02 del año 2025, en el Municipio de Pacoa.

Margoth Gonzalez P.
**PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR**

Olga Rocha
**MADRE COMUNITARIA**

Powered by CamScanner

## PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

**Ciudad** Tesalia - pacarni

**Nombre completo de la niña o niño** Thiago Alejandro coronado Gonzalez.

**Fecha de nacimiento** 26 12 - 2020 **N° Documento de Identidad** 1076517825

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

**Primer Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** olga Rocio Ovalle

**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 esta pasando los indicadores 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 Ovalle

**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 Ovalle

**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 poco a poco va pasando los indicador 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

| oración litativa | 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 | 5 6 7 | 5 6 7 | 5 6 7 | 8 9 | 8 9 | 8 9 | 10 | 10 | 10 | 11 12 | 11 12 | 11 12 | 18 19 | 18 19 | 18 19 | 19 20 21 22 | 19 20 21 22 | 19 20 21 22 | 23 | 23 | 23 | 24 | 24 | 24 | 25 | 25 | 25 |
| 6 meses y 1 día a 12 meses | 1 2 | 1 2 | 1 2 | 3 4 | 3 4 | 3 4 | 5 6 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 | 23 24 25 26 | 23 24 25 26 | 23 24 25 26 | 27 | 27 | 27 | 28 29 | 28 29 | 28 29 | 30 | 30 | 30 |
| 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 | 20 21 | 20 21 | 20 21 | 22 | 22 | 22 | 23 24 | 23 24 | 23 24 | 25 | 25 | 25 |
| 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 21 | 16 21 | 16 21 | 22 | 22 | 22 | 23 24 | 23 24 | 23 24 | 25 | 25 | 25 |
| 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 | 26 27 | 26 27 | 26 27 | 28 29 30 | 28 29 30 | 28 29 30 | 31 32 | 31 32 | 31 32 | 33 34 | 33 34 | 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 | 8 | 9 10 | 9 10 | 9 10 | 11 | 11 | 11 | 12 | 12 | 12 | 13 14 | 13 14 | 13 14 | 15 | 15 | 15 | 16 | 16 | 16 |

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

Powered by CamScanner

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>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 Thiago Alejandro Coronado Gonzalez, identificado (a) con documento de identidad número 1078517825 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, Margoth Gonzalez Perdomo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1079408042 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 jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

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

**Suscriben:**

Firma: Margoth Gonzalez P.
Nombre: Margoth Gonzalez P.
Calidad - Titular: Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3164715953
Fecha: 03-02-2025
Municipio: Floridablanca



Powered by CamScanner




Powered by CamScanner