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

HCB: CHIQUILLADAS

USAURIO: *DANNA MICHELL PERDOMO CASTILLO*

RC NO. *1079413537*



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	X		
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
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	X		
Para identificar lugar de residencia, fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia	X		

PAPPYER PAPPYER PAPPYER PAPPYER PAPP

Powered by CamScanner

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

Fotografía física, esta ira sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo Seguimiento	Cada 3 meses	X		
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	X		
Copia del carné de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el usuario asista según el PAI	X		
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	X		
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año			
Formato autorización toma de fotos y vídeos	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya ingresos nuevos			

ESPACIO PARA NOTAS

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL — Adhesivo Copia Registro Civil 29691093-4

NUIP 1.079.412.537

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59256156

59256156

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] 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
PERDOMO	CASTILLO

Nombre(s): DANNA MICHELL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes ENE Día 27	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	170965389

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: CASTILLO VASQUEZ KENIA LORENA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.412.542	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: PERDOMO ARIAS DAIRON ALEXIS

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.084.869.985	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: PERDOMO ARIAS DAIRON ALEXIS

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.084.869.985	Dairon Perdomo

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

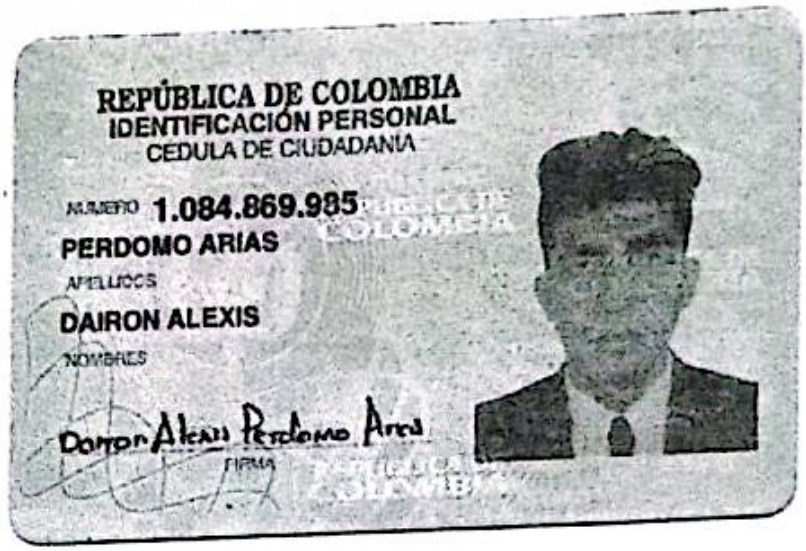
Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes FEB Día 01	DIOGENES ORTIZ BRAND - REGISTRADOR Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Dairon Perdomo Firma	DIOGENES ORTIZ BRAND Registrador del Estado Civil Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.084.869.985

PERDOMO ARIAS

APELLIDOS

DAIRON ALEXIS

NOMBRES

Dairon Alexis Perdomo Arias

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-NOV-1998
IQUIRA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

18-MAY-2017 IQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1904600-00943958-M-1084869985-20171006 0057902969A 3 45973304

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.079.412.542

CASTILLO VASQUEZ

APELLIDOS

KENIA LORENA

NOMBRES

FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-AGO-1998
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

29-SEP-2016 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1902500-00876531-F-1079412542-20170105 0053061925A 1 45966805

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

B1

Fecha de consulta: 13/02/2025

Ficha: 41797004539700000074

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: DANNA MICHELL

Apellidos: PERDOMO CASTILLO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079413537

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 28/07/2019

Última actualización ciudadano: 01/02/2022

Última actualización vía 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: SANDRA XIMENA TIERRADENTRO CANO

Dirección: Carrera 6 No 6 - 11

Teléfono: 8377022 - 3235134593

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

Para mayor detalle consultar las resoluciones DNP vigentes sobre

Powered by CamScanner

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía
Electrificadora del Huila S.A. ESP
Nit. 891.180.001-1

Sr(a) : ZUÑIGA PERDOMO ANGELINO
c.c. / Nit: 213144
BRR LA FLORESTA PACARNI
Municipio: 797 TESALIA HUILA Ruta: 47970044770
Dirección Postal:
Ciclo: 72 Sector: 4-INSP. PACARNI

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
297568889
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
83670127
Fecha De Emisión
18/10/2024

Periodo:	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
10 / 2024	16/09/24-16/10/24	$37,930	$37,930	1 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial
Nivel Tensión: 1-Secundaria
Tipo Liqui.: lectura
Estrato: 2-Bajo
Carga Instalada: 1000 W
Zona: OCCIDENTE
Nodo: T12966-PCNP

COSTO UNITARIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

Generación	418.2
Transmisión	57.14
Distribución	265.55
Restricciones	32.52
Pérdidas	96.57
Comercialización	158.83
Costo Unitario	1028.81
Tarifa Aplicada	1028.8082

Indicadores De Calidad Individual

Cálculos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-6858717	KRI	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	18390	18358	1	32

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
0	Deuda Capital	17,937
21	Consumo Periodo	32,922
110	Interes moratorio	89
608	Ajuste Decena	<4>
995	Subsidio	<16,461>

Últimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2024	9	35	2024	3	42
2024	8	37	2024	2	32
2024	7	59	2024	1	60
2024	6	44	2023	12	68
2024	5	49	2023	11	53
2024	4	54	2023	10	59

Promedio Cuenta	Consumo Año Anterior
46	59

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	173	32.0	514.4041	$16,461

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

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$0
Total Electrohuila	$34,483
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	$3,447
Total Otros Cobros	

FOES | Último Pago | Fecha de Vencimiento:

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	1079413537
NOMBRES	DANNA MICHELL
APELLIDOS	PERDOMO CASTILLO
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:	02/13/2025 09:35:41	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 Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos

PAPPYER® PAPPYER® PAPPYER® PAPPYER®

Powered by CamScanner

REGISTRO DE VACUNACIONES

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

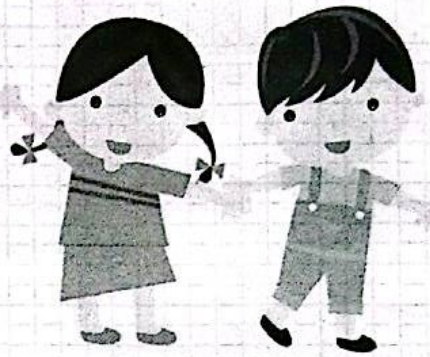
*En zonas endémicas

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIO SI	CUMPLIO NO	
2022	Marzo	24	AM	V		
022	Mayo	22	Jefe	✓		
022	Agosto	22.	Jefe	V		
022	Noviembre	04	Jefe	✓		
2023	Febrero	16	MD	✓		
2023	Junio	14	MD	✓		
23	Octubre	14	Jefe	✓		
24	Abril	26	Medico	V		
24	Octubre	23	Jefe	✓		Jefe.
	Abril					

Hospital SANTA TERESA
LOS TIEMPOS CAMBIAN SU SALUD

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



CARNE DE SALUD MENORES DE 7 AÑOS

Nombre: Danna Michell Peidaro
Fecha de Nacimiento: 27.01.2021
Registro Civil: 1079411357
Municipio: Tesalia
Dirección: Pacami
Barrio o Vereda
Nombre del responsable del niño: Kenia Lorena
Historia Clínica No.
EPS/ARS: Convivir

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

PAPPYER PAPPYER PAPPYER PAPPYER

Powered by CamScanner

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Danna Michell Peidanno.

Fecha de nacimiento: 27 enero 2022

Nº de certificado de nacido vivo: 170965809

Registro civil: 1079413537

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: O (+)

Peso al nacer: 2730gr Talla: 46cm.

Dirección: el jardín

Teléfono 1: 3132922216

Teléfono 2:

Responsable: Kenia Lorena Castillo

Municipio de residencia: Tesalia

Departamento: Huila

C.C. 1079412542.

Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

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

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Numero de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	27	01	2022	Serum	0337 0611	Hosp Tesalia				Maria Garces Auxiliar de Enfermeria
	Hepatitis B	Recién nacido	27	01	2022	Serum	0312 0X01 7AD					
						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1°	01	04	22	Serum	1801 1002	ESE Tesalia				Lina Quiroz
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1°	01	04	22	Serum	2350 V041 1D	ESE Tesalia				Lina Quiroz
	Hepatitis B	1°	01	04	22	Serum	2350 V041 1D	ESE Tesalia				Lina Quiroz
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1°	01	04	22	GSK	ARBIC E59A F	ESE Tesalia				Lina Quiroz
	Diarrea por rotavirus	1°	01	04	22	GSK	AJPNB 3159 BA	ESE Tesalia				Lina Quiroz
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1°	01	04	22							
						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2°	27	05	22	Biologica	2121 1004	ESE Tesalia				Lina Quiroz
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2°	27	05	22	Serum	2851 X007 C	ESE Tesalia				Lina Quiroz
	Hepatitis B	2°	27	05	22	Serum	2851 X007 C	ESE Tesalia				Lina Quiroz
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2°	27	05	22	Serum	2851 X007 C	ESE Tesalia				Lina Quiroz
	Diarrea por rotavirus	2°	27	05	22	GSK	ARCLD 0341 AB	ESE Tesalia				Lina Quiroz
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2°	27	05	22	GSK	AJPNB 3211 CA	ESE Tesalia				Lina Quiroz
						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐			29	07	22	
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3°	28	07	22	Biologica	2140 0037	ESE Tesalia				Lina Quiroz
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3°	28	07	22	Serum	2851 X007 C	ESE Tesalia				Lina Quiroz
	Hepatitis B	3°	28	07	22	Serum	2851 X007 C	ESE Tesalia				Lina Quiroz
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3°	28	07	22	Serum	2851 X007 C	ESE Tesalia				Lina Quiroz
	Influenza estacional	1°	28	07	22	Green Cross	VJ02 2200 6	ESE Tesalia				Lina Quiroz
7 meses	Influenza estacional	2°	30	08	22	Green Cross	VJ02 2200 6	ESE Tesalia				Lina Quiroz
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1°	10	02	23	Serum	0131 NO64 B	ESE Tesalia				Maria Garces Auxiliar de Enfermeria Res. 434
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	10	02	23	GSK	EX85 89	ESE Tesalia				
	Varicela	2°	10	02	23	Merck	WD16 94 4	ESE Tesalia				
	Hepatitis A	Única	10	02	23	Serum	VD04 9					
	Influenza estacional	Anual	28	07	23	Serum	VS03 2 3504					
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1° refuerzo	28	07	23	Serum	2202 0041	ESE				Maria Garces Auxiliar de Enfermeria Res. 434
	PENTAVALENTE	1° refuerzo	28	07	23	Serum	2851 X007 C	Hospital Tesalia				
	Fiebre amarilla	Única	28	07	23	Serum	L228 VF40 3					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2° refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2° refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2°	28	07	23		0131 LNO9 2A					
	Varicela	Refuerzo										
Niños a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1°										
		2°										
		3°										
Vacunas complementarias y otras dosis												

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
16-02-23	✓			Barniz	PyP	Prox	Control	16-08-23		Viviana Son Cedeño Higienista Oral C.C. 1.007.490.298
31-10-23	✓			Barniz	Prox	Control		01-05-24		Viviana Son Cedeño Higienista Oral C.C. 1.007.490.298
10-05-24	✓			Barniz		PyP	Prox Control		10-11-24	Mary Consuelo Trujillo Higienista Oral Resolución 2507
12 septiembre de 2024	X	Dx: K021 caries de dentina				Resina 74 oclusal				Daniela Mendoza Odontóloga Tarj. 1075 457

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 Danna Michell Perdomo Castillo, identificado (a) con documento de identidad número 1079413537, 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, Isenia Lorena Castillo Vasquez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1079412542, 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	

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_____, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa _____

Suscriben:

Firma: Lorena Castillo
Nombre: Isenia Lorena Castillo Vasquez
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3132922116
Fecha: 01-02-2025
Municipio: Pacarni

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

PAPPYER PAPPYER PAPPYER PAPPYER PAPP
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 Kenia Lorena Castillo, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio_____. 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): Danna Michell Perdomo con RC No 1079413537 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 01 del mes 02 del año 2025, en el Municipio de Pacarni.

Lorena Castillo
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Eliana Rocha
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner