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

HCB: CHIQUILLADAS

USAURIO: *LINDA LIANETH MORENO GONZALES* NO. 1145738949



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			
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			

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			
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	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			
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			

Powered by CamScanner

...TIONE QUE EL VALOR IMPRESO EN EL ... CORRESPONDE AL VALOR ENTREGADO ... CUENTA NIU ...

REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: 1145738949

Indicativo Serial: 63885600

63885600

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de [ ] Código D U V

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

COLOMBIA - HUILA - GARZON GARZON H. SAN VICENTE DE PAUL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MORENO	GONZALEZ

Nombre(s): LINDA LIANETH

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes ENE Día 30	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - HUILA - GARZON

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	23013610313826

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 GARCIA MARIA ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1054923765	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos: MORENO MORENO JOSE LUIS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1143931915	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MORENO MORENO JOSE LUIS

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1143931915	Jose Luis Moreno

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

Año 2023 Mes ENE Día 31

Nombre y firma del funcionario que autoriza

HERSAYN GONZALEZ CERQUERA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.143.931.915

MORENO MORENO

APELLIDOS

JOSE LUIS

NOMBRES

José luis Moreno

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-MAR-1990

JURADO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

10-ABR-2008 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-3100100-00158011-M-1143931915-20090530 0011971636A 1 26808535

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.054.923.765

GONZALEZ GARCIA

APELLIDOS

MARIA ANDREA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-MAR-1994

CAMPOALEGRE
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-ENE-2013 ANSERMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0900700-00433197-F-1054923765-20130425 0032847895A 1 38996639

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 25/09/2025

Ficha: 41298213655600003905

B6

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LINDA LIANETH

Apellidos: MORENO GONZALEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1145738949

Municipio: Garzón

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 01/08/2023

Última actualización ciudadano: 01/08/2023

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: WILSON MORALES RODRIGUEZ

Dirección: Carrera 8 No. 7-74

Teléfono: 8332000 - 8332693

Correo Electrónico: sisben@garzon-huila.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

Sr(a): QUIJANO NICOLAS
C.C. / Nit: 4920681
INSP PACARNI
Municipio: 797 TESALIA HUILA Ruta: 47970042980
Dirección Postal:
Ciclo: 72 Sector: 4-INSP. PACARNI

NU CÓDIGO DE CUENTA NU
297625609
PARA PAGOS EN OFICINA Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
85251604
Fecha De Emisión
18/02/2025

Periodo:	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
2 / 2025	15/01/25-14/02/25	$25,880	$25,880	0 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial
Nivel Tensión: 1-Secundaria
Tipo Liqui: lectura
Estrato: 1-Bajo Bajo
Carga Instalada: 1250 W
Zona: OCCIDENTE
Nodo: T12965-PCNP

COSTO UNITARIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO	
Generación	421.09
Transmisión	58.19
Distribución	280.72
Restricciones	7.45
Pérdidas	97.49
Comercialización	143.89
Costo Unitario	1009.62
Tarifa Aplicada	1009.6231

Indicadores De Calidad Individual

Indicadores De Calidad Individual Retroactivo

Nodo 6580314 Grupo Calida 31
Horas a compensar
Compensacion por evento
Meta Calidad opr Duración 81.0
Meta calidad por eventos 2
Eventos acmulados año 4
Duracion acumulador año 22.0
Consumo a compensar 54.1
Cargo distribución 263.

álculos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-2177157	SOD	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	4578	4520	1	58

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	58.558
607	Ajuste Decena	3
995	Subsidio	<34,598>

Últimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	1	8	2024	7	69
2024	12	65	2024	6	84
2024	11	77	2024	5	75
2024	10	86	2024	4	90
2024	9	89	2024	3	81
2024	8	76	2024	2	90

Promedio Cuenta	Consumo Año Anterior
66	90

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	173	58.0	413.0987	$23.960

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Tasa de Interés 0.00 %

Total cuota Financiación 0

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$0
Total Electrohuila	$23,963
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	$1,917
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$25,880

CUFE 122b6ed18371da3149831e176c833870bbcc80e68b5619f5918f9ec116035a68ec9f11d106c5c4e9e1970e85c27af7db Numero de Factura Electronica EH-2039854 Numero de factura: 85251604

FOES

Kwh$/Kwh Total N. Fact

Último Pago

$3,570
28/01/2025
Emitida Por: YULIETH.CEBALLESB
Pag: 2907

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento: 27/02/2025
Suspensión a Partir del:

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 escaneado el Código QR

(415)7707274499679(8020)0297625609(3900)0000025880(96)20250227

LA PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO EN VIRTUD DEL ARTICULO 130 DE LA LEY 142 DE 1994 MODIFICADA ART. 18 LEY 689 DE 2001

Para mayor detalle consulte las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

Powered by CamScanner

PACARNI-TESALIA HUILA 15 DE SEPTIEMBRE DEL 2025

HCB

CHIQUILLADAS

MADRE COMUNITARIA

YULIANA ROCHA USA

NOTA

CORDIAL SALUDO

Por medio de este presente le informo que la niña LINDA LIANETH MORENO GONZALES identificada con RC1145738949 tiene la salud y el Sisbén en GARZONL - HUILA no hago cambio porque mas adelante tal vez volvemos para allá, quiero que tengan en cuenta que vivo en Pacarni y necesito el cupo.

GRACIAS POR SU COMPRENCIÓN

ATT:

MARÍA ANDREA GONZÁLEZ.

MARIA ANDREA GONZALES

MADRE

CC:1054923765

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	1145738949
NOMBRES	LINDA LIANETH
APELLIDOS	MORENO GONZALEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	GARZON

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
SUSPENSIÓN POR MORA.	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/12/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/25/2025 16:57:15	**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

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD NIT: 900027451-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2024	Versión: 1

ACTA DE COMPROMISO CON PADRES O CUIDADORES DE DOCUMENTOS FALTANTES Y/O DESACTUALIZADOS

La Plata, Huila 23 de Septiembre 2025

Yo Andrea Gonzalez Garcia identificado (a) con N. de Cedula y/o Tarjeta de Identidad 1054923765 beneficiaria de la modalidad familiar de la UDS Chiquillados de la UDS _____ teniendo en cuenta que como cuidadora de la niña o niño: Linda Tianeth Moreno con documento de identidad, RC 1145730949 - y desde que solicite el cupo para la Modalidad comunitaria se me informo de manera clara los compromisos que se adquieren al participar y me comprometo a realizar todos los trámites necesarios para garantizar los derechos en este caso me está faltando: (marcar con una x el documento o los documentos faltantes)

- Afiliación a salud [ ]
- Carné vacunas [ ]
- Valoración integral [X]
- Documento identidad [ ]
- Higiene oral [X]

MC _____ de la UDS: HCB Chiquillados Por lo que para la fecha, 15 de octubre me comprometo a tener y a garantizar la entrega de copia del documento.

Estando en mutuo acuerdo firman el acta las dos partes el día 23 del mes Septiembre del 2025 en constancia firman.

Juliana Rocha
FIRMA REPRESENTANTE DE LA UDS

Maria Andrea Gonzalez Garcia
FIRMA, DEL ACUDIENTE Y/O CUIDADOR

Identificación 1054923765
Dirección Barrio la Inmaculada
N. de Celular 3117784032

de cero a Siempre

Powered by CamScanner

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardiopopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado				
	Visual	Normal		Alterado				
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA								

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			
4.ª entrega			
5.ª entrega			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

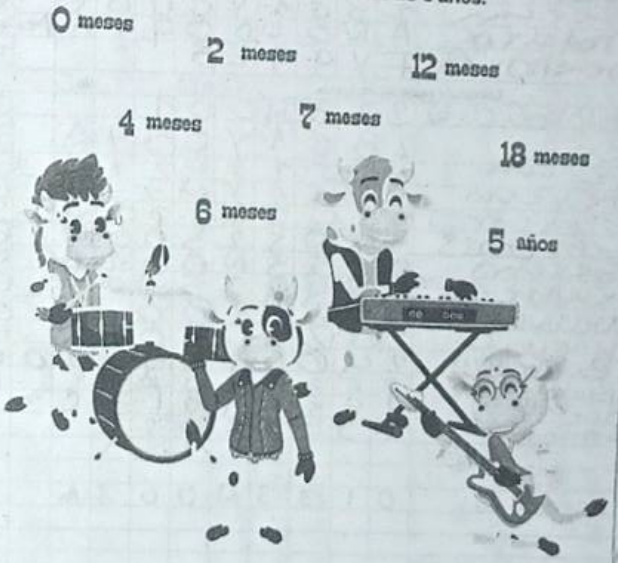
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

Vacunar oportunamente con todas las dosis a tus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años:



Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

CITA 1 = A cumplir 5 años

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: LINDA LIANETH MORENO G.
Fecha de nacimiento: 30-ENERO-2023
Nº de certificado de nacido vivo: 2301361031382G
Registro civil: 1 145 738 949
Sexo: FEMENINO
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 2820 Talla: 48
Dirección: Vereda el Descanso
Teléfono 1: 3117784832.
Teléfono 2: 3153511821
Responsable: MARIA ANDREA GONZALEZ
Municipio de residencia: GARZON.
Departamento: HUILA

Busca ya las vacunas ¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Edad	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
Recién nacido	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	30	01	23	Serum	03718HA07	H-Sup	30	03	23	Yoni Cerquera
	Hepatitis B	Recién nacido	30	01	23	Serum	03218D	H-Sup	30	03	23	Yoni Cerquera
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	11	4	23	Bithoven	220603	IPS SALUD				Luisa Medina Bonilla
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) (PENTAVALENTE)	1.ª	11	4	23	Serum	2B5BX04OC					
	Hepatitis B (PENTAVALENTE)	1.ª	11	4	23	Serum	2B5BX04OC					
	Difteria, tosferina y tétano (DPT) (PENTAVALENTE)	1.ª	11	4	23	Serum	2B5BX04OC					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	11	4	23	BSV	A20CB91AA					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	11	4	23	Pfizer	FL4B9S					
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	20	06	23	Biológicals	220602	EPS NUEVA EPS				Delcy Tafur Perdomo
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) (PENTAVALENTE)	2.ª	20	06	23	Serum	2B5 1X04OC	EPS NUEVA EPS				Delcy Tafur Perdomo
	Hepatitis B (PENTAVALENTE)	2.ª	20	06	23	Serum	2B5 1X04OC	EPS NUEVA EPS				Delcy Tafur Perdomo
	Difteria, tosferina y tétano (DPT) (PENTAVALENTE)	2.ª	20	06	23	Serum	2B5 1X04OC	EPS NUEVA EPS				Delcy Tafur Perdomo
	Diarrea por rotavirus	2.ª	20	06	23	Rotarix	ARCLD91AA	EPS NUEVA EPS				Delcy Tafur Perdomo
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	20	06	23	Prevenar 13	FY9925	EPS NUEVA EPS				Delcy Tafur Perdomo
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	06	09	23	Biológicals	220340 01	EPS NUEVA EPS	20	08	23	Delcy Tafur Perdomo
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) (PENTAVALENTE)	3.ª	6	09	23	Serum	2B5 1Y03 7A	EPS NUEVA EPS	20	08	23	Delcy Tafur Perdomo
	Hepatitis B (PENTAVALENTE)	3.ª	06	09	23	Serum	2B5 1Y03 7A	EPS NUEVA EPS	20	08	23	Delcy Tafur Perdomo
	Difteria, tosferina y tétano (DPT) (PENTAVALENTE)	3.ª	06	09	23	Serum	2B5 1Y03 7A	EPS NUEVA EPS	20	08	23	Delcy Tafur Perdomo
	Influenza estacional	1.ª	06	09	23	Green Cross	VSC52300U	EPS NUEVA EPS	20	09	23	Delcy Tafur Perdomo
7 meses	Influenza estacional	2.ª	24	10	23	Green Cross	VSC52300U	EPS NUEVA EPS	6	10	23	Delcy Tafur Perdomo
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	31	01	24	Serum	01553N001A	EPS NUEVA EPS	30	01	24	Delcy Tafur Perdomo
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	31	01	24	Prevenar 13	FY9925	EPS NUEVA EPS	30	01	24	Delcy Tafur Perdomo
	Varicela	2.ª	31	01	24	Varivax	X01101	EPS NUEVA EPS	30	01	24	Delcy Tafur Perdomo
	Hepatitis A	Única	31	01	24	Inovac	2202201095	EPS NUEVA EPS	30	01	24	Delcy Tafur Perdomo
	Influenza estacional	Anual	09	03	24	Bacterian	2409097900	EPS NUEVA EPS	30	07	24	Delcy Tafur Perdomo
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	17	09	24	Biológicals	22339201	Ese H. Acl	30	07	24	Auxiliados
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	17	09	24	Serum	2B5 2904 3C	Ese H. Acl	30	07	24	Auxiliados
	Fiebre amarilla	Única	17	09	24	Sanofi	03022023	Ese H. Acl	30	07	24	Auxiliados
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	17	09	24	Serum	01333N004A	Ese H. Acl	30	07	24	Auxiliados
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
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.

Lactancia materna exclusiva ☐ Sí ☐ No

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 María Andrea Gonzales, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio Hogar Chiquitadas. 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): Luca Lionetti Marino con RC No 1145730949 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 15 del mes Septiembre del año 2025, en el Municipio de Barranquilla.

MARÍA ANDREA GONZÁLEZ G.
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

YOLANA ROCHA
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	F2.P2.CE	11/07/2024
		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 Linda Gareth Moreno Gonzales, identificado (a) con documento de identidad número 1145738949, 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	

Autorización - Uso imagen del titular:
Yo, María Andrea Gonzales, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1054923765, 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 la **Fundaciòn Grupo Libertad**, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Modalidad **HCB Comunitaria**

Suscriben:

Firma: MARÍA ANDREA GONZÁLEZ GARCIA.
Nombre: María andrea Gonzalez
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3117784832
Fecha: 15 SEPTIEMBRE 2025
Municipio: Ricaurte - Tolima

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner