VERIFIQUE QUE EL VALOR IMPRESO EN EL RECIBO CORRESPONDA AL VALOR ENTREGADO
O: OFICINA S: 53001 C: 23702 CUENTA NIU 53321

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

HCB: CHIQUILLADAS

USAURIO: *MARIA ISABEL SALAZAR PERDOMO* RC NO.*1081428232*



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		

Powered by CamScanner

VERIFIQUE QUE EL VALOR IMPRESO EN EL RECIBO CORRESPONDA AL VALOR ENTREGADO
Ox OFICINA Bx 53001 Ex 23702
AV LUENIA RIU
53321

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

Fotografia fisica, 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			
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

Adhesivo Copia Registro Civil 34618543-2

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.081.428.232

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60374792

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L 5 B

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

REGISTRADURIA DE LA PLATA - COLOMBIA - HUILA - LA PLATA.....

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SALAZAR.....	PERDOMO.....

Nombre(s)

MARIA ISABEL.....

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes SEP Día 16	FEMENINO.....	B.....	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
I.C.B.F. (INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAM	SIM23437543.....

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

SALAZAR PERDOMO ADRIANA PATRICIA.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 1.079.410.109.....	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

.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
.....	.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR LA PLATA HUILA.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
.....	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
.....	.....

Datos segunda testigo

Apellidos y nombres completos

.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
.....	.....

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes SEP Día 27	LIDA ISABEL YASNO GALLEGO - REGIS Lida Isabel Yasno Gallego Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

27.SEP.2023 - ACTA COMPLEMENTARIA 1974..Lida Isabel Yasno Gallego

Lida Isabel Yasno Gallego
Registradora

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
26.471.910
NUMERO
PERDOMO TRIVIÑO
APELLIDOS
MARIA YANETH
NOMBRES
yaneth perdomo
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-ENE-1977
OPORAPA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
28-JUN-1999 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
FIRMA REGISTRADOR
CLARA MARIA GONZALEZ ZABALA
Indice Derecho
P-1902500-19274160-F-26471910-990930
071238495
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.079.410.109
SALAZAR PERDOMO

APELLIDOS
ADRIANA PATRICIA

NOMBRES
Adriana Patricia S.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 18-NOV-2009
TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
18-NOV-2027 B+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
28-FEB-2023 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1902500-01347885-F-1079410109-20230324 0102200610A 2 8507436870

Powered by CamScanner

VERIFIQUE QUE EL VALOR IMPRESO EN EL RECIBO CORRESPONDA AL VALOR ENTREGADO
Si 53001 E: 23702
AU CUENTA NIU
53321

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 01/08/2025

Ficha: 41797123640200003952

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA ISABEL

Apellidos: SALAZR PERDOMO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1081428232

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/08/2023

Última actualización ciudadano: 12/03/2025

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

VERIFIQUE QUE EL VALOR IMPRESO EN EL RECIBO CORRESPONDA AL VALOR ENTREGADO
Of: OFICINA Sr: 53001 Ex: 23702

NU CUENTA NIU
53321

Sr(a): SALAZAR LUIS VICENTE
C.C. / Nit: 6286607
CL 6 N. 4-03
Municipio: 797 TESALIA HUILA Ruta: 47970040350
Dirección Postal:
Ciclo: 72 Sector: 4-INSP. PACARNI

Su código de cuenta NIU
629374031
Para cualquier consulta y pago electrónico

Factura de venta No.
86926094

Periodo	Periodo facturado	Pago total	Pago mínimo	Periodos vencidos
6/ 2025	15/05/25-14/06/25	$24,850	$24,850	0 meses

Datos de cuenta

Clase servicio	Residencial
Estrato	1-Bajo Bajo
Zona	OCCIDENTE
Nivel tensión	1-Secundaria
Carga instalada	200
Tipo liquidación	lectura
Nodo	T19442-PCNP

Costo unitario prestación del servicio

COMPONENTES ELECTROHUILA	
1 Comercialización	153.38
+ 2 Distribución	302.89
TOTAL ELECTROHUILA =	456.27
MERCADO ENERGÍA MAYORISTA	
3 Generación	387.04
+ 4 Transmisión	62.2
+ 5 Restricciones	34.37
+ 6 Pérdidas	80.52
TOTAL MERCADO MAYORISTA =	564.13
Costo unitario = Electrohuila + Mercado	1020.39

Histórico de consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	5	56	2024	11	58
2025	4	62	2024	10	36
2025	3	52	2024	9	21
2025	2	57	2024	8	21
2025	1	55	2024	7	21
2024	12	57	2024	6	18

Promedio de la cuenta	Consumo mes año anterior
56	18

Conceptos ElectroHuila

Concepto		Valor
21	Consumo Periodo	55,101
110	Interes moratorio	8
607	Ajuste Decena	5
995	Subsidio	<32,104>

Cálculo actual del consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consun
1-60885829	ISK	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	7618	7564	1	54

Liquidación de consumo

Contador	Desde	Hasta	Consumo	Tarifa	Valor Real	Subsi/Contri	ValorCobra
1	1	173	54 KW/h	$425.8737	$55,101	-58%	$22.997

TOTAL

Financiación ElectroHuila

Descripcion	Saldo
Tasa de interés	0%

CUFE ef0a12a29fa3e1d6d08ef33ee1780b5f46148c215c7e15cf8ceb67ad329fe020619949e98c845d2ad
Numero de Factura Electronica EH-3583284 Numero de factura: 86926094

Fecha de emisión	Mi último pago fue	Tengo plazo de pagar hasta	Me quedo sin ser a partir de
17/06/2025	$50,510 29/05/2025	27/06/2025 Vencimiento	Suspensión

Valor Energía ElectroHuila	+ Valor Servicio de Aseo	+ Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía)	+ Valor Otros Cobros	=
$23,010		$1,840	$0	$24,85 TOTAL A PAGAR

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN
Reporta 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: 2640

(415)7707274499679(8020)0629374031(3900)0000024850(96)20250627

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

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

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS

AUTORRETENEDORES DE RENTA RESOLUCIÓN No. 8470001 GRAN AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN No. 18280003833296 DE 15-05-2025 SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORRETENEDORES ICA CIRCULAR 4 DEL 04/09/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA, ARTICULO 637 DEL ACUERDO 028 DE 2018

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	1081428232
NOMBRES	MARIA ISABEL
APELLIDOS	SALAZAR PERDOMO
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	16/09/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/01/2025 14:27:44	**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 la

Powered by CamScanner

DATOS DEL RECIEN NACIDO
QUIEN SOY

Nombres y apellidos: Nomo Isabel Salazar

Identificación: 1088728232 EPS: _____

Fecha de nacimiento: Día. 16 Mes: 09 Año: 23

Edad: _____ Días: _____ Mese s: _____ Años: _____ Sexo: F

Recién Nacido: Pretermino: ___ A termino: X Edad Gestacional: ____

Embarazo: Único: X Múltiple: _____ No de Gestaciones _____

Peso: 2940 Kg. Talla: 47 cm. Perímetro Cefálico: — cm.

Tipo de sangre: B (+) Lugar que ocupa entre los hermanos: _____

TSH: — Serología: no se realizo

Nombre de la Madre: Adriana patricia salazar Ocupación: _____

Nombre del Padre: _____ Ocupación: _____

Dirección: B/ San Rafael Teléfono: 3166034632

Alimentación: Lactancia materna exclusiva: Si: X No: _____

Powered by CamScanner

IAMI

San Sebastián

FORMULARIO DE REGISTRO

FECHA	EDAD	PESO	TALLA	PC	PT	OBSERVACIÓN
12/10/23	1 mes	3.80	52	36	36	PyT Adecuada
19-12-2023	3 m	5,5 Kg	58 cm	40,5 cm	IMC: 16,3	OK
19-2-24	5 m	6.57	61,5	42	—	R talla ↓
19-04-24	7 m	7	65.3	44	—	PyT OK
15-07-24	9 m	7.7	67.1	45	Pb: 14.5	R talla ↓ RTt
12/10/24	12 M	8.030	69	46		
29/04/25	18 m	8.7	76cm	46a	PB 16	R Talla ↓

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCION SOCIAL



Carné de Vacunación



Nombres y Apellidos: MARIA ISABEL
Salazar PERDOMO.

RC	TI	OTRO	1081428232
X			

Tipo de Documento — No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 16 (DIA) 09 (MES) 2023 (AÑO)

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 2940 Talla: 47cm

Dirección: Pacorni

Teléfono 1: 3166034632

Teléfono 2:

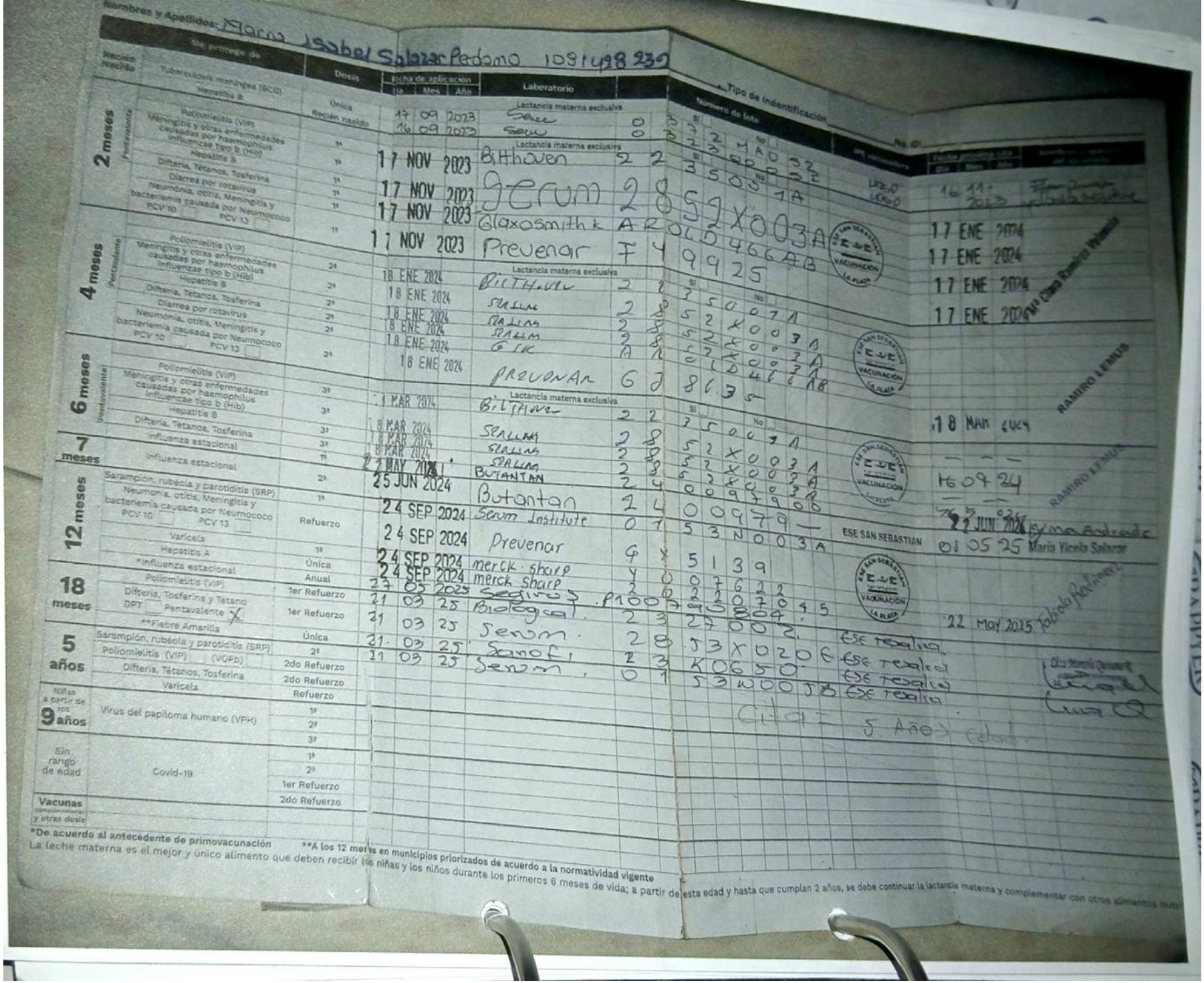
Responsable: Adriana Salazar P.

Municipio de residencia: Tesalia

Departamento: Huila

CC: 1079410109.

Powered by CamScanner



Nombres y Apellidos: Maria Isabel Salazar Pedroza 1091498239

Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación (Día Mes Año)	Laboratorio	Lactancia materna exclusiva	Tipo de identificación / Número de folio	Firma y sello
Recién nacido						
Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	17 09 2023	Shaa	0	SI / NO	
Hepatitis B	Recién nacido	16 09 2023	Serum	0	SI / NO	
2 meses				Lactancia materna exclusiva		
Poliomielitis (VIP)	1ª	17 NOV 2023	BiThoven	2 2	SI / NO	
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	17 NOV 2023	Serum	2 8	3 2 2 MAD 3 2	
Hepatitis B	1ª	17 NOV 2023	Glaxosmithk	A R O L D 4 6 6 A B	3 5 0 5 1 A	
Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	17 NOV 2023	Prevenar	F 4 9 9 2 5		
Diarrea por rotavirus	1ª					
Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª					
4 meses				Lactancia materna exclusiva		
Poliomielitis (VIP)	2ª	18 ENE 2024	BioThaven	2 1	SI / NO	
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	18 ENE 2024	SERUM	2 3	3 5 0 0 7 A	
Hepatitis B	2ª	18 ENE 2024	SERUM	2 3	5 2 X 0 0 3 A	
Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	18 ENE 2024	SERUM	2 3	5 2 X 0 0 3 A	
Diarrea por rotavirus	2ª	18 ENE 2024	GSK	A R	5 2 X 0 0 3 A	
Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	18 ENE 2024	PREVENAR	6 J	5 2 L D 4 6 6 A B	
6 meses					8 6 3 5	
Poliomielitis (VIP)	3ª	1 MAR 2024	BiThoven	Lactancia materna exclusiva 2 2	SI / NO	
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	8 MAR 2024	SERUM	2 8	3 5 0 0 7 A	
Hepatitis B	3ª	8 MAR 2024	SERUM	2 8	5 2 X 0 0 3 A	
Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	8 MAR 2024	SERUM	2 8	5 2 X 0 0 3 A	
7 meses						
Influenza estacional	1ª	27 MAY 2024	BUTANTAN	2 4	5 0 0 9 7 9 0 0	
Influenza estacional	2ª	25 JUN 2024	Butantan	2 4	0 0 9 7 9 —	
12 meses						
Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	1ª	24 SEP 2024	Serum Institute	0 1	5 3 N 0 0 3 A	ESE SAN SEBASTIAN
Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	24 SEP 2024	Prevenar	4 X	5 1 3 9	
Varicela	1ª	24 SEP 2024	merck sharp	4 0	0 7 6 2 2	
Hepatitis A	Única	24 SEP 2024	merck sharp	4 0	0 7 6 2 2	
*Influenza estacional	Anual	27 05 2025	Seqirus	A100	2 1 0 7 0 4 5	
18 meses						
Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	21 03 25	Biological	2 3	5 8 0 4	
Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo	21 03 25	Serum	2 8	2 7 0 0 2	ESE tealia
**Fiebre Amarilla	Única	21 03 25	Sanofi	2 3	J 3 X 0 2 0 6	ESE tealia
5 años		21 03 25	Serum	0 1	K 0 6 5 0	ESE tealia
Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª				5 3 W 0 0 J 3 6	ESE tealia
Poliomielitis (VIP) (VOPb)	2do Refuerzo					
Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo					
Varicela	Refuerzo					
Niñas a partir de los 9 años	1ª					
Virus del papiloma humano (VPH)	2ª					
	3ª					
Sin rango de edad	1ª					
Covid-19	2ª					
	1er Refuerzo					
	2do Refuerzo					
Vacunas complementarias y otras dosis						

***De acuerdo al antecedente de primovacunación** ****A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente**

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 nutri

17 ENE 2024
17 ENE 2024
17 ENE 2024
17 ENE 2024
18 MAR 2024
22 JUN 2024
22 May 2025

RAMIRO LEMUS
ESE SAN SEBASTIAN
VACUNACIÓN
LA PLATA

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 27 Agosto 2025

Yo Yaneth Perdomo identificado (a) con N. de Cedula y/o Tarjeta de Identidad 26471910 beneficiaria de la modalidad familiar de la UDS _____ de la UDS _____ teniendo en cuenta que como cuidadora de la niña o niño: Maria Isabel Solazar Perdomo con documento de identidad, RC: 1081428232, 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 [ ]
- Documento identidad [ ]
- Higiene oral [X]

MC Yuliana Rocha de la UDS: Chigorodó Por lo que para la fecha, 27 Septiembre 2025 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 27 del mes Agosto del 2025 en constancia firman.

Yaneth Perdomo

de cero a Siempre

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 Yana Isabel Salazar., identificado (a) con documento de identidad número 1081428232, 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, Maria Yaneth Perdomo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 26471910, 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 Yohana Rocha, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Hogares Cha.gualdas

Suscriben:

Firma: maria dolheth perdomo
Nombre: Maria Yaneth. Perdomo
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 1 Agosto 2025
Municipio: Pitalito Tesalia

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
Los datos suministrados serán tratados de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales del ICBF y a la ley 1581 de 2012.

Powered by CamScanner

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

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS María Yaneth Perdomo, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio Chiguilados. 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): Maria Isabel Salazar con RC No 1081428232 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 1 del mes Agosto del año 2025, en el Municipio de Pacarn. Tocha

mario roberto pedro
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Yulieth Rocha
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner