

HCB MIS ANGELITOS

USAURIO: SALOMON RODRIGUEZ

RC No. 1079510351



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		



FUNDACION GRUPO LIBERTAD

NIT. 900027451-4

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.		X	
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	X		
Formato autorización toma de fotos y videos	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya ingresos nuevos	X	X	

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.079.510.351

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

51432784

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código L 1 C

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

REGISTRADURIA DE PAICOL - COLOMBIA - HUILA - PAICOL

Datos del inscrito

Primer Apellido

RIOS

Segundo Apellido

RODRIGUEZ

Nombre(s)

SALOMON

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año 2022 Mes NOV Día 03 MASCULINO 0 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

22118910174236

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ CAICEDO YULY ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.004.149.117

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RIOS ORDONEZ JORDAN CAMILO

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.079.509.775

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RIOS ORDONEZ JORDAN CAMILO

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.079.509.775

Firma

Jordan Camilo Rios O.

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 2022 Mes NOV Día 08

Nombre y firma del funcionario que autoriza

NICTOR BASTIDAS BASTIDAS - REGIST

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Jordan Camilo Rios O.

Firma

Nombre y firma

08 NOV. 2022

ESPACIO PARA NOTAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURIA DEL ESTADO CIVIL
PAICOL-HUILA

ESTA REPRODUCCIÓN
FOTOMECAÁNICA ES FIEL COPIA DE
LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.079.509.775

RIOS ORDOÑEZ

APELLIDOS

JORDAN CAMILO

NOMBRES

Jordan Camilo Rios

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-MAR-1998

PAICOL
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64

ESTATURA

O-

G.S. RH

M

SEXO

21-JUN-2016 PAICOL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-1905200-00841672-M-1079509775-20160728

0050540827G 1

44913123

© 2005 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 258: 105–112

Reduncus extraneus

Departamento: Estalla

*En consecuencia, algunas enfermedades no se deben considerar en estos contextos por ser de naturaleza o de origen no biológico, dependiente de factores ambientales.

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 395–402

292855485

DATA CONTROLLER: controllata a partecipazione elettronica
 anno elettronico: 11/01/05/001



TOTAL A PAGAR

\$ 42,480

UNCLAS DE HQ JUN 2008
UNCLAS HQ AGO 2008
UNCLAS UNCLASSIFIED FOR USN P. IMMEDIATE

INFORMATION CLIENTE

ESTADO	ESTADOS UNIDOS DE MEXICO	NIT	55173007
CIUDAD	CIUDAD DE MEXICO	Ruta	8070700090
MUNICIPIO	MEXICO	Ciclo	093
CALLE	AV. (BANCIA)	Edificio	1

INFORMACION TECNICA

SECUNDARIA	Grado	4690069
	Nº de	
	Alumno	2

INFORMATION CLAIMS

Factor	Consumo (kWh)
Factor	19

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTINUACION CONSUMO PERIÓDICO

Account	Debit	Credit	Balance
101 Cash			
102 Accounts Receivable			
103 Inventory			
104 Prepaid Insurance			
105 Equipment			
106 Accumulated Depreciation			
201 Accounts Payable			
202 Wages Payable			
203 Income Tax Payable			
204 Retained Earnings			
301 Sales			
302 Cost of Sales			
303 Operating Expenses			
304 Other Income			
305 Other Expenses			
306 Net Income			
307 Dividends			
308 Retained Earnings			
309 Total			

[illegible]

19.933
- 11.775
8.158

DETALLE DE CUENTA

ITEM NO.	DESCRIPTION	UNIT	QTY	PRICE	TOTAL
001	...	...	...	...	...
002	...	...	...	...	...
003	...	...	...	...	...
004	...	...	...	...	...
005	...	...	...	...	...
006	...	...	...	...	...
007	...	...	...	...	...
008	...	...	...	...	...
009	...	...	...	...	...
010	...	...	...	...	...
011	...	...	...	...	...
012	...	...	...	...	...
013	...	...	...	...	...
014	...	...	...	...	...
015	...	...	...	...	...
016	...	...	...	...	...
017	...	...	...	...	...
018	...	...	...	...	...
019	...	...	...	...	...
020	...	...	...	...	...
021	...	...	...	...	...
022	...	...	...	...	...
023	...	...	...	...	...
024	...	...	...	...	...
025	...	...	...	...	...
026	...	...	...	...	...
027	...	...	...	...	...
028	...	...	...	...	...
029	...	...	...	...	...
030	...	...	...	...	...
031	...	...	...	...	...
032	...	...	...	...	...
033	...	...	...	...	...
034	...	...	...	...	...
035	...	...	...	...	...
036	...	...	...	...	...
037	...	...	...	...	...
038	...	...	...	...	...
039	...	...	...	...	...
040	...	...	...	...	...
041	...	...	...	...	...
042	...	...	...	...	...
043	...	...	...	...	...
044	...	...	...	...	...
045	...	...	...	...	...
046	...	...	...	...	...
047	...	...	...	...	...
048	...	...	...	...	...
049	...	...	...	...	...
050	...	...	...	...	...
051	...	...	...	...	...
052	...	...	...	...	...
053	...	...	...	...	...
054	...	...	...	...	...
055	...	...	...	...	...
056	...	...	...	...	...
057	...	...	...	...	...
058	...	...	...	...	...
059	...	...	...	...	...
060	...	...	...	...	...
061	...	...	...	...	...
062	...	...	...	...	...
063	...	...	...	...	...
064	...	...	...	...	...
065	...	...	...	...	...
066	...	...	...	...	...
067	...	...	...	...	...
068	...	...	...	...	...
069	...	...	...	...	...
070	...	...	...	...	...
071	...	...	...	...	...
072	...	...	...	...	...
073	...	...	...	...	...
074	...	...	...	...	...
075	...	...	...	...	...
076	...	...	...	...	...
077	...	...	...	...	...
078	...	...	...	...	...
079	...	...	...	...	...
080	...	...	...	...	...
081	...	...	...	...	...
082	...	...	...	...	...
083	...	...	...	...	...
084	...	...	...	...	...
085	...	...	...	...	...
086	...	...	...	...	...
087	...	...	...	...	...
088	...	...	...</		

TOTAL A. PASAR

42.481

ELECTRONICSTOCK

[illegible]

FINANCIAL AID INDEX

CONTRACT NO.	DATE	TOTAL CON. VALUE	PERCENTAGE OF WORK COMPLETED	TOTAL PER. VALUE	PER. FOR COMPLETED WORK
1	1/1/50	100,000	100	100,000	100,000
2	2/1/50	200,000	50	100,000	100,000
3	3/1/50	300,000	25	75,000	75,000
4	4/1/50	400,000	10	40,000	40,000
5	5/1/50	500,000	5	25,000	25,000
6	6/1/50	600,000	0	0	0
7	7/1/50	700,000	0	0	0
8	8/1/50	800,000	0	0	0
9	9/1/50	900,000	0	0	0
10	10/1/50	1,000,000	0	0	0
11	11/1/50	1,100,000	0	0	0
12	12/1/50	1,200,000	0	0	0
13	1/1/51	1,300,000	0	0	0
14	2/1/51	1,400,000	0	0	0
15	3/1/51	1,500,000	0	0	0
16	4/1/51	1,600,000	0	0	0
17	5/1/51	1,700,000	0	0	0
18	6/1/51	1,800,000	0	0	0
19	7/1/51	1,900,000	0	0	0
20	8/1/51	2,000,000	0	0	0
21	9/1/51	2,100,000	0	0	0
22	10/1/51	2,200,000	0	0	0
23	11/1/51	2,300,000	0	0	0
24	12/1/51	2,400,000	0	0	0
25	1/1/52	2,500,000	0	0	0
26	2/1/52	2,600,000	0	0	0
27	3/1/52	2,700,000	0	0	0
28	4/1/52	2,800,000	0	0	0
29	5/1/52	2,900,000	0	0	0
30	6/1/52	3,000,000	0	0	0
31	7/1/52	3,100,000	0	0	0
32	8/1/52	3,200,000	0	0	0
33	9/1/52	3,300,000	0	0	0
34	10/1/52	3,400,000	0	0	0
35	11/1/52	3,500,000	0	0	0
36	12/1/52	3,600,000	0	0	0
37	1/1/53	3,700,000	0	0	0
38	2/1/53	3,800,000	0	0	0
39	3/1/53	3,900,000	0	0	0
40	4/1/53	4,000,000	0	0	0
41	5/1/53	4,100,000	0	0	0
42	6/1/53	4,200,000	0	0	0
43	7/1/53	4,300,000	0	0	0
44	8/1/53	4,400,000	0	0	0
45	9/1/53	4,500,000	0	0	0
46	10/1/53	4,600,000	0	0	0
47	11/1/53	4,700,000	0	0	0
48	12/1/53	4,800,000	0	0	0
49	1/1/54	4,900,000	0	0	0
50	2/1/54	5,000,000	0	0	0
51	3/1/54	5,100,000	0	0	0
52	4/1/54	5,200,000	0	0	0
53	5/1/54	5,300,000	0	0	0
54	6/1/54	5,400,000	0	0	0
55	7/1/54	5,500,000	0	0	0
56	8/1/54	5,600,000	0	0	0
57	9/1/54	5,700,000	0	0	0
58	10/1/54	5,800,000	0	0	0
59	11/1/54	5,900,000	0	0	0
60	12/1/54	6,000,000	0	0	0
61	1/1/55	6,100,000	0	0	0
62	2/1/55	6,200,000	0	0	0
63	3/1/55	6,300,000	0	0	0

TESTE UNITARIO PRESTAZIONE DEL SERVIZIO

SA: [REDACTED] TRF: SA: [REDACTED] TRF: [REDACTED] DR: [REDACTED] Rn: [REDACTED] Cx: [REDACTED]
[REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]



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	1079510351
NOMBRES	SALOMON
APELLIDOS	RIOS RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	PAICOL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/01/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 09/26/2025 19:07:56 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

Frecuencia	Profesional	Fecha	Hora	Edad	Peso (Kg)	Talla (cms)	Perímetros	TA	Evaluación nutricional	Firma
1 mes	Medico									
2-3 meses	Enfermera									
4-5 meses	Medico	07/11/23	10:30	2M	5.3kg	56 cm	Pc=37.5cm PB=19cm	-		Daniela Andrea Gabrera Guckseph
6-8 meses	Enfermera	07/03/23	8:30	4M	5.7kg	58 cm	Pc=41cm PB=21.5cm	-		Diego J. C. ...
9-11 meses	Enfermera	12/05/23	12:30	8M	6.6kg	61 cm	Pc=42cm PB=22.5cm	-		Diego J. C. ...
12-18 meses	Medico	12/08/23	10:00	9M	6.9kg	65 cm	Pc=42cm	-		Diego J. C. ...
18-23 meses	Enfermera	01/11/23		12M	7.9kg	70 cm	Pc=44cm	-		Diego J. C. ...
24-29 meses	Medico	15/04/24	8:26	18M	10kg	76 cm	Pc=43cm PB=13cm PA=43cm	-		Diego J. C. ...
30-35 meses	Medico	11/23/24	10:40	24M	10.4	79 cm	Pc=47cm PB=15cm PA=47cm	-		Diego J. C. ...
3 años	Medico	05/05/25		30M	11.7	84 cm	Pc=47cm PB=14cm	-		Diego J. C. ...
4 años	Enfermera	05/10/25								
5 años	Medico									
6 años	Medico									
7 años	Enfermera									
8 años	Medico									
9 años	Enfermera									
10 años	Medico									
11 años	Enfermera									

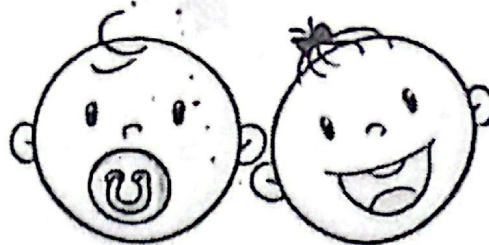
Nombres y Apellido: **Salomon Rios**

Tipo identificación: **107950351**

Nº. ID:

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPB vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombres y apellidos del vacunador
Ración nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	3 11 2022	Serum	03711MA031	406D	3-01-2023	Elia R
	Hepatitis B	Ración nacido	3 11 2022	Serum	0321001B3	406D	2023	Loreli Garzon
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1°	13 01 23	biologicals	21A1015			
	Neumonías y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1°	13 01 23	Serum	2851X0210			
	Hepatitis B	1°	13 01 23	Serum	2851X0210			
	Difteria, tétanos y tétano (DPT)	1°	13 01 23	Serum	2851X0210			
	Diarrea por rotavirus	1°	13 01 23	PSK	A000001AA			
	Neumonia, otitis, meningitis y bacteremia causadas por neumococo	1°	13 01 23	Polisacárido	E28589			
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2°	25 3 23	biologicals	2206012		03 03 23	
	Neumonías y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2°	25 3 23	Serum	2851X0400	Eje		Luisa
	Hepatitis B	2°	25 3 23	Serum	2851X0400	Palco		Lizcano
	Difteria, tétanos y tétano (DPT)	2°	25 3 23	Serum	2851X0400			
	Diarrea por rotavirus	2°	25 3 23	PSK	A000001AA			
	Neumonia, otitis, meningitis y bacteremia causadas por neumococo	2°	25 3 23	Polisacárido	F28589			
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3°	21 06 23	Biologicals	22060105		23 05 23	Angie morera
	Neumonías y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3°	21 06 23	Serum	2851X0400	ESE HOSPITAL S-ANTONIO ADRADO - HUILA		Angie morera
	Hepatitis B	3°	21 06 23	Serum	2851X0400	ESE HOSPITAL S-ANTONIO ADRADO - HUILA		Angie morera
	Difteria, tétanos y tétano (DPT)	3°	21 06 23	Serum	2851X0400	ESE HOSPITAL S-ANTONIO ADRADO - HUILA		Angie morera
7 meses	Influenza estacional	1°	21 06 23	Green Cross	15053004	EXP. VACUNACION		Angie morera
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SAR)	Reforzo	15 11 23	Polisacárido	2400939			Luisa Fda Lizcano
	Neumonía, otitis, meningitis y bacteremia causadas por neumococo	Reforzo	15 11 23	Merck	X0000337			Aux. Enfermería
	Hepatitis B	Única	15 11 23	Shingvac				C.C. 1079509943
	Influenza estacional	Anual	15 06 24	Shingvac				
18 meses	Poliomielitis (VIP - VOPs)	1° refuerzo	15 06 24	MSD	2234003A		15 06 2024	Elvira
	Difteria, tétanos y tétano (DPT)	1° refuerzo	15 06 24	Serum	2851X0400	Palco		
	Fiebre amarilla	Única	15 06 24	Shingvac				
6 años	Poliomielitis (VIP - VOPs)	2° refuerzo	15 06 24	Serum	0153N061A	Palco		Elvira
	Difteria, tétanos y tétano (DPT)	2° refuerzo	15 06 24	Serum	0153N061A			
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SAR)	Reforzo	15 06 24	Serum	0153N061A			
	Varicela	Reforzo	15 06 24	Serum	0153N061A			
	Virus del papiloma humano (VPH)	1°						
		2°						
		3°						

La lacte 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 complementarla con otros alimentos nutritivos.



ATENCIÓN DE SALUD BUCAL



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 Mis Angelitos, 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): Salomón con RC No 1079510351 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).



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 del mes Septiembre del año 2025, en el Municipio de Paicol.

Jordan Camilo Noro
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Fuey Rosendo
MADRE COMUNITARIA

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Salomón Ríos Rodríguez, identificado (a) con documento de identidad número 1079510351, 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		Audios		Videos		Otros datos personales	
--------------	-------	--	--------	--	--------	--	------------------------	--

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Jesder Gaitán Ríos, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1079509775, 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		Audios		Videos		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 Francy Yomlein Perdomo en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa HER Familias y Comunitario.

Suscriben:

Firma: Jesder Gaitán Ríos
Nombre: Jesder Gaitán Ríos
Calidad - Titular: Padre Representante legal SI
Teléfono de contacto: 378 667 96 51
Fecha: _____
Municipio: Paicol

¡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.



Accidentes personales

**Protegemos
tus pasos**



Línea de atención

Línea nacional:
01 8000 112 684
en caso de accidente.

Conoce nuestra red médica



Página web:

www.segurosmondial.com.co

N° Póliza:

2000506131

Tomador:

FUNDACION GRUPO LIBERTAD

Nombre de Asegurado:

SALOMON RIOS RODRIGUEZ

ID Asegurado:

1079510351

Vigencia Desde:

2025/09/01

Vigencia Hasta:

2026/02/01

Muerte
Accidental

\$10.000.000,00

Gastos
Médicos

\$9.000.000,00

En caso de accidente comuníquese a nuestra línea **018000112684**.
Para más información acerca de la póliza comuníquese a nuestras líneas:

Desde Bogotá: 3274712/13

Línea nacional: 018000111935

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

www.segurosmondial.com.co