

Powered by CamScanner

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

HCB Personitas

USAURIO: Elmy Luciana Quisoboni RC No. 1145831.974



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotocopia del Registro civil de nacimiento (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez			
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez			
Fotocopia del criterio de focalización según la guía del ICBF. SISBEN- renovar cada 3 meses, o en su defecto Certificado de pertenencia a comunidad indígena, afrodescendientes, raizales, palanqueros, y ROM	Formalización del cupo	Actualización cada 3 meses			
Para identificar lugar de residencia, fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia			
Fotografia física, esta ira sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez			

Powered by CamScanner

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

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			
Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)	Seguimiento	Una sola vez, solo para las situaciones que aplique.			
Certificado de asistencia a consulta en salud bucal. (el Carnet)	Formalización del cupo y seguimiento	Cada año			
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez			
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año			
Formato autorización [illegible]ma de fotos y vídeos	Formalización del cupo	Una sola vez			
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya ingresos nuevos			

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 2439480

NUIP 1.145.831.974

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
QUITSOBONI BERNAL EIMY LUCIANA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)										Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	0	Mes	S	E	P	Día	1 5	FEMENINO	O +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)										Indicativo serial
	2	0	2	0	Mes	S	E	P	Día	1 6	0059573478

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
BERNAL QUINTERO LINA MARCELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 55.151.881	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
QUITSOBONI CATUCHE FABER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 12.202.065	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
BERNAL QUINTERO LINA MARCELA

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 55.151.881

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA HUILA LA PLATA

Código: L 5 B

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año					Mes				Día	
	2	0	2	4		O	C	T	2	6

Adhesivo Copia Registro Civil
32871866-4

Nombre y firma del funcionario
OSMANI LOPEZ [illegible]
Registrador del Estado Civil

Powered by CamScanner

6

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 55.131.881
BERNAL QUINTERO

APELLIDOS
LINA MARCELA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 19-ENE-1985
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

25-ABR-2003 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1904900-00437482-F-0055131881-20130530 0033206575A 1 7092249424

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1228269S

QUISOBONI CATUCHE
APELLIDOS

FAIBER
NOMBRES

FAIBER QUISOBONI

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-JUN-1983

BOLIVAR
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

21-MAY-2002 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1904900-50110161-M-0012282695-20030520 0037003140A 02 122972006

Powered by CamScanner

Empresa de Servicios Públicos del Municipio de La Plata - Huila

Nit. 813.002.781 - 2

emserpla e.s.p.

Carrera 3 No. 2 - 04 Esquina
Celular: 318 466 5548 - Teléfono: 837 0029
www.emserpla.gov.co
facturacion@emserpla.gov.co
Código Postal: 415060

Vigilado Superservicios

No. USUARIO 2039 FACTURA No. 163858555

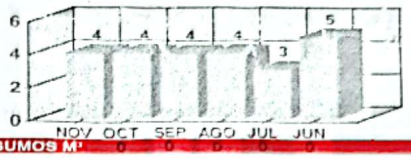
NOMBRE: QUIZABONY DORADO CELSO
DIRECCIÓN: CRA 5E # 2-17
No. PREDIAL: 010200800005000
BARRIO: LAS AMERICAS RUTA: 005-2044
TIPO DE USUARIO:
CLASE DE USUARIO:
ESTRATO: 1 CICLO: 1
CONTRATO No. FECHA DE EXPEDICIÓN: 09/01/2025

DATOS DEL MEDIDOR

NUMERO	MARCA CONTADOR	ESTADO	PERIODO FACTURADO
23115351	UA	Medidor en buen Estado	01/12/2024 - 31/12/2024

DATOS DEL CONSUMO

LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (m³)	NOVEDAD DE LECTURA	FACTURAS VENCIDAS
112	108	4	1	1



ULTIMOS CONSUMOS M³ 0 0 0 0 0 0 PROMEDIO M³ 4 m3

DATOS DE LIQUIDACIÓN ACUEDUCTO

CONSUMO	M3 Cant.	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	% Subsidios y/o Contribución	Valor Subsidio	Valor Total Usuario
Cargo fijo		3.421		-50	-1.711	1.710
Consumo basico (0-13)	4	676	2.704		-1352	1352
Consumo complementario (14-26)	0	0	0		0	0
Consumo suntuario (>27)	0	0	0		0	0
Tasa por uso de agua						
Subtotal acueducto		4.097	2.704			3.062

LA TASA AMBIENTAL POR USO: Contribuye a la preservación y protección de las fuentes de Agua (Art. 37 Res CRA 287 de 2004)

CONCEPTO DE ACUEDUCTO

Cargo fijo Acueducto	1.710
Consumo Acueducto	1.352
Subtotal Acueducto	

DATOS DE LIQUIDACIÓN ALCANTARILLADO

CONSUMO	M3 Cant.	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	% Subsidios y/o Contribución	Valor Subsidio	Valor Total Usuario
Cargo fijo	1819			-50	-910	909
Vert. basico (0-13)	4	354	1.416		-708	708
Vert. complementario (14-26)	0	0	0		0	0
Vert. suntuario (>27)	0	0	0		0	
Tasa por uso de agua						
Subtotal alcantarillado		2.173	1.416			1.617

LA TASA AMBIENTAL RETRIBUTIVA: Contribuye a la descontaminación de las aguas residuales (ley 99 de 1993)
En esta factura se han cobrado los valores por concepto de estas tasas con destino a las autoridades ambientales.

CONCEPTO DE ALCANTARILLADO

Cargo fijo Alcantarillado	909
Vertimiento Alcantarillado	708

DATOS DE LIQUIDACIÓN ASEO

CONSUMO		Tarifa	% Subsidios y/o Contribución	Valor Subsidio	Valor Total Usuario	Mes / Unidad Residencial	Mes / Unidad No Residencial
TFR	0		-50		-11.053	11.053	
TBL	583						
TRT	9629						
TTE	0						
TDF	6491						
TTL	0						
TA	812						
Total Tarifa	22.106			-11.053	-11.053		

CONCEPTO DE ASEO

Cargo fijo Aseo	11.053

DATOS DEL USUARIO DE ASEO

DENSIDAD	VOLUMEN	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN	FRECUENCIA BARRIDO	FRECUENCIA RECOLECCIÓN	FRECUENCIA PODA ARBOLES	FRECUENCIA CORTE CESPED

PARACIÓN DEL VALOR DEL SERVICIO DE ASEO FACTURADO DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES

OTROS CONCEPTOS

Deudas Anteriores	15.732
Intereses	209
Ajuste a la	-

CONCEPTOS A FINANCIAR

CONCEPTO A FINANCIAR	VALOR A FINANCIAR	NO. DE CUOTAS	VALOR CUOTA	CUOTAS PENDIENTES	NUEVO SALDO

De no realizar el pago oportuno del servicio de acueducto, después de esta fecha se procederá a la suspensión del servicio de acueducto

PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
INMEDIATO	INMEDIATO

ULTIMO PAGO:

TOTAL A PAGAR 31.673

Empresa de Servicios Públicos del Municipio de La Plata - Huila
Nit. 813.002.781 - 2
emserpla e.s.p.
Carrera 3 No. 2 - 04 Esquina
Celular: 318 466 5548 - Teléfono: 837 0029
www.emserpla.gov.co
facturacion@emserpla.gov.co
Código Postal: 415060

PERIODO FACTURADO
01/12/2024
31/12/2024

FACTURA No: 163858555
F. VENCIDAS: 1
No. Usuario : 2039
Ruta: 005-2044

NOMBRE: QUIZABONY DORADO CELSO
Fecha Limite de Pago: INMEDIATO

TOTAL A PAGAR
31.673

(415)7709998110311(8020)163858555(3900)0000031673(96)20250115

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	1145831974
NOMBRES	EIMY LUCIANA
APELLIDOS	QUISOBONI BERNAL
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA PLATA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	24/04/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/12/2025 14:14:33	**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

Powered by CamScanner

FECHA PRÓXIMA CITA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO	PESO	TALLA	FIRMA PROFESIONAL
PA 5-12-22.	X		156	96c	
PA 09-01-2023	X		156 Kl	95 cm	
PA 07-10-2023	X		162 K	96 5 cm	
PA 22-10-2024.			21 Kg	107 cm	
PA Ant. 14-10-2025.	X		27.9 Kg	115 cm	Obesid
IN-6A -09-2026 MD					

PIDE TU CITA

LA PLATA **CALL CENTER**

3235639250

Horario de asignación de citas

Mañana: 6:30 a.m. a 12:00 a.m.
Días: De Lunes a Viernes

Tarde: 1:30 p.m. a 5:00 p.m.
Días: Lunes a Viernes

Sábado: 6:30 a.m. a 11:00 a.m.

Belén **318-3208889**
7:00 a.m. a 9:00 a.m.
Días: De Lunes a Viernes

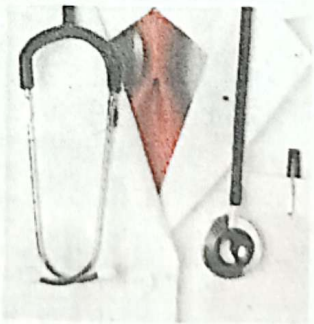
Gestión con Resultados

E.S.E San Sebastián
Siempre dedicado a ti servicio

San Sebastián

E.S.E. SAN SEBASTIAN	CÓDIGO	CONTO 27
LA PLATA HUILA	VERSIÓN	02
NIT. 813.002.872-4	APROBACIÓN	2016

CARNET DE CITAS



Nombres y Apellidos: Gimy Lucero
No. De Documento: 1145831971 Tipo de Doc.: RC
Fecha de Nacimiento: 15-09-2 Edad: 33 a
EPS: Nueva EPS
Dirección o Vereda:
Teléfono:

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Emi Lucana. **Tipo Identificación:** **No. ID:** 1145831974

Edad	Vacuna que protege	Dosis	Fecha de aplicación (día mes año)	Laboratorio	Número de lote	Ips vacunadora	Fecha próxima cita (día mes año)	Nombre completo del vacunador
Recién nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	15 09 2020	SERUM	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ 03799G025	HDSP.		NINI OJEDA
	Hepatitis B	Recién nacido	15 09 2020	SERUM	03290003E			NINI OJEDA
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.°	17 11 2020	BILTHOVEN	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ RB3L89IV			
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°	17 11 2020	SERUM.	28594032B.	ESE SAN SEBASTIAN VACUNACIÓN LA PLATA	17 01 2021	Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	1.°	17 11 2020	SERUM.	28594032B			Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°	17 11 2020	SERUM.	28594032B			Ramiro Lemus
	Diarrea por rotavirus	1.°	17 11 2020	GLAXO JM	AROLC3491BA.			Ramiro Lemus
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	17 11 2020	GLAXO JM.	ASPNB2728BA.			Ramiro Lemus
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.°	20 01 2021	BILTHOVEN	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ RB3L89IV			María Yicela Salazar
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	20 01 2021	SERUM.	28503X008C.	ESE SAN SEBASTIAN VACUNACIÓN LA PLATA	20 03 2021	María Yicela Salazar
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	2.°	20 01 2021	SERUM.	28503X008C.			María Yicela Salazar
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°	20 01 2021	SERUM.	28503X008C.			María Yicela Salazar
	Diarrea por rotavirus	2.°	20 01 2021	GLAXO JM	AROLB7653AA.			María Yicela Salazar
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	20 01 2021	GLAXO JM.	ASPNB2888AA.			María Yicela Salazar
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.°	23 03 2021	BILTHOVEN	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ TBDB91IV	ESE SAN SEBASTIAN		
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	23 03 2021	SERUM.	28503X008C.	ESE SAN SEBASTIAN		Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	3.°	23 03 2021	SERUM	28503X008C.	ESE SAN SEBASTIAN		Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°	23 03 2021	SERUM	28503X008C.	ESE SAN SEBASTIAN		Ramiro Lemus
	Influenza estacional	1.°						
7 meses	Influenza estacional	2.°						
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	28 09 2021	SERUM	01290N1138.			María Yicela Salazar
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	28 09 2021	GLAXO.	ASPNB3118BA.			María Yicela Salazar
	Varicela	2.°	28 09 2021	MERCK	UO06190.			María Yicela Salazar
	Hepatitis A	Única	28 09 2021	MERCK.	UO09M25.			María Yicela Salazar
	Influenza estacional	Anual						
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.° refuerzo	30 03 22.	SERUM	1800.1P0198	ESE SAN SEBASTIAN VACUNACIÓN LA PLATA	5 AÑOS	Yelcy Yaned Ramos Vi
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.° refuerzo	30 03 22	SERUM	2802X0098		9 AÑOS	
	Fiebre amarilla	Única	30 03 22	SANOFI	1831556		9 AÑOS	
5 años	Poliomielitis (VIP ☒ VOPb ☐)	2.° refuerzo	15 10 2025	BILTHOVEN	2422303	ESE 5.5	—	
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo	15 10 2025	BIOLOGICAL	2273005241A	ESE 5.5	—	
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	15 10 2025	SERUM	0773N7274A	ESE 5.5	—	
	Varicela	Refuerzo	15 10 2025	MSD	7078876	ESE SAN SEBASTIAN VACUNACIÓN LA PLATA 5.5	—	
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°						
		2.°						
		3.°						
Vacunas complementarias y otras dosis	Sarampión rubeola	30-03-2027	SERUM	01290W235.				Yelcy Yaned Ramos Vi

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

PIDE TU CITA

LA PLATA CALL CENTER
32[illegible]

Horario de asi[illegible]

Mañana: 6:30 a.m. a 12:00 a.m.
Días: De Lunes a Viernes

Tarde: 1:30 p.m. a 5:00 p.m.
Días: Lunes a Viernes

Sábado: 6:30 a.m. a 11:00 a.m.

Belén 318-3208889
7:00 a.m. a 9:00 a.m.
Días: De Lunes a Viernes

Gestión con Resultados

E.S.E San Sebastián
Siempre adelante en servicio

San Sebastián

E.S.E. SAN SEBASTIAN

CARNET
PREVENCIÓN SALUD BUCAL



Nombres y Apellidos: Elmy Luciana Cuvillan
No. De Documento: 1145831974 Tipo de Doc.: RC
Fecha de Nacimiento: 15-09-2020 Edad: 1
EPS: Ecoopsos.
Dirección o Vereda: B1 Americas.
Teléfono:

PROCEDIMIENTO	Fecha de Atención			Próxima Cita		
	D	M	A	D	M	A
CPB+ Barniz	25	11	021	25	05	022
Control placa + Barniz	25	05	022	25	11	022
CPB + FL3	5	12	22	5	06	23
CPB + FL3	26	06	23	26	12	23
CPB + Fluor Barniz	5	02	24	5	08	24
CPB + Fluor Barniz	07	10	2024	07	04	2025
CPB + Fluor Barniz	05	05	25	05	11	25

Powered by CamScanner

HOJA DE REGISTRO INDIVIDUAL

Ciudad La plata

Nombre de la niña o niño Emy Luciana Quisoboni bernal

Fecha de nacimiento 15/09/2020

Sexo Masculino ○ Femenino ●

Primera Valoración.

Nombre del observador Flor cecilia cuchimba morales

Fecha de valoración 29/04/2025

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 año y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ●

Color de registro — Resultado de la valoración: En proceso ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

Se evidencia que se socializa facilmente y sus habilidades motoras las desarrollan facilmente, con el movimiento de su cuerpo.

Acciones a realizar para potenciar el desarrollo en el caso de infantil en riesgo

Segunda Valoración. Flor Cecilia Cuchimba Morales

Nombre del observador

Fecha de valoración 29-07-2025

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 año y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ●

Color de registro — Resultado de la valoración: En proceso ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

Reconoce espacios disfruta de los juegos relaciona los objetos por su uso.

Acciones a realizar para potenciar el desarrollo en el caso de infantil en riesgo

Tercera Valoración. Flor Cecilia Cuchimba Morales

Nombre del observador

Fecha de valoración 27-10-2025

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 año y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ✗

Color de registro — Resultado de la valoración: En proceso ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

Emy Luciana se encuentra dentro de lo esperado teniendo encuenta que a cumplido con los items de las dimensiones fundamentales que se encuentra en en su etapa de edad

Powered by CamScanner

Valoración
Relación con los demás
Comunicación
Verbal
Interacción
Independencia
Cooperación
Establecimiento de vínculos
Adquisición
Relación consigo mismo
Identidad
Social
Autocontrol
Manejo General
Características de los objetos
Relaciones de causalidad
Representación de la unidad motriz
Patrones y subprocesos Fundamentales
Patrones y subprocesos no fundamentales

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	F2.P2.CE	15/07/2021
		Versión 4	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 Eimy Luciana Quisobony Bernal, identificado (a) con documento de identidad número 1145831974, 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, Lina Marcela Bernal, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 55131881, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes 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, adolescentes y jóvenes, y 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_ **CORPORACION PARA EL DESARROLLO DE LAS CIENCIAS, LA INVESTIGACION E INNOVACION** ___, 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 FAMILIAR_.

Suscriben:

Firma: Lina marcela Bernal
Nombre: Lina marcela Bernal
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3115816093
Fecha: 3 - 02 - 2075
Municipio: la plata Huila

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 personitas, 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): Emily Luciana Quisoboni con RC No 1145831974 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 3 del mes 02 del año 2025, en el Municipio de La Plata.

Lina marcela Bernal
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Yolanda Patricia Cardenas
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD NIT. 900027451-0	CÓDIGO: AG-DP-001	
	FORMATO DE AUTORIZACION ENTREGA Y RECOGIDA	Versión: 2	Pág. 1 - 1

La plata, Huila

Señores
HCB personita
La ciudad

ASUNTO: AUTORIZACION PARA LA ENTREGA Y RECOGIDA DE MI HIJO

Cordial saludo,

Yo, Lina Marcela Bernal como madre de familia, identificada con la cédula de ciudadanía número 55131881 y _____ como padre de familia, identificado con la cédula de ciudadanía número _____; **AUTORIZO** a las siguientes personas:

Xiomara Quisoboni c.c. 1081407479
_____ C.c. _____
_____ C.c. _____

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) _____ de la profesora _____.

Se entrega copia de las cedulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

Lina Marcela Bernal

carrera 2 No 2 sur-14
contabilidadgrupolibertad@gmail.com
CEL: 3116328780
Tarqui Huila

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.081.407.479

QUISOBONI CATUCHE

APELLIDOS

XIOMARA

NOMBRES



Xiomara Quisoboni

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-MAR-1991

LA PLATA
(HUILA)

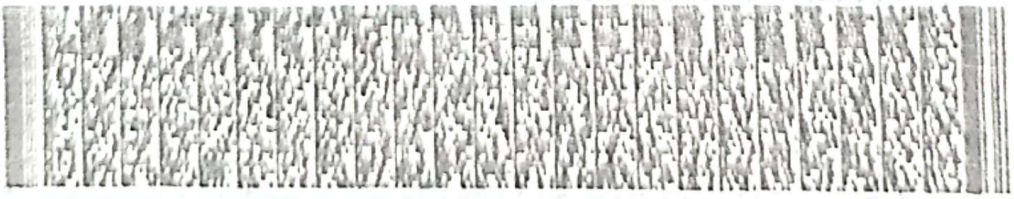
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-ABR-2009 LA PLATA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00244713-F-1081407479-20100714 0022757592A 1 34941553

Powered by CamScanner