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

HCB LOS PATICOS

USAURIO: Jesus Daniel chocan **No.** 1081477271



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		
Fotografía física, esta ira sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	X		

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	X		
Fotocopia de la valoración integral en salud/ control de crecimiento y desarrollo	Seguimiento	Cada vez que el usuario asista a la valoración según esquema establecido	X		
Copia del carné de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el usuario asista según el PAI	X		
Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)	Seguimiento	Una sola vez, solo para las situaciones que aplique.			
Certificado de asistencia a consulta en salud bucal. (el Carnet)	Formalización del cupo y seguimiento	Cada año	X		
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año			
Formato autorización toma de fotos y vídeos	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya ingresos nuevos			

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 2438280

NUIP 1.081.427.271

Tipo de certificado | Datos Esenciales [ ] | Acreditar Parentesco [X]

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
CHACON SANZA JESUS DANIEL

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	1	Mes	D	I	C	Día	2	3	MASCULINO	A +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	2	Mes	M	A	R	Día	0	9	0061166551

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
SANZA ANDELA MARITZA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.081.392.218	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
CHACON LLANES MIGUEL ANGEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.093.886.349	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
CHACON LLANES MIGUEL ANGEL

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.093.886.349

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA HUILA LA PLATA	L 5 B

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)										
Año	2	0	2	2	Mes	M	A	R	Día	0	9

Adhesivo Oficina Registro Civil
REGISTRADURÍA 26997655-7

Nombre y firma del funcionario
Lida Isabel Yasno Gallego.
LIDA ISABEL YASNO GALLEGO
Registrador del Estado Civil

Powered by CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.081.392.218



Apellidos
SANZA ANDELA

Nombres
MARITZA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.46	F

Fecha de nacimiento
03 ENE 2004

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
LA PLATA (HUILA)

Fecha y lugar de expedicion
13 ENE 2022, LA PLATA

Fecha de expiración
26 DIC 2033

Firma

.CO

039570619

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL039570619819049<<<<<<<<<<<
0401032F3312267COL10813922l8<6
SANZA<ANDELA<<MARITZA<<<<<<<<<<

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.093.986.349
CHACON LLANES

APELLIDOS
MIGUEL ANGEL

NOMBRES



FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 13-JUL-1996
SALAZAR
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

16-JUL-2014 SALAZAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

A5

Fecha de consulta: 08/07/2025

Ficha: 41396001530000007826

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JESUS DANIEL

Apellidos: CHACON SANZA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1081427271

Municipio: La Plata

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 14/07/2022

Última actualización ciudadano: 14/07/2022

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: OTONIEL SALAZAR PENI

Dirección: Carrera 4 No. 5-

Teléfono: 83714

Correo Electrónico: sisben@laplata-huila.gov

Powered by CamScanner

Alcanos de Colombia S.A. E.S.P.
NIT 891 101 577-4 www.alcanosesp.com
ESTA FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO ART. 130 LEY 142/94
SOMOS AUTORRETENEDORES SEGUN RES. DIAN 0047 DE 25/01/2002
Y GRANDES CONTRIBUYENTES SEGUN RES. DIAN 000200 DE 27/12/2024

Numeración autorizada
Rango Desde FACT12500001 Hasta FACT3
Vigencia desde 2024-04-09 Hasta 2026-04-09
730 Dias
AUTORIZACIÓN DE NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN 18764092955545

Código de usuario y/o referencia: 196720

CLAVIJO CABRERA VALENTIN — NIT/Cédula: 12269115
CR 5 Nro 4 30 GARCIA ROVIRA — Ciudad: LA PLATA

Próximas fechas
Lectura 2025-08-27
Entrega fact. 2025-09-08 / 2025-09-09
Revisión periódica
Fecha vencimiento: 2025-07-30

Total a pagar 1 + 2 $53.340,00

Pago oportuno hasta 2025-08-19
Fecha de suspensión 2025-08-20
Fecha y hora de generación 2025-08-05
Fecha y hora de expedición 2025-08-05
Forma de pago Crédito

Factura electrónica de venta FACT15034368
Ruta 121180624000 Ciclo 287
Último pago 2025-07-10 Atraso 0
Mora% 1.888 Corriente% 1.888 Mora P. Servicio% 0.487
Valores en reclamación $0,00

CUFE: b5888826f7d265e9e852cd0d9d1f0d0f70b2954c13f3691e7ed535b4de440f6139466cc4a6e194384249b607dd656648

Periodo facturado 28-JUL-2025 Días facturados 31
Medidor No. 000000000269820 Estrato 3 Uso DOM

	Lectura	Fecha	Tipo
Anterior	9719	2025-05-27	Real
Actual	9719	2025-07-28	Real

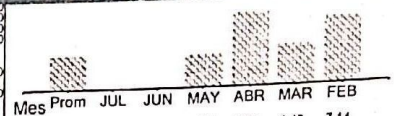
Factor de corrección 0,892 Consumo corregido 0,00
Poder calorífico 1104,54 Consumo Kw/H 0,00 Valor Kw/H 11,43
Observaciones de lectura

Indicadores de calidad DES:0% IPLI:100% IO:100% IRST:100%

Componentes tarifarios

Cufm.i.j	3352,710
Gmi.j	2249,400
Tm.i.j	1993,150
fPCm.i.j	1,000
n	1,540
TRM	4069,670
Pm	266,610
Tvm	1207,250
%S1	57,620
%S2	47,030
%C5y6	20,000
%Cnr	8,900
DAUR	967,580
DAUNR	754,230

Consumos anteriores m³



¡COMPRA LO QUE NECESITAS!
USA TU CUPO Y HAZLO REALIDAD
Escanea, regístrate y financia a través de tu factura de gas

Cupo disponible
$0,00

1

Código	Concepto	Und	Cant	Valor unitario	Subtotal	IVA	Total
12	FE Ajuste decena	UND	1,00	$0,29	$0,29	0	$0,29
01	FE Cargo Fijo	UND	30,00	$111,76	$3.352,71	0	$3.352,71
08	FE Cobro De Reconexion	UND	1,00	$49.987,00	$49.987,00	0	$49.987,00

Subtotal $53.340,00

Subtotal $0,00
Valor total $53.340,00

2

Concepto	Und	Cant	Valor unitario	Subtotal	IVA	Total

Subtotal $0,00

3

Concepto	Saldo	Cuota mes: Cuota	Cuota mes: Interés	Vr. cuota	Nuevo saldo	Cuotas pend.

Total ítems: 3 Total factura electrónica $53.340,00

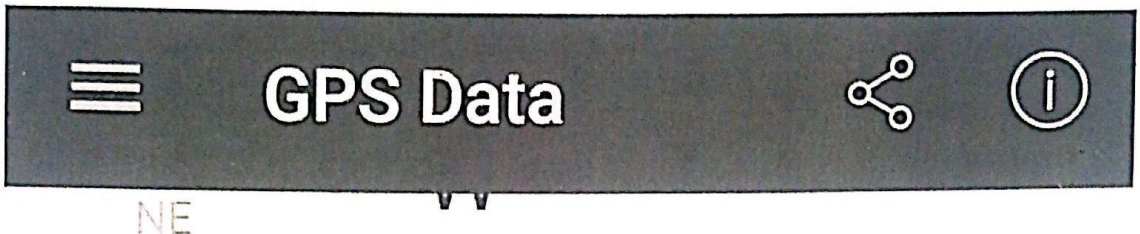
Total a pagar 1 + 2 $53.340,00

El fraude atenta contra su vida, la de sus vecinos y pone en riesgo su inmueble. Denúncielo. LÍNEA DE ATENCIÓN 6015806041 - LÍNEA EMERGENCIA 164 - 018000918808

Datos de medición — Consumos — PAGUE SOLO EN CAJAS Y PUNTOS AUTORIZADOS POR LA EMPRESA — Vigilado Superservicios — USUARIO - 0139312238

Proveedor Tecnológico: DELCOP COLOMBIA S.A. Nombre del SW: Titanio- Financiera - Nit 900.023.331-1

Powered by CamScanner



NE

Latitude

2°23'37.336"N

Fixed/All

0/14

Accuracy

15,9 m

Fixed time

0 s 147 ms

Last fix

13:27:00

Speed

0,0 km/h

Altitude

-

Cra. 3 #9-28

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	1081427271
NOMBRES	JESUS DANIEL
APELLIDOS	CHACON SANZA
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	06/09/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/08/2025 15:13:52	**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

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

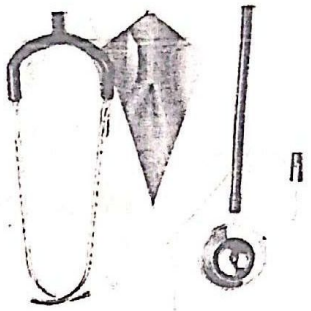
Gestión con Resultados

E.S.E San Sebastián
Siempre adelante en servicios

San Sebastián | LA PLATA HUILA NIT. 813 002 872 4 | VERSION 02 | APROBACIÓN 2016

Preo Infant.

CARNET DE CITAS



Nombres y Apellidos: Jesus Daniel Chacon
No. De Documento: 1083427277 Tipo de Doc.:
Fecha de Nacimiento: 23/12/2021 Edad:
EPS: Nueva EPS
Dirección o Vereda: B/la Esperanza
Teléfono: 3232233403

FECHA PRÓXIMA CITA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO	PESO	TALLA	FIRMA PROFESIONAL
PI 29/01/24 JVMO/24 Enf	PC 48		12.2	85	Dra. Yenner Martinez Quevedo Médico General C.C. 38.684.942
PI 5/06/2025	✓		14.6	95.8	Tatiana Vera Brand Médica General C.C. 1.075.309.643
PI 12/03/2026					

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				
	Cardiopatía 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

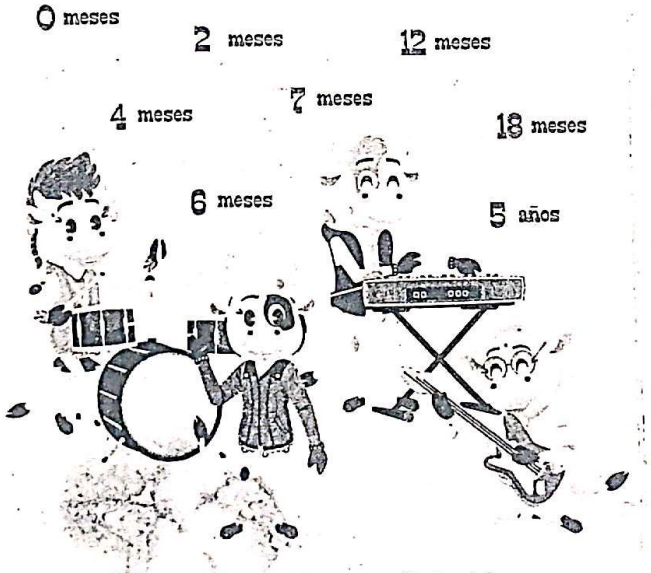
3 años					
4 años					
5 años					

*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)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Jesus Daniel Graco
Fecha de nacimiento: 23 diciembre 2021
Nº de certificado de nacido vivo: 170600694
Registro civil: 1081427 771
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: A Positivo.
Peso al nacer: 3390gr Talla: 48cm
Dirección: Calle 2#9-45 Bello horizonte
Teléfono 1: 3 217887776
Teléfono 2:
Responsable: Monica Santangelo
Municipio de residencia: La plata
Departamento: Huila

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

CITAS VACUNACIÓN
Horario de asignación
Dias: Lunes a Viernes
Mañana: 7:00. a 12:00.am
Tarde: 2:00. a 4:30. pm.
Sábados
7:00. a 11:00. am
3202285303

13-01 Cris B. Tocarruncho

Nombres y Apellidos: **Tipo identificación:**

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Dia	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunac			
Recién nacido	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐										
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	23	12	2021	Serum	9370 6 1 10				
	Hepatitis B	Recién nacido	23	12	2021	Serum	0322 0x 0 1 70				
2 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐										
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	28	02	2022	BILTHOVEN	2110 4 0 0 6		25	ABR	2022 María Yicela Salazar
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	28	02	2022	SERUM	2850 4 0 3 8 A		25	ABR	2022 María Yicela Salazar
	Pentavalente: Hepatitis B	1.ª							25	ABR	2022 María Yicela Salazar
	Pentavalente: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª									María Yicela Salazar
	Diarrea por rotavirus	1.ª	28	02	2022	GLAXO JM	AROLC 8 5 8 C A				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	28	02	2022	GLAXO JM.	AJPNB 3 1 5 B A				
4 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐										
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	26	04	2022	Bilthoven	2110 4 0 0 6		26	06	22 Nelcy Yaned Ramos V
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	26	04	2022	SERUM	2851 X 0 0 7 C		25	06	22 Nelcy Yaned Ramos Vid
	Pentavalente: Hepatitis B	2.ª	26	04	2022						Nelcy Yaned Ramos V
	Pentavalente: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª							26	06	22
	Diarrea por rotavirus	2.ª	26	04	2022		AROLC 8 7 1 A D				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	26	04	2022	GSK	ASPNB 3 2 1 C A		26	06	22
6 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐										
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	27	7	2022	BILTHOVEN	2740 0 0 3				Ramiro Lemu
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	27	7	022	SERUM	2851 X 0 0 7 E				Ramiro Lemu
	Pentavalente: Hepatitis B	3.ª	27	7	022	SERUM	2851 X 0 0 7 E				Ramiro Lemu
	Pentavalente: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	27	7	022	SERUM	2851 X 0 0 7 E				Ramiro Lemu
	Influenza estacional	1.ª	27	7	022	GREEN CROSS	V5022 2 0 6				
7 meses	Influenza estacional	2.ª	04	Enero	2023	Green Cross	V5022 2 0 6		27	8	022 Ramiro Lemu
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	04	Enero	2023	Serum	0131 N 1 3 6	PP ESE PU			
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	04	Enero	2023	Glaxo.	ASPNB 3 4 2 A A	PP ESE PU			
	Varicela	2.ª	04	Enero	2023.	Merck	U0 2 8 2 5 4	PP ESE PU			
	Hepatitis A	Única	04	Enero	2023	Merck	W0 0 0 5 1 3.	PP ESE PU			
	Influenza estacional	Anual						PP ESE PU			
18 meses	Poliomielitis (VIP ☒ VOPb ☐)	1.er refuerzo	20	ENE	2023	BILTHOVEN	2230 0 0 7 A	ESE SAN SEBASTIAN	22	02	026 RAMIRO LEMU
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	20	ENE	2023	SERUM	2823 X 0 0 5 B	ESE SAN SEBASTIAN	22	02	026 RAMIRO LEMU
	Fiebre amarilla	Única	20	ENE	2023	SANOFI PASTEUR	W230 6 0 7 U	ESE SAN SEBASTIAN	—	—	— RAMIRO LEMI
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo									
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo									
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	20	ENE	2023	SERUM	0732 W 0 7 2 B	ESE SAN SEBASTIAN	—	—	— RAMIRO LEMI
	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	Sarampión Rubeola	09	02	2023	Serum	0122 W 0 7 7	PP ESE HUSJOPCI				Alix T Uzcr

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**

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

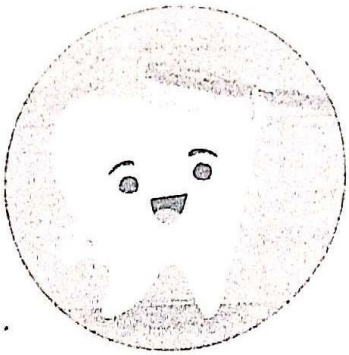
E.S.E San Sebastián

Siempre adelante en servicios

E.S.E San Sebastián | LA PLATA HUILA NIT. 813.002.872-4 | VERSION 01-009 | APROBACIÓN 2016

CARNET

PREVENCIÓN SALUD BUCAL



Nombres y Apellidos: Jesus Daniel Chacon

No. De Documento: 1083427271 Tipo de Doc.: RC

Fecha de Nacimiento: 23-12-2021 Edad: 2 AÑOS

EPS: NUEVA EPS.

Dirección o Vereda: EL ESTANCO

Teléfono:

	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 Los Patios, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio_____. Manifiesto que he sido informado sobre las responsabilidades que me asisten en el marco del Código de Infancia y Adolescencia contemplado en la Ley 1098 de 2006, el cual expresa con relación al sentido de corresponsabilidad de la familia lo siguiente:

"Artículo 14. La responsabilidad parental. La responsabilidad parental es un complemento de la patria potestad establecida en la legislación civil. Es además, la obligación inherente a la orientación, cuidado, acompañamiento y crianza de los niños, las niñas y los adolescentes durante su proceso de formación. Esto incluye la responsabilidad compartida y solidaria del padre y la madre de asegurarse que los niños, las niñas y los adolescentes puedan lograr el máximo nivel de satisfacción de sus derechos. En ningún caso el ejercicio de la responsabilidad parental puede conllevar violencia física, psicológica o actos que impidan el ejercicio de sus derechos".

En atención a lo anterior, en el marco de las acciones de responsabilidad parental, es mi interés manifestar el compromiso en el proceso de atención a la primera infancia de mi hijo (a): Jesus Daniel Chacon con RC No 1081427271 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

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 14 del mes octubre del año 2025, en el Municipio de la plata.

José Alirio Sepúlveda.
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Daniela Falla V.
MADRE COMUNITARIA

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 Jesus Daniel Chacon, identificado (a) con documento de identidad número 1021427271 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		Videos	X	Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Maritza Souza Andelo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1081372218, 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		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: Jose Alirio Sepulveda
Nombre: _____
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 14 - octubre - 2025
Municipio: la plata

Powered by CamScanner

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

_____, _____

Señores

_____

La ciudad

ASUNTO: AUTORIZACION PARA LA ENTREGA Y RECOGIDA DE MI HIJO

Cordial saludo,

Yo, Maritza Sanza Andele como madre de familia, identificada con la cédula de ciudadanía número 1081392218 y _____ como padre de familia, identificado con la cédula de ciudadanía número _____; **AUTORIZO** a las siguientes personas:

Jose Alirio Segulveda c.c. 79584062.
Maritza Andele C.c. 55132282.
_____ C.c. _____

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) Jesus Daniel chacon. de la profesora Daniela Falla V..

Se entrega copia de las cedulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

Jose Alirio Segúlveda.

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

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.584.062
SEPULVEDA RUIZ
APELLIDOS
JOSE ALIRIO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-MAR-1972
EL COCUY
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-OCT-1990 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00020102-M-0079584062-20080706 0000808283A 1 1330025983

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA	F2.MT1.PP	24/01/2025
		Versión 1	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Fecha de diligenciamiento: 14 | 10 | 2025

INFORMACIÓN DEL USUARIO

Tipo de usuario: (X) Niño/a entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante

Tipo de vinculación: (X) Usuario de nuevo ingreso ( ) Usuario de continuidad

Tipo documento identidad: (X) Registro Civil ( ) Tarjeta de identidad ( ) Permiso de protección temporal ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial de permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta de movilidad fronteriza ( ) Sin documento

Número de documento: 1081427271

Fecha nacimiento: 23 | 12 | 2021

Nombres: Jesus Daniel

Apellidos: Checan Senza

Presenta discapacidad? ( ) SI (X) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? ( ) SI ( ) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ( ) SI ( ) No

Indique cuales aplican: ( ) Física ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Intelectual ( ) Psicosocial (mental) ( ) Multiple ( ) Sordoceguera ( ) N/A

Seleccione la que aplique: ( ) Afrocolombiano ( ) Indígena ( ) No se autorreconoce ( ) Comunidad negra ( ) Rom / Gitano ( ) Palenquero (a) ( ) Raizal

Indique cuales aplican: ( ) Migrante ( ) Campesinado ( ) Firmante de paz ( ) Víctima del conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL USUARIO

Departamento residencia: La plata

Municipio de residencia: La plata

Zona:

Barrio: Garcia Rovira

Vereda:

Sector:

Dirección: Carrera 5 # 4 - 30

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (X) Madre ( ) Padre ( ) Acudiente

Tipo documento identidad: ( ) Registro Civil ( ) Tarjeta de identidad ( ) Permiso de protección temporal ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial de permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta de movilidad fronteriza ( ) Sin documento

Número de documento: 1081342218

Nombres: Maritza

Apellidos: Senza Andela

País de nacimiento: La plata

Fecha nacimiento: 03 | 01 | 2004

Correo electrónico:

Número de celular:

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

Autoriza el registro en sistema?: https://prematricula.icbf.gov.co (X) SI ( ) No

Nombre y Firma del padre, madre y/o acudiente: Jesus Alirio Sepulveda.

Nombre y Firma del profesional que diligencia:

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner