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

HCB: CARITAS SONRIENTES

USUARIO: NICOLAS GUTIÈRREZ MOMPOTES RC: 1145833554



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. 900027451-0
	LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS USUARIOS	

Fotografía física, esta ira sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo Seguimiento	Cada 3 meses	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.			N/A
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 vídeos	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya ingresos nuevos	X		

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

63852189

NUIP 1145833554

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63852189

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

COLOMBIA - HUILA - LA PLATA LA PLATA H.D. S.A DE PADUA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GUTIERREZ	MOMPOTES

Nombre(s)

NICOLAS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes SEP Día 19	MASCULINO	O	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	526030322

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

Apellidos y nombres completos: MOMPOTES QUILINDO DANIELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1004248141	COLOMBIA

Datos de padre o madre (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: GUTIERREZ NUÑEZ CESAR AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1004253657	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GUTIERREZ NUÑEZ CESAR AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1004253657	CESAR AUGUSTO

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes SEP Día 20	LIDA ISABEL YASNO GALLEGO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
CESAR AUGUSTO Firma	LIDA ISABEL YASNO GALLEGO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:TOMO 2; FOLIO 141;20/09/2023

Adhesivo Copia Registro Civil



FECHA DE NACIMIENTO 10-ENE-2002

LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.47
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

04-FEB-2020 PALERMO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1905500-01140052-F-1004248141-20200603 0070803176A 2 53222919



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.248.141
MOMPOTES QUILINDO
APELLIDOS
DANIELA
NOMBRES

FIRMA

Sisbén

Registro válido

A5

Fecha de consulta: 16/09/2025

Ficha: 41396001530000001091

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: NICOLAS

Apellidos: GUTIERREZ MOMPOTES

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1145833554

Municipio: La Plata

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 26/11/2021

Última actualización ciudadano: 14/11/2023

Última actualización via registros administrativos: 25/02/2025

***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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario

Para cualquier consulta y pago electrónicos www.electrohuila.com.co

FACTURA DE VENTA No. 85389936

TOTAL A PAGAR $ 2.490

Documento equivalente según artículo 1 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 25/MAR/2025

[illegible]	06-ENE-2025
[illegible]	05-MAR-2025
[illegible]	27-MAR-2025

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	CESAR AUGUSTO GUTIERREZ NUÑEZ	Nit CC	1004253657
Dirección	VDA VILLA [illegible]	Ruta	6290470484
Municipio	LA PLATA	Ciclo	090
Clase Servicio	Residencial	Estrato	2

INFORMACION TECNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6500189
Carga Contratada	0	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACION CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
22198	FEL	A	S	00	2	2	1	0

Promedio Cuenta 2 · Consumo Año Anterior 2 · Consumo Anterior 2

ÚLTIMOS CONSUMOS

Mes	Consumo
FEB	0
DIC	0
OCT	0
AGO	0

FEB DIC OCT AGO

CALIDAD DEL SERVICIO

DIU: · DIUG: · HC: · FIU: · VCF: · CEC:

Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 23/01/2025

Valor $ 4728

LIQUIDACION CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)	Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
0.0	1223.6231	0			
0.0	1027.4988	0			

Valor Total Energía del Periodo	$ 0
Valor (Subsidio/Contribución %)	$ 0
Valor Total Energía Facturado	$ 0

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
CONSUMO PERIODO	$ 0
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ 2.490

OTROS CARGOS	$ 0
ALUMBRADO	$ 2.490
VALOR ELECTRIFICADORA	$ 0

TOTAL A PAGAR $ 2.490

ELECTRODOMESTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

COSTO UNITARIO PRESTACION DEL SERVICIO

Gm: 427.0 Tm: 56.0 PRn,m: 0.0 Dn,m: 280.0 Rm: 15.0 Cv,m: 148.0 CUv,n,m: 1027.4988 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA

ElectroHuila

Código de Cuenta : 823381903

Factura de Servicios Públicos No: 85389936

Periodo: FEB 2025 Fecha de Vencimiento: 25/MAR/2025

Suspensión a partir de: 27/MAR/2025

Valor Total a Pagar $ 2.490

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	1145833554
NOMBRES	NICOLAS
APELLIDOS	GUTIERREZ MOMPOTES
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	19/09/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/04/2025 17:40:29	**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

IAMI

San Sebastián

DATOS DEL RECIEN NACIDO

QUIEN SOY

Nombres y apellidos: Nicolas Gutiérrez Mompotes

Identificación: 1105833554 EPS: Sanitas

Fecha de nacimiento: Día. 19 Mes: 09 Año: 2023

Edad: ____ Días: ____ Mese s: 2 Años: ____ Sexo: Masculino

Recién Nacido: Pretermino: ___ A termino: X Edad Gestacional: 38+

Embarazo: Único: Y Múltiple: ____ No de Gestaciones 1

Peso: 3160 Kg. Talla: 48 cm. Perímetro Cefálico: ____ cm.

Tipo de sangre: O+ Lugar que ocupa entre los hermanos: 1

TSH: ____ Serología: ____

Nombre de la Madre: ____ Ocupación: ____

Nombre del Padre: ____ Ocupación: ____

Dirección: ____ Teléfono: ____

Alimentación: Lactancia materna exclusiva: Si: ____ No: ____

IAMI

San Sebastián

CITAS DE CONTROL

DIA	MES	AÑO	HORA	PROFESIONAL
27	NOV	2023	12+00	Alejandra Ximena Gonzalez Jenny Tatiana Quintero Lopez Enfermeras C.C. 1.010.138.168
20	Febrero.	2024	PJ x MED	
30	Mayo	2024	PJ x ENF	
25	Julio	2024	ENF.	
	Septiembre	2024		
23	Enero	2025	ENF	
30	Septiembre	2025	MED	
28	Octubre	2026		

Vacunar Oportunamente con todas las dosis a tus hijos, **Garantiza la Protección** frente a enfermedades como:

Tuberculosis meningea, 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.



Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

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)

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

	D	M	A	D	M	A
1.ª entrega						
2.ª entrega						
3.ª entrega						
4.ª entrega						
5.ª entrega						

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL – AGUDEZA VISUAL

3 años	D	M	A	SI*	NO*
4 años	D	M	A	SI*	NO*
5 años	D	M	A	SI*	NO*

*Menor o igual a 20 normal

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO				D	M	A
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 LACTANC.						

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

	D	M	A
1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL





Carné de Vacunación





Nombres y Apellidos: Nicolas Gutierrez Mompotes

CC [X] TI [ ] OTRO [ ] 1145833554

Tipo de Documento — No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 19 (DIA) 09 (MES) 2023 (AÑO)

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: O+

Peso al nacer: 3160 Talla: 48cm

Dirección: Vda Villa Esperanza

Teléfono 1: 3115375323

Teléfono 2:

Responsable: Daniela Mompotes

Municipio de residencia: Ibagué

Departamento: Huila

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Nicolas Gutierrez Hampotes **Tipo de Indentificación** R.C **No. ID:** 1143833554

	Me protege de:	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio		Numero de lote	IPS vacunadora	Fecha proxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién Nacido						Lactancia materna exclusiva		SI ☐ No ☐					
	Tuberculosis meningea (BCG)	Unica	20	09	2023	Serum	0	3 7 2 M A 0 5 2	Hospital Yopal	19	11-	2023	Enfermera Andrea Meneses
	Hepatitis B	Recién nacido	19	09	2023	Serum	0	3 2 3 0 0 5 F					
						Lactancia materna exclusiva		SI ☐ No ☐					
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	27	11	2023	Imovax	2 2	3 5 0 0 1					
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	27	11	2023	Serum	2 8	5 1 4 0 J 7 G					
	Hepatitis B	1ª	27	11	2023	Serum	2 8	5 1 4 0 J 7 G					
	Difteria, Tetanos, Tosferina	1ª	27	11	2023	Serum	2 8	5 1 4 0 J 7					
	Diarrea por rotavirus	1ª	27	11	2023	Rotarix	A R	0 1 D 4 6 6 A					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ___ PCV 13 ___	1ª	27	11	2023	MSD	F Y	9 9 2 5					
						Lactancia materna exclusiva		SI ☐ No ☐					
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª	29	01	2024	Imovax	2 2	3 5 0 0 1					
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	29	01	2024	Serum	2 8	5 2 4 0 0 J A					
	Hepatitis B	2ª	29	01	2024	Serum	2 8	5 2 4 0 0 J A					
	Difteria, Tetanos, Tosferina	2ª	29	01	2024	Serum	2 8	5 2 4 0 0 J A					
	Diarrea por rotavirus	2ª	29	01	2024	Rotarix	A R	1 D 4 6 6 A					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ___ PCV 13 ___	2ª	29	01	2024	MSD	6 5	8 6 J 5					
						Lactancia materna exclusiva		SI ☐ No ☐					
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª	12	04	24	Imovax	2 2	3 4 0 0 1					
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	12	04	2024	Serum	2 8	5 2 4 0 0 J A		19	09	24	
	Hepatitis B	3ª	12	04	2024	Serum	2 8	5 2 4 0 0 J A					
	Difteria, Tetanos, Tosferina	3ª	12	04	2024	Serum	2 8	5 2 4 0 0 J A					
	Influenza estacional	1ª	06	05	2024	Gran Cross	2 4	0 0 9 9 7 9 / 00	IAPS	9	6	24	-
7 meses	Influenza estacional	2ª	15	06	2024	Gran Cross	2 4	0 0 9 9 7 9 / 00	Ese San	=	-	-	-
12 meses	Sarampion, rubeola y parotiditis (SRP)	1ª	09	09	2024	Serum	0 L	S 3 N 0 0 I M					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ___ PCV 13 ___	Refuerzo	20	9	2024	MSD	6 6	5 1 3 9					
	Varicela	1ª	20	9	2024	Varivax	Y 0	0 7 6 2 2	Ese San Sebastian				
	Hepatitis A	Unica	20	9	24	MSD	L2 0	2 2 0 7 0 6 5					
	*Influenza estacional	Anual											
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	23	04	2025	Sithovum	2 4	1 3 0 0 7					
	Difteria, Tosferina y Tetano DPT ___ Pentavalente ___	1er Refuerzo	23	04	2025	Serum	2 8	5		19	09	2028	
	***Fiebre Amarilla	Unica	23	04	2025	MSD	2 3	K 0 6 5 0					
5 años	Sarampion, rubeola y parotiditis (SRP)	2ª	23	04	2025	Serum	0 1	3 3 N 1 2 1 A					
	Poliomielitis (VIP) (VOPb)	2do Refuerzo											
	Difteria, Tetanos, Tosferina	2do Refuerzo											
	Varicela	Refuerzo											
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª											
		2ª											
		3ª											
Sin rango de edad	Covid-19	1ª											
		2ª											
		1er Refuerzo											
		2do Refuerzo											
Vacunas 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 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
Dias De Lunes a Viernes

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

Sábado: 6 30 a.m. a 11:00 a.m.

Belen 318-3208889

7:00 a m. a 9 00 a m.
Dias De Lunes a Viernes

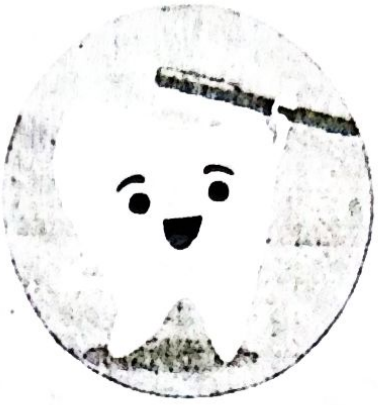
E.S.E San Sebastián

Siempre adelante su servicio

San Sebastián | LA PLATA HUILA | VERSION | 05 009
NIT 811 003 372 4 | APROBACION | 2016

CARNET

PREVENCIÓN SALUD BUCAL



Nombres y Apellidos: Nicolas Gutierres Mompalos
No. De Documento: 1145833554 Tipo de Doc: R.C
Fecha de Nacimiento: 19/09/2023 Edad: 8 M
EPS: Sanitas
Dirección o Vereda: V-villa Esperanza
Teléfono:

PROCEDIMIENTO	Fecha de Atención			Próxima Cita		
	D	M	A	D	M	A
CPB+FB	30	05	24	30	11	24
	28	11	24	28	05	25
CPB+FB.	29	05	25	29	11	25

Scanned with 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 Carlos Sorrentes vinculada a la Entidad Administradora del Servicio Fundacion grupo libertad 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) Nicolas Gutierrez Hompotes con RC No 1145.833.554 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 25 del mes Julio del año 2025, en el Municipio de la Plata Huila.

Daniela Mompotes Dalindo
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Amparo Villaquiran
MADRE COMUNITARIA

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

Ciudad La Plata (Huila)

Nombre completo de la niña o niño Nicolas Gutierrez Mompotes

Fecha de nacimiento 10 09 2023 **N° Documento de Identidad** 1145833554

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 14 07 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Amparo Villaquiran

Fecha de registro cualitativo 28 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 años 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 valoración cualitativa ■ **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales
Se adapta al entorno comunitario donde con la ayuda de la M.C y sus compañeros se integró y participó de las actividades. Aprende a hacer control de esfinter/ Planea juegos y se divierte.

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo Día Mes Año

Rango de edad
0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años 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 valoración cualitativa □ **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

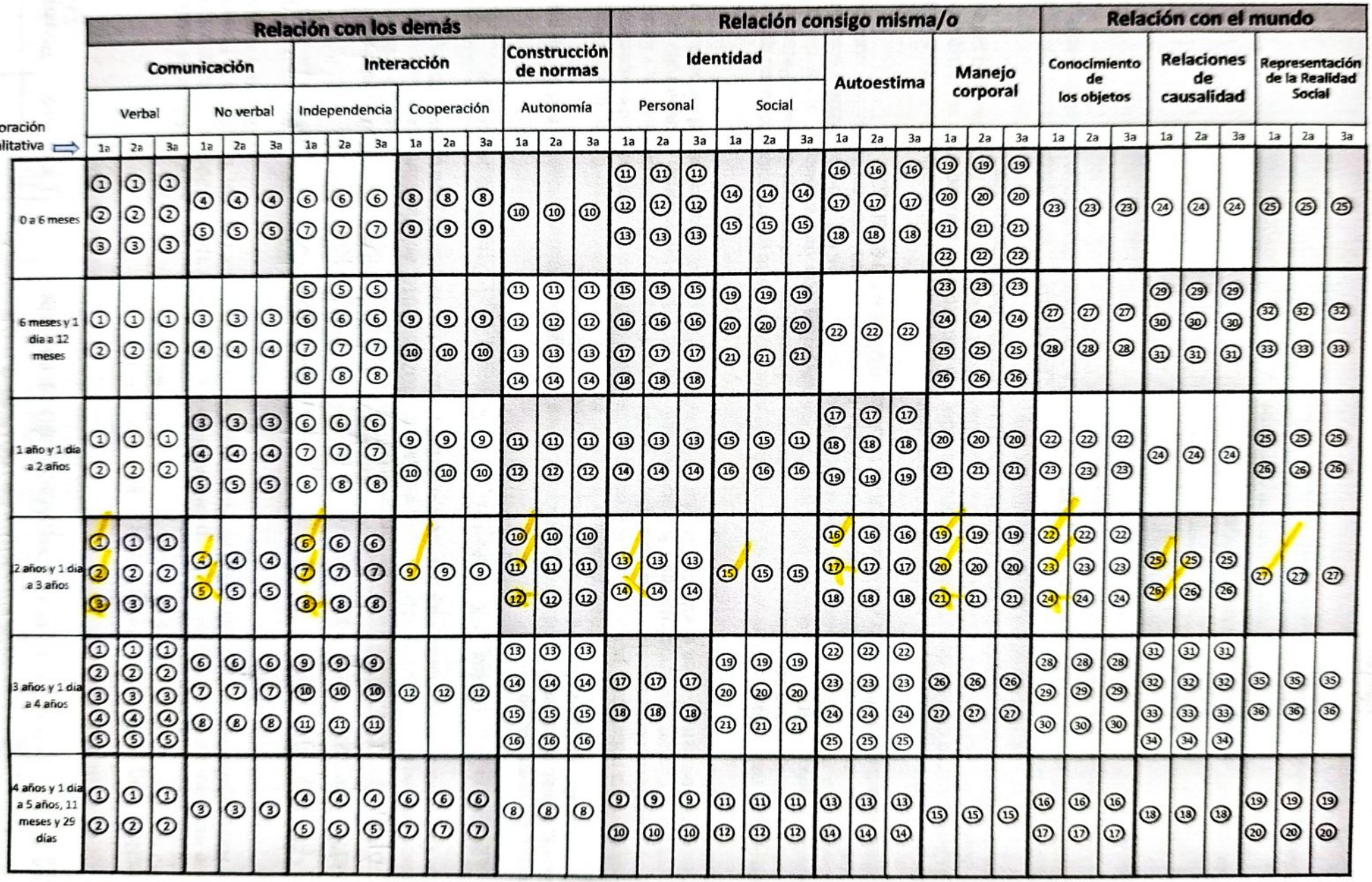
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

Rango de edad
0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años 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 valoración cualitativa □ **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

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 identificado (a) con documento de identidad número _ 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,_____ quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número_____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 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 **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 _____

Suscriben:

Firma: Daniela Mompotes
Nombre: Daniela Mompotes
Calidad - Titular: Madre Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3166950538
Fecha: _____
Municipio: **LA PLATA**

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

Julio 2025, La Plata Huila

Señores
Bienestar Familiar
La ciudad

ASUNTO: AUTORIZACION PARA LA ENTREGA Y RECOGIDA DE MI HIJO

Cordial saludo,

Yo, Daniela Mompotes como madre de familia, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.004.248.741 y Cesar Augusto Gutierrez como padre de familia, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.004.253.657; **AUTORIZO** a las siguientes personas:

Daniela Mompotes c.c. 1.004.248.741
Cesar Gutierrez c.c. 1.004.253657
_____ c.c. _____

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) Nicolas Gutierrez Mompotes de la profesora Amparo Villaquiran.

Se entrega copia de las cedulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

Daniela Mompotes.