

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

HCB _LOS CHIQUITINES

USAURIO: ADRIAN FELIPE LOPEZ . *RC 1145833413*



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

	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 toma de fotos y vídeos	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya ingresos nuevos			

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

63852049

NUIP 1145833413

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63852049

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	D	U	W
X									

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
LOPEZ **********	GUTIERREZ **********

Nombre(s)

ADRIAN FELIPE **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes JUL Día 14	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 **********	23075910558833 **********

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

GUTIERREZ VOLVERAS SANDRA **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1081416863 **********	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

LOPEZ ROJAS JHEISON FABIAN **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1081406656 **********	COLOMBIA **********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

LOPEZ ROJAS JHEISON FABIAN **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1081406656 **********	

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 JUL Día 19	LIDA ISABEL YASNO GALLEGO Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:TOMO 2; FOLIO 20;19/07/2023

REGISTRADURIA

Adhesivo Copia Registro Civil



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.081.416.863
GUTIERREZ VOLVERAS
APELLIDOS
SANDRA
NOMBRES

Sandra Gutierrez Volveras
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-ENE-1996
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
07-FEB-2014 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1904900-00559280-F-1081416863-20140401 0037783905A 1 40908001


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
1.081.406.656
LOPEZ ROJAS
JHEISON FABIAN


FECHA DE NACIMIENTO 12-MAY-1990
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62
ESTATURA
O+
M
SEXO
09-ENE-2009 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

ElectroHuila

SU CODIGO CUENTA NIU

374168309

AUTORETENEDORES DE [illegible]
DIAN EXONERADO AUTOR[illegible]
RESOL [illegible]
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES
DEL 88/01/99 SECRETARIA DE [illegible]

TOTAL A PAGAR

$ 84.150

FACTURA DE VENTA No. 86164311

Documento equivalente según
articulo 17 Decreto 1001/99

FECHA DE VENCIMIENTO 18/MAY/2025

FECHAS DE LECTURAS: 25-MAR-2025 / 23-MAY-2025
FECHA SUSPENSIÓN: 28-MAY-2025

INFORMACION CLIENTE

Cliente	ANGELNIS VOLVERAS LEON	NIT/C	3007972[illegible]
Dirección	VDA SANTA MARTHA	Ruta	8281320445
Municipio	LA PLATA	Ciclo	080
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACION TECNICA

Nivel Tensión	1 OCCIDENTAL	Circuito	0000100
Carga Contratada	432	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACION CONSUMO

Medidor	Fase	L1	L2	Mes	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor	Consumo (kwh)
38418800 ISK	A	S	O		8894	8718	1	176

Promedio Cuenta 225 Consumo Año Anterior 262 Consumo Anterior 262

ULTIMOS CONSUMOS



Mes Consumo	
ABR	176
FEB	173
DIC	257
OCT	247
AGO	258
JUN	218
ABR	262

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU:0 DIU:112.2616 SIC:13.32666
FC:0 VC:17295 VCU:17295
VCF:0 CEC:258.58964
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 25/03/2025
Valor $ 99428

LIQUIDACION CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)	Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
88.0	969.1818 =	85281			
88.0	1002.9496 =	88259			

Valor Total Energía del Periodo	$	173.540
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 99.398
Valor Total Energía Facturado	$	74.142

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
CONSUMO PERIODO	$ 173.540
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ 1.854
AJUSTE DECENA	$ 2
SEGUROS VIDA MAPFRE	$ 25.000
ENERGIA SOCIAL FOES	$ - 16.348
SUBSIDIO	$ - 99.398

OTROS CARGOS	$	25.000
ALUMBRADO P	$	1.854
VALOR ELECTROHUILA	$	57.296

TOTAL A PAGAR

$ 84.150

ELECTRODOMESTICOS

CONVENIO | C POND | TOTAL CONV | SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION | C POND | TOTAL FIN | SALDO FIN CUENTA

CUM: Consumo Kwh | KWH | Valor $ | No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACION DEL SERVICIO

Gm: 385.0 Tm: 58.0 PRn,m: 0.0 Dn,m: 283.0 Pm: 20.0 Cv,m: 15
5.0 CUv,n,m: 1002.9408 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO | CAPITAL | INT. CORRIENTE | INT. MORA

Código de Cuenta : 374168309
Factura de Servicios Públicos No: 86164311

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 12/09/2025

Ficha: 41396019511700000533

B7

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ADRIAN FELIPE

Apellidos: LOPEZ GUTIERREZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1145833413

Municipio: La Plata

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/09/2019

Última actualización ciudadano: 26/07/2023

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 PENNA

Dirección: Carrera 4 No. 5-09

Teléfono: 8371474

Correo Electrónico: sisben@laplata-huila.gov.co

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	1145833413
NOMBRES	ADRIAN FELIPE
APELLIDOS	LOPEZ GUTIERREZ
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	15/07/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/12/2025 10:44:05	**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

IAMI

San Sebastián

CITAS DE CONTROL

DIA	MES	AÑO	HORA	PROFESIONAL
4	Octubre	2023	Enf	Elizabeth
22	Diciembre	2023	MG	
28	Febrero	2024	Enfermera	
24	ABRIL	2024		
30	Julio	2024.	MG	
25	[illegible]	2025	Enfermero	
29	Agosto	2025	MG	
	Febrero	2026		

IAMI

San Sebastián

DATOS DEL RECIEN NACIDO
QUIEN SOY

Nombres y apellidos: Adrian felipe Lopez Gutierrez

Identificación: 1145833413 EPS: N EPS

Fecha de nacimiento: Día. 14 Mes: 07 Año: 2023

Edad: _____ Días: _____ Mese s: _____ Años: ___ Sexo: M

Recién Nacido: Pretermino: ___ A termino: x Edad Gestacional: 39

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

Peso: 2655 Kg. Talla: 46 cm. Perímetro Cefálico: _____ cm.

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

TSH: _____ Serología: _____

Nombre de la Madre: Sandra Gutierrez Ocupación: _____

Nombre del Padre: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

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

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO

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							
a 3 meses							
a 5 meses							
a 8 meses							
a 11 meses							
a 17 meses							
a 23 meses							
a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

.ª entrega			
.ª entrega			
.ª entrega			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

artir de 6m			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega								
2.ª entrega								
3.ª entrega								
4.ª entrega								
5.ª entrega								

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

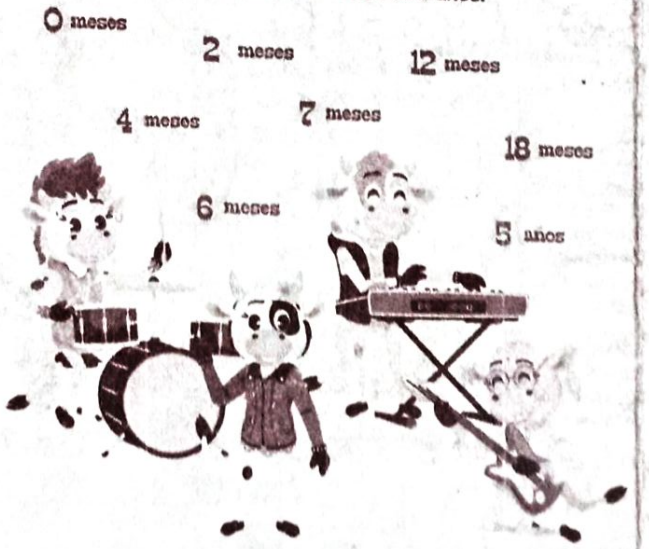
3 años						
4 años						
5 años						

*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: Adriam felipe lopez Gutierrez
Fecha de nacimiento: 14-07-2023
Nº de certificado de nacido vivo: 2307591055883 3
Registro civil: 1145833413
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 2660 Talla: 46cm
Dirección: Vda Santa Marta
Teléfono 1:
Teléfono 2:
Responsable: Sandra Gutierrez V.
Municipio de residencia: La Plata
Departamento: Huila
CC. 1081416863

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Pio 23/2/2025

Nombres y Apellidos: Adrian felipe topo **Tipo identificación:** RC **No. ID:** 1145833413

Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
					Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
Tuberculosis meningea (BCG)	Única	13	07	2023	Serum	03711MA031	HOSP				
Hepatitis B	Recién nacido	14	07	2023	Serum	032210CRB	HOSP	14	07	2023	Luis Bonilla
					Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
Poliomielitis (VIP)	1.°	28	04	23	B. Haven	22340001					
PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°	28	04	23	Serum	28514373					
PENTAVALENTE: Hepatitis B	1.°	28	04	23	Serum	28514373					
PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°	28	04	23	Serum	28514373					
Diarrea por rotavirus	1.°	28	04	23	Rotarix	AR201094AA	ESE 55	28	NOV	23	
Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	28	04	23	Prevenar	F4946255					
					Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
Poliomielitis (VIP)	2.°	22	12	023	Balthoven	22350013					
PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	22	12	023	Serum	28514037					
PENTAVALENTE: Hepatitis B	2.°	22	12	023	Serum	28514037					
PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°	22	12	200	Serum	28514037					
Diarrea por rotavirus	2.°	22	12	23	Rotarix	AR201D66AD	ESE 55	22	02	2024	
Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	22	12	023	Prevenar	F4992S					
					Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
Poliomielitis (VIP)	3.°	23	02	2024	Balthoven	22350013	ESE 55	23	02	025	Karen Lorena Caso Silv
PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.°	23	02	2024	Serum	28521X0038A	ESE 55	23	02	025	Cc: 1.052.409.14
PENTAVALENTE: Hepatitis B	3.°	23	02	2024	Serum	28521X0038A	ESE 55	23	02	025	Auxiliar Enfermeri
PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°	23	02	2024	Serum	28521X0038A	ESE 55	23	02	025	Karen Caso
Influenza estacional	1.°	17	05	2024	Greem	240097 9	ESE 55	17	05	024	Enfermera
Influenza estacional	2.°	26	06	024	Greem	240097 9	ESE 55	—	—	—	
Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	30	07	024	Serum	013N0047A	ESE 55	18 Meses			Karen Lorena Caso Silv
Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	30	07	024	Prevenar	6X1912	ESE 55	—	—	—	Cc: 1.052.409.14
Varicela	2.°	30	07	024	Varivax	403772	ESE 55	5 años			Auxiliar Enfermeria
Hepatitis A	Única	30	07	024	Sanofi	202207045	ESE 55	—	—	—	
Influenza estacional	Anual										
Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.° refuerzo	28	03	25	Balthoven	233301U	ESE - 55	—	—	—	Luz Smith
Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.° refuerzo	28	03	25	Balthoven	233X020E	ESE - 55	—	—	—	Luz Smith
Fiebre amarilla	Única	28	03	25	Biomanguinhos	2345050	ESE - 55	—	5 años		Luz Smith
Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.° refuerzo										
Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo										
Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	28	03	25	Serum	0153N0058	ESE - 55	—	—	—	Luz Smith
Varicela	Refuerzo										
Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
	2.°										
	3.°										

Karen Lorena Caso Silva CC: 1.052.409.149 Enfermería

Karen Lorena Caso Silva CC: 1.052.409.149 Auxiliar Enfermería

he 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.

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



Nombres y Apellidos: Adnan Felipe Lora
No. De Documento: 1145833463 Tipo de Doc.:
Fecha de Nacimiento: 14-2-23 Edad: 1 A
EPS: NUEVA EPS
Dirección o Vereda: santa Marta
Teléfono:

PROCEDIMIENTO	Fecha de Atención			Próxima Cita		
	D	M	A	D	M	A
CPBTFB	30	07	2024	30	01	2025
CPBTFB.	25	04	2025	25	04	2025

	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 .lochiautnes, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio ICB. . 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): Adrian Felipe con RC No 1746833473
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).

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 05 del mes 06 del año 2025, en el Municipio de Icepiate.

Sandra Gutierrez Valencia
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Elsa Yubell
MADRE COMUNITARIA

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 Adrian Felipe Lopez Gutierrez., identificado (a) con documento de identidad número 1745833413 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, Sandra Gutierrez Volveras', quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1081416863, 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, 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 Fundación 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 Hcb – comunitario

Suscriben:

Firma: Sandra Gutierrez Volveras

Nombre: Sandra Gutierrez Volveras'

Calidad - Titular: Madre Representante legal: _____

Teléfono de contacto: 3222806970

Fecha: 05-06-2025. Municipio: _____

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad

Nombre completo de la niña o niño Adrian felipe López Gutiarez

Fecha de nacimiento 14 07 2023 **N° Documento de Identidad** 1745833413

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Elsa Yubely Valveras

Fecha de registro cualitativo 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 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

El niño se interesa por compartir, participar y vincularse en todas las experiencias desarrolladas por medio del juego

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

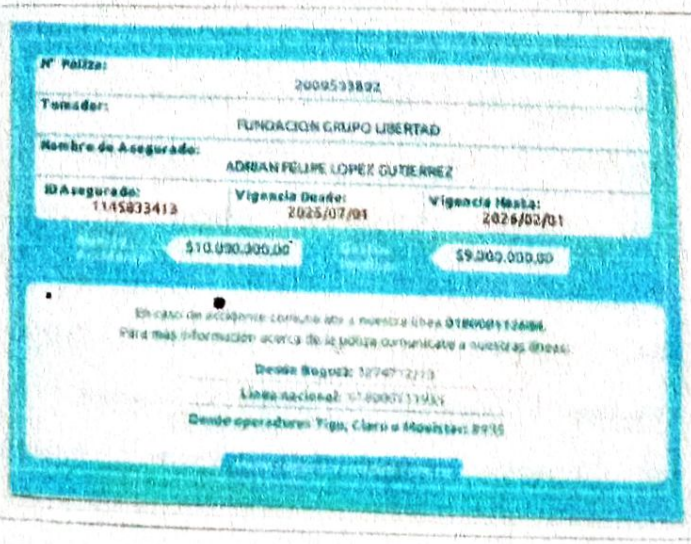
Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

Valoración Cualitativa ⇨	Relación con los demás															Relación consigo misma/o												Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social																	
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10	11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21 22	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	11 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24	22 23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16	17 18	17 18	17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 34
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2	1 2	1 2	3	3	3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8	8	8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17	16 17	16 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales


mundial
Protegemos
Línea de atención
Línea nacional
Página web


N° Póliza:
2009533892
Tomador:
FUNDACIÓN GRUPO LIBERTAD
Nombre de Asegurado:
ADRIAN FELIPE LOPEZ GUTIERREZ
ID Asegurado:
1145833413
Vigencia Desde:
2025/07/01
Vigencia Hasta:
2026/02/01
$10.000.000,00
$9.000.000,00
Para más información acerca de la póliza comunícate a nuestras líneas:
Línea nacional:
Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: 3935