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

HCB LOS ANGELITOS

USAURIO: LESSLIE VALENTINA PICHUCUE DELGADO

RC No. 1081427085



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	✓		

Powered by CamScanner

	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	✓		
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	✓		

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 2434400

NUIP 1.081.427.085

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

PUCHICUE DELGADO LESSLIE VALENTINA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguín
Año	2	0	2	1	Mes	D	I	C	Día	2	4	FEMENINO	O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA HUILA LA ARGENTINA

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	1	Mes	D	I	C	Día	2	8	0061166332

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

DELGADO BRAVO YERALDIN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.080.263.015	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

PUCHICUE MULCUE ETZEL DAVINSON

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.062.085.646	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

PUCHICUE MULCUE ETZEL DAVINSON

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.062.085.646

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

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

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)											Nombre y firma del funcionario
Año	2	0	2	1	Mes	D	I	C	Día	2	8	YOVIS OSWALDO TIERRADENTRO CAMEF

Registrador del Estado Civil

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
28996780-7

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.080.263.015**

DELGADO BRAVO

APELLIDOS

YERALDIN

NOMBRES

Yeraldin Delgado

FIRMA





INDICE DERECHO

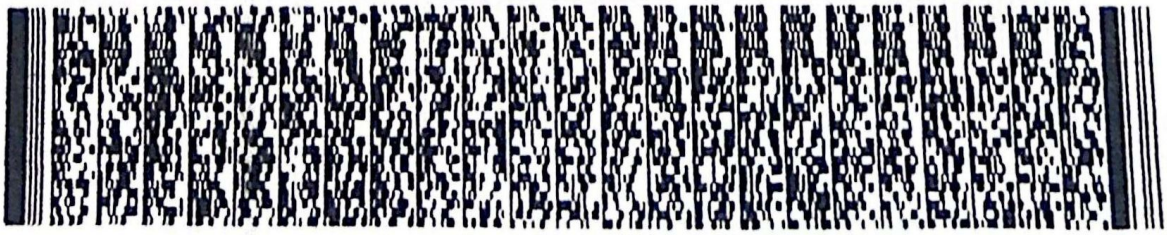
FECHA DE NACIMIENTO **30-ABR-1992**

LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

02-JUN-2010 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1904700-00254224-F-1080263015-20100907 0023801206A 1 34818302

Powered by CamScanner

Sisbén

Fecha de consulta: 22/09/2025

Ficha: 41378096503400001267

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LESSLIE VALENTINA

Apellidos: PUCHICUE DELGADO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1081427085

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/09/2021

Última actualización ciudadano: 29/03/2022

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: CARLOS ANDERSON ACOSTA VALDEZ

Dirección: Calle 6 No 3 - 52

Teléfono: 3176617965

Correo Electrónico: administradorsisben@laargentina-huila.gov.co

Powered by CamScanner

ElectroHuila
Transmitimos buena energía
Nit 891 180 001-1

SU CODIGO CUENTA NIU
428419642
Para cualquier consulta y pago electrónicos
www.electrohuila.com.co FT -CFE -85 -001

AUTORETENEDORES DE RENTA RESOL. No 247/2002
DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART.4
RESOL. 000055 DEL 14/07/16 DIAN BOMOB GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4
DEL 2007-09 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

TOTAL A PAGAR
$ 106.170

FACTURA DE VENTA No. 87896404

Nit:891.180.001-1
Documento equivalente según
articulo 17 Decreto 1001/97

FECHAS DE LECTURAS: 10/JUL/2025 — 08/SEP/2025
FECHA SUSPENSIÓN: 25/SEP/2025

FECHA DE VENCIMIENTO 23/SEP/2025

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	CAICEDO TOVAR ROQUE	Nit CC	83240911
Dirección	VDA LAS AGUILAS	Ruta	6920520269
Municipio	LA ARGENTINA	Ciclo	070
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

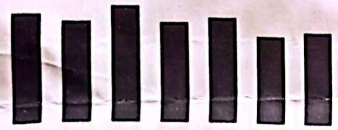
Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6515104
Carga Contratada	0	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
4600393	TEC	A	3	00	12277	12042	1	235

Promedio Cuenta 232 Consumo Año Anterior 210 Consumo Anterior 210

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
AGO	235
JUN	226
ABR	248
FEB	224
DIC	231
OCT	204
AGO	210

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU: DIU: HC:
EC: VC: VCD:
VCF: CEC:
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 23/07/2025
Valor $ 101420

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
117.5	1069.8407 =	125706
117.5	999.8811 =	117486

CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)

Valor Total Energía del Periodo	$ 243.192
Valor (Subsidio/Contribución %)	$ - 142.075
Valor Total Energía Facturado	$ 101.117

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
CONSUMO PERIODO	$ 243.192
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ 5.056
AJUSTE DECENA	$
SUBSIDIO	$ - 142.075

OTROS CARGOS	$ 0
ALUMBRADO P	$ 5.056
VALOR ELECTROHUILA	$ 101.114

TOTAL A PAGAR
$ 106.170

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN CUOTA

FOES: Consumo Kwh $Kwh Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 393.0 Tm: 53.0 PRn,m: 79.0 Dn,m: 296.0 Rm: 15.0 Cv,m: 1
61.0 CUv,n,m: 999.8811 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT.CORRIENTE	INT.MORA

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	1081427085
NOMBRES	LESSLIE VALENTINA
APELLIDOS	PUCHICUE DELGADO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA ARGENTINA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/08/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/22/2025 20:59:32	**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

IAMI

San Sebastián

DATOS DEL RECIEN NACIDO
QUIEN SOY

Nombres y apellidos: Lesslie Valentina Puchicue Delgado

Identificación: 1081427085 EPS: Comfamilia

Fecha de nacimiento: Día. 24 Mes: 12 Año: 2021

Edad: _____ Días: _____ Mese s: 2 Años: ____ Sexo: F

Recién Nacido: Pretermino: ___ A termino: X Edad Gestacional: 39 s

Embarazo: Único: ____ Múltiple: X No de Gestaciones 2

Peso: 3280 Kg. Talla: 49 cm. Perímetro Cefálico: _____ cm.

Tipo de sangre: O+ Lugar que ocupa entre los hermanos: 2

TSH: _____ Serología: _____

Nombre de la Madre: Yeraldin Delgado B. Ocupación: Ama de Ca

Nombre del Padre: Davinson Puchicue Ocupación: Conducto

Dirección: Kilometro 1 via Neiva Teléfono: 3123486172

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

Powered by CamScanner

IAMI

San Sebastián

CITAS DE CONTROL

DIA	MES	AÑO	HORA	PROFESIONAL
31	01	22		
20	06	22.		
16	Agosto	2022	7:00	
25	Noviembre	2022	8:00	
16	Mayo	2023	800	
25	Noviembre	2023	8 am	
16	Mayo	2024	800.	
25.	octubre	2024.	8.00.	
2 07.	Junio	2025	8:00	
24	ENERO	2026	8:00	

Powered by CamScanner

IAMI

0+
3200 g
49 cm
parto natural

San Sebastián

FORMULARIO DE REGISTRO

FECHA	EDAD	PESO	TALLA	PC	PT	OBSERVACIÓN
3/	1 mes	4.7	54	37		PyT
20/09/22	3 Mes	6.2	63	38		PyT adecuado
21/10/22	6m.	6,8	64	40,5		Sigue
26/08/2022	8 m.	7,6	64	42.5		Sigue
27/1/2023	1A	9.7	83.4	PC45	PC45	
28/05/2024	2A ·	10.6.	86.3	PC 44.5	PT 48. B-185.	

Powered by CamScanner

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resulado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardipopatia 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

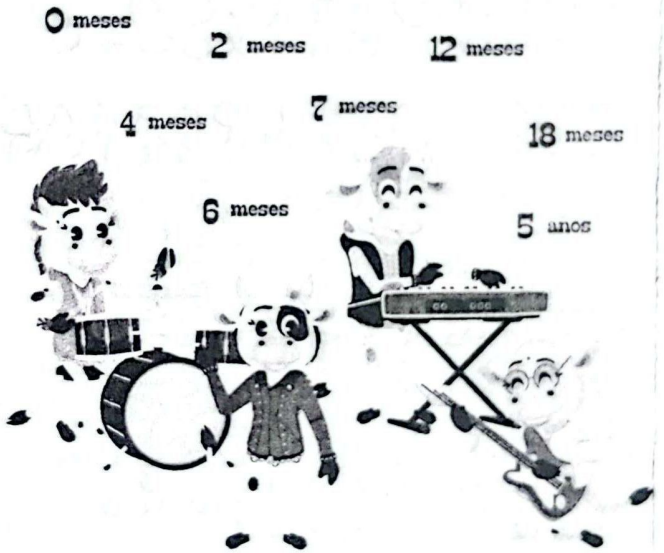
3 años						
4 años						
5 años						

*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)

Cita 5 años completos

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Isely Valentina Ruiz
Fecha de nacimiento: NU 77060151
Nº de certificado de nacido vivo: 24-12-20
Registro civil: 1081427085
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: O positivo
Peso al nacer: 3250 Talla: 49cm
Dirección: Ciudad la Colorada
Teléfono 1: 3123437772
Teléfono 2:
Responsable: Yeraldin Delgado
Municipio de residencia: la Plata
Departamento: Huila

Busca ya las vacunas ¡es gratis, hazlo de un

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

mbres y Apellidos: Lesly Valentina. Tipo Identificación: No. ID: 1058427085.

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 ☐									
berculosis meningea (BCG)	Única	24	12	21	SERUM	037061170	E.S.E JUAN R.O	-	-	-	Gestor 1/2023
patitis B	Recién nacido	24	12	21	SERUM	032X01700	E.S.E JUAN R.O	24	02	22	Gestor 1/2023
		Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
liomielitis (VIP)	1.ª	05	03	2022	BITHOVEN	2 1 4006					María Yicela Salazar
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	05	03	2022	SERUM	2851403 8A	ESE SAN SEBASTIAN VACUNACIÓN LA PLATA	05	05	2022	María Yicela Salazar
Hepatitis B	1.ª										María Yicela Salazar
Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª							05	05	2022	María Yicela Salazar
rrea por rotavirus	1.ª	05	03	2022	GLAXO JM	ARO1c871AD.					María Yicela Salazar
umonia, otitis, Meningitis y cteriemia causada por neumococo	1.ª	05	03	2022	GLAXO JM	AJPNB321CA.					María Yicela Salazar
		Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
liomielitis (VIP)	2.ª	5	05	2022	BITHOVEN	2121004	ESE SAN SEBASTIAN VACUNACIÓN LA PLATA	5	07	2022	Nelcy Yaned Ramos Vida
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	5	05	2022	SERUM	2851X007C		5	07	2022	Nelcy Yaned Ramos Vida
Hepatitis B	2.ª	5	05	2022				5	07	2022	Nelcy Yaned Ramos Vida
Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	5	05	2022				5	07	2022	Nelcy Yaned Ramos Vida
rrea por rotavirus	2.ª	5	05	2022	GSK	ARO1D034AB		5	07	2022	Nelcy Yaned Ramos Vida
umonia, otitis, Meningitis y cteriemia causada por neumococo	2.ª	5	05	2022	GSK	ASPNB321CA		5	07	2022	Nelcy Yaned Ramos Vida
		Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
liomielitis (VIP)	3.ª	07	07	2022	BitHovenBirdep	2121C004A	ESE Juan Ramon	-	-	-	Leidy Robayo
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	07	07	2022	Serum	285 1X007D	ESE Juan Ramon	-	-	-	Leidy Robayo
Hepatitis B	3.ª	07	07	2022	Serum	285 1X007D	ESE Juan Ramon	-	-	-	Leidy Robayo
Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	07	07	2022	Serum	285 1X007D	ESE Juan Ramon	-	-	-	Leidy Robayo
luenza estacional	1.ª	07	07	2022	Green cross	VSO222006	ESE Juan Ramo	01	08	22	Leidy Robayo
luenza estacional	2.ª	08	08	2022	Green cross	VSO222008B	ESE Juan Ramo	anual.			Leidy Robayo
ampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	27	12	22	Serum	0131N0336	ESE Juan Ramo	24	12	26	Leidy Robayo
umonia, otitis, Meningitis y cteriemia causada por neumococo	Refuerzo	27	12	22	Pfizer	Ex8554	ESE Juan Ramon	-	-	-	Leidy Robayo
icela	2.ª	27	12	22	MERCK Sharp.	W001694	ESE Juan Ramo	24	12	26	Leidy Robayo
patitis A	Única	27	12	22	MERCK Sharp.	W0004802	ESE Juan Ramo	-	-	-	Leidy Robayo
uenza estacional	Anual	26	05	23	Biopharma	V3052300 4	ESE Juan Ramo	-	-	-	Leidy Robayo
iomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	07	07	2023	Bithoven	2 2 0 7 0 0 5	Ese sansebastia	-	-	-	Ligia Chantre
teria, tosferina y tétano (DPT) primer refuerzo	1.er refuerzo	07	07	2023	Serum	2 8 5 7 4 0 4 0 D.	Ese sansebastia	-	-	-	Ligia Chantre
bre amarilla	Única	07	07	2023	Sonofi	V 3 N 2 1	Ese sansebastia	-	-	-	Ligia Chantre
iomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
teria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
ampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	07	07	2023	Serum	0 1 3 1 N 0 8 2 A	Ese sansebastia	-	-	-	Ligia Chantre
icela	Refuerzo										
	1.ª										
us del papiloma humano (VPH)	2.ª										
	3.ª										

terna 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

	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 Los Angelitos, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio Fundacion 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): Lesslie Valentina Puchicue. con RC No 1.081.427.085. 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 01 del mes Octubre del año 2025, en el Municipio de LA Argentina.

Yeraldin Delgado Bravo.
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Yonny Bravo Gonzalez
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	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 Lesslie Valentina Puchicue Delgado, identificado (a) con documento de identidad número 1081427085, 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	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Yeraldin Delgado Bravo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1080263 015, 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	

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: Yeraldin Delgado Bravo
Nombre: Yeraldin Delgado Bravo.
Calidad - Titular: X Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3123486172.
Fecha: 01 Oct. /2025
Municipio: La Argentina.

Powered by CamScanner