VALERIA

VALENCIA

GIRALDO

Powered by CamScanner

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

HCB Los Angelitos.

USAURIO: Valeria Valencia Giraldo. **RC No.** 1243761474.



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	✓		

Powered by CamScanner

FUNDACION GRUPO LIBERTAD LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS USUARIOS			NIT. 900027451-0		
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo Seguimiento	Cada 3 meses	✓		
Fotocopia de la valoración integral en salud/ control de crecimiento y desarrollo	Seguimiento	Cada vez que el usuario asista a la valoración según esquema establecido	✓		
Copia del carné de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el usuario asista según el PAI	✓		
Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)	Seguimiento	Una sola vez, solo para las situaciones que aplique.			
Certificado de asistencia a consulta en salud bucal. el Carnet)	Formalización del cupo y seguimiento	Cada año	✓		
cta de compromiso de orresponsabilidad de los adres de familia o dultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
rmato escala de loración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año			
rmato autorización na de fotos y vídeos	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
rmato ficha de acterización digital o resa	Seguimiento	Actualizar cada que haya ingresos nuevos	✓		

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
29281470-5

63804568

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

NUIP 1243761474

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63804568

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradur	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de	Código
X						A 7 G

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. CHAPINERO-CLINICA COLSUBSIDIO CALLE 94 EPS FAMISANAR

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VALENCIA **********	GIRALDO **********

Nombre(s)

VALERIA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes SEP Día 08	FEMENINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	167982663 ********

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

GIRALDO TORRES JULIETH ANDREA **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1080261834 **********	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

VALENCIA MANJARRES VICTOR ALFONSO **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1080262956 **********	COLOMBIA ********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VALENCIA MANJARRES VICTOR ALFONSO **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1080262956 **********	Victor Valencia

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 2021 Mes OCT Día 06	JORGE LUIS DANGOND AGUANCHA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Victor Valencia Firma	JORGE LUIS DANGOND AGUANCHA Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 1654; OTRO:SE OMITEN IMPRESIONES PLANTARES DEL INSCRITO DE ACUERDO A CIRCULAR NO 084 01/SEP/2020; OTRO:CN - RUAF;06/10/2021

Powered by CamScanner

ACTA DE COMPROMISO CON PADRES O CUIDADORES DE DOCUMENTOS FALTANTES Y/O DESACTUALIZADOS

La Plata, Huila 01 febrero 2025.

Yo Julieth Andrea Giraldo Torres identificado (a) con N. de Cedula y/o Tarjeta de Identidad CC. 1.080.261.934. beneficiaria de la modalidad familiar de la UDS Fundación Grupo libertad. de la UDS los Angelitos. teniendo en cuenta que como cuidadora de la niña o niño: Valeria Valencia Giraldo. con documento de identidad, RC: 1243761474, y desde que solicite el cupo para la Modalidad comunitaria se me informo de manera clara los compromisos que se adquieren al participar y me comprometo a realizar todos los trámites necesarios para garantizar los derechos en este caso me está faltando: **(marcar con una x el documento o los documentos faltantes)**

- Afiliación a salud ☐
- Carné vacunas ☐
- Valoración integral ☐
- Documento identidad ☐
- Higiene oral ☐
- Sisbén. ☒

MC Yonny Bravo Gonzalez. de la UDS: los Angelitos. Por lo que para la fecha, 2 meses. me comprometo a tener y a garantizar la entrega de copia del documento.

Estando en mutuo acuerdo firman el acta las dos partes el día 01 del mes febrero del 2025 en constancia firman.

de cero a siempre

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD NIT: 900027451-0	CODIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024 | Fecha última modificación: 24 de febrero del 2024	Versión: 1

FIRMA REPRESENTANTE DE LA UDS

Andrea Giraldo Torres.
FIRMA, DEL ACUDIENTE Y/O CUIDADOR

Identificación 1.080.261.034
Dirección Nueva Esperanza.
N. de Celular 3143238437.

de cero a siempre

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.080.261.834

GIRALDO TORRES

APELLIDOS

JULIETH ANDREA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-DIC-1989

LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA

AB+ G.S. RH

F SEXO

11-DIC-2007 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1904700-00177570-F-1080261834-20090912 0016000436A 1 22366882

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	1243761474
NOMBRES	VALERIA
APELLIDOS	VALENCIA GIRALDO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	08/09/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	01/22/2025 19:27:00	**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

Powered by CamScanner

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer — Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida — Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

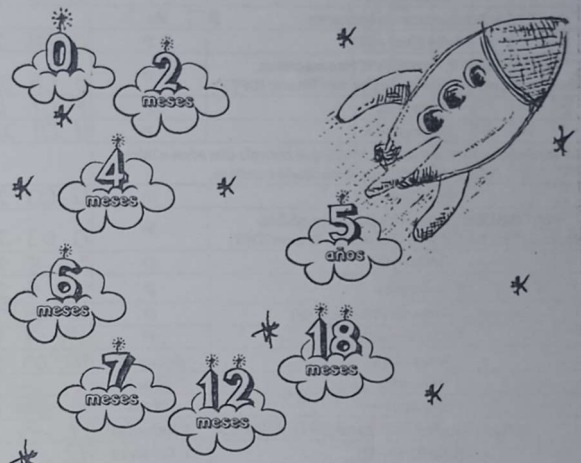
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI — Porque mi vida hoy que protegerla hoy

de cero a Siempre — Atención integral a la primera infancia

MinSalud

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Valeria Valencia Giraldo
Fecha de nacimiento: 8 Sept 2021
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1243761474
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: B positivo
Peso al nacer: 2615 gr 146 cm
Dirección:
Teléfono: 3143238487
Responsable: Julieth Giraldo Torres
Municipio de residencia: Bogotá DC
Departamento: Bogotá DC

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Powered by CamScanner

Nombre: _____ Registro Civil: _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva Sí☐ No☐							
	Tuberculosis B.C.G.	Única	8 Sept 21	Serum	0320440226 Colsubsidio			Doctor Hawer
	Hepatitis B	Recién nacido		Serum	0320440A			
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí☐ No☐							
	Polio (Oral - IM)	1ª	11-11-21	Bilthoven	2105001/05-23	SRCO		Johan Agudelo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	11-11-21	Serum	285040214F/11-22	SRCO		Johan Agudelo
	Rotavirus	1ª	11-11-21	GSK	ARDLC842AA/01-23	SRCO		Johan Agudelo
	Neumococo	1ª	11-11-21	GSK	ASPNB311BA/05-24	SRCO		Johan Agudelo
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí☐ No☐							
	Polio (Oral - IM)	2ª	11-01-22	Bilthoven	2105001/08-23	SRCO	11 Enero 2022	Johan Agudelo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	11-01-22	Serum	285040354/03-23	SRCO		Johan Agudelo
	Rotavirus	2ª	11-01-22	GSK	ARDLC842AA/01-23	SRCO		Johan Agudelo
	Neumococo	2ª	11-01-22	GSK	ASPNB311BA/05-24	SRCO		Johan Agudelo
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	12-03-22	Bilthoven	2114006/01-23	SRCO	11 Marzo 2022	Johan Agudelo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	12-03-22	Serum	285040410/02-23	SRCO		Johan Agudelo
	Influenza	1ª	26 5 22	GC flu	V50222006	14/1/23 SRCO		Nelly Rodriguez
7 Meses	Influenza	2ª	27 6 22	GC flu	V50222006	14/1/23 SRCO	26 6 22	Ruda Bustos
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	10-09-22	Serum	0130N131A	10-23 SRCO	08 Sep 2022	Johan Agudelo
	Fiebre Amarilla	1ª	12 3 23	Sanofi	U3N21	30/11/24 SRCO		Yineth Suarez
	Neumococo	Refuerzo	10 09 22	GSK	ASPNB340AB	04-25 SRCO		Johan Agudelo
	Influenza	Anual						
	Hepatitis A	ÚNICA	10-09-22	MSD	U025717/01-24	SRCO		Johan Agudelo
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) Penta	1° Refuerzo	12 3 23	Serum	2851XC28F	31/3/24 SRCO		
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	12 3 23	Biological	2201009	21/9/24 SRCO	12 03 2023	Yineth Suarez
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo					8 9 2026	
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	12-3-23	Serum	0131N105B	31/12/24 SRCO		Yineth Suarez
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	①	10-09-22	Merck	U028251/09-23	SRCO		Johan Agudelo
	Influenza	unica	07-06-23	GCFlu	V50523002	CM Mayo		Jessica P
	Meningoco							

Estas vacunas son gratuitas

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Powered by CamScanner

Valeria Valencia Giraldo

TSH neonatal 6.70 uUI/mL

Fecha	Edad	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial
05/11/2021	1m 28d	4.440 g	55 cm	38 cm	—
18.12.2021	3m 10d	5.615 g	59 cm	39.5 cm	
3.01.2022	3m 26 d	6.11 kgrs	62.5 cms	40 cms	14.
7.02.2022	4m 30d	6.495 kg.	64 cm	42 cm	—
26.03.2022	6m 18d	6.970 kg.	65 cm	43 cm.	
2/04/22	6m 2TOl	7220 gr	66 cm	43.5 cm	16 cm
2.05.2022	7m 24d.	7.440 g.	67 cm	43.5 cm	16 cm.
18.06.22	9m 10d	7890 g.	68 cm	44 cm	15.1 cm
29.08.22	11m 21d.	8.375 g.	72.4 cm	44.5 cm	17 cm
04.11.22	12A 1m	8.650 g	74 cm	44	14
04/01/23	1A 2m 27d	9,215	77.8	44	15
18.05.2023	1A 8M 10D	9650	82	46.5	
24/07/2023	1a, 10m.	10.3	84 cm.	46.5	14.5

Powered by CamScanner

opticentro INTERNACIONAL

AVENIDA 7 NO.123 - 65 BOGOTA
Teléfono (601)3258025...

Remisiones, Solicitud y Autorizaciòn de Servicios

DD	MM	AAAA	N°
20	09	2023	400597

1.Datos bàsicos del paciente

Nombre del Paciente	Tipo identificación	Nº Identificación
VALENCIA GIRALDO VALERIA	RC	1243761474
Nombre del trabajador	Tipo identificación	Nº Identificación

Tipo Afiliado	Clase Afiliado	Plan	Condición	Estrato
BENEFICIARIO	Contributivo			1

ORIGEN 13 ENFERMEDAD GENERAL

2.Servicio

Diligenciar un formato por cada tipo de servicio solicitado | CONSULTAS

Diagnòstico	Código
22 ASTIGMATISMO	H522

SERVICIOS REQUERIDOS

Código	Servicio	Reint.	Cantidad
89020702	OPTOMETRIA PEDIATRICA en AMBOS OJOS		1

Prioridad VER DISPONIBILIDAD

Justificación S.S CONTROL EN UN AÑO

Firma

Profesional	Firma	Registro Medico y/o Tarjeta Profesional
ANTOR INGRID GISELLA		52417360

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 Valeria valoga Giraldo, identificado (a) con documento de identidad número 1243761474, 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, Julieth Andrea Giralda T, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1038261834, 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: Andrea Giraldo
Nombre: Julieth Andrea Giraldo Torres
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3143238437.
Fecha: 28 enero 2025
Municipio: La Argentina (H).

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	NIT. 900027451-0
	Acta de compromiso y corresponsabilidad con padres de familia y/o cuidadores	

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS Los Angelitos, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio Fundación 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): Valeria Valencia Giraldo. con RC No 1243761474 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

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 21 del mes Febrero del año 2025., en el Municipio de la Argentina.

x Julieth Andrea Giraldo
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR
CC 1020261834

Yonny Brao Gonzalez.
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner