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

HCB: MIS MONACHITOS

USAURIO: Luciana Niño Daza ***RC No.*** 1080267974



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

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.080.267.974

Indicativo Serial 60366055

60366055

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [1] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L 2 B

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

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
NIÑO	DAZA

Nombre(s)

LUCIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes JUN Día 21	FEMENINO	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	16023140 - 4

Datos de la 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

DAZA DAZA DEIRA ESNEDY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 55.212.161	COLOMBIA

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

NIÑO BOLAÑOS JULIO ROBERT

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 83.241.437	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

NIÑO BOLAÑOS JULIO ROBERT

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 83.241.437	Robert Niño

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 2020 Mes JUN Día 21	MANUEL JESUS TORRE ADARME - REG Nombre y firma

OFIXPRES

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 55.212.161

DAZA DAZA

APELLIDOS

DEIRA ESMEDY

NOMBRES

Deira Esmedy Daza

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-DIC-1979
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

27-ENE-1998 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1904700-00188563-F-0055212161-20091021 0017347395A 2 28300840

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 83.241.437
NIÑO BOLAÑOS
APELLIDOS
JULIO ROBERT
NOMBRES

Julio Robert Niño
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-AGO-1977
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO

18-JUL-1996 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1904700-00208179-M-0083241437-20100107 0019751428A 1 33610834

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	1080267974
NOMBRES	LUCIANA
APELLIDOS	NIÑO DAZA
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.	CONTRIBUTIVO	21/06/2020	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/07/2025 19:55:51	**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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 10/07/2025

Ficha: 41378053503400000147

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUCIANA

Apellidos: NIÑO DAZA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080267974

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 02/10/2020

Última actualización ciudadano: 02/10/2020

Última actualización vía registros administrativos: 25/11/2023

***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

¡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

Powered by CamScanner

	TIPO DE VACUNA		1ra DOSIS O UNICA	2da DOSIS		3ra DOSIS		A los 12 meses de edad	
			Fecha	Fecha		Fecha		Fecha	
				Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna
ón lo	Antituberculosa - BCG								
	Hepatitis B (Recién Nacido)								
de 2 es	PENTAVALENTE	Difteria - Tos ferina - Tetanos (DPT)							
		Haemophilus influenze - TIPO b							
		Hepatitis B							
	Vacuna oral de polio - VOP								
	Vacuna oral de rotavirus								
	Vacuna contra el neumococo								
de 4 es	PENTAVALENTE*								
	Vacuna contra polio - VOP								
	Vacuna oral de rotavirus								
	Vacuna contra el neumococo								
de eses	PENTAVALENTE*								
	Vacuna oral de polio - VOP								
ses a ses	Vacuna de influenza (De 6 meses a 23 meses)								
es	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)								
	Fiebre Amarilla (FA)								
	Vacuna contra el neumococo								

		A año de la 3ra DOSIS		A los 5 Años de edad		ADICIONALES		
de las terceras dosis	Difteria - tos ferina - tétanos(DPT)							
	Vacuna oral de polio - VOP							
o 5 años de edad	Difteria - tos ferina - tétanos(DPT)							
	Vacuna oral de polio - VOP							
	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)							
Adicionales								

HIDRATACIÓN ORAL SUERO ORAL



En un litro de agua hervida y fría, mezcle todo el contenido de un sobre de suero oral.

si el niño NO ESTA DESHIDRATADO dele con cucharita y vaso dos onzas como mínimo, después de cada deposición.

o presenta ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN acuda a la Promotora de a Unidad de Rehidratación Oral UROCS más cercana, o al Hospital.

EDAD

prosamente
os ojos al
de un objeto.
lla con el ruido.
mientos del rostro.

DES
cabeza.
jetos a la boca.
on las personas.
cuando se le habla.

ES
llarse solo.
te de una mano a otra.
cuando se le llama.
ción a la conversación.

RES
or si solo.
itos con los dedos
dice.
alabra clara
ses.

RES
os.
los escondidos.
ntan sencilla.

EDAD

A LOS 24 MESES
Salta en los dos pies
Hace torre de 5 o más cubos.
Dice más de 20 palabras claras.
Control diurno de orina.

A LOS 36 MESES
Camina hacia atrás.
Separa objetos grandes y pequeños.
Usa oraciones completas.
Se bebe solo las manos y la cara.

A LOS 48 MESES
Lanza y agarra la pelota.
Copia cuadrado y círculo.
Describe bien un dibujo.
Tiene un amigo especial.

A LOS 60 MESES
Hace rebota y agarra la pelota.
Dibuja escalera.
Nombra 4 o 5 colores.
Organiza Juegos.

A LOS 72 MESES
Salta desde 60 cms de altura.
Ataja casi.
Conoce días de la semana.
Comenta vida familiar.

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2020	AGOSTO	12	9:00A		
2020	Septiem	25	8 AM		
2021	JULIO	02	8:00	Natalia	
2022	Febrero	12	8:00		
2023	Febrero	18	8:00		
2022	JULIO	06	2:00		
2022	JULIO	09	7am		
2022	Noviembre	26	8:00		
2023	Febrero	4	8:00		
2023	JULIO	3	8:00		
2023	Julio	12	8:00		
2024	Julio	12	8:00		
2025	JULIO	11	8:00		
2026	JULIO	17	8AM		

E.S.E JUAN RAMÓN NUÑEZ PALACIOS

E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS

NIT 813.010.966-1 Tel 8311607
Código del Prestador 41378003821
La Argentina - Huila



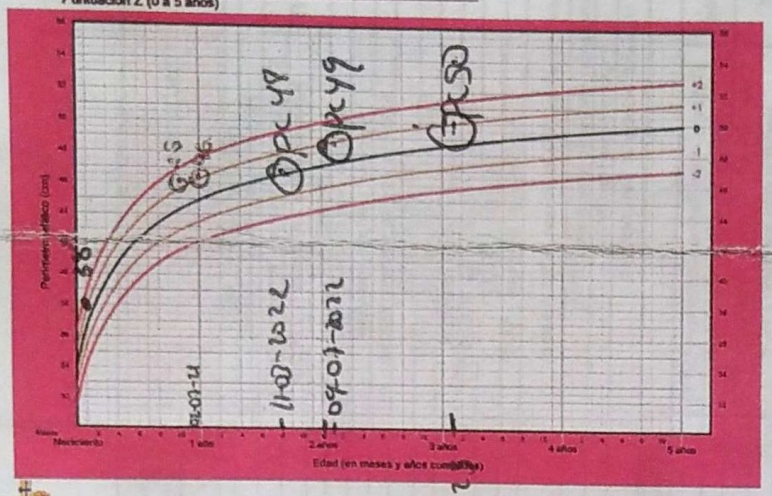
CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

Nombre: Luciana Niño Daza
Fecha de nacimiento: 21-JUNIO-2020
Registro Civil: 1080267.970.
Teléfono: 3223815318
Dirección: B1 esmeralda
Barrio o Vereda:
Nombre Responsable del Niño: Deiva Esnei Daza
EPS afiliación: Nueva E.P.S

Powered by CamScanner

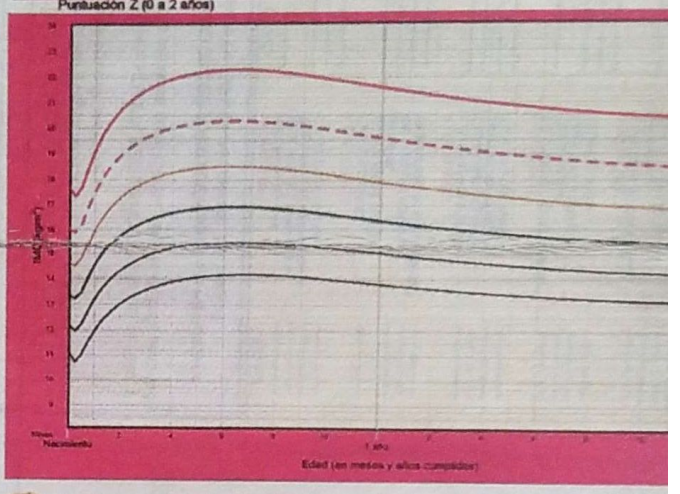
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



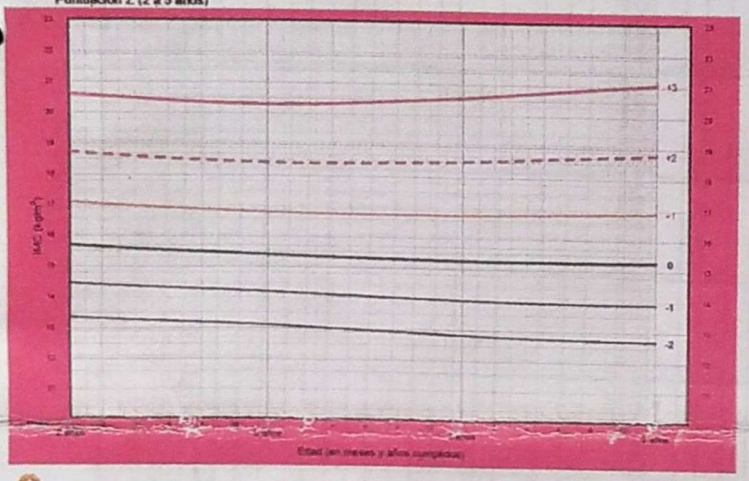
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



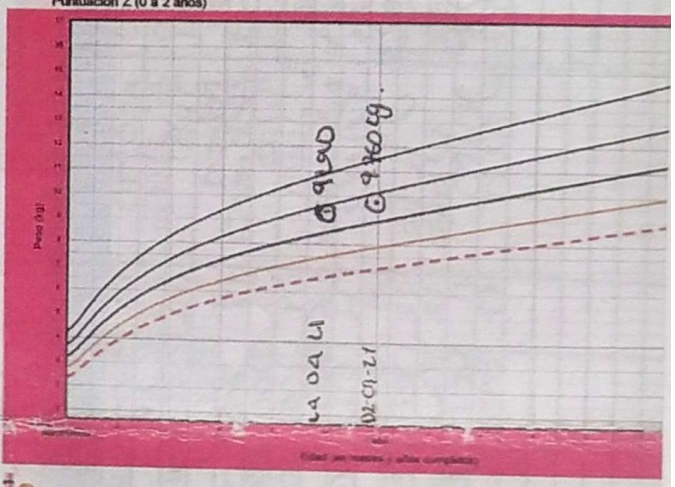
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



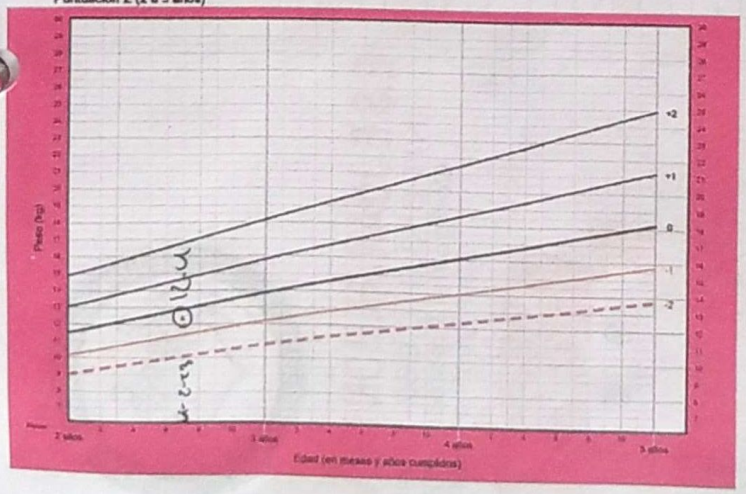
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



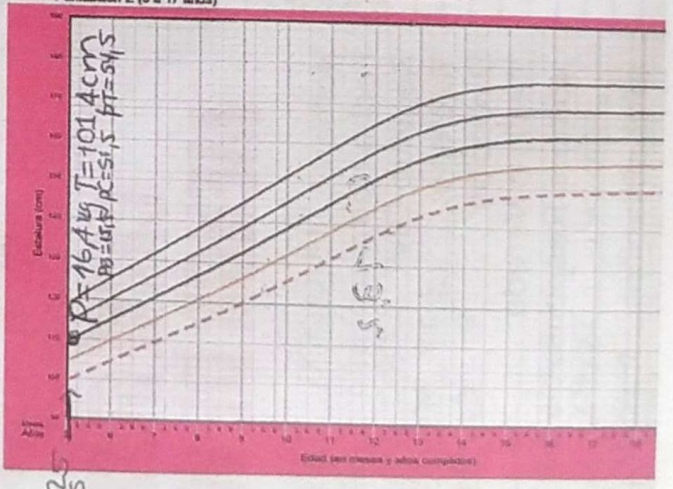
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (5 a 17 años)



DISEÑO E IMPRESIÓN ANDRES PUBLIK SAS TEL 311-215-7663

Powered by CamScanner

CIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
ÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

er	Fecha:

ER CONTROL MÉDICO

e vida	Fecha:

IENTO POR ENFERMERÍA

de cita amada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió

ecibir suplementos con Hierro y Vitamina
os 6 meses hasta los 5 años de edad, de
a estrategia **AIEPI**.

ha	Edad	Fecha
	42 meses	
	48 meses	
	54 meses	
	60 meses	
	66 meses	

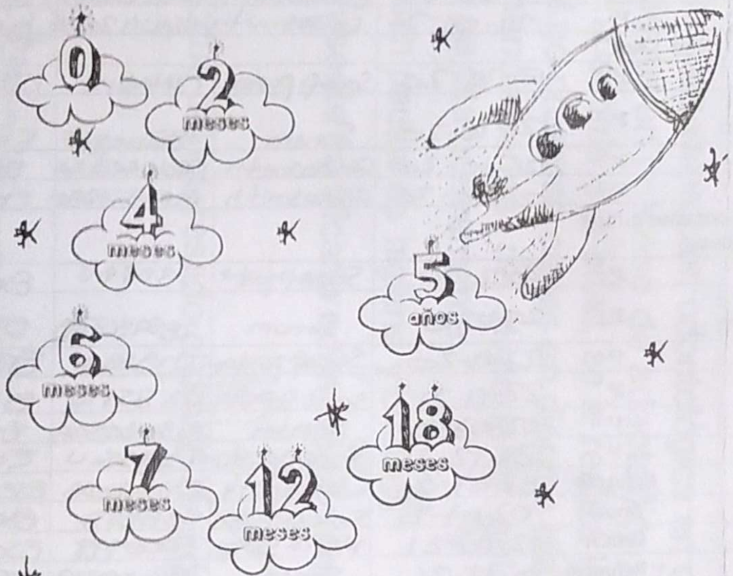
debe realizar toma de TSH al momento
hipotiroidismo.

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

República de Colombia
MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

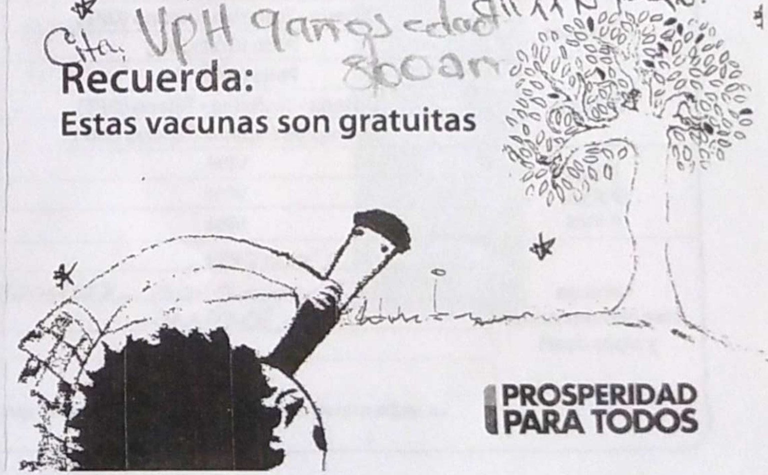
Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Luciana Niño Daza
Fecha de nacimiento: 21-06-20
Nº de certificado de nacido vivo: 160231404
Registro civil: 1080267974
Sexo: femenino
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 3680 Gramos 41sem
Dirección: B. La Esmeralda
Teléfono: 3209871945 - Nueva EPS
Responsable: Deiro Dozo
Municipio de residencia: La Argentina
Departamento: Huila - B. Esmeralda Cll 11 N 1-46.

Cita: VPH 9 años edad 8:00 am

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: Luciana Niño Díaz Registro Civil: 1080264974

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombr
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	SI X No ☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única	21-06-20	Serum	037P65258	Hosp		Nani
	Hepatitis B	Recién nacido	21-06-20	Serum	03480008E	Hosp	21-08-20	Jefe
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	SI ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª	21-08-20	Sanofipaste	P3NA51A	ESE Juan R.N.P	21 10 20	Teidy
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	21-08-20	Serum	2859X025F	ESE Juan R.NP	21 10 20	Teidy
	Rotavirus	1ª	21-08-20	GlaxoSmith	ARDLC283BA	ESE Juan R.NP	21 10 20	Teidy
	Neumococo	1ª	21-08-20	GlaxoSmith	ASPNB243AA	ESE Juan R.N.P	21 10 20	Teidy
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	SI ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	21-10-20	Sanofipaste	P3NA61U	ESE Juan R.N.P	21 12 20	Teidy
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	21-10-20	Serum	285XX031F	ESE Juan R.NP	21 12 20	Teidy
	Rotavirus	2ª	21-10-20	GlaxoSmith	ARDLC428AA	ESE Juan R.N.P	21 12 20	Teidy
	Neumococo	2ª	21-10-20	GlaxoSmith	ASPNB272BA	ESE Juan R.NP	21 12 20	Teidy
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	23-12-20	Sanofipast	T3D891U	ESE Juan Ramo	— — —	Teidy
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	23-12-20	Serum	285X403BB	ESE Juan Ram	— — —	Teidy
	Influenza	1ª	23-12-20	Sanofipaster	U3B558W	ESE Juan Ram	23 01 20	Teidy
7 Meses	Influenza	2ª	22-01-21	Sanofipaster	U3B591W	ESE Juan Ram	Recalare	Teidy
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	02-07-21	Serum	0136NOSAB	ESE Juan Ra	21 06 25	Teidy
	Fiebre Amarilla	1ª	23-12-21	Sanofipaster	T3J55LU	ESE Juan Ra	— — —	Teidy
	Neumococo	Refuerzo	02-07-21	GlaxoSmith	ASPNB316DB	ESE Juan Ram	— — —	Teidy
	Influenza	Anual	02-07-21	Sanofipaster	U3B887	ESE Juan Ram	— — —	Teidy
	Hepatitis A	ÚNICA	02-07-21	Hepa Sharp	T0009998	ESE Juan Ra	— — —	Teidy
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	23-12-21	Serum	2826X003B	ESE Juan Ramo	21 06 25	Teidy
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	23-12-21	Serum	1801P002	ESE Juan Ramo	21 06 25	Teidy
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo	05-07-25	Bi, Hhoun BIO	2423E03A	ESE Juan Ramon	— — —	Teidy
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo	05-07-25	Serum	2823X003B	ESE Juan Ramon	— — —	Teidy
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	04-02-23	Serum	0137N655A	ESE Juan Ramo	— — —	Teidy
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	1D	02-07-21	MERCKSharp	TC2683	ESE Juan Ram	21 06 25	Teidy
	Sarampión - Rubeola	1DA	04-09-21	Serum	0129W235	ESE Juan Ram	— — —	Teidy
	Varicela	1 REFU	05-07-25	MerckSharp	401886	ESE Juan Ramo	— — —	Teidy

Estas vacunas son gratu

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

15-11-202(	CONSULTORIO ODONTOLOGICO MALFI VARGAS GAITAN NIT. 52964736-8	
VERSION:0(		
PAGINA1		

CERTIFICADO ODONTOLOGICO:

Paciente: LUCIANA NIÑO DAZA
identificada con R.C N° 1080267974 Edad: 5 AÑOS.

Asiste a consulta para valoración odontológica en compañía de su madre, paciente en proceso de adaptación; se observa dentición temporal acorde a la edad, se le realiza limpieza total, paciente el cual no presenta caries en dientes temporales; se le dan recomendaciones de higiene y cuidado a su acompañante y se cita nuevamente.

TB: Sanos, Se dan pautas de higiene y cuidado.

Se entrega el presente certificado odontológico para fines personales.

Se expide a solicitud del interesado el día 01 de agosto del 2025.

Malfivargas@gmail.com
"ODONTOLOGIA INTEGRAL"

MALFI VARGAS GAITAN
Odontóloga
C.C.52.964.736

Cel.3160922997

Argentina Huil:i, Cr. 4 ú 6-61 Barrlo Centro
3l774460fi8-3l66922997

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 *MIS MONACHITOS* 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): Luciano Niño Daza con RC No 1080267974 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 24 del mes ENERO del año 2025 en el Municipio de LA ARGENTINA HUILA.

Deira Esnedy Doza
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Deira Esnedy Doza
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Argentina

Nombre completo de la niña o niño Luciana niño Daza

Fecha de nacimiento 21 06 2020 **N° Documento de Identidad** 1080267974

Sexo Masculino ○ Femenino ⊗ **Fecha de 1er día de atención en el año** 01 02 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Deira Esnedy Daza

Fecha de registro cualitativo 22 04 25

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

Luciana es una niña que su desarrollo es acorde a su edad, su lenguaje debe mejorar, le gusta la motricidad fina y el juego de Roles con sus compañeros.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Deira Esnedy Daza

Fecha de registro cualitativo 20 07 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

Luciana es una niña muy con un desarrollo acorde a su edad, presenta buen manejo de tijeras y agarre de pinzas Su motricidad fina y gruesa es excelente, es compañerista y sabe manejar sus emociones

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Deira Esnedy Daza

Fecha de resgistro cualitativo 24 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 ●

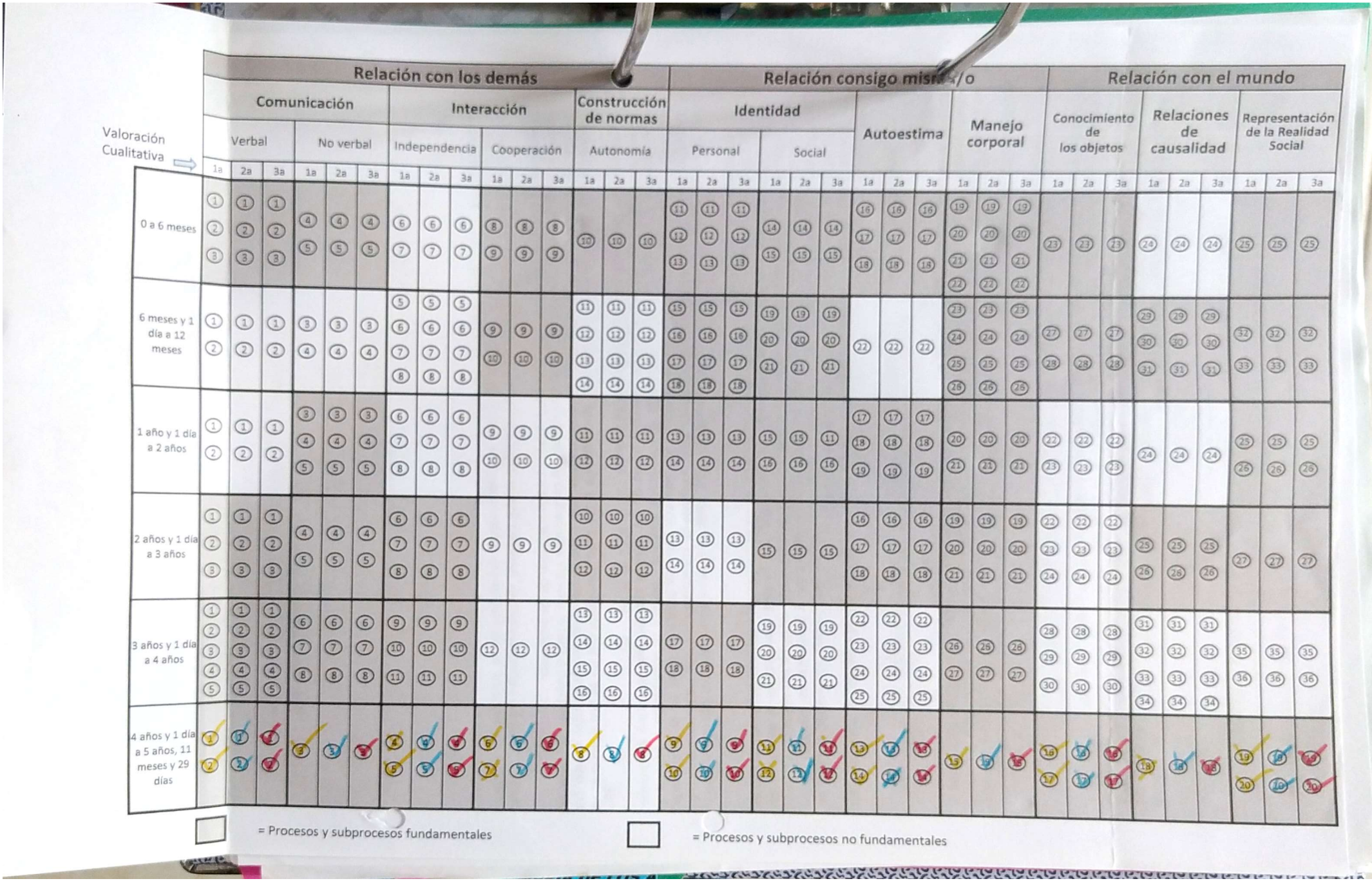
Color de registro valoración cualitativa ■ **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

Luciana presenta una buena comunicacion con un lenguaje completo buen manejo corporal, maneja sus emociones, se relaciona bien con sus compañeros y tiene excelente conocimiento del medio que le rodea y de la utilidad de los objetos de su entorno.

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

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

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 Luciana Niño Daza, identificado (a) con documento de identidad número 1080267974, 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, Deira Esnedy Daza, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 55 212 161, 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 y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por la **Fundaciòn Grupo Libertad**, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Modalidad **HCB Comunitaria**

Suscriben:

Firma: Deira Esnedy Daza
Nombre: Deira Daza
Calidad - Titular: X Representante legal: ___
Teléfono de contacto: 3204871945
Fecha: 1-02-25
Municipio: La Argentina

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

CLARIFICADA

Powered by CamScanner