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

HCB LOS SANJUANEROS VEREDA SANTA MARTA
LA PLATA HUILA

USAURIO: ARIANA ISABEL LAGOS ULTENGO- *RC No.* 1145833398



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	Si		
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez	Si		
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	Si		

Powered by CamScanner

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

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	Si		
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo Seguimiento	Cada 3 meses	Si		
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	Si		
Copia del carné de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el usuario asista según el PAI	Si		
Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)	Seguimiento	Una sola vez, solo para las situaciones que aplique.		NO	
Certificado de asistencia a consulta en salud bucal. (el Carnet)	Formalización del cupo y seguimiento	Cada año	Si		
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	Si	Si	
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año			
Formato autorización toma de fotos y vídeos	Formalización del cupo	Una sola vez	Si		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya ingresos nuevos	Si		

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

63852034

NUIP	1145833398

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **63852034**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradur	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de	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
LAGOS **********	ULTENGO **********

Nombre(s)

ARIANA ISABEL **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes JUL Día 11	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 **********	23078110552947 ******

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

ULTENGO BUSTOS YISELA **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1081420639 **********	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

LAGOS CAMAYO HERNAN DARIO **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1081410325 **********	COLOMBIA ********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

LAGOS CAMAYO HERNAN DARIO **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1081410325 **********	Hernan Dario Lagos

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 12	Lida Isabel Yasno Gallego LIDA ISABEL YASNO GALLEGO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Hernan Dario Lagos Firma	Lida Isabel Yasno Gallego LIDA ISABEL YASNO GALLEGO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:TOMO 2; FOLIO 10;12/07/2023

Lida Isabel Yasno Gallego

Adhesivo Copia Registro Civil

REGISTRADU

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.081.420.639**

ULTENGO BUSTOS

APELLIDOS

YISELA

NOMBRES

Yisela Ultengo B

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-NOV-1997**

CAMPOALEGRE
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

29-ABR-2016 LA PLATA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1904900-00834823-F-1081420639-20160603 0050002841A 1 44913681

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.081.410.325

LAGOS CAMAYO
APELLIDOS

HERNAN DARIO
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-JUN-1992

LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

24-AGO-2010 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1904900-00257678-M-1081410325-20100928 0024152946A 1 35286551

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 27/10/2025

Ficha: 41396018511800000578

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ARIANA ISABEL

Apellidos: LAGOS ULTENGO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1145833398

Municipio: La Plata

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/09/2019

Última actualización ciudadano: 22/09/2023

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

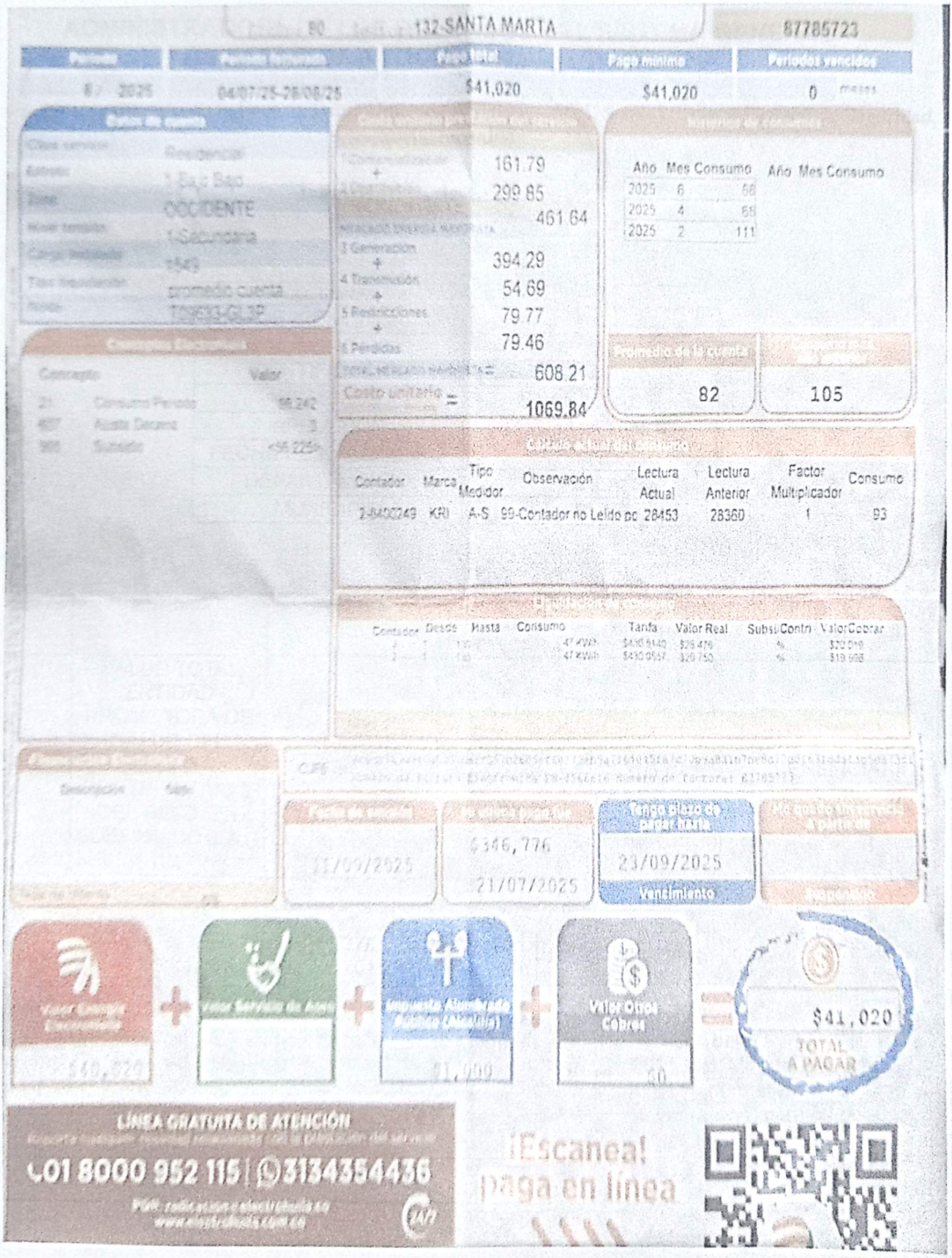
Nombre administrador: OTONIEL SALAZAR PENI

Dirección: Carrera 4 No. 5-

Teléfono: 83714

Correo Electrónico: sisben@laplata-huila.gov

Powered by CamScanner



entidad. Ahora bien, la carga no probatoria de [illegible]

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	1145833398
NOMBRES	ARIANA ISABEL
APELLIDOS	LAGOS ULTENGO
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
CTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. - CM	SUBSIDIADO	11/07/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/27/2025 20:01:24	**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

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: ariana lagos. **Tipo Identificación:** **No. ID:**

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación (Día Mes Año)	Laboratorio	Número de lote	IPS Vacunador	Fecha próxima cita (Día Mes Año)	Nombre y firma
Recién nacido				Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐				
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	11 07 2023	Serum	037 1MA0953	HRSP	11-09-2023	Eduar
	Hepatitis B	Recién nacido	11 07 2023	Serum	032 2Y0079B	HRSP		
2 meses				Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐				
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	14 09 23	Bithoven	223400 1			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	14 09 23	Serum	285 1Y37B			
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	14 09 23	Serum	285 1Y37B			
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	14 09 23	Serum	285 1Y37B			
	Diarrea por rotavirus	1.ª	14 09 23	Rotarix	ARO 1BAUAR			
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	14 09 23	Prevenar	FY99258			
4 meses				Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐				
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	17 11 023	Bithoven	223500 1	ESESS	17 01 024	
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	17 11 023	Serum	285 1Y37B	ESESS	17 01 024	
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	17 11 023	Serum	285 1Y37B	ESESS	17 01 024	
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	17 11 023	Serum	285 1Y37B	ESESS	17 01 024	
	Diarrea por rotavirus	2.ª	17 11 023	Rotarix	ARO 1BY6GAB	ESESS	17 01 024	
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	17 11 023	Prevenar	FY99258	ESESS	17 01 024	
6 meses				Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐				
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	25 01 24	Bithoven	223500 1		25 01 25	
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	25 01 24	Serum	285 2X003A		25 01 25	
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	25 01 24	Serum	285 2X003A		22 01 25	
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	25 01 24	Serum	285 2X003A		25 01 25	
	Influenza estacional	1.ª	17 05 024	Greem	240079 7900	ESESS	17 06 024	
7 meses	Influenza estacional	2.ª	26 00 024	Greem	240079 7900	ESESS	— — —	
12 meses	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	1.ª	12 07 024	Serum	013 3N07208	ESESS	18 MESES	
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	12 07 024	Prevenar	6X19 12	ESESS	— o —	
	Varicela	2.ª	12 07 024	VARIVAX	40029 72	ESESS	2 AÑOS	
	Hepatitis A	Única	12 07 024	Sanofi	220240 10	ESESS	— o —	
	Influenza estacional	Anual						
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	28 01 25	Bithoven	233010	ESE-SS	— O —	
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	28 01 25	Serum	285 2010	ESE-SS	— O —	
	Fiebre amarilla	Única	28 01 25	Bio-Manguinhos	23F0168	ESE-SS	— O —	
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo						
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo						
	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	2.º					5 años	
	Varicela	Refuerzo						
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª						
		2.ª						
		3.ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	TV		28 01 25	Serum	0152N003A	ESE-SS	— O —	

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos

Karen Lorena Cc. 1.052 Auxiliar En

Luis Emil Aux de Re Instituto

Powered by CamScanner

IAMI

San Sebastián

DATOS DEL RECIEN NACIDO
QUIEN SOY

Nombres y apellidos: Ariana Isabel Lagos Uhengu

Identificación: 1145833398 EPS: Salud total

Fecha de nacimiento: Día. 11 Mes: 07 Año: 2023

Edad: _____ Días: _____ Mese s: _____ Años: ____ Sexo: Femenino

Recién Nacido: Pretermino: ___ A termino: X Edad Gestacional: 40

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

Peso: 3660 Kg. Talla: 49 cm. Perímetro Cefálico: _____ cm.

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

TSH: _____ Serología: _____

Nombre de la Madre: Yisela Uhengo Busto Ocupación: _____

Nombre del Padre: _____ Ocupación: _____

Dirección: Santa marta Teléfono: _____

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

Powered by CamScanner

IAMI

San Sebastián

FORMULARIO DE REGISTRO

FECHA	EDAD	PESO	TALLA	PC	PT	OBSERVACIÓN
25/08/23	1M	5.13kg	57cm	38	10	Adecuado
26/10/23	3M	6607	63cm	40	45	Normal P y T
27/12/23	5M	7250	66cm	42		Normal P y T
28/2/24	7M	8750	69cm	43cm		ADECUADO
24/5/24	10M	9310	71cm	43	45	Normal P y T
29/5/24	13M	10.090	74cm	44.5	PB: 15cm DC: 18.4cm	Adecuado
28/01/25	19m	11.6	79.5	45	99	Sobrepeso
29/09/25	25m	13.2	84cm	47		sobrepeso

Powered by CamScanner

PIDE TU CITA

LA PLATA **CALL CENTER**
3235639250

Horario de asignación de citas

Mañana: 6:30 a.m. a 12:00 a.m.
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

E.S.E San Sebastián | LA PLATA HUILA NIT. 813.007.877-4 | VERSION 01-009 | APROBACIÓN 2015

CARNET
PREVENCIÓN SALUD BUCAL



Nombres y Apellidos: Ariana Isabel tafur
No. De Documento: 1145833398 Tipo de Doc.:
Fecha de Nacimiento: 11/7/23 Edad: 1a
EPS: Salud total
Dirección o Vereda: Santa marta
Teléfono:

Powered by CamScanner

PROCEDIMIENTO						
op + FB	29	08	24	29	02	25
CPB + FB	28	02	2025	28	08	2025
CPB + FB	28	08	2025	28	02	2025

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad la PNA H

Nombre completo de la niña o niño Ariana Isabel Logos Ortega

Fecha de nacimiento 11 07 2023 N° Documento de Identidad 1145033398

Sexo Masculino ○ Femenino ⊗ Fecha de 1er día de atención en el año 03 02 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Maria Elizabeth Mena Andrade

Fecha de registro cualitativo 28 04 2028

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

Janina le gusta compartir con todos sus compañeritos

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Maria Elizabeth Mena Andrade

Fecha de registro cualitativo 21 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

La niña activa y muy alegre participa en los pequeños actividades.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Elisabeth Mena Andrade

Fecha de resgistro cualitativo 27 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

La niña se muestra activa, comparte con sus compañeritos.

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

Powered by CamScanner

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

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
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	15 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 15	13 14 15	13 14 15	16	16	16	17 18	17 18	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 36
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	8 9	8 9	8 9	10 11	10 11	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 36

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

Powered by CamScanner

GRUPO LIBERTAD	**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 sanjuaneros., vinculada a la Entidad Administradora del Servicio Grupo de 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): ARIANA ISABEL Lagos U. con RC No 1145833398. 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 07 del mes febrero. del año 2025. en el Municipio de la plata - H.

Yisela Ultengo Bustos.
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Elizabeth Meno Andrade
MADRE COMUNITARIA

con
nat

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 Ascelana Isabel Lagos, identificado (a) con documento de identidad número 1145833598 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, Yisela Ulengo Bustos, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 3147572811, 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.

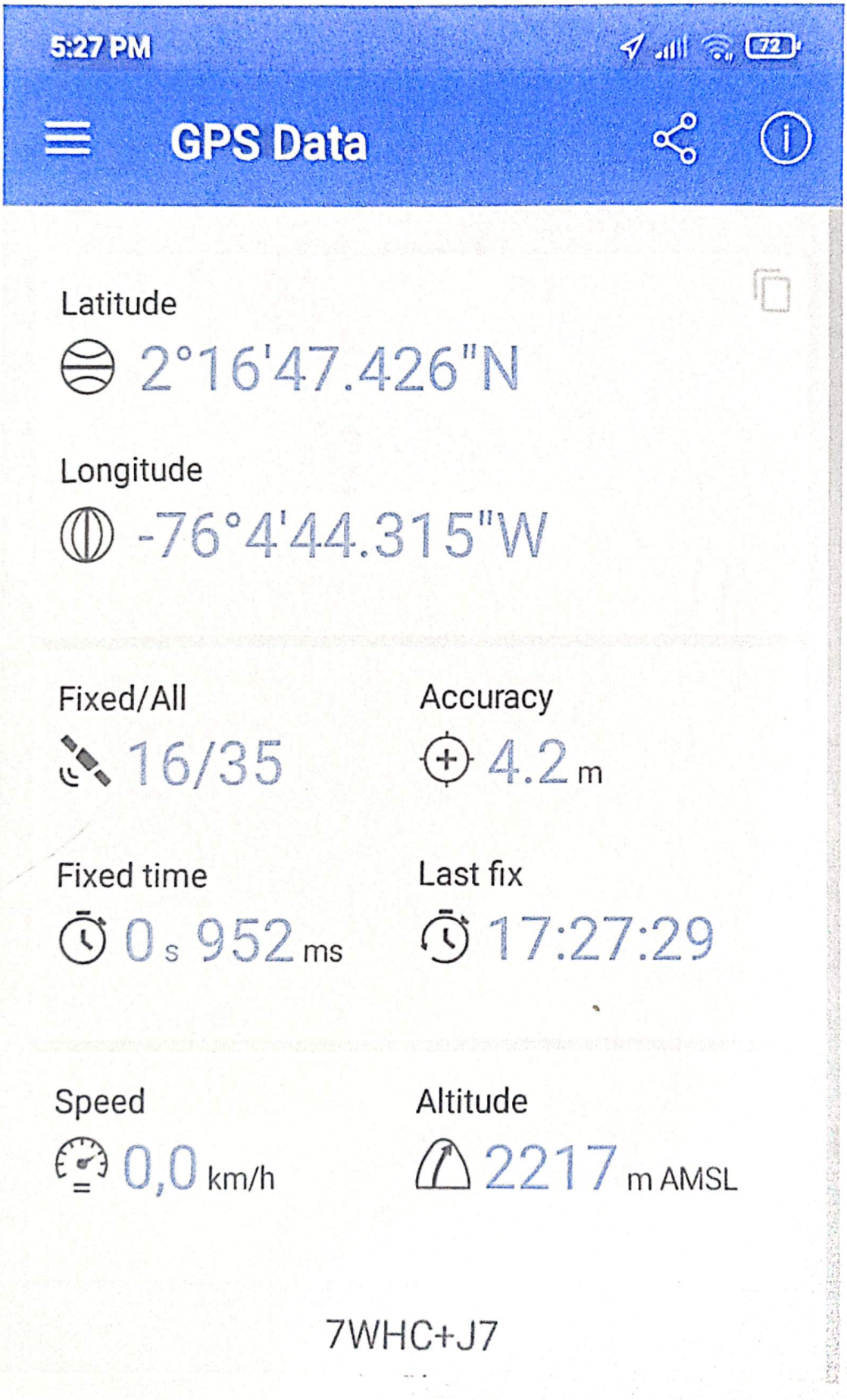
Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) 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: Yisela Ulengo Bustos
Nombre: Yisela Ulengo
Calidad - Titular: X Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3147572811
Fecha: 01- Febrero - 2025
Municipio: La plata Huila

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES

PROTEGEMOS TUS PASOS



Línea de Atención:

#899 desde celular | Bogotá: 327 4712 / 327 4713 | Nacional: 01 8000 111 935

seguros mundial®

Nº Póliza:	2000503802
Tomador:	FUNDACION GRUPO LIBERTAD
Nombre de Asegurado:	ARIANA ISABEL LAGOS ULTENGO

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1145833398	2025/02/01	2026/02/01

Muerte Accidental	$10.000.000,00
Gastos Medicos	$9.000.000,00

COBERTURAS:

- Muerte Accidental
- Gastos Medicos

En caso de accidente o enfermedad grave y hospitalización, comunícate con nosotros a la línea de atención.

seguros mundial®

#899 desde celular | BOGOTÁ 3274712 /3274713 | NACIONAL 01 8000 111 935

Powered by CamScanner