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

HCB: LOS ANGELITOS



MARIA LUCIA ARCE RENGIFO RC Nº 1145832487

DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCE
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 recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia	✓		
Fotografía física, esta ira sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		

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

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**			

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Adhesivo Copia Registro Civil
36190776-1

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

NUIP 1145832487

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59573991

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradur	Notaría	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
ARCE	RENGIFO

Nombre(s)
MARIA LUCIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes DIC Día 16	FEMENINO	B	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	170600276

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
RENGIFO REINA DALILA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 36382805	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
ARCE ROJAS DARIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 12275766	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
ARCE ROJAS DARIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 12275766	

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 DIC Día 17	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **36.382.805**

RENGIFO

APELLIDOS

REINA DALILA

NOMBRES

Reina Dalila Rengifo

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **09-SEP-1977**

LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.45 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **F** SEXO

07-NOV-1996 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

Carlos Ariel Sánchez T.
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1904900-00136303-F-0036382805-20081212 0007983727A 2 7090005031

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 19/09/2025

Ficha: 41396001530000001406

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA LUCIA

Apellidos: ARCE RENGIFO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1145832487

Municipio: La Plata

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 26/11/2021

Última actualización ciudadano: 21/12/2021

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: OTONIEL SALAZAR PENNA

Dirección: Carrera 4 No. 5-09

Teléfono: 8371474

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

Empresa de Servicios Públicos del Municipio de La Plata - Huila

Nit. 813.002.781 - 2

emserpla e.s.p

Carrera 3 No. 2 - 04 Esquina
Celular: 318 466 5548 - Teléfono: 837 0029
www.emserpla.gov.co
facturacion@emserpla.gov.co
Código Postal: 415060

Vigilado Superservicios

No. USUARIO 1954 **FACTURA No.**101286838

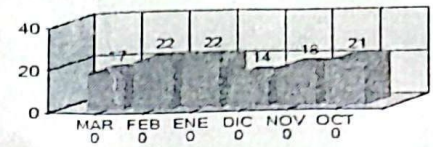
NOMBRE: ARCE ROJAS DARIO
DIRECCIÓN: CLL 4 #4E-24
No. PREDIAL: 005
BARRIO: EL ALTICO RUTA: 005-0330
TIPO DE USUARIO:
CLASE DE USUARIO:
ESTRATO: 1 CICLO: 1
CONTRATO No. FECHA DE EXPEDICIÓN: 07/05/2024

DATOS DEL MEDIDOR

NUMERO	MARCA	ESTADO	PERIODO FACTURADO
16007459	ControlAg	Registra en buen Estado	01/04/2024 - 30/04/2024

DATOS DEL CONSUMO

LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (m³)	NOVEDAD DE LECTURA	FACTURAS VENCIDAS
1832	1813	19	1	0



ÚLTIMOS CONSUMOS M³ — PROMEDIO M³: 19 m3

DATOS DE LIQUIDACIÓN ACUEDUCTO

CONSUMO	M3 Cant.	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	% Subsidios y/o Contribución	Valor Subsidio	Valor Total Usuario
Cargo Fijo		3.421		-50	1.711	1.710
Consumo basico (0-13)	13	676	8.788		-4394	4394
Consumo complementario (14-26)	6	676	4.056		0	4056
Consumo suntuario (>27)	0	0	0		0	0
Tasa por uso de agua						
Subtotal acueducto		4.773	12.844			10.160

LA TASA AMBIENTAL POR USO: Contribuye a la preservación y protección de las fuentes de Agua (Art. 37 Res CRA 287 de 2004)

CONCEPTO DE ACUEDUCTO

Cargo fijo Acueducto	1.710
Consumo Acueducto	8.450
Subtotal Acueducto	

DATOS DE LIQUIDACIÓN ALCANTARILLADO

CONSUMO	M3 Cant.	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	% Subsidios y/o Contribución	Valor Subsidio	Valor Total Usuario
Cargo fijo	1819			-50	-910	909
Vert. basico (0-13)	13	354	4.602		-2301	2.301
Vert. complementario (14-26)	6	354	2.124		0	2.124
Vert suntuario (>27)	0	0	0		0	
Tasa por Uso de Agua						
Subtotal Alcantarillado		2.527	6.726			5.334

TASA AMBIENTAL RETRIBUTIVA: Contribuye a la descontaminación de las aguas residuales (ley 99 de 1993)
esta factura se han cobrado los valores por concepto de estas tasas con destino a las autoridades ambientales.

CONCEPTO DE ALCANTARILLADO

Cargo fijo Alcantarillado	909
Vertimiento Alcantarillado	4.425

DATOS DE LIQUIDACIÓN ASEO

CONSUMO		Tarifa	% Subsidios y/o Contribución	Valor Subsidio	Valor Total Usuario	Mes / Unidad Residencial	Mes / Unidad No Residencial
FR	0		-50		-11.053	11.053	
BL	583						
RT	9629						
TE	0						
OF	6491						
L	0						
	6491						
tal Tarifa	22.106		11.053		11.053		

CONCEPTO DE ASEO

Cargo fijo Aseo	11.053

DATOS DEL USUARIO DE ASEO

DENSIDAD	VOLUMEN	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN	FRECUENCIA BARRIDO	FRECUENCIA RECOLECCIÓN	FRECUENCIA PODA ARBOLES	FRECUENCIA CORTE CESPED

PARACIÓN DEL VALOR DEL SERVICIO DE ASEO FACTURADO DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES

OTROS CONCEPTOS

Deudas Anteriores	-
Intereses	-
Ajuste a la Unidades	-

CONCEPTOS A FINANCIAR

ONCEPTO A FINANCIAR	VALOR A FINANCIAR	NO. DE CUOTAS	VALOR CUOTA	CUOTAS PENDIENTES	NUEVO SALDO

De no realizar el pago oportuno del servicio de acueducto, después de esta fecha se procederá a la suspensión del servicio de acueducto

PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
13/05/2024	13/05/2024

MO PAGO: 24.487

TOTAL A PAGAR 26.547

resa de Servicios Públicos del
unicipio de La Plata - Huila
Nit. 813.002.781 - 2

emserpla e.s.p

Carrera 3 No. 2 - 04 Esquina
Celular: 318 466 5548 - Teléfono: 837 0029
www.emserpla.gov.co
facturacion@emserpla.gov.co
Código Postal: 415060

PERIODO FACTURADO 01/04/2024 - 30/04/2024

FACTURA No: 101286838
F. VENCIDAS: 0
No. Usuario : 1954
Ruta: 005-0330

BRE: ARCE ROJAS DARIO

Fecha Limite de Pago: 13/05/2024

TOTAL A PAGAR 26.547

(415)7709998110311(8020)101286838(3900)0000026547(96)20240513

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	1145832487
NOMBRES	MARIA LUCIA
APELLIDOS	ARCE RENGIFO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA PLATA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. -CM	SUBSIDIADO	24/04/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/19/2025 16:42:11	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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".

Mº

San Sebastián

CITAS DE CONTROL

DIA	MES	AÑO	HORA	PROFESIONAL
07	07	22	Enf.	María Alejandra Duque
12	10	22	Enf.	
23	Enero	2023	M.6	→ No. ASSA
10	Febrero	2023	M6	
28	Sept	2023	Enf	
18	Diciembre	2023	M.6	
09	Febrero	2024	M6	
30	Julio	2024	Enf	
21	Enero	2025	M6	
15	Enero	2026	Enf	

Tipo de identificación _____ No. ID: 1145832487

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 v
Recién nacido	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	16	12	2021	Lactancia materna exclusiva	Si ☐ No ☐					
	Hepatitis B	Recién nacido	16	12	2021	Serum	0370G110	ESE Hospital SAP				Morgan
						Serum	0320X017D	Hospital San Antonio Pasto.				Morgan
2 meses	Poliomielitis (VIP)					Lactancia materna exclusiva	Si ☐ No ☐					
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	16	02	2022	Biological BV	2113006A	ESE San Sebastian	17	4	2022	Mary Yi
	Hepatitis B	1ª	16	02	2022	Serum	2850X035B	ESE San Sebastian	29	4	2022	Mary Yi
	Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	16	02	2022	Serum						
	Diarrea por rotavirus	1ª	16	02	2022	Serum						
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	16	02	2022	Glaxo Smithkline	AR01C858AC	ESE San Sebastian	17	4	2022	Mary Y
			16	02	2022	Glaxo Smithkline	ASPNB315BA	ESE San Sebastian	17	4	2022	Mary Y
4 meses	Poliomielitis (VIP)					Lactancia materna exclusiva	Si ☐ No ☐					
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	18	04	2022	Bilthoven. Biological	2114006A	ESE San Sebastian	17	6	2022	Nelcy Y
	Hepatitis B	2ª	18	04	2022	Serum	2850Y038A	ESE San Sebastian	28	06	2022	Nelcy Y
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	18	04	2022	Serum						
	Diarrea por rotavirus	2ª	18	04	2022	Serum						
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	18	04	2022	Glaxo Smithkline	AR02C871AD.	ESE San Sebastian.	—	"	—	Nelcy Y
			18	04	2022	Glaxo Smithkline	ASPNB321CA	ESE San Sebastian	—	"	—	Nelcy Y
6 meses	Poliomielitis (VIP)					Lactancia materna exclusiva	Si ☐ No ☐					
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	23	06	2022	Bilthoven	2121004A	ESE San Sebastian	—	"	—	Nelcy Y
	Hepatitis B	3ª	23	06	2022	Serum	2851X007D	ESE San Sebastian	—	"	—	Nelcy Y
	Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	23	06	2022	Serum						
	Influenza estacional	1ª	23	06	2022	Serum						
7 meses	Influenza estacional	2ª	25	07	2022	Green Cross	V50523004	ESE San Sebastian				Ramiro
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	19	01	2023	Serum	V50222006	ESE San Sebastian				Ramiro
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo					0131N085A					Joquin
			19	01	2023	PFIZER						Ramiro
	Varicela	1ª	19	01	2023	Merck	FN9925	ESE San Sebastian	—	"	—	Ramiro
	Hepatitis A	Única	19	01	2023	Sinovac	W025088	ESE San Sebastian	—	"	—	Ramiro
	*Influenza estacional	Anual					20220005	ESE San Sebastian	—	"	—	Ramiro
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	28	06	2023	Bilthoven.	2207005A	ESE San Sebastian	24	12	2024	Ramiro
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo										
			28	06	2023	Fabricante:	2851X040D	ESE San Sebastian				Ramiro
	**Fiebre Amarilla	Única	28	06	2023	Serofier Park	V3N211V.	ESE San Sebastian	—	"	—	Ramiro
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	28	06	2023	Serum	0131N082A	ESE San Sebastian				Ramiro
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª										
		2ª										
		3ª										
Sin rango de edad	Covid-19	1ª										
		2ª										
		1er Refuerzo										
		2do Refuerzo										
Vacunas complementarias y otras dosis												

De acuerdo al antecedente de primovacunación ****A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente**

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 alimen

FAVOR NO COLOCAR SELLOS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS

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

San Sebastián	E.S.E. SAN SEBASTIAN	CÓDIGO	APOYO
	LA PLATA HUILA	VERSION	01-003
	NIT. 813.002.872-4	APROBACIÓN	2016

CARNET
PREVENCIÓN SALUD BUCAL



Nombres y Apellidos: Hana Lucia Arce R.
No. De Documento: 1145832487 Tipo de Doc.: RC
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: 1
EPS: Coomeva
Dirección o Vereda: El Altico
Teléfono: _____

PROCEDIMIENTO	Fecha de Atención D	M	A	Próxima Cita D	M	A
Control placa. Fluor Barn.	02	05	23	3	11	023
Control placa. Fluor B.	24	11	2023	24	05	2024
Control placa + fluor B.	24	05	2024	24	11	2024
Control Placa + Fluor B.	26	11	2024	24	05	2025
Control	23	05	25	23	11	25.

AVOR NO COLOCAR SELLOS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS

	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 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) MARIA LUCIA ARCE RENGIFO con RC No 1145832487

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/ñas**
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/ñas**
3) **Cumplir el horario de atención establecido en la UDS**
4) **Verificar y dejar constancia en qué circunstancias ingresa y se retira a mi hijo(a) de la UDS.**
5) **Entregar los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de mi hijo(a) Estos documentos son:**

1. **Certificado de afiliación a salud.**
2. **Fotocopia del registro civil del niño.**
3. **Fotocopia del carné de vacunas actualizado**
4. **Fotocopia del carné de crecimiento y desarrollo actualizado**
5. **Certificación de SISBÉN.**

NOTA: En caso de no contar con alguno de los documentos mencionados, informar en la UDS para activar la Ruta Interinstitucional que contribuya a garantizar una atención integral para mi hijo(a).

6) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) asista al servicio médico y demás actividades de promoción y prevención para lograr el mejor estado posible de salud.
7) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) transite al Sistema de Educación Escolar, una vez haya cumplido los cinco (5) años.
8) Informar y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de mi hijo(a), adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si se cuenta con ellos).
9) Elegir o ser elegido en el comité de control social que se convoquen con el fin de velar por una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por el ICBF para la Modalidad Comunitaria

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el día 03 del mes de febrero del año 2025 en el Municipio de La Plata Huila

Reina Dalila Rengifo
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

MADRE COMUNITARIA

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad La Plata

Nombre completo de la niña o niño Maria Lucia Arce Renqifo

Fecha de nacimiento 16 - 12 - 20[illegible] **N° Documento de Identidad** 1116832487

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Acenett Ramirez Ramirez

Fecha de registro cualitativo 11 - 04 - 2025

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

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

Observaciones generales : se observo. su responsabilidad en las experiencias pedagogicas es activa, desarrolla sus habilidads motrices- fina y grueso- su vocabulario es claro, demuestra su autonomia. en diferentes actividads. Personales- se encuentra en perfil esperado

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Acenett Ramirez Ramirez

Fecha de registro cualitativo 01 - 08 - 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
Es una niño muy activa. es respetuosa con sus compañeros habla con floidez. y demuestra los valores. y autonomia se encuentra en perfil esperado

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Acenett Ramirez Ramirez

Fecha de resgistro cualitativo 27 - 10 - 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 dia a 5 años, 11 meses y 29 dias ○

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

Observaciones generales : Desarrra sus habilidads - de destrezas motoras- es autonoma y responsable - su vocabulario es fluido. comparte con sus compañeros. esta en perfil esperado

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

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

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 e
María Lucia Arce Rengifo, identificado (a) con documento de ident
número 1105832487, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de d
personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamen
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	X

Autorización - Uso imagen del titular:
Yo, Reina Dalila Rengifo, quien suscribe el presente documento, identificado (a)
documento de identidad número 36382805, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes s
protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expre
inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para cap
divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de
   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
   cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los n
   niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros produ
   servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyect
   encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, en el respeto de sus dere
   fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recole
y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publ
en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la informa
especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supr
del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electró
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
alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por con
de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, nat
jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por la **FUNDACIÓN GRUPO LIBERTAD**, en representación del ICBF,
es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o prog
Modalidad **HCB Comunitaria**

Suscriben:

Firma: Reina Dalila Rengifo
Nombre: Reina Dalila Rengifo
Calidad - Titular: menor Representante legal: menor
Teléfono de contacto: 314 403 20 52
Fecha: 01-02-25
Municipio: La Plata

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD NIT. 900027451-0	CÓDIGO: AG-DP-001	
	FORMATO DE AUTORIZACION ENTREGA Y RECOGIDA	Versión: 2	Pág. 1 - 1

_____, _____

Señores
UDS. LOS ANGELITOS
La ciudad

ASUNTO: AUTORIZACION PARA LA ENTREGA Y RECOGIDA DE MI HIJO

Cordial saludo,

Yo, Reina Dalila Rengifo como madre de familia, identificada con la cédula de ciudadanía número 36.382.805. y _____ como padre de familia, identificado con la cédula de ciudadanía número _____; **AUTORIZO** a las siguientes personas:

Dario Arce c.c. 12275760
Maria Camila Arce C.c. 1081892558
_____ C.c. _____

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) Maria Luna Arce de la profesora Aracelli Ramirez Ramos.

Se entrega copia de las cedulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

Reina Dalila Rengifo

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **12.275.766**

ARCE ROJAS

APELLIDOS

DARIO

NOMBRES

Dario Arce Rojas

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-ENE-1973**

LA PLATA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

12-FEB-1991 LA PLATA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1904900-00130585-M-0012275766-20081122 0006663946A 2 7100004593