

DOMINIC GUTIERREZ

Powered by CamScanner

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

HCB Los Patquitos

USAURIO: Dominic Gutierrez Parra ***RC No.*** _____

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	√		
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	√		
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año			
Formato autorización toma de fotos y vídeos	Formalización del cupo	Una sola vez	√		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya ingresos nuevos	√		

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 2437698

NUIP 1.081.427.797

Tipo de certificado	Datos Esenciales	Acreditar Parentesco
		X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos: GUTIERREZ PARRA DOMINIC

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	2	Mes	D	I	C	Día	0	9	MASCULINO	O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA HUILA LA PLATA

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	2	Mes	D	I	C	Día	2	7	0060374239

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos: GUTIERREZ PARRA LAURA CAMILA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.081.422.511	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos: GUTIERREZ PARRA LAURA CAMILA

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.081.422.511

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

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

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras): Año 2022 Mes DIC Día 27

Nombre y firma del funcionario

NAIR ADRIANA MENDEZ PIZO

Registrador del Estado Civil

Adhesivo Copia Registro Civil 33402925-5

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.081.422.511

GUTIERREZ PARRA

APELLIDOS

LAURA CAMILA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-FEB-1999

SOLANO
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.49
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

11-JUL-2017 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-1904900-01290605-F-1081422511-20220414 0078795707A 2 8504113309

Powered by CamScanner

Registro válido

Fecha de consulta: **28/10/2025**

Ficha: **41396001530000005490**

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **DOMINIC**

Apellidos: **GUTIERREZ PARRA**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1081427797**

Municipio: **La Plata**

Departamento: **Huila**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **29/03/2022**

Última actualización ciudadano: **23/04/2024**

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**

Powered by CamScanner

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT. 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota
PAGO DE FACTURAS

Aloo recaudo EMSERPLA ESP RECAUDO
CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

[illegible] 151A

NUMERO DE APROBACION 793677
FECHA 13/01/2025 10:58:15
No. 377633
COD TRANSACCION 1126847630
Valor $38.931,00

CORRESPONSAL BANCARIO PAGO BANCO DE OCCIDENTE. LA RECEPCION DE ESTE TIQUETE NO IMPLICA SU APROBACION, CERTIFICANDO LA VERACIDAD DEL PAGO LIQUIDADO. ESTE ES EL COMPROBANTE OFICIAL DE PAGO LIQUIDADO. PARA CUALQUIER RECLAMO DEBE PRESENTARSE DENTRO DE LOS 5 DIAS HABILES SIGUIENTES A LA FECHA DE PAGO EFECTUADO, EN EL PUNTO DE ATENCION EN DONDE SE REALIZO EL PAGO. PASADO ESTE TIEMPO NO SE ACEPTARA NINGUNA RECLAMACION. LA FECHA PARA TIPO DE PAGO CHEQUE, CONSIGNACION CON LA INFORMACION DEL PAGO EFECTUADO, EN EL PUNTO DE ATENCION EN DONDE SE REALIZO EL PAGO. PARA CUALQUIER RECLAMO DEBE PRESENTARSE DENTRO DE LOS 5 DIAS HABILES SIGUIENTES A LA FECHA DE

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	1081427797
NOMBRES	DOMINIC
APELLIDOS	GUTIERREZ PARRA
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	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	24/04/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/28/2025 19:50:42	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

Powered by CamScanner

IAMI

San Sebastián
LA PLATA RIOJA

CITAS DE CONTROL

DIA	MES	AÑO	HORA	PROFESIONAL
27	03	2023	Enf	
11	07	2023	Enf	
11	10	2023		
20	03	2024	Medico	Karen S.
20	septiembre	2024	Jefe	Wilberto Bánquez López ENFERMERO JEFE IP TS220
16	Octubre	2024	Pediatra	
17	febrero	2025	Pediatra	A.C.R.L
15	Junio	2025	Enfermería.	
12	Enero	2026	Hab G.	

Powered by CamScanner



IAMI

San Sebastián

FORMULARIO DE REGISTRO

FECHA	EDAD	PESO	TALLA	PC	PT	OBSERVACIÓN
~~27-3-23~~	~~3m~~	~~7kg~~	61.2c	40		
11-07-23	7m	8.3kg	67.7c	42	45	Adecuado P-T
20/3/24	15	10.2	72.2	46	48	sano.
16-12-24	22m	10.5	84cm	49.5	PB: 14cm, mc: 14,8 cm	
27-2-25	26 m	13 kg	89 cm	47		P x T Adecuado
08-07-25	2 Años	13kg	90 cm	49	16	Adecuado

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Dominic Gutierrez Parra Tipo identificación: 1081427797 No. ID:

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única										
	Hepatitis B	Recién nacido	09	12	022	SERUM	037CG078BC	HDSAP				JULIANA
2 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	7	3	023	BILTHOVEN	2206072	ESE SAN SEBASTIAN VACUNACIÓN LA PLATA	7	5	023	Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	7	3	023	SERUM	2857X04OC		7	5	023	Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	7	3	023	SERUM	2857X04OC		7	5	023	Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	7	3	023	SERUM	2857X04OC		7	5	023	Ramiro Lemus
	Diarrea por rotavirus	1.ª	7	3	023	GSK	ARLOD0971AA		7	5	023	Ramiro Lemus
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	7	3	023	PREVENAR	FSSS25		7	5	023	Ramiro Lemus
4 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	11	7	023	BILTHOVEN	2207005	ESE SAN SEBASTIAN VACUNACIÓN LA PLATA	11	9	023	
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	11	7	023	SERUM	2857Y03JA		11	9	023	
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	11	7	023	SERUM	2857Y03JA		11	9	023	
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	11	7	023	SERUM	2857Y03JA		11	9	023	
	Diarrea por rotavirus	2.ª	11	7	023	GSK	ARLOD0973AA		11	9	023	
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	11	7	023	PREVENAR	FSSS25		11	9	023	
6 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	12	01	24	BILT	2230401					Mayeline Muñoz Auxiliar Enfermería Reg. No: 837
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	12	01	24	SERUM	2857X00BB	6to MET				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	12	01	24	SERUM	2857X00BB					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	12	01	24	SERUM	2857X00BB					
	Influenza estacional	1.ª	11	7	023	GREEN CROSS	VSU5230OL	ESE SAN SEBASTIAN	11	8	023	
7 meses	Influenza estacional	2.ª	11	8	023	GREEN CROSS	VSU5230OL	ESE SAN SEBASTIAN				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	12	01	24	SERUM	0152N001A					Mayeline Muñoz Auxiliar Enfermería Reg. No: 837
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	12	01	24	GLAXO	FA2QA1SA					
	Varicela	2.ª	12	01	24	VARIVAX	0003GLA4	6to MET				
	Hepatitis A	Única	12	01	24	MSD	0033L676					
	Influenza estacional	Anual		16 OCT.	2024	Butantan	2402C9760	ESE SAN SEBASTIAN				RAMIRO LEMUS
18 meses	Poliomielitis (VIP ☒ VOPb ☐)	1.er refuerzo		16 OCT.	2024	Bilthoven	2308C10	ESE SAN SEBASTIAN				RAMIRO LEMUS
	Difteria, tosferina y tétano (DPT) Pentavalente	1.er refuerzo		16 OCT.	2024	Serum Instituto	2857Y13C	ESE SAN SEBASTIAN				RAMIRO LEMUS
	Fiebre amarilla	Única		16 OCT.	2024	Sanofi Pasteur	X3A88IV	ESE SAN SEBASTIAN	5 años			RAMIRO LEMUS
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª		16 OCT.	2024	Serum Instituto	0153N00OA	ESE SAN SEBASTIAN				RAMIRO LEMUS
	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												

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 nutritivos.

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			
San Sebastián	LA PLATA HUILA NIT. 813.002.872-4	VERSION APROBACIÓN	01-009 2016

CARNET
PREVENCIÓN SALUD BUCAL



Nombres y Apellidos: Dominic Gutierrez.
No. De Documento: 1081427797 Tipo de Doc.: RC
Fecha de Nacimiento: 9-12-2022 Edad: 1
EPS: Nueva EPS
Dirección o Vereda: B1 Jorge eduardo
Teléfono:

PROCEDIMIENTO	Fecha de Atención			Próxima Cita		
	D	M	A	D	M	A
Control placa 110015	22	03	2024	22	09	2024
Control placa 110015	16	10	24	16	04	25
	13	05	025	13	011	025

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Plata

Nombre completo de la niña o niño Dominic Gutierrez

Fecha de nacimiento 9 12 22 Año **N° Documento de Identidad** 1081427797

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 3 02 25

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Sandra Ramos

Fecha de registro cualitativo 21 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

El niño disfruta jugando armando fichas. le gusta saltar y correr.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Sandra Ramos

Fecha de registro cualitativo 23 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

Expresa sus emociones, gustos e ideas con su lenguaje claro.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Sandra Ramos

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

Es un niño que muestra sus emociones de alegria, tristeza de manera apropiada.

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

Powered by CamScanner

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	①	①																																	
	②	②	②	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑧	⑧	⑧	⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑭	⑭	⑭	⑯	⑯	⑯	㉓	㉓	㉓	㉔	㉔	㉔	㉕	㉕	㉕	㉙	㉙	㉙
	③	③	③	⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦	⑨	⑨	⑨				⑬	⑬	⑬	⑮	⑮	⑮	⑱	⑱	⑱	㉒	㉒	㉒									
6 meses y 1 día a 12 meses	①	①	①	③	③	③	⑤	⑤	⑤				⑪	⑪	⑪	⑮	⑮	⑮	⑲	⑲	⑲															
	②	②	②	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑫	⑫	⑫	⑯	⑯	⑯	⑳	⑳	⑳	㉒	㉒	㉒	㉗	㉗	㉗	㉚	㉚	㉚	㉛	㉛	㉛	㉜	㉜	㉜
							⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩	⑬	⑬	⑬	⑰	⑰	⑰																			
							⑧	⑧	⑧				⑭	⑭	⑭	⑱	⑱	⑱																			
1 año y 1 día a 2 años	①	①	①	③	③	③	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑪	⑪	⑪	⑮	⑮	⑮	⑲	⑲	⑲															
	②	②	②	④	④	④	⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑯	⑯	⑯	⑳	⑳	⑳	㉒	㉒	㉒	㉗	㉗	㉗	㉚	㉚	㉚	㉛	㉛	㉛	㉜	㉜	㉜
				⑤	⑤	⑤	⑧	⑧	⑧				⑬	⑬	⑬	⑰	⑰	⑰																			
													⑭	⑭	⑭	⑱	⑱	⑱																			
2 años y 1 día a 3 años	①	①	①	③	③	③	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑪	⑪	⑪	⑮	⑮	⑮	⑲	⑲	⑲															
	②	②	②	④	④	④	⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑯	⑯	⑯	⑳	⑳	⑳	㉒	㉒	㉒	㉗	㉗	㉗	㉚	㉚	㉚	㉛	㉛	㉛	㉜	㉜	㉜
				⑤	⑤	⑤	⑧	⑧	⑧				⑬	⑬	⑬	⑰	⑰	⑰																			
													⑭	⑭	⑭	⑱	⑱	⑱																			
3 años y 1 día a 4 años	①	①	①	③	③	③	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑪	⑪	⑪	⑮	⑮	⑮	⑲	⑲	⑲															
	②	②	②	④	④	④	⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑯	⑯	⑯	⑳	⑳	⑳	㉒	㉒	㉒	㉗	㉗	㉗	㉚	㉚	㉚	㉛	㉛	㉛	㉜	㉜	㉜
	③	③	③	⑤	⑤	⑤	⑧	⑧	⑧				⑬	⑬	⑬	⑰	⑰	⑰																			
	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨				⑭	⑭	⑭	⑱	⑱	⑱																			
	⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩																											
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	①	①	①	③	③	③	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑪	⑪	⑪	⑮	⑮	⑮	⑲	⑲	⑲															
	②	②	②	④	④	④	⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑯	⑯	⑯	⑳	⑳	⑳	㉒	㉒	㉒	㉗	㉗	㉗	㉚	㉚	㉚	㉛	㉛	㉛	㉜	㉜	㉜
	③	③	③	⑤	⑤	⑤	⑧	⑧	⑧				⑬	⑬	⑬	⑰	⑰	⑰																			
	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨				⑭	⑭	⑭	⑱	⑱	⑱																			
	⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩																											

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

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 Patojitos, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio 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): Dominic Gutierrez con RC No 1081427797 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 3 del mes Febrero del año 2025, en el Municipio de la Plata.

Laura Gutierrez
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Sandra Milena Ramos
MADRE COMUNITARIA

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 Dominic Gutierrez Parra, identificado (a) con documento de identidad número 1081427797 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, Laura Camila Gutierrez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1081422511, 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: Laura Gutierrez
Nombre: Laura Camila Gutierrez
Calidad - Titular: mamá Representante legal: mamá
Teléfono de contacto: 313 8136193
Fecha: 3-02-2025
Municipio: La Plata

Powered by CamScanner