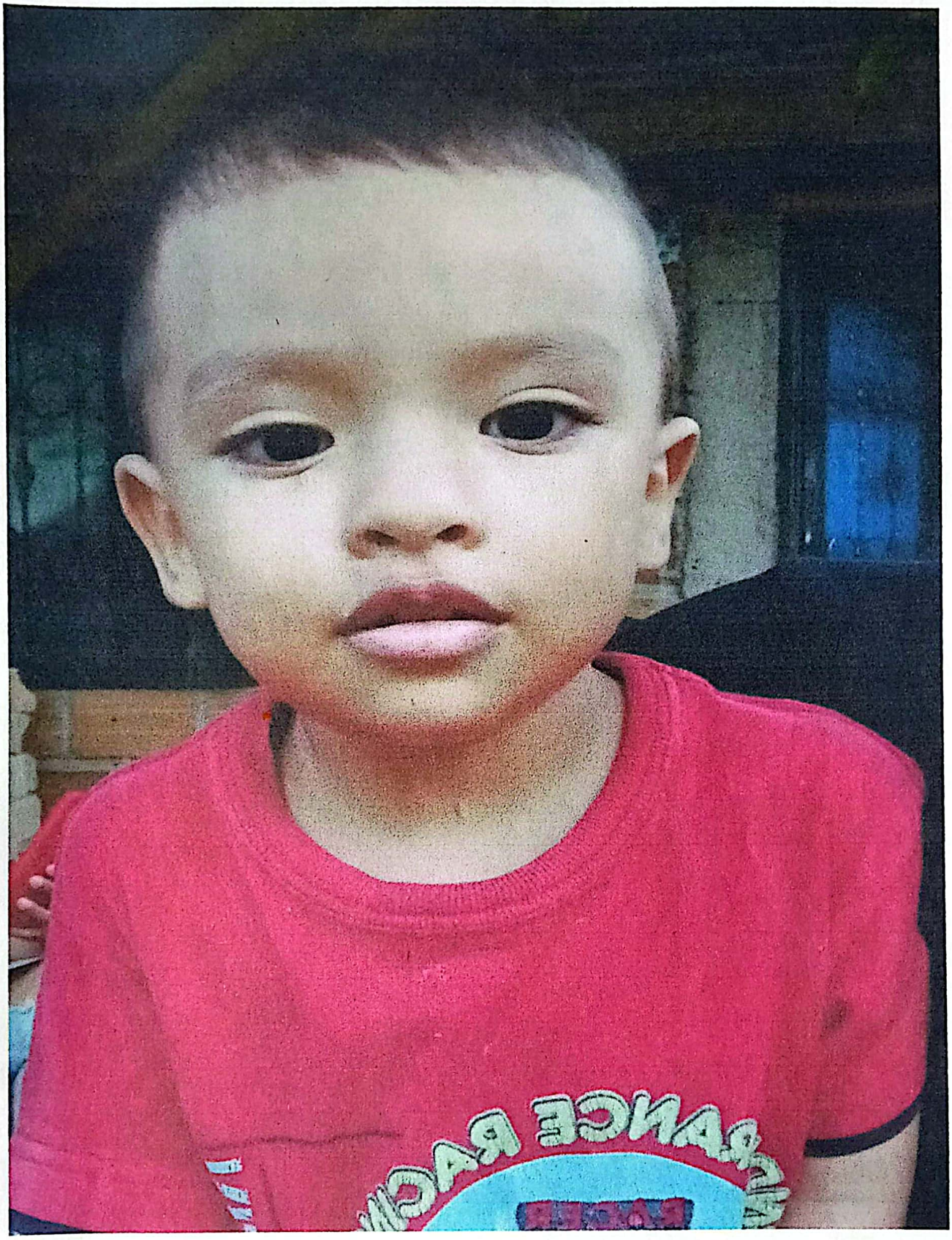


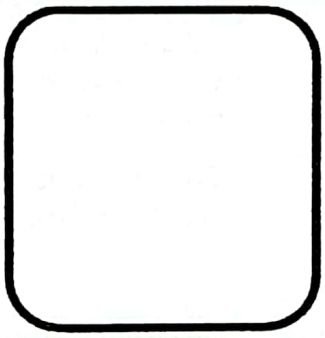
ALAN DAVID GOMEZ RAMOS

Powered by CamScanner

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

HCB Los Datojitos

USAURIO: Alan David Gomez **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 videos	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya ingresos nuevos	✓		

Powered by CamScanner

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 27599220-6

NUIP 1.145.932.078

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58868205

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código B X E

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

REGISTRADURIA DE EBEJICO - COLOMBIA - ANTIOQUIA - EBEJICO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GOMEZ	RAMOS

Nombre(s): ALAN DAVID

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes NOV Día 06	MASCULINO	A	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
PRESENTACION PERSONAL Y FIRMA DEL FOLIO	

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: RAMOS SALAZAR MAYDY DAYANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.081.414.261	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: GOMEZ GUISAO SANTIAGO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.216.726.426	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GOMEZ GUISAO SANTIAGO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.216.726.426	Santiago Gomez

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 FEB Día 23	DARIO ANTONIO VELASQUEZ ORTIZ - R Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 13/11/2025

Ficha: 41396029510900000356

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ALAN DAVID

Apellidos: GOMEZ RAMOS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1145832078

Municipio: La Plata

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/07/2019

Última actualización ciudadano: 25/09/2025

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.081.414.261
RAMOS SALAZAR
APELLIDOS
MAYDY DAYANA
NOMBRES

Maidy Dayana Ramos
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-DIC-1993
PAEZ (BELALCAZAR)
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-JUL-2012 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1904900-01316540-F-1081414261-20220914 0085248634A 5 8505071328

Powered by CamScanner

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 10041 **FACTURA No.** 163864063

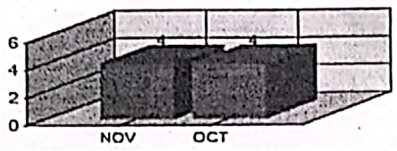
NOMBRE: MAYDY DAYANA RAMOS SALAZAR
DIRECCIÓN: CLL 11B # 13-39
No. PREDIAL:
BARRIO: COLINAS DEL EDEN RUTA: 013-3819
TIPO DE USUARIO:
CLASE DE USUARIO:
ESTRATO: 2 CICLO: 1
CONTRATO No. FECHA DE EXPEDICIÓN: 09/01/2025

DATOS DEL MEDIDOR

NUMERO	MARCA	ESTADO	PERIODO FACTURADO
24023417	UA	Estado	01/12/2024 31/12/2024

DATOS DEL CONSUMO

LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (m³)	NOVEDAD DE LECTURA	FACTURAS VENCIDAS
12	8	4	1	0



ULTIMOS CONSUMOS M³	PROMEDIO M³
	4 m3

DATOS DE LIQUIDACIÓN ACUEDUCTO

CONSUMO	MD Cant.	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	% Subsidios y/o Contribución	Valor Subsidio	Valor Total Usuario
Cargo fijo		3.421		-20	-684	2.737
Consumo basico (0-13)	4	676	2.704		-541	2163
Consumo complementario (14-26)	0	0	0	0	0	0
Consumo suntuario (>27)	0	0	0	0	0	0
Tasa por uso de agua						
Subtotal acueducto		4.097	2.704			4.900

CONCEPTO DE ACUEDUCTO

Cargo fijo Acueducto	2.737
Consumo Acueducto	2.163
Subtotal Acueducto	

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

DATOS DE LIQUIDACIÓN ALCANTARILLADO

CONSUMO	MD Cant.	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	% Subsidios y/o Contribución	Valor Subsidio	Valor Total Usuario
Cargo fijo	1819			-20	-364	1.455
Vert. basico (0-13)	4	354	1.416		-283	1.133
Vert. complementario (14-26)	0	0	0	0	0	0
Vert suntuario (>27)	0	0	0	0	0	
Tasa por uso de Agua						
Subtotal Alcantarillado		2.173	1.416			2.588

CONCEPTO DE ALCANTARILLADO

Cargo fijo Alcantarillado	1.455
Vertimiento Alcantarillado	1.133

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

DATOS DE LIQUIDACIÓN ASEO — Mes / Unidad

CONSUMO		Tarifa	% Subsidios y/o Contribución	Valor Subsidio	Valor Total Usuario	Residencial	No Residencial
TFR	0		-20		-4.423	17.691	
TBL	583						
TRT	9633						
TTE	0						
TDF	6494						
TTL	0						
TA	6494						
Total Tarifa	22.114			-4.423	17.691		

CONCEPTO DE ASEO

Cargo fijo Aseo	17.691

DATOS DEL USUARIO DE ASEO

DENSIDAD	VOLUMEN	PORCENTAJE DE PARTICIPACION	FRECUENCIA BARRIDO	FRECUENCIA RECOLECCION	FRECUENCIA PODA ARBOLES	FRECUENCIA CORTE CESPED

COMPARACION DEL VALOR DEL SERVICIO DE ASEO FACTURADO DE LOS ULTIMOS 6 MESES

OTROS CONCEPTOS

Deudas Anteriores	-
Intereses	-
Ajuste a la	-

CONCEPTOS A FINANCIAR

CONCEPTO 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
15/01/2025	15/01/2025

ULTIMO PAGO:

TOTAL A PAGAR 25.179

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

PERIODO FACTURADO 01/12/2024 31/12/2024

FACTURA No: 163864063
F. VENCIDAS: 0
No. Usuario : 10041
Ruta: 013-3819

NOMBRE: MAYDY DAYANA RAMOS SALAZAR
Fecha Limite de Pago: 15/01/2025

TOTAL A PAGAR
25.179

(415)7709998110311(8020)163864063(3900)0000025179(96)20250115

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	1145832078
NOMBRES	ALAN DAVID
APELLIDOS	GOMEZ RAMOS
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. -CM	CONTRIBUTIVO	01/02/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/13/2025 17:36:08	**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

CITAS DE CONTROL

DIA	MES	AÑO	HORA	PROFESIONAL
09	Diciembre	2021	11 hrs	
13	Julio	2022	Enf	
15	Noviembre	2022	Medico	
16	Mayo	2023	Enf	
26	Noviembre	2023	Nut	Wilberto Sanchez López
26	Noviembre	2024	Pete	T.P. 15249
10	Noviembre	2025	PT x Med.	

Powered by CamScanner

IAMI

San Sebastián

FORMULARIO DE REGISTRO

FECHA	EDAD	PESO	TALLA	PC	PT	OBSERVACIÓN
09/12/21	13 m	10,4	77	47		Sano
13-05-22	19m	12.3	834	47	48	R. Sobrepeso
15/11/22	24m	12.9	87	49	80	P y T Adecuado
16/05/23	30 m	14,2	93 cm	50	57	Normal P y T
16/11/23	3 años	15	96.6	50		Sano
25-11-24	4 años	17 kg	107 cm	51 cm	80	Sano IMC: 14,8 Sobrepeso

Powered by CamScanner

Nombre: ALAN DAVID RAMOS SALAZAR

Registro Civil: 1145832078

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva SÍ☒ No☐							
	Tuberculosis B.C.G.	Única	9 NOV 20	Serum	0379002S	HOSP		Nini Vega Jefe Cuna
	Hepatitis B	Recién nacido	8 NOV 20	Serum	0329901213	HOSP	8 01 21	
2 Meses	Lactancia materna exclusiva SÍ☐ No☐							
	Polio (Oral - IM)	1ª	13 ENE 2021	SANOFI	T31285110	ESE SAN SEBASTIAN	10 MAR 2021	María Yicela Salazar
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	13 ENE 2021	SERUM	2850X008C	ESE SAN SEBASTIAN	10 MAR 2021	María Yicela Salazar
	Rotavirus	1ª	13 ENE 2021	GLAXO SM	AROLC785AA	ESE SAN SEBASTIAN	10 MAR 2021	María Yicela Salazar
	Neumococo	1ª	13 ENE 2021	GLAXO SM	ASPIYB288AB	ESE SAN SEBASTIAN	10 MAR 2021	María Yicela Salazar
4 Meses	Lactancia materna exclusiva SÍ☐ No☐							
	Polio (Oral - IM)	2ª	25 3 2021	SANOFI P.	T3V897V		25 5 021	Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	25 3 2021	SERUM	2850X008C		25 5 021	Ramiro Lemus
	Rotavirus	2ª	25 3 2021	GLAXOSM	AROLC785AA		— — —	Ramiro Lemus
	Neumococo	2ª	25 3 2021	GLAXO SM	AIPYB288AB		8 7 021	Ramiro Lemus
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	25 MAY 2021	SANOF	T3085110	ESE SAN SEBASTIAN		María Yicela Salazar
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	25 MAY 2021	SERUM	2850Y013D	ESE SAN SEBASTIAN		María Yicela Salazar
	Influenza	1ª	13 JUL 2021	SANOFI	V3B871V	ESE SAN SEBASTIAN	13 AGO 2021	María Yicela Salazar
7 Meses	Influenza	2ª	25-08-2021	Sanofi P.	U3C13	ESE San Sebastian	8 11 2021	Fabiola Rodriguez Soto
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	25-7-2021	SANOFI	U3DM211A	ESE SAN SEBASTIAN	25 5 022	Auxiliar de Enfermería C.C. 36.382.948
	Fiebre Amarilla	1ª	1-06-21	BIO MANGUINHO	L21VF0015Z			
	Neumococo	Refuerzo	25-7-2021	GLAXOSM	AIONB211BA	ESE SAN SEBASTIAN	— — —	Ramiro Lemus
	Influenza	Anual	1-06-21	SANOFI	V50222006	ESE SAN SEBASTIAN		Nelcy Yaneth Ramos Vidal
	Hepatitis A	ÚNICA	25-7-2021	MSD	L00J725	ESE SAN SEBASTIAN	— — —	Ramiro Lemus
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	1-06-21	SERUM	1800P018	ESE SAN SEBASTIAN	6 11 2025	Nelcy Yaneth Ramos Vidal
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	1-06-21	SERUM	2821Q017P	ESE SAN SEBASTIAN	6 11 2025	Nelcy Yaneth Ramos Vidal
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo						
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	VARICELA	1	25-7-2021	MERCK	U20172Z	ESE SAN SEBASTIAN		Ramiro Lemus

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

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

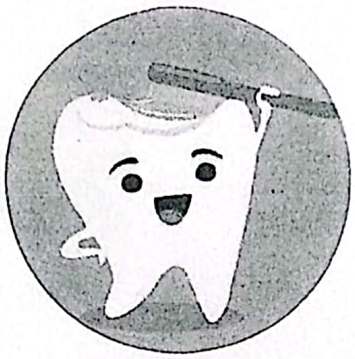
Gestión con Resultados

E.S.E San Sebastián
Siempre adelante en servicios

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

CARNET

PREVENCIÓN SALUD BUCAL



Nombres y Apellidos: Alan David Gomez.
No. De Documento: 1145832078 Tipo de Doc.: Rc
Fecha de Nacimiento: 8-11-2020 Edad: 1
EPS: A.I.C.
Dirección o Vereda: B/ Diego de Ospina.
Teléfono:

PROCEDIMIENTO	Fecha de Atención D	M	A	Próxima Cita D	M	A
CPOB + Barniz.	27	11	021	27	05	022
Control placa + Barniz.	13	06	022	13	12	022
Control placa + Barniz	14	12	22	15	06	023
	14	06	23	14	12	23
Control placa. Barniz.	10	01	2024	10	07	2024
	10	07	24	10	01	25
Control Placa. Fluor Barniz	19	02	2025	19	08	2025
	22	08	25	22	02	26

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:

"Articulo 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): Alan David Gomez con RC No 1045832078 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.

Haidy dayana Ramos Salazar
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Sandra Milena Ramos
MADRE COMUNITARIA

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 Alan David Gomez

Fecha de nacimiento 8 11 20 N° Documento de Identidad 1145832078

Sexo Masculino ● Femenino ○ Fecha de 1er día de atención en el año 3 02 2025

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

Es un niño que comprende lo que se le explica y es muy respetuoso con sus amigutos

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

Segundo Registro Cualitativo Sandra Ramo

Nombre del observador

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

Participa en actividades grupales de manera activa.

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 cumple con normas establecida en el aula, le gusta mucho hablar con sus amigos

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
0 a 6 meses	①	①	①	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑧	⑧	⑧	⑩	⑩	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑲	⑳	㉑	㉓	㉓	㉓	㉔	㉔	㉔	㉕	㉕	㉕
	②	②	②	⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦	⑨	⑨	⑨																					
	③	③	③																														
6 meses y 1 día a 12 meses	①	①	①	③	③	③	⑤	⑤	⑤	⑧	⑧	⑧	⑪	⑪	⑪	⑪	⑫	⑬	⑮	⑯	⑰	㉓	㉔	㉕	㉗	㉗	㉗	㉙	㉙	㉙	㉛	㉛	㉛
	②	②	②	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑫	⑫	⑫	⑭	⑮	⑯	⑱	⑲	⑳	㉖	㉗	㉘	㉚	㉚	㉚	㉜	㉜	㉜	㉝	㉝	㉝
							⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩	⑬	⑬	⑬	⑰	⑱	⑲	㉑	㉒	㉓													
							⑧	⑧	⑧				⑭	⑭	⑭																			
1 año y 1 día a 2 años	①	①	①	③	③	③	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑪	⑪	⑪	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱	㉑	㉒	㉓	㉕	㉕	㉕	㉗	㉗	㉗	㉙	㉙	㉙
	②	②	②	④	④	④	⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑭	⑮	⑯	⑱	⑲	⑳	㉖	㉗	㉘	㉚	㉚	㉚	㉜	㉜	㉜	㉝	㉝	㉝
				⑤	⑤	⑤	⑧	⑧	⑧				⑬	⑬	⑬	⑰	⑱	⑲	㉑	㉒	㉓													
2 años y 1 día a 3 años	①	①	①	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑩	⑩	⑩	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱	㉑	㉒	㉓	㉕	㉕	㉕	㉗	㉗	㉗	㉙	㉙	㉙
	②	②	②	⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦	⑨	⑨	⑨	⑪	⑪	⑪	⑭	⑮	⑯	⑱	⑲	⑳	㉖	㉗	㉘	㉚	㉚	㉚	㉜	㉜	㉜	㉝	㉝	㉝
	③	③	③				⑧	⑧	⑧				⑫	⑫	⑫	⑮			⑲	⑳	㉑													
3 años y 1 día a 4 años	①	①	①	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑫	⑫	⑫	⑬	⑬	⑬	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑	㉖	㉗	㉘	㉚	㉚	㉚	㉜	㉜	㉜	㉞	㉞	㉞
	②	②	②	⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩				⑭	⑭	⑭	⑰	⑱	⑲	㉑	㉒	㉓													
	③	③	③	⑧	⑧	⑧	⑪	⑪	⑪				⑮	⑮	⑮																			
	④	④	④										⑯	⑯	⑯																			
	⑤	⑤	⑤																															
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	①	①	①	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑫	⑫	⑫	⑬	⑬	⑬	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑	㉖	㉗	㉘	㉚	㉚	㉚	㉜	㉜	㉜	㉞	㉞	㉞
	②	②	②	⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩				⑭	⑭	⑭	⑰	⑱	⑲	㉑	㉒	㉓													
	③	③	③	⑧	⑧	⑧	⑪	⑪	⑪				⑮	⑮	⑮																			
	④	④	④										⑯	⑯	⑯																			
	⑤	⑤	⑤																															

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

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 Alan David Gomez Ramos, identificado (a) con documento de identidad número 1453207 8, 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, Maidy Dayana Ramos, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1081414281, 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: Maidy dayana Ramos Salazar
Nombre: Maidy dayana ramos
Calidad - Titular: mamá Representante legal: mamá
Teléfono de contacto: 3208473851
Fecha: 3-02-2025
Municipio: La Plata

Powered by CamScanner