

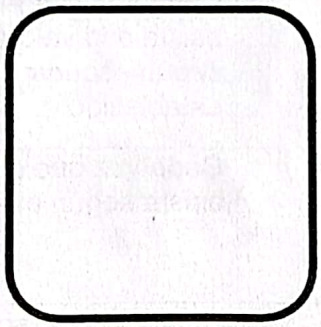
Sara Valentina Embus Sierra

Powered by CamScanner

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

HCB Los Patojitos

USAURIO: Sara Valentina Embus **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 [illegible]alización 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		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	√		

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

59573924

NUIP 1145832420

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59573924

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
EMBUS	SIERRA

Nombre(s)

SARA VALENTINA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes SEP Día 22	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	168030257

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

SIERRA IRIARTE LEVIS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1005469882	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

EMBUS PIÑACUE IVAN LEONARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1033750076	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

EMBUS PIÑACUE IVAN LEONARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1033750076	

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 SEP Día 22	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 174;22/09/2021

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.005.469.882
SIERRA IRIARTE

APELLIDOS
LEVIS

NOMBRES

Levis Sierra Iriarte
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-JUN-1993
GUARANDA
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | O- G.S. RH | F SEXO

19-JUL-2011 SOACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1524700-00882508-F-1005469882-20170209 0053581664A 1 1704240654

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.033.750.076**
EMBUS PIÑACUE

APELLIDOS
IVAN LEONARDO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-NOV-1992**
PAEZ (BELALCAZAR)
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-DIC-2010 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1904900-01290605-M-1033750076-20220414 0078795277A 2 8504095322

Powered by CamScanner

Registro válido

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

Ficha: **41396001530000009799**

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **SARA VALENTINA**

Apellidos: **EMBUS SIERRA**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1145832420**

Municipio: **La Plata**

Departamento: **Huila**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **21/11/2022**

Última actualización ciudadano: **21/11/2022**

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

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía
Electrificadora del Huila S.A. ESP
Nit. 891.180.001 - 1

Sr(a) : IVAN LEONARDO EMBUS PIÑACUE
c.c. / Nit: 1033750076
C 11BIS 7 47 BR EUDES
Municipio: 396 LA PLATA HUILA Ruta: 43960160080
Dirección Postal:
Ciclo: 76 Sector: 16-ASOCIACION DE VIVIENDA

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
534158120
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
85172641
Fecha De Emisión
13/02/2025

Periodo:	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
2/ 2025	11/01/25-11/02/25	$129,540	$129,540	0 meses

Información de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial
Nivel Tensión: 1-Secundaria
Tipo Liqui.: lectura
Estrato: 1-Bajo Bajo
Carga Instalada: 2000 W
Zona: OCCIDENTE
Nodo: T09095-LPUP

Costo Unitario de Prestación del Servicio

Generación	421.89
Transmisión	58.19
Distribución	280.72
Restricciones	7.45
Pérdidas	97.49
Comercialización	143.89
Costo Unitario	1009.62
Tarifa Aplicada	1009.6231

Indicadores De Calidad Individual

Datos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-22746	CDM	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	14849	14650	1	199

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	200.915
607	Ajuste Decena	5
995	Subsidio	<77.548>

Últimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	1	132	2024	7	206
2024	12	139	2024	6	199
2024	11	176	2024	5	233
2024	10	182	2024	4	147
2024	9	170	2024	3	102
2024	8	195	2024	2	102

Promedio Cuenta	Consumo Año Anterior
165	102

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	130	130.0	413.0987	$53.703
1	131	199	69.0	1009.6231	$69.664

Indicadores De Calidad Individual Reparación

Nodo 6540070 Grupo Calida	21
Horas a compensar	0
Compensacion por evento	
Meta Calidad opr Duración	62.37
Meta calidad por eventos	21
Eventos acmulados año	80
Duracion acumulador año	20.41
Consumo a compensar	4.01
Cargo distribución	263.7

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Total cuota Financiación 0

Tasa de Interés 0.00 %

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$0
Total Electrohuila	$123,372
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	$6,168
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$129,540

CUFE 81395c0699f2db0ee7b17bcc47c450788dd048044c18bec6ba915c9d06e37981fcf91cadd303c188dfe8a2e495b53497 Numero de Factura Electronica EH-1939118 Numero de factura: 85172641

HISTÓRICO

KwhS/Kwh Total	N. Fact

Ultimo Pago
$58,300
17/01/2025
Emitida Por: YULIETH.CEBALLESB
Pag: 4965

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento: 21/02/2025
Suspensión a Partir del:

Línea de Transparencia

Reporta en la línea de transparencia todos los presuntos actos de soborno, corrupción o comportamientos indebidos de nuestros trabajadores y/o contratistas.
Línea gratuita 018000 117756
Correo electrohuila@lineatransparencia.com
Accede directamente escaneando el Código QR

(415)7707274499579(8020)0534158120(3900)0000129540(96)20250221

PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO EN VIRTUD DEL ARTICULO 130 DE LA LEY 142 DE 1994 MODIFICADA ART. 18 LEY 689 DE 2001

Para mayor detalle consulte las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

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	1145832420
NOMBRES	SARA VALENTINA
APELLIDOS	EMBUS SIERRA
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	01/02/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/28/2025 19:58:18	**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
04	10	2022		
04	04	2023		No Asiste
26	Julio	2023	Ent	
25	Octubre	2023	Mg	
2	Febrero	2024	Mg.	
7	Agosto	2024		
17	Julio	2024	PI = 24	
25	Noviembre	2024	PI = Ctrl	
8	2	2025		
20	10	2025		

Powered by CamScanner

IAMI

San Sebastián

FORMULARIO DE REGISTRO

FECHA	EDAD	PESO	TALLA	PC	PT	OBSERVACIÓN
04/10/22	1a	8.8	69	44		talla fuera para la edad / sobrepeso
26/07/23	22 M	10,2	76,5	46	5 cm	talla ↓ P. Sobrepe
01-24	27 M	10.9	81	47		Bnsn TMCP
2/2/24	32 m	10.9	82	80		R. Talla baja
17-27	33 m	11,6	85	47.5	PB: 15.5	5 a 16.
5/02/25	3 AÑOS	13	94	50		↓ T-b, PCK

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Tipo Identificación: 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 Si ☐ No ☐											
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	22	09	21	Serum	037040	Hosp				Dr. Jefe Yolanda
	Hepatitis B	Recién nacido	22	09	21	Serum	032041	Hosp	22	11	21	
2 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	30	11	0.21	BILTHOVEN	217306		30	1	0.22	Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	30	11	0.21	SERUM	285X035B		30	1	0.22	Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	30	11	0.21	SERUM	285X035B		30	1	0.22	Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	30	11	0.21	SERUM	285X035B		30	1	0.22	Ramiro Lemus
	Diarrea por rotavirus	1.ª	30	11	0.21	GLAXO SM	AR0LC858AC		30	1	0.22	Ramiro Lemus
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	30	11	02	GLAXO SM.	AJPNB311BA		30	1	0.22	Ramiro Lemus
4 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	2	3	2022	BILTHOVEN	211704 6.		2	3	2022	María Yicela Salazar
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	2	3	2022	SERUM.	285040384A.		2	3	2022	María Yicela Salazar
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	2	3	2022	SERUM	285040384A.					María Yicela Salazar
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	2	3	2022	SERUM.	285040384A		2	3	2022	María Yicela Salazar
	Diarrea por rotavirus	2.ª	2	3	2022	GLAXO SM	ARO1C81AD.					María Yicela Salazar
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	2	3	2022	GLAXO SM.	AJPNB315A.					María Yicela Salazar
6 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	31	05	2022	BILTHOVEN	217004					Nelcy Yaned Ramos Vid
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	31	05	2022	SERUM	285140X007C					Nelcy Yaned Ramos Vid
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	31	05	2022	SERUM	285140X007C					Nelcy Yaned Ramos Vi
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	31	05	2022	SANOFI	V50772006		06		2022	
	Influenza estacional	1.ª	29	06	22	GREEN	V50122006	ESE S. SEB	—	—	—	
7 meses	Influenza estacional	2.ª	13	10	022	SERUM	C73ZA0355		31	5	023	Ramiro Lemus
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	13	10	022	SERUM	C73ZA0355		—	—	—	Ramiro Lemus
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	13	10	022	GLAXO SM	AJSPNB3		—	—	—	Ramiro Lemus
12 meses	Varicela	2.ª	13	10	022	MERCK	W0222087		—	—	—	Ramiro Lemus
	Hepatitis A	Única	13	10	022	MERCK	W0005713		—	—	—	
	Influenza estacional	Anual	19	7	023	GREEN CROSS	V50523004		—	—	—	
	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	19	7	023	BILTHOVEN	221205		22	9	026	
18 meses	PENTA	1.er refuerzo	19	7	023	SERUM	285705C37A		22	9	026	Ramiro Lemus
	Fiebre amarilla	Única	19	7	023	SANOFI PASTEUR	W3C55		—	—	—	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	19	7	023	SERUM	0733N0821A	ESE SAN SEBASTIÁN	—	—	—	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

San Sebastián	E.S.E. SAN SEBASTIAN LA PLATA HUILA NIT. 813.002.872-4	CÓDIGO	APS-FO-18
		VERSIÓN	01-009
		APROBACIÓN	2016

CARNET
PREVENCIÓN SALUD BUCAL



Nombres y Apellidos: Sara Valentina Sierra
No. De Documento: 1145832420 Tipo de Doc.: RC
Fecha de Nacimiento: 22-09-2021 Edad: 1
EPS: AIC
Dirección o Vereda: B1 Eudes.
Teléfono:

PROCEDIMIENTO	Fecha de Atención			Próxima Cita		
	D	M	A	D	M	A
Control placa + flour B	14	07	023	14	01	024
CPB+FB	02	02	24	02	08	24 Kdl
CPB+FB	17	09	2024	17	03	2025.
Control Placa + flour B	05	01	25	05	08	25
Control placa + flour B	24	09	026			026

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 patositos, 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): Sara Valentina Embus con RC No 1145832420 Para ello me comprometo a:

1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al HCB, teniendo en cuenta que es un servicio que me presta el Estado en el marco de la garantía de los derechos de los niños y las niñas.
2) Participar de las actividades que sean convocadas por UDS, la Entidad Administradora del Servicio o el ICBF, con el fin de promover el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas.
3) Cumplir el horario de atención establecido en la UDS
4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias ingresa y se retira a mi hijo(a) de la UDS.
5) Entregar los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de mi hijo(a) Estos documentos son:

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

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

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	NIT. 900027451-0
GRUPO LIBERTAD	Acta de compromiso y corresponsabilidad con padres de familia y/o cuidadores	

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

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el día 3 del mes Mar 20 del año 2025, en el Municipio de La Plata.

Luis Oscar Illiate
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Sandra 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 Sara Valentina Embus

Fecha de nacimiento 22 - 09 2021 **N° Documento de Identidad** 1145882420

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** 3 03 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Sandra Milena Ramos

Fecha de registro cualitativo 21 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

Es una niña que al Escuchar canciones mueve su cuerpo al son de la musica

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Sandra Milena 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

La niña Le gusta mucho observar cuentos Cuando se hace lectura demuestra mucho interes a pesar que su lenguaje no es 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

Apesar de su discapacido se expresa por medio de gestos le gusta mucho jugar con la Plastilina.

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

▪ 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 Sara Valentina Embus, identificado (a) con documento de identidad número _____, 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, Lelis Sierra, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1005469882, 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: Lelis Sierra Tibaire
Nombre: Lelis Sierra Tibaire
Calidad - Titular: Mamá Representante legal: Mamá
Teléfono de contacto: 3125680435
Fecha: 03-03-2025
Municipio: La Plata Huila

Powered by CamScanner