

SOS

- I Thiago Ismael Narváez Barrera

RC 1094708 980

4 años - Masculino.

Calle 29 #7-78 Mz A Buenavista 3

3158524848 - 3182262991

darly2812barrera@gmail.com

Da

Darly Yulissa Barrera Trujillo

CC 1.092.363.010 VIR.

Madre

CODIGO: 1264078

DX: F840

n de Registro



**REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

NUIP | 1,094,708.980

Indicativo Serial 59415505

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina											
Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código	N	Y	Y		
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía											
COLOMBIA NORTE DE SANTANDER VILLA DEL ROSARIO											

Datos del inscrito						
Primer Apellido NARVAEZ	Segundo Apellido BARRERA					
Nombre(s) THIAGO ISMAEL						
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019	Mes S E P	Día 07	MASCULINO		0	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)						
COLOMBIA NORTE DE SANTANDER CUCUTA						

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO DANE	15479483-2
<i>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)</i>	
Apellidos y nombres completos BARRERA TRUJILLO DARLY YULISSA	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1.092.353.010 de VILLA ROSARIO	COLOMBIANA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas en línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indique los declarantes para el segundo apellido del inscrito)	
NARVAEZ CASTILLO JOHAN ALEXIS	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1.143.863.612 de CALI	COLOMBIANA
Datos del declarante	Apellidos y nombres completos
BARRERA TRUJILLO DARLY YULISSA	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 1.092.363.010 de VILLA ROSARIO	Darly Yulissa Bonereo

Datos primer testigo											
Apellidos y nombres completos											
= = = = = = = = = = = = = = = = = =											
Documento de Identificación (Clase y número)											
Firma											
= = = = = = = = = = = = = = = = = =											

Fecha de Inscripción				Nombre y firma del funcionario que autoriza		
Año	2019	Mes	SEP	Día	11	
						CRUZ BELEN LIZARAZO HENARANDA
						Nombre y firma
Reconocimiento paterno				Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento		
<i>Juan Carlos Worner</i>				<i>Cruz Belen Lizarazo Henaranda</i>		

ORIGINAL PARA LA CEVICINA DE REGISTRO -

ENSEÑOS

Jorge Cristo Schium
Villa del Rosario

PROCESO DE APOYO

AREA DE TERAPIAS.

VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES FUNCIONALES

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido Nombre	2do. Apellido Barriera	Nombres Thiago	DOCUMENTO: Ismael RC 1094708980
Edad: 3	Estado Civil: Menor	Escolaridad:	Género: F M X
Dirección: C11 29 N° 7-18 B. Buenavista III O/Río	Teléfono: 315 / 8524849		

FECHA: AÑO: 2023 MES: 08 DIA: 18

DIAGNÓSTICO: Autismo en la Niñez (F810)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Paciente quien a los 2 años de edad se le diag-
nosticó Autismo, A la Valoración presenta Alteración
de la conducta y el comportamiento, Inabilitad ocasional,
hiperactividad, No habla, se comunica por señas, difi-
cultad para comunicarse con el medio exterior, Retra-
yo del Aprendizaje y Cognitivo.

Dependiente de todos los Actividades de la Vida
Diaria.

Requiere Acompañamiento Permanente

CARACTERIZACIÓN:

DISCAPACIDAD: MÚLTIPLE SEVERO (Mental
Visual)

MEDICO

FISIOTERAPISTA

Nefti Non
RP00630

DATOS DEL USUARIO

Nombre y Apellidos : THIAGO ISMAEL NARVAEZ BARRERA Identificación : RC 1094708980
 Sexo : M Edad : 4 Años Fecha de Nacimiento : 07/09/2019 Teléfono: 3158524848 Estado Civil : SOLTERO(A)
 Dirección: VILLA DEL ROSARIO CRA 14 18 134 Ocupación : SIN OCUPACION Tipo de Afiliación : BENEFICIARIO
 Tipo de Usuario : Subsidiado Contrato : S NUEVA EPS S.A. SUBSIDIADO
 Entidad : NUEVA EPS S.A.

DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MEDICA AL USUARIO

FECHA	HORA	T. ART.	FREC. CARD.	FREC. RESP.	TEMP.	PESO	TALLA
24/05/2024	13:31	1	90	22	1	16	1

Servicio: 890275-CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIATRICA

MOTIVO DE CONSULTA:
** NEUROPIEDIATRIA

EDAD: 4 AÑOS

INFORMANTE: DARLY BARRERA

DX:

1. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA TIPO 2

ENFERMEDAD ACTUAL:

CONOCIDO POR EL SERVICIO CON DX ANOTADO . HA ESTADO EN SEGUIMIENTO IRREGULAR POR LA ESPECIALIDAD DESDE EL AÑO DE EDAD. LAS TERAPIAS TAMBIEN HAN SIDO IRREGULARES Y SE VEN ENTROPECIDAS POR LA SEVERA INQUIETUD MOTORA E IMPULSIVIDAD DE THAGO, PUEN Q LE GUSTA ESTAR ENCERRADO Y SE PONE AGRESIVO. NO HA TENIDO CRISIS EPILEPTICAS. EL NIÑO NO SIGUE INSTRUCCIONES, TIENE POCO CONTACTO VISUAL . TIENE ESTEROTIPIOS MOTORAS. DICE MONOSILABOS DESDE HACE 5 MESES Y LO HACE EN FORMA OCASIONAL. NO DICE BISILABOS. DESDE HACE 2 MESES INTENTA COGER LA CUCHARA PARA COMER SOLO. TIEMPO DE PANTALLA 30 MINUTOS/DÍA. ASISTE A LA GUARDERIA DESDE LOS 2 AÑOS Y NO SE INTEGRA CON SUS COMPAÑEROS, PERO HA APRENDED ALGUNAS PAUTAS DE COMPORTAMIENTO SOCIAL

- TIENE POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS (VI – 2023): NORMALES

ENFERMEDAD ACTUAL:

ANTECEDENTES

1. PADRES NO CONSANGUINEOS. GESTACIÓN CONTROLADA, DE CURSO Y DURACION NORMAL. PARTO VAGINAL AL TÉRMINO. LLANTO AL NACER PESO 3000 GR TALLA 52 CM - ADECUADO DESEMPEÑO NEONATAL.
2. PATOLÓGICOS: DENGUE A LOS 11 MESES, SOPLO CARDIACO EN SEGUIMIENTO POR PEDIATRIA
3. QX: NIEGA
4. ALÉRGICOS: NO
5. TRAUMÁTICOS: NIEGA
6. FAMILIARES: PADRE CONSUMIDOR DE ALCOHOL Y PSICOFARMACOS
7. DPM: ROLADOS 12 MESES – SEDESTACION 3 AÑOS - GATEO ? — MARCHA 3 AÑOS MESES - MONOSILABOS 4 AÑOS – NO DICE BISILABOS NI FRASES CORTAS - NO CONTROLA ESFÍNTERES

REVISIÓN POR SISTEMAS

Respiratorio: Normal. ; NeuroPsiquiatrico: Normal. , Organos de los sentidos: Normal. , Cardiovascular: Normal. , CardioPulmonar: Normal. , Neurológico: Normal. , Circulatorio: Normal. , Hematopoyetico y Linfatico: Normal. , Endocrinológico: Normal. , Gastrointestinal: Normal. , Renal: Normal. , Genitourinario: Normal. , Piel y Faneras: Normal. , OsteoMuscular: Normal. , Otros cuáles?: Normal.

DR. NATACHA SINISTERA PAZ
NEUROPIEDIATRA
C.C. 51.996.955
CONEURO

Atendido por:

CLAUDIA NATACHA SINISTERA PAZ

CC. 51996955

NEUROPIEDIATRA

Reg Prof. 77971

1 de 3

DATOS DEL USUARIO

Nombre y Apellidos : THIAGO ISMAEL NARVAEZ BARRERA Identificación : RC 1094708980
 Sexo : M Edad : 4 Años Fecha de Nacimiento : 07/09/2019 Teléfono: 3158524848 Estado Civil : SOLTERO(A)
 Dirección: VILLA DEL ROSARIO CRA 14 18 134 Ocupación : SIN OCUPACION Tipo de Afiliación : BENEFICIARIO
 Tipo de Usuario : Subsidiado Contrato : S NUEVA EPS S.A. SUBSIDIADO
 Entidad : NUEVA EPS S.A.

DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MEDICA AL USUARIO

FECHA	HORA	T. ART.	FREC. CARD.	FREC. RESP.	TEMP.	PESO	TALLA
-------	------	---------	-------------	-------------	-------	------	-------

EXAMEN GENERAL

Oídos: Normal. , Nariz: Normal. , Boca: Normal. , Cuello: Normal. , Tórax: Normal. , Abdomen: Normal. , Genitourinario: Normal. , Osteoarticular: Normal. , Sistema Nervioso: Normal. , Piel: Normal. , Musculo - Esquelético: Normal. , Neurológica - Esfera mental: Normal. , CardioPulmonar: Normal;

EXÁMEN GENERAL:

PESO 16 KG PERÍMETRO CEFÁLICO 52.5 CM.
 HIDRATADO, EUTERMICO, BIEN PERFUNDIDO, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA. INGRESA POR SU PROPIOS MEDIOS. SEVERAMENTE INQUIETO E IMPULSIVO, NO SIGUE INSTRUCCIONES NI ATIENDE AL LLAMADO NI ESTABLECE CONTACTO VISUAL
 - NORMOCÉFALO, FASCIES PECULAIR, ENDOTROPIA ALTERNANTE, DENTADURA EN MAL ESTADO SIN FOCOS SEPTICOS ACTIVOS.
 - CP; RsCs RÍTMICOS, SOPLO SISTOLICO II/VI PEI, PRECORDIO NORMODINAMICO, VENTILACIÓN SIMÉTRICA EN ACP
 - ABD: NO MASAS NI MEGALIAS
 - EXTR: NO EDEMAS NI DEFORMIDAD, BUENA PERFUSIÓN DISTAL.
 - NEUROL: ALERTA, ACTIVO, REACTIVO, NO CONTACTO NI INTERACCION. SE AUTIAGREDE CUANDO ESTA FRUSTRADO. FACIES SIMETRICA.
 PUPILLAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ Y LA ACOMODACION. REALIZA FIJACIÓN Y SEGUIMIENTO VISUAL EN TODOS LOS PLANOS.
 RESPONDE A ESTÍMULOS AUDITIVOS. MOVILIZA SIMETRICAMENTE LAS CUATRO EXTREMIDADES. ROT (+) SIMETRICOS. NO HAY ATAXIA NI MOVIMIENTOS ANORMALES. MARCHA Y CARERA NORMALES. NO LENGUAJE VERBAL NI INTENCIÓN COMUNICATIVA. NO SEÑALA LAS PARTES DEL CUERPO. NO SIGUE INSTRUCCIONES. ESFERA COGNITIVA DISMINUIDA PARA LA EDAD. NO FOCALIZACION

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

PACIENTE CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA SIN LENGUAJE Y SEVERA ALTERACION CONDUCTUAL. SE REMITE CON CARÁCTER PRIORITARIO A PSIQUIATRIA. SE INDICA RETOMAR INTERVENCION POR TERAPIAS Y PSICOLOGIA. SE ORDENAN ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

CIE10: F840-AUTISMO EN LA NIÑEZ

TRATAMIENTO:

1. TERAPIAS DE NEURODESARROLLO: OCUPACIONAL (CUPS 938303ND) – FONOAUDIOLOGIA (CUPS 937000ND) – FISICA (CUPS 931001ND) 36 SESIONES DE CADA UNA· TRES SESIONES POR SEMANA DURANTE 3 MESES
2. PSICOLOGIA 12 SESIONES: UNA SESION POR SEMANA DURANTE 3 MESES (FORTALECER FACTOR DE REGULACION Y CONTROL)
3. TSH – T4 LIBRE – HEMOGRAMA – GLICEMIA
4. ELECTROENCEFALOGRAMA CON PRIVACION PARCIAL DE SUEÑO (CUP 891402)
5. RESONANCIA MAGNETICA CEREBRAL SIMPLE BAJO ANESTESIA GENERAL (CUPS 883101)

DR. NATACHA SINISTERRA PAZ
 NEUROFONOPEDIATRA
 CC. 51.996.955
 CONNEURO

Atendido por:

CLAUDIA NATACHA SINISTERRA PAZ
 CC. 51996955
 NEUROFONOPEDIATRA

Reg Prof. 77971

2 de 3

DATOS DEL USUARIO

Nombre y Apellidos : THIAGO ISMAEL NARVAEZ BARRERA Identificación : RC 1094708980
 Sexo : M Edad : 4 Años Fecha de Nacimiento : 07/09/2019 Teléfono: 3158524848 Estado Civil : SOLTERO(A)
 Dirección: VILLA DEL ROSARIO CRA 14 18 134 Ocupación : SIN OCUPACION Tipo de Afiliación : BENEFICIARIO
 Tipo de Usuario : Subsidiado Contrato : S NUEVA EPS S.A. SUBSIDIADO
 Entidad : NUEVA EPS S.A.

DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MEDICA AL USUARIO

FECHA	HORA	T. ART.	FREC. CARD.	FREC. RESP.	TEMP.	PESO	TALLA
6.VALORACIÓN PRIORITARIA POR PSIQUEIATRIA INFANTIL							
1.CITA NEUROPSIQUIATRIA CON RESULTADOS							

Atendido por:

CLAUDIA NATACHA SINISTERRA PAZ
 CC. 51996955
 NEUROPSIQUIATRA

Reg Prof. 77971

3 de 3

DR. NATACHA SINISTERRA PAZ
 NEUROPSIQUIATRA
 CC. 51996955
 CONEX



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	1094708980
NOMBRES	THIAGO ISMAEL
APELLIDOS	NARVAEZ BARRERA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	NORTE DE SANTANDER
MUNICIPIO	VILLA DEL ROSARIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/04/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 08/06/2024 17:39:12 | 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

Registro válido

Fecha de consulta:

06/08/2024

Ficha:

54874049553600000997

A5

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: THIAGO ISMAEL

Apellidos: NARVAEZ BARRERA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1094708980

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/05/2023

Última actualización ciudadano: 10/05/2023

Última actualización vía registros administrativos:

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

A1→A5

Pobreza extrema

B1→B7

Pobreza moderada

C1→C18

Vulnerabilidad

D1→D21

Ni pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

Astrid María Mendoza Cuentas

Dirección:

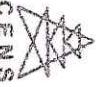
Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co



Centrales Eléctricas del Norte de Santander S.A. E.S.P.

NIT: 890500514-9. Somos Autorenedores a título de Renta: Resolución 547 del 25 de Enero de 2002. Grandes Contribuyentes: Resolución DIAN 0012220 del 26 de diciembre de 2022 / Agentes Retenedores IVA.

Sistema de facturación



Servicio de aseo



Hogar y previsión / Credisomos



Concepto



Vale Mas



Conccepto



Vale Mas



611277



611277



611277



611277



611277



611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

611277

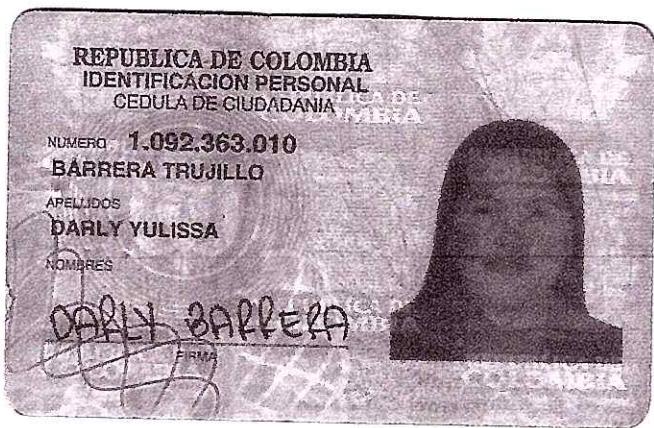
611277

611277

611277

611277

611277</p



• Celular: 3142008151

 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>La salud es de todos</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Prosperidad Social</p> </div> </div>	<small>FORMATO</small> CONTRATO SOCIAL <small>PROGRAMA FAMILIAS EN ACCIÓN (FASE IV)</small>	CÓDIGO: F-GI-TM-41
	PROCESO: GESTIÓN PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL <small>(Transferencias Monetarias)</small>	VERSIÓN: 1

CONTRATO SOCIAL

Obligaciones del Departamento Administrativo para la Prosperidad Social:

1. Prosperidad Social a través del Programa Familias en Acción, entregará a las Familias inscritas en la Fase IV incentivos monetarios condicionados al cumplimiento de los compromisos de asistencia a salud y educación de los niños, niñas y adolescentes, estipuladas por el programa para la permanencia en el mismo, siempre y cuando cumplan con los requisitos y condicionalidades. El monto, condicionalidades, mecanismo de transferencia, y periodicidad de los incentivos será determinado por el programa, de acuerdo con los criterios establecidos en el manual operativo aprobado y publicado por el Programa Familias en Acción para la Fase IV.
2. Prosperidad Social, brindará a las familias inscritas en la Fase IV los beneficios derivados de las acciones del componente bienestar comunitario del programa.
3. Prosperidad Social habilitará el ingreso de nuevos niños, niñas y adolescentes de la familia inscrita a través de una novedad, siempre que la familia realice primero el respectivo trámite de actualización ante el SISBEN IV, es decir, que dicha ficha será la base para la incorporación de nuevos beneficiarios al programa. Las fechas para realizar estas novedades serán informadas a través de los diferentes canales de Prosperidad Social y conforme a los lineamientos técnicos que se definan dentro del desarrollo de la Fase IV del programa.

Vigencia del Programa:

El Departamento Administrativo para la Prosperidad Social a través del Programa Familias en Acción, establece que las familias inscritas exitosamente para la Fase IV deben cumplir con el proceso de "recertificación" máximo cada cuatro (4) años, según su municipio de residencia y con base en la información actualizada en su ficha SISBEN, tiempo contado desde la publicación del acto administrativo que dé inicio a la Fase IV y en caso de que la inscripción exitosa se dé una vez iniciada la fase IV, el tiempo se contará desde el registro de la inscripción. Este proceso verificará la si las familias participantes pueden continuar o no haciendo parte del Programa, conforme a los resultados de la recertificación. Lo anterior sin perjuicio de las actualizaciones que debe realizar cada hogar conforme a lo establecido en el artículo 8 del Decreto Legislativo 812 de 2020 y lo contemplado en el artículo 9 del mismo Decreto.

Finalmente, manifiesto conocer la información incluida y los compromisos establecidos por el **Departamento Administrativo para la Prosperidad Social** a través del **Programa Familias en Acción**, los cuales acepto mediante el diligenciamiento firma y/o huella de este documento:

Firmado a los 22 días del mes de Octubre del 2021

DARLY BARRERA

Firma

Nombre: Darly Yulisse Barrera



Huella



La salud
es de todos

Prosperidad
Social

FORMATO
CONTRATO SOCIAL
PROGRAMA FAMILIAS EN ACCIÓN (FASE IV)

CÓDIGO:
F-GI-TM-41

PROCESO: GESTIÓN PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL
(Transferencias Monetarias)

VERSIÓN: 1

CONTRATO SOCIAL

de estos cruces, **Prosperidad Social** determinará los requisitos que permitan la participación efectiva de la familia en la Fase IV del Programa.

- f) Que he recibido toda la información respecto al Programa Familias en Acción y que estaré atenta (o) a los canales de información habilitados por Prosperidad Social y a través de las Alcaldías Municipales – Enlace municipal.
- g) Que conozco que, para operación del programa en todo el territorio nacional, existe un Convenio Interadministrativo suscrito con cada Alcaldía Municipal y que, para el efecto cada alcaldía municipal contará con un Enlace municipal para la atención a las familias participantes.
- h) Que tengo conocimiento que el Programa Familias en Acción, realiza cruces de bases de datos con diversas fuentes de información oficial de manera particular o conjunta a cualquiera de los miembros de mi Familia, con el fin de verificar si las condiciones socioeconómicas han cambiado, ya sea por uno o por todos los miembros de la familia y en caso de que se evidencie mejora en las condiciones que dieron origen a la inscripción, la Familia podrá ser suspendida y/o retirada del programa.
- i) Que el incumplimiento de cualquiera de los compromisos consignados en el presente documento dará lugar a sanciones, que pueden llegar hasta la desvinculación definitiva del programa.
- j) Que como requisito debo mantener actualizada la información ante el Departamento Nacional de Planeación -DNP, ante el Programa Familias en Acción y ante las entidades del Estado que me sean indicadas, que permitan evaluar las condiciones socioeconómicas del hogar.
- k) Que entiendo, que el Programa Familias en Acción establecerá un documento técnico para la operación de la Fase IV que determine los criterios, requisitos y condicionalidades, para regular los procedimientos de suspensión y retiro de las familias participantes, en observancia del debido proceso.

Autorizaciones del Titular

Con la firma de este documento AUTORIZO al **Departamento Administrativo para la Prosperidad Social** a través del **Programa Familias en Acción**:

1. A registrar en sus bases de datos la información suministrada en el presente documento y en la ficha de inscripción, así como a la demás información recopilada en el tiempo de vinculación al Programa, de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto reglamentario 1327 del 27 de junio de 2013 sobre protección de datos personales, donde deberá garantizarse, la privacidad en la información y el tratamiento de los datos personales acá consagrados y, cualquier norma sustitutiva, modificatoria o que las adicione.
2. A enviar mensajes de texto (SMS) al número celular o al correo electrónico registrado, con el fin de recibir información de cualquier índole, citaciones de notificación personal, notificación de actos administrativos a través de medios electrónicos. -Notificación Electrónica, en el evento que quede en firme la inscripción. Lo anterior, en cumplimiento al artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (CPACA), modificado por la Ley 2080 del 25 de enero del 2021.



La salud
es de todos

Protección
Social

FORMATO
CONTRATO SOCIAL
PROGRAMA FAMILIAS EN ACCIÓN (FASE IV)

CÓDIGO:
F-GI-TM-41

PROCESO: GESTIÓN PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL
(Transferencias Monetarias)

VERSIÓN: 1

CONTRATO SOCIAL

Yo Darly Yulissa Barroso Trujillo identificada(o) con documento de identidad número 1092363010 residente en el municipio de Villa del Rosario Departamento Norte de Santander, manifiesto que expresa y libremente he aceptado la convocatoria y que tengo la intención de participar en el **Programa Familias en Acción Fase IV**.

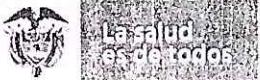
Me comprometo a:

Obligaciones del Titular:

1. Suministrar la información y/o allegar los documentos que sean requeridos, en caso de que la validación de la inscripción no sea exitosa, dentro de los quince (15) días siguientes a la recepción del mensaje de texto, correo electrónico o por medio del Enlace municipal, con el fin de que el programa revise la validación y se efectúe el proceso de inscripción.
2. Mantener actualizada la información del núcleo familiar, registrada en la ficha SISBEN IV ante el Departamento Nacional de Planeación -DNP.
3. Informar al programa una vez iniciada la IV fase de operación, cualquier cambio en la información reportada al momento de la inscripción: *número de celular, dirección, correo electrónico, municipio de residencia, cambio de colegio, cambio de IPS*, así como reportar el fallecimiento de cualquiera de los miembros de mi núcleo familiar, que puedan afectar el desarrollo de los procesos operativos. A través de los canales que establezca el programa y/o las Alcaldías municipales - Enlace Municipal.

Cada vez que haya algún cambio en la información reportada al Programa, es mi deber informar dentro de los quince (15) días siguientes a través de los canales enunciados.

4. Garantizar la asistencia de los niños, niñas y adolescentes que conforman mi núcleo familiar, a todas las atenciones incluidas en la **RUTA INTEGRAL DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD**, propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social.
5. Matricular en el sistema escolar a los niños, niñas y adolescentes que conforman mi núcleo familiar, en los grados **TRANSICIÓN, EDUCACIÓN BÁSICA PRIMARIA y SECUNDARIA**.
6. Velar porque los niños, niñas y adolescentes que conforman mi núcleo familiar, asistan cumplidamente a las clases programadas por la institución educativa en la que se encuentren matriculados.
7. Garantizar la asistencia de las mujeres gestantes integrantes de la familia, a las atenciones en salud incluidas en la **RUTA INTEGRAL MATERNO PERINATAL** propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social.
8. Gestionar la certificación y registro de los niños, niñas y adolescentes en condición de discapacidad que conforman mi núcleo familiar, según los mecanismos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.
9. Asistir y participar activamente en los espacios de **BIENESTAR COMUNITARIO** como las Asambleas municipales, los Comités municipales, los Encuentros Pedagógicos, los Encuentros Regionales y otros que convoque el Programa.



CONTRATO SOCIAL

10. Reportar al Programa Familias en Acción, toda situación que imposibilite el cumplimiento de compromisos de los niños, niñas y adolescentes que conforman mi núcleo familiar.
11. Conocer y cumplir los compromisos adquiridos por participar en el Programa Familias en Acción, definidos y detallados en la información disponible en los canales dispuestos por Prosperidad Social y las Alcaldías municipales – Enlace municipal.
12. Hacer buen uso de los incentivos que me entregue el Programa Familias en Acción, los cuales están dirigidos a contribuir a la superación y prevención de la pobreza, la formación de capital humano, a la formación de competencias ciudadanas y comunitarias, mediante el apoyo monetario directo y acceso preferencial a programas complementarios a las familias beneficiarias y titulares del programa.
13. Adelantar el trámite de bancarización correspondiente para el cobro de los incentivos, según los mecanismos que sean propuestos por el programa.
14. Realizar los cobros de los incentivos liquidados mediante la modalidad de giro, de manera oportuna de acuerdo con los cronogramas establecidos, so pena de las sanciones a las que haya lugar.
15. Llevar a cabo el proceso de recertificación, de acuerdo con el marco normativo y las condiciones que establezca el programa a través de los instrumentos de focalización.

Declaraciones del Titular:

Con la firma del presente documento, **DECLARO** que tengo conocimiento, de que el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social a través del Programa Familias en Acción:

- a) Podrá realizar cambios o modificaciones al **Programa Familias en Acción**, en temas de condicionalidades, valores de los incentivos y demás aspectos, para efecto de mejoramiento de la Política Social.
- b) Que la inscripción realizada, estará sujeta a un proceso de validación por parte del **Departamento Administrativo para la Prosperidad Social**, cuyo resultado será informado a través mensaje de texto, correo electrónico o por medio del Enlace municipal.
- c) Que el programa me informará a través de mensaje de texto, correo electrónico o por medio del Enlace municipal; la solicitud de información y/o documentos que sean requeridos para efectos de subsanar el proceso de validación y lograr un proceso de inscripción exitoso.
- d) Que una vez la inscripción sea validada exitosamente, mi participación en el programa sólo dará inicio una vez **el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social** finalice el periodo de Transición de la III fase y sea publicado el acto administrativo de apertura o iniciación de la Fase IV del programa.
- e) Que previo al inicio de la IV fase de operación, **Departamento Administrativo para la Prosperidad Social**, realizará las validaciones y/o cruces de bases de datos con fuentes internas y/o externas, con el fin de determinar la vigencia e idoneidad de los documentos de los integrantes de las familias inscritas exitosamente. En caso de encontrar alguna inconsistencia como resultado

COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN PARA LA CUARTA FASE DEL PROGRAMA FAMILIAS EN ACCIÓN

PROCESO: GESTIÓN PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FOCALIZACIÓN

1061717

10/22/2021 11:41:10 AM

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/CORREGIMIENTO	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO / VEREDA
N SANTANDER	VILLA DEL ROSARIO	BUENAVISTA2	MZ A CL 28 7-78 URB BUENA VISTA III
DIRECCIÓN	TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CORREO ELECTRÓNICO
MZ A CL 28 7-78 URB BUENA VISTA III	3134048102		

NOMBRE Y APELLIDO COMPLETO	TIP. DOC	No.DOCUMENTO	FECHA EXPEDICION DOCUMENTO
DARLY YULISSA BARRERA TRUJILLO	CÉDULA	1092363010	7/6/2016

DATOS MIEMBROS DE LA FAMILIA INSCRITOS

PATER. M.P.A.	NOMBRE COMPLETO	T.D	DOCUMENTO	PARENTESCO CON TITULAR (fecha SISBEN)	FECHA NACIMIENTO	SEXO	COD. IPS	COD. COLEG
1	DARLY YULISSA BARRERA TRUJILLO	CÉDULA	1092363010	PADRES	12/3/1987	M	5437400973	
2	THIAGO ISMAEL NARVAEZ BARRERA	REGISTRO CIVIL	1064700950	HIJOS	9/7/2018	H	5487405973	

Me comprometo a:

1. Llevar a todos NNA bajo mi cuidado a las atenciones en salud según su edad conforme a lo determinado en la ruta de atención definida por el Ministerio de Salud y Protección Social
2. Matricular a todos los NNA bajo mi cuidado en transición, primaria y bachillerato y garantizar que asistan mínimo al 80% de las clases programadas por la institución educativa.
3. Participar activamente en los espacios de bienestar comunitario y eventos convocados por el programa.
4. Conocer y cumplir los compromisos adquiridos por participar en el programa Familias en Acción, así como suministrar y actualizar de forma oportuna la información requerida por el programa.
5. Reportar a Familias en Acción el fallecimiento o toda situación que imposibilite el cumplimiento de compromisos de alguno de los NNA de mi núcleo familiar, participantes del programa.

Importante:

Toda la información registrada en el Sistema de Información de Familias en Acción – SIFA durante el proceso de inscripción, así como los documentos aportados por el titular, pasarán por una revisión y validación para dejar en firme la inscripción. Por tanto, este comprobante no determina la vinculación de la familia a la fase IV en el programa. El titular deberá estar atento de los canales oficiales de Prosperidad Social y de los medios utilizados por los Enlaces Municipales de Familias en Acción para conocer el estado de su inscripción y seguir los pasos que se requieran en caso de que la inscripción no sea validada.

En el caso de que la revisión de la inscripción sea exitosa y quede en firme la familia podrá recibir incentivos una vez se dé inicio la fase IV del programa Familias en Acción y conforme a lo consignado en el contrato social que fue firmado durante el proceso de inscripción.