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

HCB : BULLICIOSOS

USAURIO: SARA BETANCUR PENA *RC No.* 1040840160



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	✓		

Powered by CamScanner

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

Fotografía física, esta ira sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
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

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

NUIP 1.040.040.160

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 33363499

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [01] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [B] [Y] [A]

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

COLOMBIA ANTIOQUIA EL PEÑOL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BETANCUR	PEÑA

Nombre(s)

SARA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes OCT Día 20	FEMENINO	" O "	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA ANTIOQUIA RIONEGRO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	160916479

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PEÑA BUSTOS MARLED

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 1.079.409.1[illegible]9	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BETANCUR BERRIO JULIAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 1.109.491.952	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BETANCUR BERRIO JULIAN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 1.109.491.952	

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 2020 Mes NOV Día 03	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

SIN HUELLAS DEL INSCRITO POR COVID - 19 CIRCULAR CONJUNTA 041 DEL 15 ABRIL 2020 SNR - REGISTRADURIA NACIONAL
LIBRO DE VARIOS 7 FOLIO 98

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.079.409.139
NUMERO

PENA BUSTOS
APELLIDOS

MARLED
NOMBRES



Marled Pena B
FIRMA



INDICE DERECHO

16-SEP-1988
FECHA DE NACIMIENTO

TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

15-FEB-2007 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1902500-50160381-F-1079409139-20070622 0017207173A 02 221373331

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.109.491.952
BETANCUR BERRIO

APELLIDOS
JULIAN

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-MAR-1989
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 O+ M
ESTATURA G.S RH SEXO

29-MAR-2007 SALDAÑA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0112100-00438111-M-1109491952-20130605 0033274232A 1 2282349980

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

A2

Fecha de consulta: 05/11/2025

Ficha: 41797123640200001458

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: SARA

Apellidos: BETANCUR PENA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1040840160

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 02/02/2022

Última actualización ciudadano: 02/08/2023

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: DANIELA VALENTINA MUÑOZ LOP

Dirección: Carrera 9 No 6 -

Teléfono: 8377022 - 31446476

Correo Electrónico: sisben@tesalia-huila.gov

Powered by CamScanner

ElectroHuila
Transmisora Buena Energía
Electrificadora del Huila S.A. ESP
NIT. 891.180.001-1

Sr (a) : JULIAN BETANCUR BERRIO
C.C. / Nit: 1109491952
LO DE TERRENO 16 MZ2 BELLAVIST
Municipio: 797 TESALIA HUILA Ruta: 47970047080
Dirección Postal:
Ciclo: 72 Sector: 4-INSP. PACARNI

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
820272397
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
85252023
Fecha De Emisión
18/02/2025

Periodo:	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
2 / 2025	15/01/25-14/02/25	$38,820	$38,820	0 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial
Nivel Tensión: 1-Secundaria
Tipo Liqui.: lectura
Estrato: 1-Bajo Bajo
Carga Instalada: 0 W
Zona: OCCIDENTE
Nodo: T25122-PCTP

Costo Unitario de Prestación de Servicio

Generación	42
Transmisión	5
Distribución	28
Restricciones	
Pérdidas	9
Comercialización	14
Costo Unitario	100
Tarifa Aplicada	1009.8

Indicadores De Calidad Individual

Cálculos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-30379019	MMET	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	501	414	1	87

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	87,837
607	Ajuste Decena	5
995	Subsidio	<51,897>

Últimos Consumos

Año	Mes	Consumo
2025	1	83
2024	12	110
2024	11	221

Indicadores De Calidad Individual Retrospectivos

Promedio Cuenta: 138
Consumo Año Anterior:

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	173	87.0	413.0987	$35.940

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Total cuota Financiación 0

Tasa de Interés 0.00 %

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	
Total Electrohuila	$35,9
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	$2,8
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$38,8

CUFE f0e6aa8794140592874cc70e0322971158f8b712733936074008e6d0ccc7dee032d0d2d6f58bc9b22fd9e4d0c7c348dd Numero de Factura Electronica EH-2042222 Numero de factura: 85252023

FOES

Kwh$/Kwh Total N. Fact

Último Pago

$269,190
23/01/2025
Emitida Por: YULIETH.CEBALLESB
Pag: 3330

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento: 27/02/2025
Suspension 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 117766
Correo electrohuila@lineatransparencia.com
Accede directamente escaneando el Código QR.

(415)7707274499679(8020)0820272397(3900)0000038820(96)20250227

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

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	1040840160
NOMBRES	SARA
APELLIDOS	BETANCUR PENA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	TESALIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	16/02/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/05/2025 21:41:32	**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

Powered by CamScanner

(Cuspide) _____ _____
Molar Primario _____ _____
o Molar Primario _____ _____

o Molar Primario _____ _____
Molar Primario _____ _____
(Cuspide _____ _____
Lateral _____ _____
Central _____ _____

conocida también como
ción infantil o dentición
de dientes que aparecen en
nte el periodo embrionario y
dentaria) durante la infancia.
5 ó 6 años de edad, siendo
por los dientes definitivos,
dentición permanente.

para aliviar el malestar del
los dientes:

con liquido dentro que se
Cuando el niño los muerde

avemente con un dedo
agua fría.
os.
natorios.

cariño conforta al bebe.

IENTES TEMPORALES

nto para su digestión y
en las que el niño está en

oción: mantienen el espacio
anente,
nto de los maxilares con la

anteriores intervienen en la
idos.

OMOTRIZ DEL NIÑO

otor designa la adquisición de
en el niño de forma continua
sponde tanto a la maduración de
(cerebro, médula, nervios y
motor es diferente en cada niño
presenta en el mismo orden en
, que el desarrollo motor grueso
y el desarrollo motor fino en las
o a lo más adelante.

Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva
	Tuberculosis B.C.G.
	Hepatitis B
2 Meses	Lactancia materna exclusiva
	Polio (Oral - IM)
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus
	Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)
	Rotavirus
	Neumococo
4 Meses	Lactancia materna exclusiva
	Polio (Oral - IM)
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus
	Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)
	Rotavirus
	Neumococo
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva
	Polio (Oral - IM)
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus
	Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)
12 Meses	Sarampión, Rubéola, Paperas (SRP)
	Varicela
	Neumococo
	Influenza
	Hepatitis A
18 Meses	Fiebre Amarilla
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)
	Polio (Oral - IM)
5 Años	Polio Oral - IM)
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)
	Sarampión, Rubéola, Paperas (SRP)
Niñas 9 Años o más	VPH
	VPH
	VPH
Vacunas complementarias y otras dosis	

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL HOGAR

INTOXICACIONES: No deje al alcance del niño medicamento o venenos que pueda tomar.

QUEMADURAS: No deje a su niño solo en la cocina, evite que estos tengan contacto con fósforos o pólvora.

HERIDAS O FRACTURAS: No deje al alcance objetos cortopunzantes, evite juegos en lugares peligrosos.

AHOGAMIENTO: No lo deje solo en la alberca, en pozos o quebradas, no dejar baldes llenos de agua al alcance de sus hijos.

alimentación complementaria.

0 a 6 meses: Leche materna como único a
6 a 8 meses: Leche materna
Frutas no ácidas, (en papillas), guayaba, pera, mango, banano, manzana, papaya etc.
Estas frutas se pueden preparar triturandolas y pasándolas por un cedazo, no se debe adicionar azúcar o endulzantes y al introducir una fruta nueva se debe dar 3 días seguidos la misma fruta para observar tolerancia.
- A partir de los 8 meses se recomienda los jugos y compotas con azúcar y sopas con sal yodada o fortificada.
- Introducción de alimentos sólidos a partir de los 8 meses.

9 a 11 meses: **Leche materna**
Frutas no ácidas: En papillas o jugos.
Leguminosas: Lentejas, frijol, garbanzo, arveja o mezcla de vegetales.
Raíces, tubérculos y plátanos.
Huevo: Primero será huevo duro y sólo la yema. Lo podrás administrar completo pasadas 2-3 semanas. Si observas presencia de alergias en el niño suspender e iniciar a partir del año.
Cereales: Arroz, galletas, pan y pastas.
Carnes: Pescados,
Yogur, kumis. Queso.

De 1 año a 2 años: el régimen alimenticio debe incluir todos los alimentos.
Aumentar la frecuencia de la alimentación complementaria a medida que el niño o la niña va creciendo y combinar las comidas principales con refrigerios.
Dar de 2 a 3 comidas complementarias por días a los lactantes de 6 a 8 meses.
Dar de 3 a 4 comidas complementarias por día a los lactantes de 9 a 11 meses.
Dar de 4 a 5 comidas complementarias por día a los lactantes de 12 a 24 meses.
Aumentar progresivamente la consistencia y variedad de los alimentos.

CITAS Y SEGUIMIENTOS

DIA	MES	AÑO	HORA
10	Marzo	2021	7:15 am
12	julio	2021	4:00pm
20	Sept	2021	8:00am
4	octubre	2022	7 am
27	Abril	23	7 am
26	OCTUBRE	2023	10:00 am
26	Abril	2024	11:09 am
25	Abril	2025	
23	Abril	2026	Hellco

31 A 37



CARNÉ DE SALUD
MENOR DE 10 AÑOS

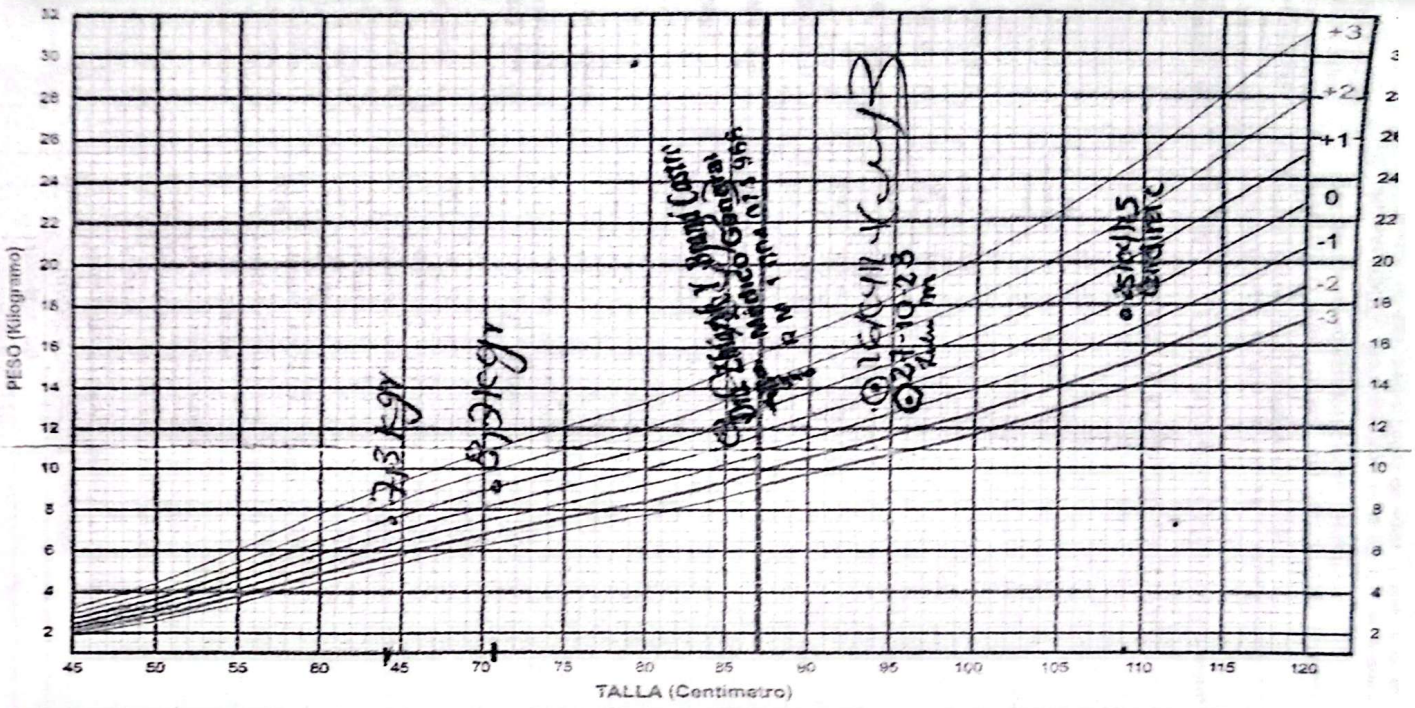
Nombre del menor: Sara Betancur P
Identificación/# Registro: 1040840160
Nombre de los padres: Hailed - Jolo
Dirección: Guayabito
Teléfono: 3163777789
EPS: Salud total
Información del nacimiento:
Fecha de Nacimiento: 20-oct-202
Edad gestacional al nacimiento: 37
Grupo Sanguíneo: O positivo
Medidas al nacimiento: Peso: 3.050
Longitud: 45 Perímetro cefálico:
Orden de nacimiento:
Vacunación:
Introducción de cualquier alimento o líquido:
Edad en que se abandona la lactancia materna:

Powered by CamScanner

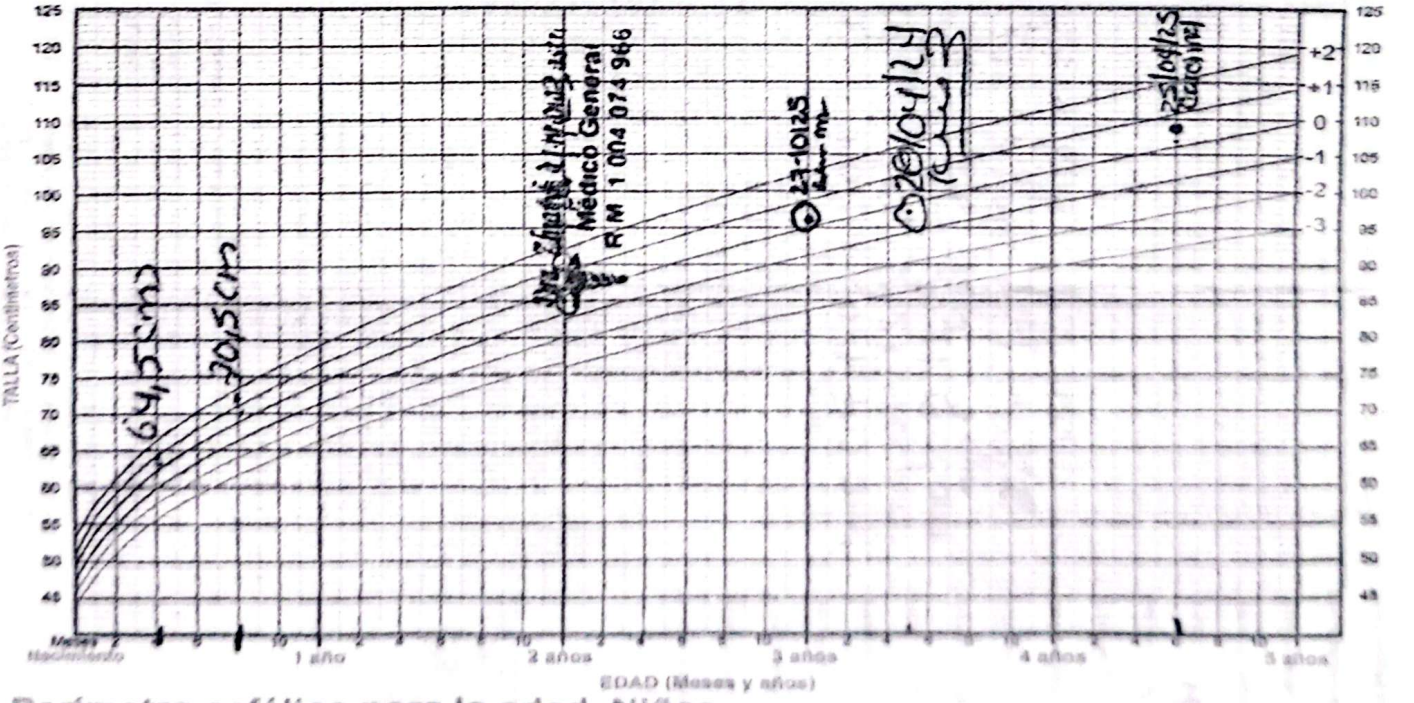
Powered by CamScanner

VALORACIÓN DEL CRECIMIENTO para niñas de 0 a 5

Peso para la longitud / talla

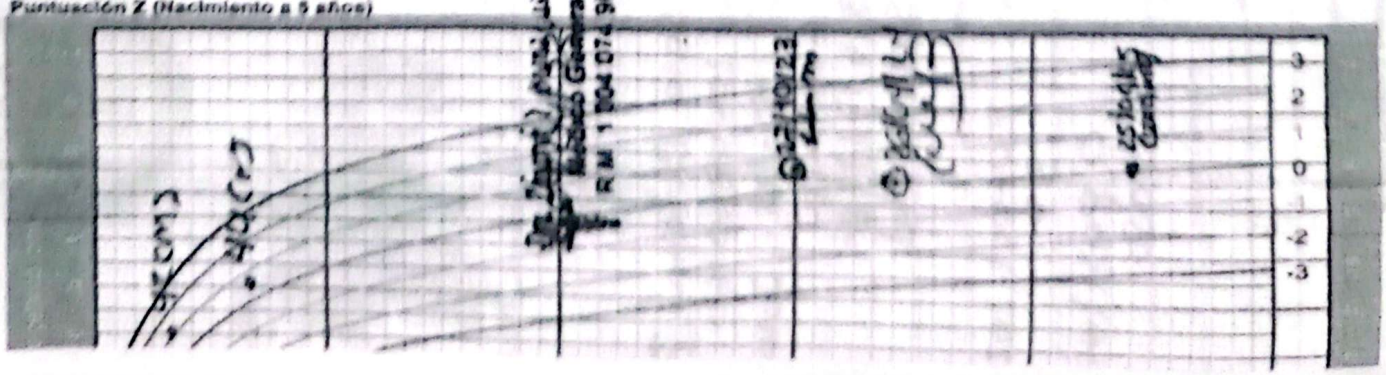


Longitud / talla para la edad



Perímetro cefálico para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Nombre: [illegible] TCNH Registro Civil: [illegible]

Edad	Me protege de		Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre d
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐							
	Tuberculosis B.C.G.		Única	23 10 20	Serum	0379F025	HJD BOG		Claudia
	Hepatitis B		Recién nacido	23 10 20	Serum	03208017A	H. S.J BOG		Claudia
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)		1ª	30.12.2020	Sanofi	T3069IV	Ese Perro		
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1ª	30.12.2020	Serum	2650X002C	Ese Perro		
	Rotavirus		1ª	30.12.2020	GSK	A10167ESAA	Ese Perro		
	Neumococo		1ª	30.12.2020	GSK	A3N027726A	Ese Perro		
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)		2ª	04.03.2021	Bilthoven	203002	Ese Perro		
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2ª	04.03.2021	Serum	2650X021A	Ese Perro		
	Rotavirus		2ª	04.03.2021	GSK	A10167SAA	Ese Perro		
	Neumococo		2ª	04.03.2021	GSK	A3N027726A	Ese Perro		
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.								
	Polio (Oral - IM)		3ª	05.05.2021	Serum	2013003	Ese Perro		
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		3ª	05.05.2021	Serum	2650X016D	Ese Perro		
	Influenza		1ª	24.8.2021	Sanofi	V3C13IV	Ese Perro		
7 Meses	Influenza		Primera	24-06-22	GlaxoSmith	VJ0222008	Ese Tesla		Lina
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		1ª	24-06-22	Serum	0180N121A	ESE TESLA		Lina
	Fiebre Amarilla		1ª	12/11/22	Sanofi	V3608	Ese Campanilla		Sandra
	Neumococo		Refuerzo	24-06-22	GSK	A3N187CABE	ESE Tesla		Lina
	Influenza		Única	27-10-23	GlaxoSmith	1230049	ESE Tesla		Lina
	Hepatitis A		ÚNICA	24-06-22	Merck	U02J717	ESE TESLA		Lina
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1º Refuerzo	12/11/22	Serum	2926Q016A	ESE Campanilla		Sandra
	Polio (Oral - IM)		1º Refuerzo	12/11/22	Bilthoven	212004	ESE Campanilla		Sandra
5 Años	Polio (Oral - IM)		2º Refuerzo	07-11-25	Bidcigas	24230037	ESE Tesla		Lyla
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2º Refuerzo	07-11-25	Serum	22110024A	ESE Tesla		Lyla
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		Refuerzo	11-06-23	Serum	0131N021A	ESE Tesla		Lina
Niñas 9 Años o más	VARICELA		1ª	24-06-22	Merck	U019269	ESE Tesla		Lina
	Vancelo		2ª	07-11-25	MSD	Y018B2EC	ESE Tesla		Lyla
	VPH		3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	SyR		Adicional	27-10-23	Serum	1221001G	ESE Tesla		Lina

Estas vacunas son gratuit

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

FECHA	1a VEZ	CPB	OET	FLÚOR	SELLANTE	OPERATORIA	CIRUGÍA ORAL	ENDODONCIA	CONSULTA URGENCIA	TTO. TERMINADA
31-03-23	✓	✓		Barniz		PyP	Prox	Control	31-03-23	Viviana Ortiz Bolaños Higienista Oral C.C. 1.007.490.242
31-10-23		✓		Barniz		PyP	Prox	Control	01-05-24	Higienista Oral C.C. 1.007.490.242
10-05-24	✓	✓		Barniz	✓	PyP	Prox	Control	10-11-24	Higienista Oral Resolucion 2597
15-NOV-2024							exodoncia 74			Daniela Mendoza Ortodoncista UCC Rm: 1.075.317.45
15-NOV-24	✓	✓		Barniz		PyP	Prox	Control	15-05-25	Higienista Oral Resolución 2965
16-05-25	✓	✓		Barniz	✓	PyP	Prox	Control	16-11-25	Higienista Oral Rm: 1.064 C.C. 1.007.393.223
17-11-25	✓	✓		Barniz	✓	PyP	Prox	Control	17-05-26	Higienista Oral Rm: 1.064 C.C. 1.007.393.223

Powered by CamScanner

PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES

PROTEGEMOS TUS PASOS



Línea de Atención:

#899 desde celular | **Bogotá:** 327 4712 / 327 4713
Nacional: 01 8000 111 935

seguros mundial®

Nº Póliza: 2000506131

Tomador: FUNDACION GRUPO LIBERTAD

Nombre de Asegurado: SARA BETANCUR PENA

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1040840160	2025/02/01	2026/02/01

Muerte Accidental	Gastos Medicos
$10.000.000,00	$9.000.000,00

COBERTURAS:

- Muerte Accidental
- Gastos Medicos

En caso de accidente o para consultar términos y condiciones, comunicarse a nuestras líneas de atención

seguros mundial®

#899 desde celular	BOGOTÁ	NACIONAL
	3274712 /3274713	01 8000 111 935

Powered by CamScanner

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

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS Bulliciosos, 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 Betancur con RC No 1040840160 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 03 del mes 02 del año 2025, en el Municipio de Tesalia.

Yarled Pena
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Rubiela Vargas V
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

de cero a Siempre

4

Ciudad Tesalia.

Nombre completo de la niña o niño Sara Betancur Pena

Fecha de nacimiento 20 - 10 - 2020 **Nº Documento de Identidad** 1040840160

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** 03 02 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Rubieda Vargas V

Fecha de registro cualitativo 22 - 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

segun la edad de la nina para todos los indicadores. esta en un nivel esperada

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Rubieda Vargas

Fecha de registro cualitativo 22 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 para todos los indicadores segun la edad

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Rubieda Vargas

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

la niño segun la edad pasa todos los indicadores

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

Powered by CamScanner

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	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
(1)	(1)	(1)	(4)	(6)	(8)	(10)			(11)	(14)	(14)	(16)	(19)	(19)	(19)	(23)	(23)	(23)	(24)	(24)	(24)	(25)	(25)	(25)
(2)	(2)	(2)	(5)	(7)	(9)				(12)	(15)	(15)	(17)	(20)	(20)	(20)							(26)	(26)	(26)
(3)	(3)	(3)	(6)	(8)	(10)	(11)	(11)	(11)	(13)	(16)	(16)	(18)	(21)	(21)	(21)	(27)	(27)	(27)	(29)	(29)	(29)	(27)	(27)	(27)
(4)	(4)	(4)	(7)	(9)		(12)	(12)	(12)	(14)	(17)	(17)	(19)	(22)	(22)	(22)	(28)	(28)	(28)	(30)	(30)	(30)	(28)	(28)	(28)
(5)	(5)	(5)	(8)	(10)	(11)	(13)	(13)	(13)	(15)	(18)	(18)	(20)	(23)	(23)	(23)	(29)	(29)	(29)	(31)	(31)	(31)	(29)	(29)	(29)
(6)	(6)	(6)	(9)		(12)	(14)	(14)	(14)	(16)	(19)	(19)	(21)	(24)	(24)	(24)	(30)	(30)	(30)	(32)	(32)	(32)	(30)	(30)	(30)
(7)	(7)	(7)	(10)	(11)	(13)	(15)	(15)	(15)	(17)	(20)	(20)	(22)	(25)	(25)	(25)	(31)	(31)	(31)	(33)	(33)	(33)	(31)	(31)	(31)
(8)	(8)	(8)	(11)	(12)	(14)	(16)	(16)	(16)	(18)	(21)	(21)		(26)	(26)	(26)	(32)	(32)	(32)				(32)	(32)	(32)
(9)	(9)	(9)	(12)	(13)	(15)	(17)	(17)	(17)	(19)	(22)	(22)		(27)	(27)	(27)	(33)	(33)	(33)				(33)	(33)	(33)
(10)	(10)	(10)	(13)	(14)	(16)	(18)	(18)	(18)	(20)	(23)	(23)		(28)	(28)	(28)									
(11)	(11)	(11)	(14)	(15)	(17)	(19)	(19)	(19)	(21)	(24)	(24)		(29)	(29)	(29)									
(12)	(12)	(12)	(15)	(16)	(18)	(20)	(20)	(20)	(22)	(25)	(25)		(30)	(30)	(30)									
(13)	(13)	(13)	(16)	(17)	(19)	(21)	(21)	(21)	(23)	(26)	(26)		(31)	(31)	(31)									
(14)	(14)	(14)	(17)	(18)	(20)	(22)	(22)	(22)	(24)	(27)	(27)		(32)	(32)	(32)									
(15)	(15)	(15)	(18)	(19)	(21)	(23)	(23)	(23)	(25)	(28)	(28)		(33)	(33)	(33)									
(16)	(16)	(16)	(19)	(20)	(22)	(24)	(24)	(24)	(26)	(29)	(29)													
(17)	(17)	(17)	(20)	(21)	(23)	(25)	(25)	(25)	(27)	(30)	(30)													
(18)	(18)	(18)	(21)	(22)	(24)	(26)	(26)	(26)	(28)	(31)	(31)													
(19)	(19)	(19)	(22)	(23)	(25)	(27)	(27)	(27)	(29)	(32)	(32)													
(20)	(20)	(20)	(23)	(24)	(26)	(28)	(28)	(28)	(30)	(33)	(33)													
(21)	(21)	(21)	(24)	(25)	(27)	(29)	(29)	(29)	(31)															
(22)	(22)	(22)	(25)	(26)	(28)	(30)	(30)	(30)	(32)															
(23)	(23)	(23)	(26)	(27)	(29)	(31)	(31)	(31)	(33)															
(24)	(24)	(24)	(27)	(28)	(30)	(32)	(32)	(32)																
(25)	(25)	(25)	(28)	(29)	(31)	(33)	(33)	(33)																
(26)	(26)	(26)	(29)	(30)	(32)																			
(27)	(27)	(27)	(30)	(31)	(33)																			
(28)	(28)	(28)	(31)	(32)																				
(29)	(29)	(29)	(32)	(33)																				
(30)	(30)	(30)																						
(31)	(31)	(31)																						
(32)	(32)	(32)																						
(33)	(33)	(33)																						

Valoración Cualitativa

- 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 Betancur Pena, identificado (a) con documento de identidad número 1040840160 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Marled Pena, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1079409139 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de 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 Rubiela Vargas V., en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa HCB Comunitario

Suscriben:

Firma: Marled Pena
Nombre: Marled Pena
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3185908784
Fecha: 03-02-2024
Municipio: Tesalia.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.079.411.715

SANCHEZ PERAFAN

APELLIDOS

MARIA ZULEIMA

NOMBRES

Maria zuleima sanchez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 04-MAY-1996

IQUIRA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

08-MAY-2014 TESALIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1902500-00595557-F-1079411715-20140703 0039115052A 1 42167454

Powered by CamScanner