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

HCB LOS PATICOS

USAURIO: Leyton Adrian Narvaez V. **No.** 1244058082.



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	X		
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
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	X		
Para identificar lugar de residencia, fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia	X		
Fotografía física, esta ira sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	X		

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	X		
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	X		
Copia del carné de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el usuario asista según el PAI	X		
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	X		
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año	X		
Formato autorización toma de fotos y vídeos	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya ingresos nuevos	X		

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1244058082

Indicativo Serial 62489415

6248941

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código B 9 G

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C NOTARIA 79 D.C BOGOTA DC * * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
NARVAEZ * * * * * * * * * * * * * * *	VEGA * * * * * * * * * * * * * * * * *

Nombre(s)

LEYTON ADRIAN *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes MAR Día 21	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * * * * *	23038910389202 * *

Datos de la madre o padre *(para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

VEGA LOPEZ SANDRA MILENA *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No.55212464 * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * *

Datos de la madre o padre *(para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

NARVAEZ HERNANDEZ WILLIAM OMILFER *

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1081157993 * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

NARVAEZ HERNANDEZ WILLIAM OMILFER *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1081157993 * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	William Narvaez

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 2023 Mes MAR Día 23	JOSE ANDRES O'MEARA RIVEIRA Nombre y firma

JOSE ANDRES O'MEARA RIVEIRA

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO - Cadena s.a.

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.081.157.993
NARVAEZ HERNANDEZ
APELLIDOS
WILLIAM OMILFER
NOMBRES

William Omilfer Narvaez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-FEB-1994
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75	O-	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

24-FEB-2012 RIVERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1906400-00369320-M-1081157993-20120405 0029628560A 1 36515569

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 19/09/2025

Ficha: 41396002530000002060

B1

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LEYTON ADRIAN

Apellidos: NARVAEZ VEGA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1244058082

Municipio: La Plata

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 01/09/2025

Última actualización ciudadano: 01/09/2025

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	B1→B7	C1→C18	D1→D21
Pobreza extrema	Pobreza moderada	Vulnerabilidad	Ni pobre ni vulnerable

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
Transformamos Buena Energía

Electrificadora del Huila S.A ESP
Nit 891180 001 1

Sr(a) : ALVARO QUINTERO TIERRADENTRO
c.c. / Nit: 12270073
C 3BS 5 12 AP 101
Municipio: 396 LA PLATA HUILA Ruta: 43960033620
Dirección Postal:
Ciclo: 176 Sector: 3-LA PLATA

Su código de cuenta NIU
938990938
Para cualquier consulta y pago electrónico

Factura de venta No.
88041243

Periodo	Periodo facturado	Pago total	Pago mínimo	Periodos Vencidos
9/ 2025	12/08/25-12/09/25	$50,720	$50,720	0 meses

Datos de cuenta

Clase servicio	Residencial
Estrato	2-Bajo
Zona	OCCIDENTE
Nivel tensión	1-Secundaria
Carga instalada	0
Tipo liquidacion	lectura
Nodo	T09124-LPUP

Costo unitario prestación del servicio

COMPONENTES ELECTROHUILA
Comercialización 161.26
+
Distribución 296.33
TOTAL ELECTROHUILA = 457.59
MERCADO ENERGÍA MAYORISTA
3 Generación 393.16
+
4 Transmisión 53.84
+
5 Restricciones 15.82
+
6 Pérdidas 79.48
TOTAL MERCADO MAYORISTA = 542.3
Costo unitario = 999.88

Histórico de consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	8	14	2025	2	46
2025	7	10	2025	1	52
2025	6	34	2024	12	55
2025	5	22	2024	11	45
2025	4	40	2024	10	45
2025	3	46	2024	9	43

Promedio de la cuenta	Consumo mas bajo
27	43

Conceptos ElectroHuila

Concepto		Valor
21	Consumo Periodo	84,990
608	Ajuste Decena	<2>
995	Subsidio	<39,248>

Cálculo actual del consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-18283926	HIK	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	4912	4827	1	85

Liquidación de consumo

Contador	Desde	Hasta	Consumo	Tarifa	Valor Real	Subsi/Contri	ValorCobrar
1	1	130	85 KW/h	$538.1425	$84.990	-46%	$45.742

TOTAL

Financiación ElectroHuila

Descripcion	Saldo

Tasa de interés 0%

CUFE d79a9267c0c5b3e5ba751bb0d6dc8264d365c66d3d41d377b78648fbaf1a7e09d5afedb2675984d3a140d5
Numero de Factura Electronica EH-4676000 Numero de factura: 88041243

Fecha de emision	Mi ultimo pago de	Tengo plazo de pagar hasta	Me quedo sin servicio a partir de
16/09/2025	$12,510 20/08/2025	25/09/2025 Vencimiento	Suspension

Valor Energía ElectroHuila	+ Valor Servicio de Aseo	+ Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía)	+ Valor Otros Cobros	=
$45,740		$4,980	$0	$50,720 TOTAL A PAGAR

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN
Reporta cualquier novedad relacionada con la prestación del servicio
01 8000 952 115 | 3134354436
PQR: radicacion@electrohuila.co
www.electrohuila.com.co
24/7

¡Escanea! paga en línea

Pag: 2324

(415)7707274499679(8020)0938990938(3900)0000050720(96)20250925

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

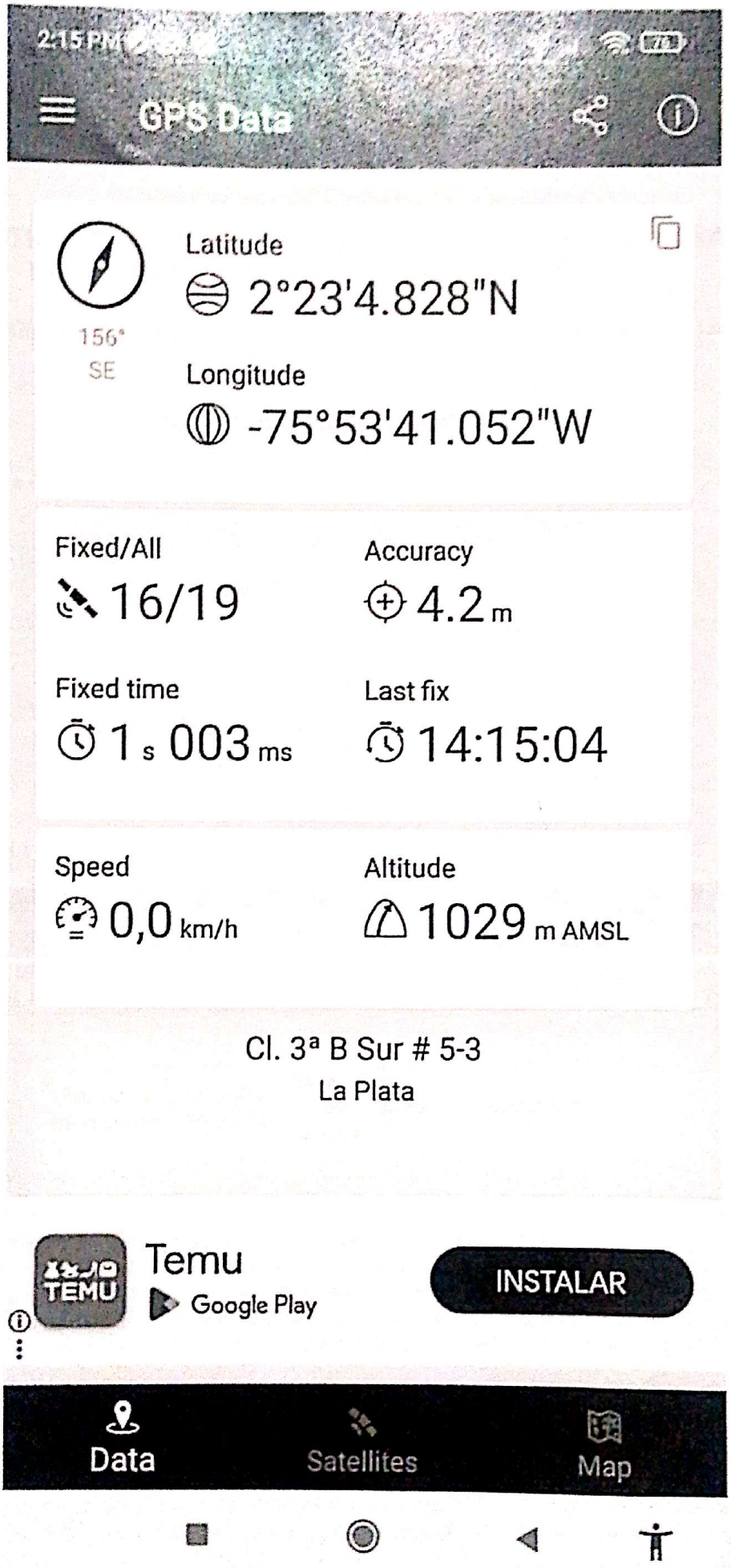
LA PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO EN VIRTUD DEL ARTICULO 130 DE LA LEY 142 DE 1994 MODIFICADA ART. 18 LEY 689 DE 2001

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS

SOMOS GRANDES

RETENEDORES DE RENTA RESOLUCION No. 5472003 DIAN AUTORIZACION N. IMPRESION No. 110806031317296 JUVENTES AUTORRETENEDORES ICA CIRCULAR 4 DEL 08/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA ARTICULO 2324

Powered by CamScanner



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	1244058082
NOMBRES	LEYTON ADRIAN
APELLIDOS	NARVAEZ VEGA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. -CM	SUBSIDIADO	21/03/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/19/2025 09:22:06	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

· Datos del niño o de la niña ·



Nombres: Leyton Adrian

Apellidos: Narvaez vega

Certificado Nacido Vivo:

Documento de identidad: 1244058082

Fecha de nacimiento: Día: 21 Mes: Marzo Año: 2023

Género: F: M: X I: Grupo sanguíneo: O Rh: Positivo

Lugar de nacimiento: Departamento: Bogota

Municipio: Cundinamarca

EPS: Nueva EPS

Datos de contacto:

Dirección: Cra 5 I sur II Barrio obrero

Teléfonos: 3203770084

En caso de urgencia favor avisar a:

Nombres y apellidos: Sandra milena vega lopez

Teléfonos: 3203770084

Dirección: Cra 5 = I sur - II Barrio obrero

Departamento: Cundinamarca

Municipio: Bogota

Powered by CamScanner

Valoración integral de la salud y el desarrollo

En esta sección debes solicitar el registro de los resultados de las valoraciones del crecimiento y desarrollo de tu hijo, y estar atento al cumplimiento de las citas según la edad.

Rango de Edad	Fecha atención			Edad			Valoración crecimiento					Valoracion desarrollo				Test Goodenaugh	Apgar familiar	Próxima control			Observaciones
	DD	MM	AA	Años	Meses	Días	Peso (KG)	Talla (cm)	Perimetro cefálico (cm)	Perimetro braquial (cm)	Clasificación nutricional	Motricidad gruesa	Motricidad fina adaptativa	Audicion y lenguaje	Personal social	Edad mental		DD	MM	AA	
0 a 1 Mes (Medicina)																					
2 a 3 Meses (Enfermeria)																					
4 a 5 Meses (Medicina)																					
6 a 8 Meses (Enfermeria)																					
9 a 11 Meses (Enfermeria)																					
12 a 17 Meses (Medicina)																					
18 a 23 Meses (Enfermeria)																					
24 a 29 Meses (Medicina)																					
30 a 35 Meses (Enfermeria)	16	10	25	2	9	16	14	95	82	15	Adc	/	/	=	/		Fmil	21	09	26	no dc
3 Años (Medicina)																					
4 Años (Enfermeria)																					
5 Años (Medicina)																					
6 Años (Medicina)																					
7 Años (Enfermeria)																					
8 Años (Medicina)																					
9 Años (Enfermeria)																					
10 Años (Medicina)																					
11 Años (Enfermeria)																					

Powered by CamScanner

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO						D	M	A
Resulado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardipopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado				
	Visual	Normal		Alterado				
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA								

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			
4.ª entrega			
5.ª entrega			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL – AGUDEZA VISUAL

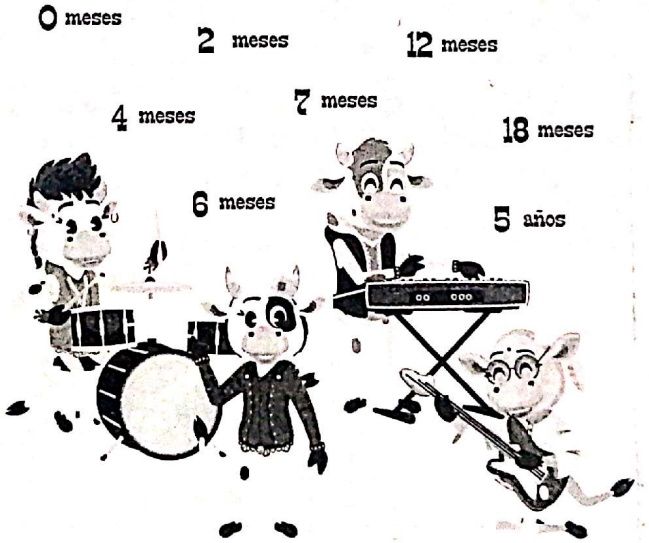
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o Igual a 20 normal

Vacunar oportunamente con todas las dosis a tus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años:



Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Leyton Advion Navarro V.
Fecha de nacimiento: 21 marzo 2023
Nº de certificado de nacido vivo: 2303891038[illegible]
Registro civil: 1244058082
Sexo: masculino
Grupo sanguíneo: O positivo
Peso al nacer: 3200 Talla: 54
Dirección: Kra 97Abis # 158-33
Teléfono 1: 3203770084
Teléfono 2: 321 9786453
Responsable: Sandra Milena Vega Lopez
Municipio de residencia: Suba el salitre
Departamento: Cundinamarca - Bogotá

Busca ya las vacunas ¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

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	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	21	mar	23	Serum	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ 037 1M A037	Clinica	CMICO			Yohana Romero C.C. 52743207 AUX ENFERMERA
	Hepatitis B	Recién nacido	21	mar	23	Serum	0321 Q071 E13	magdalena	2mar23			
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	24	MAYO	2023	Bilthoven	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ 2140151 04/24					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	24	MAYO	2023	Serum	285 1 Y033A 05/24					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	24	MAYO	2023	Serum	285 1 Y033A 05/24					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	24	MAYO	2023	Serum	285 1 Y033A 05/24					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	24	MAYO	2023	GSK	A V01C008AA 04/23					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	24	MAYO	2023	Pfizer	FY9925 01/25					
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	29	JUL.	2023	Bilthoven	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ 2207004					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	29	JUL.	2023	Serum	285 1 X040C					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	29	JUL.	2023	Serum	285 1 X040C					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	29	JUL.	2023	Serum	285 1 X040C					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	29	JUL.	2023	GSK	A V01D091 AA					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	29	JUL.	2023	PFIZER	FY9925					
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	29	Septie	2023	Biologicals	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ 15230705A					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	29	Septie	2023	SERUM	2851X028F	Joan Ramon nuñez p.				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª										
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	29	Septie	2023	SERUM	2851X028F	Joan Ramon nuñez p.				
	Influenza estacional	1.ª						Joan Ramon nuñez p.				
7 meses	Influenza estacional	2.ª	0	0	0	0	0 2023					
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	01	04	24	SERUM	Q053N003A 10/25	Ubred NORTE				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	01	04	24	PFIZER	EW7663 31.12.25					
	Varicela	2.ª	01	04	24	MERCK	X019180. 23.10.24.					
	Hepatitis A	Única	01	04	24	MSD	X002H72. 31.5.25.					
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	01	10	24	Bilthoven	2239701					
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	01	10	24	Serum	2892718142	Juan Ramon Nuñez	09	24		
	Fiebre amarilla	Única	01	10	24	Bio-Manguinhos	0315FCP052					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª										
	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

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO: ODO-FO-003
		VERSIÓN: 0
	EVOLUCIÓN HIGIENE ORAL	FECHA DE EMISIÓN: 01/02/2018
		PÁGINA:

NUM. HISTORIA: 1244058082 FECHA: 2025-10-16 15:03:48 NUMERO AUTORIZACION:

IDENTIFICACION: RC 1244058082 NOMBRES: LEYTON ADRIAN APELLIDO: NARVAEZ VEGA

FOLIO: 1

IDENTIFICACION

APELLIDO: NARVAEZ VEGA

NOMBRES: LEYTON ADRIAN

DIRECCION: CLLE 3 B SUR 5-12 LA PLATA (HUILA)

TELEFONO: 3203770084

ENTIDAD: CAPITA MOVILIDAD LA PLATA

TIPO DE USUARIO: SUBSIDIADO

ESCOLARIDAD: SIN ESCOLARIDAD

DISCAPACIDAD: NO CUAL?

NUM. HISTORIA: 1244058082

TIPO DOCUMENTO: RC NUMERO: 1244058082

EDAD: 2 Años, 6 Meses,25 Dias

GENERO: M

RH: O+

ESTADO CIVIL: SOLTERO

TIPO PROCEDIMIENTO: 525-EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL [990212]

LOTE: FECHA DE INICIO ESTERILIZACION: FECHA DE VENCIMIENTO:

ESTERILIZADO POR:

EVOLUCION:

PACIENTE ASISTE A CONSULTA DE HIGIENE ORAL JUNTO CON ACOMPAÑANTE MAYOR DE EDAD RESPONSABLE DEL MENOR DE EDAD, SE REALIZA EDUCACIÓN EN HIGIENE ORAL ENFATIZADA EN LA FRECUENCIA DEL CEPILLADO, SE EXPLICA LA TÉCNICA DE BASS O BARRIDO, DE MANERA DIDACTICA, EL USO Y LA IMPORTANCIA DE LA SEDA DENTAL Y EL ENJUAGUE BUCAL, TAMBIEN SE EXPLICA LA CANTIDAD DE CREMA DENTAL QUE EL PACIENTE DEBE USAR SEGUN SU EDAD. SE DA A CONOCER LOS TIPOS DE ENFERMEDADES BUCALES QUE DERIVAN UNA MALA HIGIENE ORAL, COMO ES LA CARIES, LA GINGIVITIS Y LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA ALIMENTACIÓN

CONTROL DE HIGIENE 16/04/2026

DIAGNOSTICO PPAL: Z012-EXAMEN ODONTOLOGICO

DIAGNOSTICO RELACIONADO:

PROCEDIMIENTO	AMBITO	FINALIDAD	PERSONAL	FORMA REALIZACION	OBSERVACIONES
EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL [990212]	AMBULATORIO	DIAGNOSTICO	OTRO	UNICO O UNILATERAL	

Diagnóstico de placa Bacteriana - Indice de O'Leary

Powered by CamScanner

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO: ODO-FO-003
		VERSIÓN: 0
	EVOLUCIÓN HIGIENE ORAL	FECHA DE EMISIÓN: 01/02/2018
		PÁGINA:

NUM. HISTORIA: 1244058082 FECHA: 2025-10-16 15:05:57 NUMERO AUTORIZACION:

IDENTIFICACION: RC 1244058082 NOMBRES: LEYTON ADRIAN APELLIDO: NARVAEZ VEGA

FOLIO: 3

IDENTIFICACION

APELLIDO: NARVAEZ VEGA

NOMBRES: LEYTON ADRIAN

DIRECCION: CLLE 3 B SUR 5-12 LA PLATA (HUILA)

TELEFONO: 3203770084

ENTIDAD: CAPITA MOVILIDAD LA PLATA

TIPO DE USUARIO: SUBSIDIADO

ESCOLARIDAD: SIN ESCOLARIDAD

DISCAPACIDAD: NO CUAL?

NUM. HISTORIA: 1244058082

TIPO DOCUMENTO: RC NUMERO: 1244058082

EDAD: 2 Años, 6 Meses,25 Dias

GENERO: M

RH: O+

ESTADO CIVIL: SOLTERO

TIPO PROCEDIMIENTO: 515-RPMS - TOPIFICACION DE FLUOR EN BARNIZ [997106]

LOTE: FECHA DE INICIO ESTERILIZACION: FECHA DE VENCIMIENTO:

ESTERILIZADO POR:

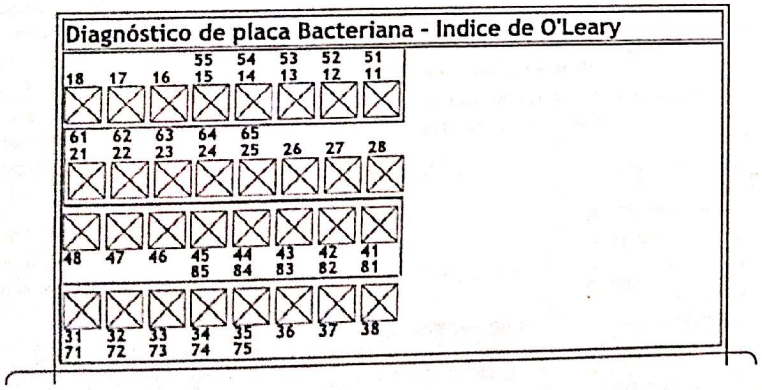
EVOLUCION:

PACIENTE ASISTE A CONSULTA DE HIGIENE ORAL JUNTO CON ACOMPAÑANTE MAYOR DE EDAD RESPONSABLE DEL MENOR DE EDAD, SE LE REALIZA, APLICACION DE FLUOR EN BARNIZ, Y SE DAN RECOMENDACIONES

DIAGNOSTICO PPAL: Z012-EXAMEN ODONTOLOGICO

DIAGNOSTICO RELACIONADO: K050-GINGIVITIS AGUDA

PROCEDIMIENTO	AMBITO	FINALIDAD	PERSONAL	FORMA REALIZACION	OBSERVACIONES
RPMS - TOPIFICACION DE FLUOR EN BARNIZ [997106]	AMBULATORIO	DIAGNOSTICO	OTRO	UNICO O UNILATERAL	



	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO: ODO-FO-003
		VERSIÓN: 0
	EVOLUCIÓN HIGIENE ORAL	FECHA DE EMISIÓN: 01/02/2018
		PÁGINA:

NUM. HISTORIA: 1244058082 FECHA: 2025-10-16 15:05:18 NUMERO AUTORIZACION:

IDENTIFICACION: RC 1244058082 NOMBRES: LEYTON ADRIAN APELLIDO: NARVAEZ VEGA

FOLIO: 2

IDENTIFICACION

APELLIDO: NARVAEZ VEGA

NOMBRES: LEYTON ADRIAN

DIRECCION: CLLE 3 B SUR 5-12 LA PLATA (HUILA)

TELEFONO: 3203770084

ENTIDAD: CAPITA MOVILIDAD LA PLATA

TIPO DE USUARIO: SUBSIDIADO

ESCOLARIDAD: SIN ESCOLARIDAD

DISCAPACIDAD: NO CUAL?

NUM. HISTORIA: 1244058082

TIPO DOCUMENTO: RC NUMERO: 1244058082

EDAD: 2 Años, 6 Meses, 25 Dias

GENERO: M

RH: O+

ESTADO CIVIL: SOLTERO

TIPO PROCEDIMIENTO: 512-RPMS - CONTROL DE PLACA DENTAL [997002]

LOTE: FECHA DE INICIO ESTERILIZACION: FECHA DE VENCIMIENTO:

ESTERILIZADO POR:

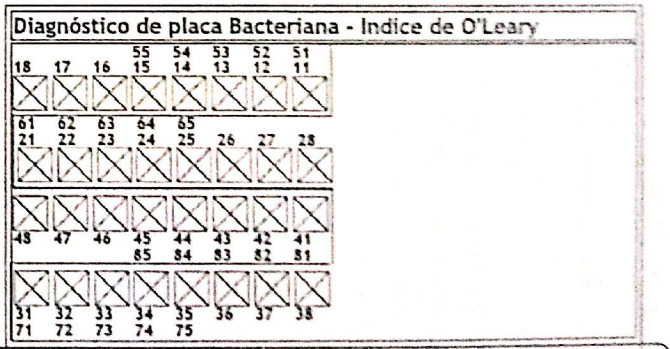
EVOLUCION:

PACIENTE ASISTE A CONSULTA DE HIGIENE ORAL JUNTO CON ACOMPAÑANTE MAYOR DE EDAD RESPONSABLE DEL MENOR DE EDAD, SE REALIZA CONTROL DE PLACA BACTERIANA, PROFILAXIS

DIAGNOSTICO PPAL: Z012-EXAMEN ODONTOLOGICO

DIAGNOSTICO RELACIONADO: K050-GINGIVITIS AGUDA

PROCEDIMIENTO	AMBITO	FINALIDAD	PERSONAL	FORMA REALIZACION	OBSERVACIONES
RPMS - CONTROL DE PLACA DENTAL [997002]	AMBULATORIO	DIAGNOSTICO	OTRO	UNICO O UNILATERAL	



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 Paticos, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio_____. 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): Leyton Adrian Nuñez con RC No 1244058082 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 22 del mes 09 del año 2025, en el Municipio de La plata.

PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Daniela Falla V.
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

HOJA DE REGISTRO INDIVIDUAL

de cero a Siempre

Ciudad

Nombre de la niña o niño

Fecha de nacimiento

Sexo Masculino ○ Femenino ○

Primera Valoración

Nombre del observador

Fecha de valoración

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 año 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

Resultado de la valoración
En riesgo ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

Acciones a realizar para potenciar el desarrollo en el caso de perfil en riesgo

Segunda Valoración

Nombre del observador

Fecha de valoración

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 año 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

Resultado de la valoración
En riesgo ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

Acciones a realizar para potenciar el desarrollo en el caso de perfil en riesgo

Tercera Valoración

Nombre del observador

Fecha de valoración

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 año 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

Resultado de la valoración
En riesgo ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

Acciones a realizar para potenciar el desarrollo en el caso de perfil en riesgo

Powered by CamScanner

Valoración Cualitativa ⇨	Relación con los demás												Relación consigo misma/o										Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social														
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10	11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15 16	14 15 16	14 15 16	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21 22	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	15 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21 22	20 21 22	20 21 22	23 24	23 24	23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24	23 24	23 24	25	25	25
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16	17 18	17 18	17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30 31	28 29 30 31	28 29 30 31	32 33	32 33	32 33	34 35	34 35	34 35
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2	1 2	1 2	3	3	3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8	8	8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	15	15	15	16 17	16 17	16 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20	21	21	21

= 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 Leyton Adrian Narvaez Vega, identificado (a) con documento de identidad número 1244055892 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		Videos		Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Sandra Milena Vega Lopez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 55212464, 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		Videos	X	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: _____
Nombre: Sandra Milena Vega
Calidad - Titular: _____ Representante legal: Madre
Teléfono de contacto: 3203770084
Fecha: _____
Municipio: La Plata Huila

Powered by CamScanner

FUNDACION GRUPO LIBERTAD

NIT. 900027451-0

FORMATO NOVEDADES CUENTAME

MADRE COMUNITARIA: Daniela Falla HCB Los pateos
NUMERO DEL CONTRATO: _____ CIUDAD: La plata

FECHA DE VINCULACION AL PROGRAMA	DIA: ___ MES: 09 AÑO : 2025
TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO	RC [X] Nº 1244058082
DATOS DEL USUARIO:	NOMBRES: Leyton Adrian. APELLIDOS: Narvaez Vega
SEXO: HOMBRE : X MUJER : _____	FECHA DE NACIMIENTO: 21-02-2023. LUGAR DE NACIMIENTO (DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO): Cundinamarca
DATOS DE UBICACIÓN	URBANO: _____ DIRECCION Calle 3 B sur 5-12 NOMBRE DEL BARRIO: Villa del Rio. NOMENCLATURA: _____ RURAL _____ NOMBRE VEREDA: _____ NOMBRE DE LA FINCA: CASERIO OTRO _____
TELEFONO DEL RESPONSABLE:	3203770084
GEORREFERENCIACIÓN	LATITUD * : S __ N __ GRADOS: 2 MINUTOS: 14 SEGUNDOS: 9 LONGITUD *:E ___ O __ GRADOS: 75 MINUTOS: 53 SEGUNDOS: 8 FECHA DE CAPTURA: 19-09-25 HORA DE LA CAPTURA: 7:00
NOMBRE DE LA EPS: Nueva EPS	REGIMEN: Subsidiado MUNICIPIO La plata

Powered by CamScanner

FUNDACION GRUPO LIBERTAD

NIT. 900027451-0

FORMATO NOVEDADES CUENTAME

PESO Y TALLA INICIAL	PESO: 13 - TALLA: 96
DISCAPACIDAD: SI___ NO X CUAL:_____ ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD_____	REQUIERE AYUDA TECNICA_____ REQUIERE AYUDA DE OTRA PERSONA_____
CRITERIO DE FOCALIZACION	ETNICO:_____ CUAL_____ VIVE DETRO DEL TERRITORIO ETNICO____ VICTIMA: SI__ NO__ SIBEN: X PUNTAJE: B1 FAMILIAS EN ACCION SI___NO____
DATOS BASICOS DEL PADRE	NOMBRES: Willian Oailfer APELLIDOS: Narvaez Hernandez TIPO DE DOCUMENTO: cc NUMERO DE DOCUMENTO : 1081157993 FECHA DE NACIMIENTO: 18-02-1994. LUGAR DE NACIMIENTO(DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO Neiva Huila TELEFONO:_____
DATOS BASICOS DE LA MADRE	NOMBRES: Sandra Milene APELLIDOS: Vega Lopez. TIPO DE DOCUMENTO: cc NUMERO DE DOCUMENTO : 55212464. FECHA DE NACIMIENTO: 08-05-1982. LUGAR DE NACIMIENTO(DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO: La argentina Huila

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD NIT. 900027451-0 FORMATO NOVEDADES CUENTAME	

	TELEFONO: 3203330024
USUARIO A DESVINCULAR	RC: NOMBRES : FECHA DE DESVINCULACION: MOTIVO
FIRMA DE QUIEN REGISTRA LA INFORMACION	Daniela Valle.

NOTA: ANEXAR REGISTRÓ CIVIL ESCANEADO, LAS CEDULAS DE LOS PADRES, TODO ESTE FORMATO EN UN SOLO PDF.
LA FOTO EN FORMATO IMAGEN POR FUERA RENOMBRADA CON EL NOMBRE DEL NIÑO O NIÑA, NO DENTRO DEL PDF

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA	F2.MT1.PP	24/01/2025
		Versión 1	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Fecha de diligenciamiento: 22 | 09 | 2025

INFORMACIÓN DEL USUARIO

Tipo de usuario: (X) Niñora entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante

Tipo de vinculación: (X) Usuario de nuevo ingreso ( ) Usuario de continuidad

Tipo documento identidad: (X) Registro Civil ( ) Tarjeta de identidad ( ) Permiso de protección temporal ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial de permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta de movilidad fronteriza ( ) Sin documento

Número de documento: 1244058082

Fecha nacimiento: 21 | 03 | 2023

Nombres: Jeyton Adrian

Apellidos: Narvaez Vega

Presenta discapacidad? ( ) Si (X) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? ( ) SI ( ) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ( ) SI ( ) No

Indique cuales aplican: ( ) Física ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Intelectual ( ) Psicosocial (mental) ( ) Multiple ( ) Sordoceguera ( ) N/A

Seleccione la que aplique: ( ) Afrocolombiano ( ) Indígena ( ) No se autorreconoce ( ) Comunidad negra ( ) Rom / Gitano ( ) Palenquero (a) ( ) Raizal

Indique cuales aplican: ( ) Migrante ( ) Campesinado ( ) Firmante de paz ( ) Víctima del conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL USUARIO

Departamento residencia: Huila

Municipio de residencia: La plata

Zona:

Barrio:

Vereda:

Sector:

Dirección: C 3BS # 5 - 12

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (X) Madre ( ) Padre ( ) Acudiente

Tipo documento identidad: ( ) Registro Civil ( ) Tarjeta de identidad ( ) Permiso de protección temporal ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial de permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta de movilidad fronteriza ( ) Sin documento

Número de documento:

Nombres: Sandra Milena

Apellidos: Vega Lopez

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 8 | 05 | 1982

Correo electrónico:

Número de celular: 3203770084

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

Autoriza el registro en sistema?: https://prematricula.icbf.gov.co (X) Si ( ) No

Nombre y Firma del padre, madre y/o acudiente:

Nombre y Firma del profesional que diligencia:

Powered by CamScanner

Seguros mundial

Protegemos
tus pasos



Línea de atención

Línea nacional:
01 8000 112 684
en caso de accidente

Conoce nuestra **red médica**

Página web:
www.segurosmundial.com.co

Nº Póliza: 2000503802

Tomador: FUNDACION GRUPO LIBERTAD

Nombre de Asegurado: LEYTON ADRIAN NARVAEZ VEGA

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1244058082	2025/09/22	2026/02/01

Muerte Accidental $10.000.000,00

Gastos Médicos $9.000.000,00

En caso de accidente comunícate a nuestra línea **018000112684**.
Para más información acerca de la póliza comunícate a nuestras líneas:

Desde Bogotá: 3274712/13

Línea nacional: 018000111935

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #835

www.segurosmundial.com.co

Powered by CamScanner