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

HCB LOS SAPIOS

USAURIO: AJAIIA STEFANIA CUCHINPA. ***RC No.*** 1.081 427.785



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

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.081.427.785

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60374384

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L 5 B

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

REGISTRADURIA DE LA PLATA - COLOMBIA - HUILA - LA PLATA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CUCHIMBA	MEDINA

Nombre(s)

ALAIIA STEFANIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes DIC Día 06	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
PRESENTACION PERSONAL Y FIRMA DEL FOLIO	

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

Apellidos y nombres completos

MEDINA YACUE MARI YUBID

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 1.081.401.106	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

CUCHIMBA FIGUEROA JOAN SEBASTIAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.249.752	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

YACUE PEÑA YINED

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 36.384.432	y.med giran per

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 2022 Mes 12 Día 07	Nombre y firma

OPIXPRES 100238573

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

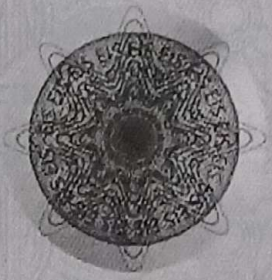
Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ CC
1.081.401.106



APELLIDOS / NOMBRES
MEDINA YACUE
MARI YUBID

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
08-NOV-2006
LA PLATA - HUILA

FECHA DE EXPEDICIÓN
08-NOV-2024

SEXO
FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
LA PLATA - LA PLATA

OFICINA DE ENTREGA
LA PLATA - LA PLATA

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 08-MAY-2025

8513487163
08-NOV-2024

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO **1.004.249.752**

CUCHIMBA FIGUEROA

APELLIDOS

JOAN SEBASTIAN

NOMBRES

J Sebastian Cuchimba

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-AGO-2002**

LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

09-SEP-2020 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1904900-01158422-M-1004249752-20200909 **0071699149A 1** 8500611725

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 07/07/2025

Ficha: 41396001530000008236

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ALAIIA STEFANIA

Apellidos: CUCHIMBA MEDINA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1081427785

Municipio: La Plata

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/08/2022

Última actualización ciudadano: 26/04/2023

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

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

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO									
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado					
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado					
	Cardiopatía 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

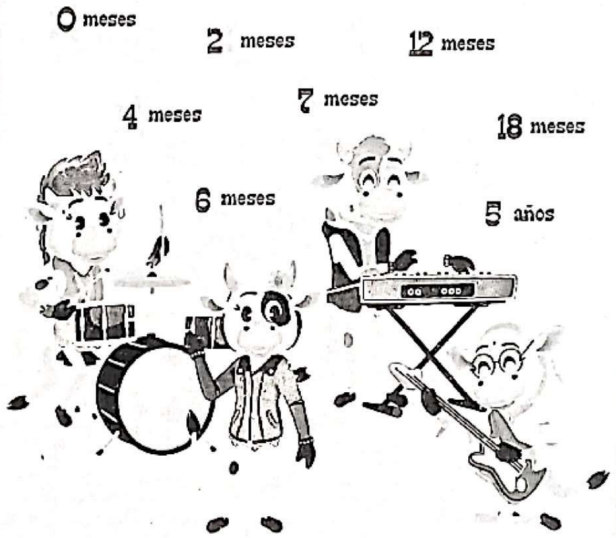
3 años					
4 años					
5 años					

*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: Alaiia Stefania Medina Yacue.
Fecha de nacimiento: 6-12-2022
Nº de certificado de nacido vivo: 2212610229257
Registro civil: 1081427785.
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3350 Talla: 50cm
Dirección: Barrio La libertad
Teléfono 1: 3166632133
Teléfono 2:
Responsable: Mari Medina Yacue.
Municipio de residencia: La Plata
Departamento: Huila.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Alaia Stefania Cuchimba Tipo Identificación: 1081427785 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	7	12	2022	Serum	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ 037 1 MA 039	HDSP	6-07-			Elsa Yolanda M
		Hepatitis B	Recién nacido	6	12	2022	Serum	032 1 Q 018 5	HDSP		2023		
2 meses		Poliomielitis (VIP)	1.ª	06	02	2023	BIOTHOVEN	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ 2 2 0 6 0 1 2		06	04	2023	María Yicela Salazar
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	06	02	2023	SERUM.	2 8 5 1 X 0 2 1 E		00			María Yicela Salazar
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	1.ª	06	02	2023	SERUM.	2 8 5 1 X 0 2 1 E					María Yicela Salazar
	PENTAVALENTE	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	06	02	2023	SERUM.	2 8 5 1 X 0 2 1 E					María Yicela Salazar
		Diarrea por rotavirus	1.ª	06	02	2023	GLAXOSM	A R 0 L D 0 1 A A					María Yicela Salazar
		Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	06	02	2023	PREVENAR.	F Y 9 9 2 5.	San Sebastián	06	04	2023	María Yicela Salazar
4 meses		Poliomielitis (VIP)	2.ª	11	4	023	BIOTHOVEN	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ 2 2 0 6 0 7 2		11	6	023	Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	11	4	023	SERUM	2 8 5 7 X 0 4 0 C	ESE SAN SEBASTIAN VACUNACIÓN LA PLATA	11	6	023	Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	2.ª	11	4	023	SERUM	2 8 5 7 X 0 4 0 C		11	6	023	Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	11	4	023	SERUM	2 8 5 7 X 0 4 0 C		11	6	023	Ramiro Lemus
		Diarrea por rotavirus	2.ª	11	4	023	GLAXO SM	A A 0 L D 0 5 7 A A		—	—	—	Ramiro Lemus
		Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	11	4	023	PREVENAR	F 9 5 7 2 5					Ramiro Lemus
6 meses		Poliomielitis (VIP)	3.ª	11	6	023	BIOTHOVEN	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ 2 2 0 7 0 0 5					Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	11	6	023	SERUM	2 8 5 7 X 0 4 0 D	ESE SAN SEBASTIAN VACUNACIÓN LA PLATA				Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	3.ª	11	6	023	SERUM	2 8 5 7 X 0 4 0 D					Ramiro Lemus
	PENTAVALENTE	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	11	6	023	SERUM	2 8 5 7 X 0 4 0 D					Ramiro Lemus
		Influenza estacional	1.ª	11	6	023	GREEN CROSS	V 5 0 5 2 3 0 0 4		11	7	023	ESE SAN SEBASTIAN
7 meses		Influenza estacional	2.ª	11	7	023	GREEN CROSS	V 5 0 5 2 3 0 0 4	ESE SAN SEBASTIAN	—	—		RAMIRO LEMUS
12 meses		Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	05 ENE 2024			SERUM	0 7 3 2 M 0 7 2 B	ESE SAN SEBASTIAN	—	—		RAMIRO LEMUS
		Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	05 ENE 2024			PREVENAR	G 7 8 6 3 5	ESE SAN SEBASTIAN	—	—		RAMIRO LEMUS
		Varicela	2.ª	05 ENE 2024			MSD	X 0 7 3 7 8 8	ESE SAN SEBASTIAN	11	6	024	RAMIRO LEMUS
		Hepatitis A	Única	05 ENE 2024			MSD	X 0 0 2 7 7 2					
		Influenza estacional	Anual	08 MAY 2024			BUTANTAN	2 4 0 0 9 7 9 0 0	ESE SAN SEBASTIAN	—	—		María Yicela Salazar
18 meses		Poliomielitis (VIP) X VOPb ☐)	1.er refuerzo	12 JUN. 2024			BIOTHOVEN	9 2 3 9 0 0 9 2 0	ESE SAN SEBASTIAN	—	—		María Yicela Salazar
		Difteria, tosferina y tétano (DPT) Pentaref	Refuerzo	12 JUN. 2024			SERUMINSTIT	2 8 5 1 1 0 1 1 E	ESE SAN SEBASTIAN	5ms			María Yicela Salazar
		Fiebre amarilla	Única	12 JUN. 2024			SANOFIPASTEUR	L 2 3 7 VE 0 0 3 2					
5 años		Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
		Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
		Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	12 JUN. 2024			SERUMINSTIT	0 1 3 3 N 0 0 4 A	ESE SAN SEBASTIAN	—	—		María Yicela Salazar
		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

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía
Electrificadora del Huila S.A. ESP
Nit. 891 180 001 - 1

Sr(a) : ARIAS PICHICA CARLOS ARTURO
c.c. / Nit: 215360
CRA 10 # 9A-02
Municipio: 396 LA PLATA HUILA Ruta: 43960020330
Dirección Postal:
Ciclo: 176 Sector: 2-LA PLATA

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
292240919
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
83200965
Fecha De Emisión
17/09/2024

Periodo:	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
9/ 2024	13/08/24-13/09/24	$27,130	$27,130	0 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio:	Residencial	Nivel Tensión:	1-Secundaria	Tipo Liqui.:	lectura
Estrato:	1-Bajo Bajo	Carga Instalada:	2000 W		
Zona:	OCCIDENTE	Nodo	T09187-LP2P		

Costo Unitario de Prestación del Servicio

Generación	417.27
Transmisión	55.93
Distribución	266.32
Restricciones	28.68
Pérdidas	95.59
Comercialización	161
Costo Unitario	1024.79
Tarifa Aplicada	1024.7857

Indicadores De Calidad Individual

Calculos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-19128346	ISK	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	17042	16979	1	63

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	64,561
110	Interes moratorio	9
607	Ajuste Decena	5
995	Subsidio	<38,736>

Ultimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2024	8	65	2024	2	41
2024	7	54	2024	1	65
2024	6	18	2023	12	60
2024	5	53	2023	11	60
2024	4	59	2023	10	74
2024	3	43	2023	9	60

Promedio Cuenta	Consumo Año Anterior
53	60

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	130	63 0	409 9143	$25 825

Indicadores De Calidad Individual Regulatorio

Nodo 6520013 Grupo Calida 21

Horas a compensar	0
Compensacion por evento	
Meta Calidad opr Duración	62.37
Meta calidad por eventos	21
Eventos acmulados año	70
Duracion acumulador año	15.11
Consumo a compensar	0
Cargo distribución	264.4

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Total cuota Financiación 0

Tasa de Interés 0.00 %

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$0
Total Electrohuila	$25,839
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	$1,291
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$27,130

CUFE

FOES

Kwh	$/Kwh	Total	N Fact

Último Pago

$27,670
29/08/2024
Emitida Por: IIDEVIA
Pag: 1152

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento:
25/09/2024
Suspensión a Partir del

Línea de transparencia

Reporta en la línea de transparencia todos los presuntos actos de soborno, corrupción o comportamientos indebidos de nuestros trabajadores y/o contratistas
Línea gratuita 018000 117766
Correo electrohuila @ lineatransparencia.com
Accede directamente escaneando el Codigo QR

Powered by CamScanner

IAMI

San Sebastián

DATOS DEL RECIEN NACIDO
QUIEN SOY

Nombres y apellidos: Alaia Stefania Medina Yacue

Identificación: 1081427785 EPS: Asmet.

Fecha de nacimiento: Día. 06 Mes: 12 Año: 2022

Edad: 1 Días: ____ Mese s: X Años: ____ Sexo: ____

Recién Nacido: Pretermino: ___ A termino: X Edad Gestacional: 40

Embarazo: Único: X Múltiple: ____ No de Gestaciones 1

Peso: 3350 Kg. Talla: 50 cm. Perímetro Cefálico: ____ cm.

Tipo de sangre: O+. Lugar que ocupa entre los hermanos: 1

TSH: No reclamado Serología: ____

Nombre de la Madre: Marit Y. Medina Ocupación: Hogar.

Nombre del Padre: Sebastian Cuchimba Ocupación: INPEC.

Dirección: Cra 10 #A-02. Teléfono: 316-6682133

Alimentación: Lactancia materna exclusiva: Si: X No: ____

Powered by CamScanner

IAMI

San Sebastián

CITAS DE CONTROL

DIA	MES	AÑO	HORA	PROFESIONAL
16	03	2023	Gnf.	Alejo
15	06	2023	Med.	
14	08	2023		DR. CARLOS E. FERNANDEZ C. CIRUJANO
10	01	2024	Med.	
10	07	2024	Enf.	
03	07	2024	Medico	A.C.R.L
11	12	2024	Medico	Luisa Méndez Pulido C.C 1.018.433.831 ENFERMERA SSO
4	06	2025.	Jefe	
15	12	2025.	Med	

Powered by CamScanner

IAMI

San Sebastián

FORMULARIO DE REGISTRO

FECHA	EDAD	PESO	TALLA	PC	PT	OBSERVACIÓN
19/01/23	1M	4.7kg	57cm	38	41	P y T adecuado
15/03/23	3m	6.130kg	61cm	40cm	42cm	Adecuado P/E T/E P/T
15/06/23	6M	7.3kg	63.4	42.5	P6:14	P y T Adecuado.
10/01/2024	1a	8.6kg	72cm	44	DA: IV	R. Talla bajo
03/7/24	18 m.	9.1	75	47		R. Talla ↓, Peso Normal
11/12/24	24	10.5	80.5	48		R talla ↓ Peso N
12.06.25	30	11.4	84	48	ID: 6	R Talla bajo

Powered by CamScanner

PIDE TU CITA

LA PLATA **CALL CENTER**

3235639250

Horario de asignación de citas

Mañana: 6:30 a.m. a 12:00 a.m.
Días: De Lunes a Viernes

Tarde: 1:30 p.m. a 5:00 p.m.
Días: Lunes a Viernes

Sábado: 6:30 a.m. a 11:00 a.m.

Belén **318-3208889**

7:00 a.m. a 9:00 a.m.
Días: De Lunes a Viernes

E.S.E San Sebastián

Siempre adelante en servicios

San Sebastián	LA PLATA HUILA NIT. 813.002.872-4	VERSION APROBACIÓN	01-002 2016

CARNET

PREVENCIÓN SALUD BUCAL



Nombres y Apellidos: Sikreany Cuchimba

No. De Documento: 1006472795 Tipo de Doc.: RC

Fecha de Nacimiento: 6-12-22 Edad: 1

EPS: MS - Medicyt

Dirección o Vereda: Bj 1 libertad

Teléfono:

PROCEDIMIENTO	Fecha de Atención			Próxima Cita		
	D	M	A	D	M	A
	10	01	24	10	07	24
Control Placa Bacteriana + fluor B	15	07	2024	15	01	2025
Q.Sellos.	22	01	25	22	07	25
	24	07	25	24	01	26

Powered by CamScanner

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

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS LOS SAPITOS, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio FUNDACION GRUPO LA 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 fisica, 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): AZAIIA STEFANIA CUCHIMBA con RC No 1081427.785 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 Febrero del año 2025, en el Municipio de La Plata Huila.

Mari Medina
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Barbara Leon Gomez
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 4	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 AJAJA SOFIA CUCHIABA MEDINA, identificado (a) con documento de identidad número 1031427795, 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, MARI YUBID MEDINA YABUR, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1081401.106, 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, adolescentes y jóvenes 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, adolescentes y jóvenes, y 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_ **CORPORACION PARA EL DESARROLLO DE LAS CIENCIAS, LA INVESTIGACION E INNOVACION** ___, 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 FAMILIAR_.

Suscriben:

Firma: Mari Medina
Nombre: Mari Medina
Calidad - Titular: X Representante legal: Madre
Teléfono de contacto: 3166632133
Fecha: 03 de Febrero
Municipio: La plata Huila

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad LA PLATA

Nombre completo de la niña o niño ALAIA STEFANIA CUCHIMBA MEDINA

Fecha de nacimiento 6-12-2022 N° Documento de Identidad 1.081.427.785

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador BARA INES LEON GÓMEZ.

Fecha de registro cualitativo 24-04-2025

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

La niña se encuentra en el perfil "ESPERADO" de los etapas del desarrollo acorde para su edad.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador BARA INES LEÓN

Fecha de registro cualitativo 25-07-2025

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 cumple con los Items del desarrollo acorde a su edad. se encuentra en el perfil "ESPERADO".

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador BARA INES LEON GÓMEZ

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

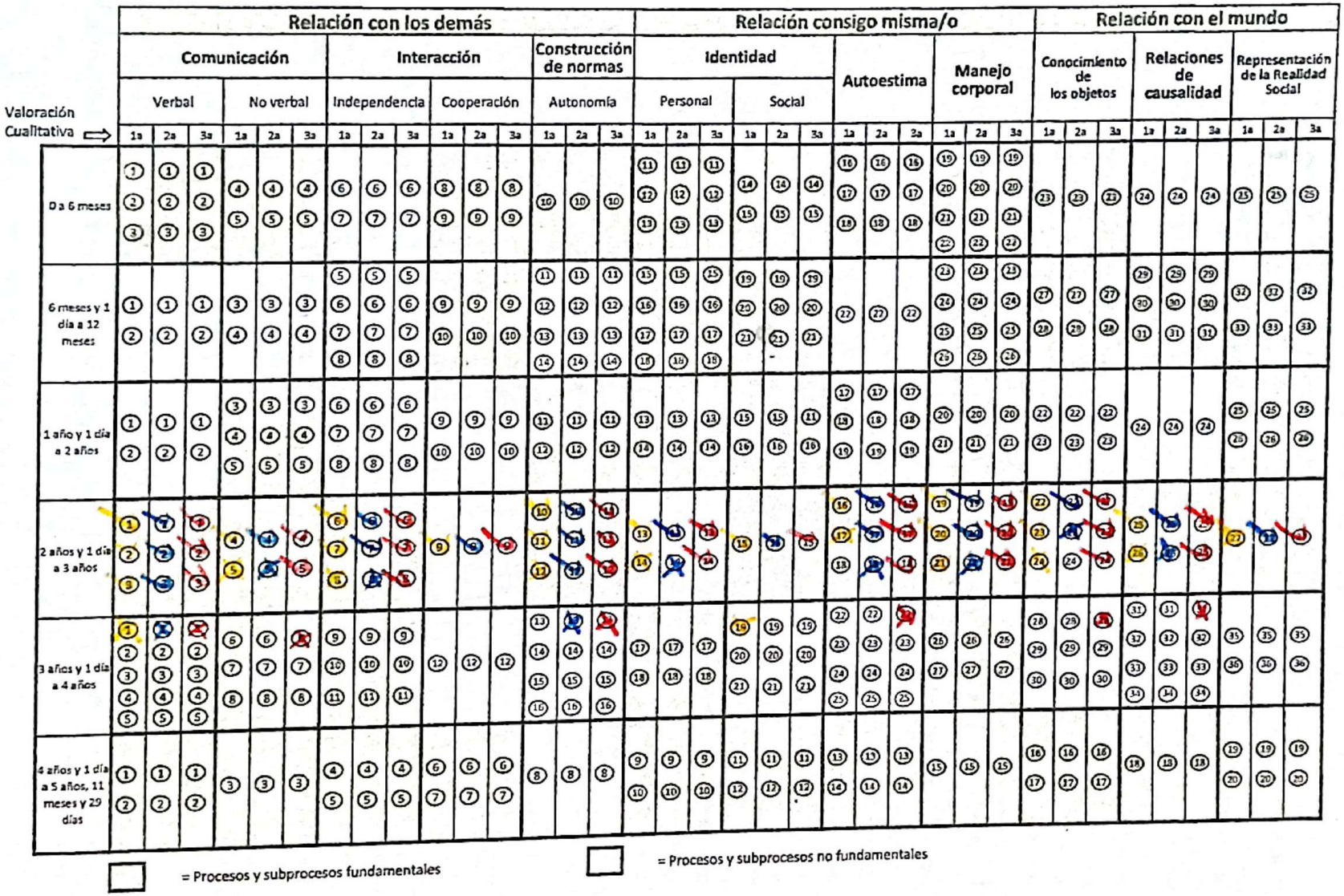
Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

Alaia se encuentra en el perfil "ESPERADO" Cumple con los Items de los etapas de su desarrollo, acorde para su edad.

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

Powered by CamScanner



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

Powered by CamScanner