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

HCB _LOS CHIQUITINES

USAURIO: ALAN CAMILO MEDINA VOLVERAS . *RC 1081426620*



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

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

Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo Seguimiento	Cada 3 meses	✓		
Fotocopia de la valoración integral en salud/ control de crecimiento y desarrollo	Seguimiento	Cada vez que el usuario asista a la valoración según esquema establecido	✓		
Copia del carné de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el usuario asista según el PAI	✓		
Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)	Seguimiento	Una sola vez, solo para las situaciones que aplique.	✓		
Certificado de asistencia a consulta en salud bucal. (el Carnet)	Formalización del cupo y seguimiento	Cada año	✓		
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año	X	X	
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			

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 759701

NUIP 1.081.426.620

Tipo de certificado | Datos Esenciales [ ] | Acreditar Parentesco [ ]

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
MEDINA VOLVERAS ALAN CAMILO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras): Año 2011 | Mes ABRIL | Día 03
Sexo (en letras): MASCULINO
Tipo Sanguíneo: O+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA HUILA LA PLATA

Fecha de Inscripción (Mes en letras): Año 2011 | Mes JUNIO | Día 02
Indicativo serial: 30611627775

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
VOLVERAS OBANDO ANYELA MILENA

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.004.280.871
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
MEDINA VALVERDE JOSE ARNULFO

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.081.218.973
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
MEDINA VALVERDE JOSE ARNULFO

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.081.218.973

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA HUILA LA PLATA
Código: 0 6 3

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras): Año 2014 | Mes JULIO | Día 02

Adhesivo Copia Registro Civil
29991904-6

Nombre y firma del funcionario
YOVIS OSWALDO TIERRADENTRO CAMERO.

Registrador del Estado Civil



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.061.218.975
MEDINA VALVERDE

APELLIDOS
JOSE ARNULFO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-AGO-1982
INZA
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
15-MAR-2005 INZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1503100-01114218-M-1061218975-20191125 0069034569A 1 9910666981



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.004.250.871
VOLVERAS OBANDO

APELLIDOS
ANYELA MILENA

NOMBRES
Anyela milena

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-ABR-1995
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.45 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO
04-OCT-2013 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
P-1904900-01145572-F-1004250871-20290709
0071179062A 1
53226994

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 18/08/2025

Ficha: 413960185118000000576

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ALAN CAMILO

Apellidos: MEDINA VOLVERAS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1081426620

Municipio: La Plata

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/09/2019

Última actualización ciudadano: 27/09/2022

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

ElectroHuila

SU CODIGO CUENTA NIU

373941449

Para cualquier consulta o pago electrónico
www.electrohuila.com.co

AUTORRETENEDORES DE RENTA RESOL. No 247/2002
DIAN - GRABADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART. 4
RESOL 000955 DEL 14/07/16 DIAN BOMOS GRANDES
CONTR.AUXILIARES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4
DEL 08/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

TOTAL A PAGAR

$ 79.350

FACTURA DE VENTA No. 85392190

Documento equivalente según artículo 1.6.1.4.12 Decreto 1625/17

FECHA DE LECTURAS: 06/ENE/2025 - 05/MAR/2025

FECHA DE VENCIMIENTO PAG. INMEDIATO — FECHA SUSPENSIÓN: 27/MAR/2025

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	ANDREA VOLVERAS OBANDO	Nro CC	55130838
Dirección	VDA SANTAMARTA	Ruta	6291320565
Municipio	LA PLATA	Ciclo	090
Clase Servicio	Residencial	Estrato	2

INFORMACION TECNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	8500190
Carga Contratada	150	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	2

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Dpe	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
38422355	ISK	A	S	00	7636 7636	7624	1	12

Promedio Carta 107 — Tiempo Min. Acum. — Consumo Acum.

ULTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
FEB	12
DIC	87
OCT	180
AGO	175
JUN	120
ABR	78
FEB	

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU: DIU: NC:
PC: VC: VCC:
ACF: CEC:
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 18/01/2024
Valor $ 84.70

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa $/kwh	Valor Total $
6.0	1009.6221 =	6055
6.0	1027.4988 =	6165

CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa $/kwh	Valor Total $

Valor Total Energía del Periodo	$	12.223
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 6.013
Valor Total Energía Facturado	$	6.210

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
DEUDA CAPITAL	$ 44.227
INTERES MORATORIO	$ 448
INTERES MES ALUMBRADO	$ 22
DEUDA ALUMBRADO Y OTROS	$ [illegible]
CONSUMO PERIODO	$ [illegible]
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ [illegible]
SEGUROS EXCLUSIVOS MAPFRE	$ [illegible]
SUBSIDIO	$ - 6.013

OTROS CARGOS	$	23.000
ALUMBRADO P	$	4.665
VALOR ELECTROHUILA	$	51.485

TOTAL A PAGAR

$ 79.350

ELECTRODOMESTICOS

CONVENIO | C PEND | TOTAL CONV | SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION | C PEND | TOTAL FIN | SALDO FIN CUENTA

PC [illegible] Kwh | Kwh | Valor $ | No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 427.0 Tm: 56.0 PRn,m: 0.0 Dr,m: 280.0 Rm: 15.0 Cv,m: 14
9.0 CUv,n,m: 1027.4988 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO | CAPITAL | INT. CORRIENTE | INT. MORA

Código de Cuenta : 373941449
Factura de Servicios Públicos No: 85392190
Fecha de Vencimiento: PAGO INMEDIATO

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	1081426620
NOMBRES	ALAN CAMILO
APELLIDOS	MEDINA VOLVERAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA PLATA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/18/2025 17:14:13	**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

IAMI

San Sebastián

CITAS DE CONTROL

DIA	MES	AÑO	HORA	PROFESIONAL
29	06	2022		MEDICO GENERAL 1077865087 ULOA
12	12	2022		
12	04	2023	Med	
22	10 diciembre	2023	Fam.	
28	JUNIO	2024		
	ENERO	2025	Med. Gen	Jorge E. Puentes Serrato Médico General Universidad del Tolima
29	junio	2025	Enf.	
29	agosto	2025		
	09	2026		

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACION E INSCRIPCION TEMPRANA

Al momento de nacer — Fecha:

PRIMER CONTROL MEDICO

Durante el primer mes de vida — Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistio	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

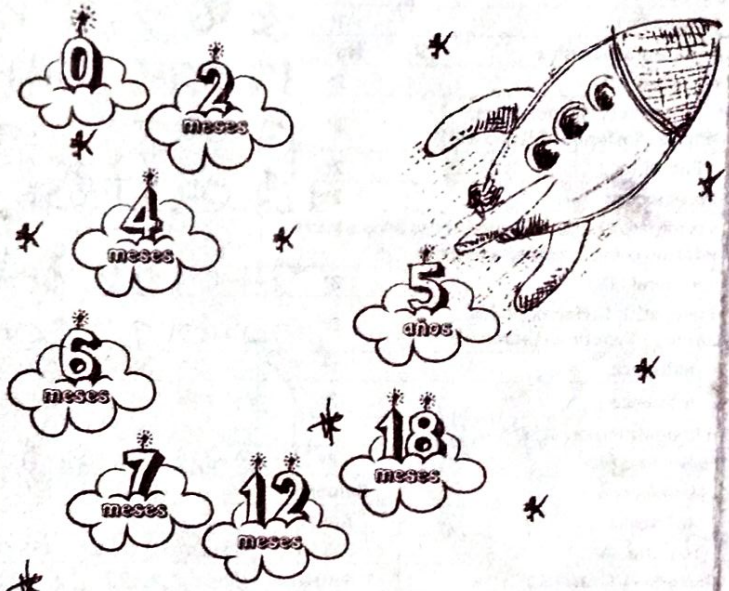
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

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



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI — Porque mi vida hoy que protegerla hoy

de cero a siempre

MinSalud

Vacunas a se la ponem

Medin

CARNÉ DE VACU

Nombre: Alan Ca

Fecha de nacimiento: 03-0

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 16814

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: R H O

Peso al nacer: 3090 G

Dirección: Vda Santa

Teléfono: 3104833

Responsable: Angela

Municipio de residencia:

Departamento: Huila

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



Nombre: Alan Camilo Medina Ualtras **Registro Civil:** 1081426626

Edad	Me protege de		Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nomb
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☒ No ☐							
	Tuberculosis B.C.G.		Única	03-04-21	Serum	03-625	HAD		Nini
	Hepatitis B		Recién nacido	03-04-21	Serum	0320490D	HVP	03 06 21	Jele
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)		1ª	30-6-21	IMOVAX	T3D85	ESES APS	30 8 21	Ma
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1ª	30-6-21	Serum	2850X021C	ESES APS	30 8 21	Mac
	Rotavirus		1ª	30-6-21	Rotarix	APO1C774A	ESES APS	30 8 21	Mac
	Neumococo		1ª	30-6-21	GSK	ASPNB310	ESES APS	30 8 21	Mac
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)		2ª	17-09-21	Bilthoven	210500	ESES APS	17 11 21	Mac
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2ª	17-09-21	Serum	2850X035A	ESES APS	17 11 21	Mac
	Rotavirus		2ª	17-09-21	Rotarix	APO1C858A	ESES APS	17 11 21	Mac
	Neumococo		2ª	17-09-21	GSK Biolog.	ASPNB311BA		17 11 21	Mac
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.								
	Polio (Oral - IM)		3ª	27-01-22	Bilthoven	2113006	ESES APS	27 01 2023	Mac
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		3ª	27-01-22	Serum	2850X035B	UCI APS	27 01 2023	Mac
	Influenza		1ª	25 05 2022	Green	U021206	ESES	25 06 22	Jon D
7 Meses	Influenza		2ª	29.06.2022	Green	U022206	ESESS	29 01 23	Jon D
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		1ª	25-05-2022	Serum	0130221	ESESS		Jon D
	Fiebre Amarilla		1ª	3-6-2023	Sanofi	GARDEL VAC 2ML	ESE SAN SEBASTIAN	— — —	
	Neumococo		Refuerzo	25 05 2022	GSK	ASPNB31A	ESESS		Jon D
	Influenza		Anual						
	Hepatitis A		ÚNICA	25 05 2022	Merc	U0169A	ESESS		Jon D
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1' Refuerzo	3-6-2023	28.22X102A	Sanofi	ESE SAN SEBASTIAN	3 4 026	
	Polio (Oral - IM)		1' Refuerzo	3-6-2023	22207005	Bilthoven	ESE SAN SEBASTIAN	3 4 026	
5 Años	Polio (Oral - IM)		2° Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		Refuerzo	3-6-2023	0737N082A	Sanofi	ESE SAN SEBASTIAN	— — —	
Niñas 9 Años o más	VPH								
	VPH		2ª	—					
	VPH		3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela		1	25 05 2022	Green	U02529	ESESS		Jon D

Estas vacunas son gratu

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.

Aiah camilo Medina
RC 1081426 620
Sanitas
salud oral
Cal. 29/02/16

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	NIT. 900027451-0
GRUPO LIBERTAD	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 lachiquinas vinculada a la Entidad Administradora del Servicio TCB. 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) Alan camilo medina con RC No 1081426620
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).

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 25 del mes 08 del año 2025 en el Municipio de la plata

Andrea milena viasberas
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Elsa Yubely
MADRE COMUNITARIA

BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO** **COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA** FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	F2.P2.CE	15/07/2021
		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 Alan camilo medina, identificado (a) con documento de identida número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Anyela milena _____, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004250877 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	Otros datos personales	

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas, 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 Fundación 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 HCB - Comunitario

Suscriben:

Firma: Anyela milena navarrete vos

Nombre: Anyela milena

Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____

Teléfono de contacto: _____

Fecha: _____ Municipio: _____

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO de cero a siempre

Ciudad la Plata. Huila.

Nombre completo de la niña o niño Alan camilo medina volveras.

Fecha de nacimiento 03 04 2021 N° Documento de identidad 1081426620

Sexo Masculino X Femenino ○ Fecha de 1er día de atención en el año

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador elsa yubely volveras.

Fecha de registro cualitativo 28.11.2025.

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
El niño se interesa por participa en las actividades a desarrolla. mediu de la Creactividad. y el juego.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo

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

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo

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

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

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	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	14 15	14 15	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	11 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
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 23 24	22 23 24	22 23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
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	28 29 30	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
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	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17	16 17	16 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

seguros mundial®

Accidentes personales

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

N° Póliza: 2000503802

Tomador: FUNDACION GRUPO LIBERTAD

Nombre de Asegurado: ALAN CAMILO MEDINA VOLVERAS

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1081426620	2025/08/25	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: #335

www.segurosmundial.com.co