

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

HCB _LOS CHIQUITINES

USAURIO: BREINER ESTIF MEDINA VOLVERAS . *RC 1145833359*



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 LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS USUARIOS		NIT. 900027451-0		
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo Seguimiento	Cada 3 meses	✓		
Fotocopia de la valoración integral en salud/ control de crecimiento y desarrollo	Seguimiento	Cada vez que el usuario asista a la valoración según esquema establecido	✓		
Copia del carné de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el usuario asista según el PAI	✓		
Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)	Seguimiento	Una sola vez, solo para las situaciones que aplique.	✓		
Certificado de asistencia a consulta en salud bucal. (el Carnet)	Formalización del cupo y seguimiento	Cada año	✓		
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año	✓		
Formato autorización toma de fotos y vídeos	Formalización del cupo	Una sola vez			
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya ingresos nuevos			

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1145833359 — **Indicativo Serial** **63851995**

63851995

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** D U W

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

COLOMBIA - HUILA - LA PLATA LA PLATA H.D. S.A DE PADUA

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MEDINA	VOLVERAS

Nombre(s)

BREINER ESTIF

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes JUN Día 10	MASCULINO	AB	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
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	23066010506442

Datos de 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

VOLVERAS OBANDO ANYELA MILENA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1004250871	COLOMBIA

Datos de padre o madre (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

MEDINA VALVERDE JOSE ARNULFO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1061218975	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MEDINA VALVERDE JOSE ARNULFO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1061218975	

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 JUN Día 13	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:TOMO 1, FOLIO 284:13/06/2023

Adhesivo Copia Registro Civil



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 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

ÍNDICE DERECHO

A-1503100-01114218-M-1061218975-20191125 0089034369A 1 9910866981



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 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 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
04-OCT-2013 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1904900-01149572-F-1004250871-20130709 0071175082A 1 5226994

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 18/08/2025

Ficha: 41396018511800000576

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: BREINER ESTIF

Apellidos: MEDINA VOLVERAS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1145833359

Municipio: La Plata

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/09/2019

Última actualización ciudadano: 22/06/2023

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

ElectroHuila

SU CÓDIGO CUENTA NIU

373941449

Para cualquier consulta y pago electrónicos
www.electrohuila.com.co FT -CFE -05 -001

AUTORRETENEDORES DE RENTA, RESOL. No 547/2002
DIAN NUMERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART. 4
RESOL 000055 DEL 14/07/16 DIAN BONOS GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4
DEL 00/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

TOTAL A PAGAR

$ 79.350

FACTURA DE VENTA No. 85382190

Documento equivalente según artículo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO PAGO INMEDIATO

FECHAS DE LECTURAS	06/ENE/2025 - 05/MAR/2025
FECHA SUSPENSIÓN	27/MAR/2025

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	ANDREA VOLVERAS OBANDO	Nit CC	55130838
Dirección	VDA SANTAMARTA	Ruta	6291320585
Municipio	LA PLATA	Ciclo	090
Clase Servicio	Residencial	Estrato	2

INFORMACION TECNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6500199
Carga Contratada	158	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	2

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
39422355	ISK	A	S	00	7636	7624	1	12

Promedio Cuenta 147 Consumo Año Anterior 1 Consumo Anterior 1

ULTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
FEB	12
DIC	87
OCT	180
AGO	175
JUN	120
ABR	76
FEB	1

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU: DIU: HC:
EC: VC: VCD:
VCF: CBC:
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 18/11/2024
Valor $ 8.[illegible]

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa $/kwh	Valor Total($)
6.0	1009.6231 =	6056
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	$ 44.927
INTERES MORATORIO	$ 448
INTERES MES ALUMBRADO	$ 22
DEUDA ALUMBRADO Y OTROS	$ [illegible]
CONSUMO PERIODO	$ 12.223
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ 4.458
SEGUROS EXEQUIALES MAPFRE	$ 23.000
SUBSIDIO	$ - 6.013

OTROS CARGOS	$	23.000
ALUMBRADO P	$	4.865
VALOR ELECTROHUILA	$	51.485

TOTAL A PAGAR

$ 78.350

ELECTRODOMESTICOS

CONVENIO	# PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	# PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN CUOTA

[illegible]	$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	INTERESES	INT MORA

Código de Cuenta : 373941449
Factura de Servicios Públicos No: 85382190
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	1145833359
NOMBRES	BREINER ESTIF
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	10/06/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/18/2025 17:13:00	**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
17	08	2023	12+00	
22	Dicie.	2023	12+29	
26	Marzo	2024	Md. Gen	
	Febrero	2025		
29	agosto	2025		
	Febrero	2026		

Dr. Paula Stefanía Acevedo
Médico General
Usco

San Sebastián

IAMI

DATOS DEL RECIEN NACIDO
QUIEN SOY

Nombres y apellidos: Breiner ESTif MEDINA YOVERAS

Identificación: 1145833359 EPS: SANITAS

Fecha de nacimiento: Día. 10 Mes: 06 Año: 2023

Edad: ____ Días: ____ Mese s: ____ Años: ____ Sexo: Masculino

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

Embarazo: Único: X Múltiple: ____ No de Gestaciones 4

Peso: 3215 Kg. Talla: 47 cm. Perímetro Cefálico: ____ cm.

Tipo de sangre: AB+ Lugar que ocupa entre los hermanos: ____

TSH: ____ Serología: ____

Nombre de la Madre: Angela Milena Uberas Ocupación: ____

Nombre del Padre: ____ Ocupación: ____

Dirección: ____ Teléfono: ____

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

Breines Stif Medina

RC 1145833359

sanitas

Salud oral

Cita: 29/02/26

Nombres y Apellidos: BRINER ESTIF MEDINA VOLVERAZ Tipo Identificación: RC No. ID: RC1145833359

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	10	06	2023	Serum	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ 037 1MA 093	4050	10	08		
	Hepatitis B	Recién nacido	10	06	2023	Serum	032 270 09B	4050			2023	Andrea Med
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	25	SEP	2023	BILTHOVEN	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ 223700 2					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	25	SEP	2023	SERUM	285703 7B					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	25	SEP	2023	SERUM	285703 7B					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	25	SEP	2023	SERUM	285703 7B					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	25	SEP	2023	GSK	ANCLD094AA					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	25	SEP	2023	PREVENAR	F5995 25		25	NOV	2023	
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	14	12	023	BILTHOVEN	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ 223500 1		14	02	024	Karen Lorena Caso Sa
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	14	12	023	SERUM	285140373		14	02	024	CC: 1.052.409.
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	14	12	023	SERUM	285140373		14	02	024	Auxiliar Enferr
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	14	12	023	SERUM			14	02	024	
	Diarrea por rotavirus	2.ª	14	12	023	GSK	A80 1D966AB		14	02	024	
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	14	12	023	Prevenar	F4992 5		14	02	024	
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	28	02	024	BILTHOVEN	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ 223500 1		28	02	025	Karen Lorena Caso
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	28	02	024	SERUM	285 2X003M		28	02	025	CC: 1.052.409
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	28	02	024	SERUM	285 2X003M		28	02	025	Auxiliar Enferm
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	28	02	024	SERUM	285 2X003M		28	02	025	
	Influenza estacional	1.ª	09	08	024	GREEN	24002797100	ESE-55	09	09	024	Karen Cas
7 meses	Influenza estacional	2.ª	26	9	024	GREEN	24002797100	ESE-55	—	—	—	Karen Cas
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	09	08	024	SERUM	013 3NA038MB	ESE-55		18 MES		Karen Ca
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	09	08	024	Prevenar	6X1912	ESE-55	—	—	—	Karen Case
	Varicela	2.ª	09	08	024	VARIVAX	4000301	ESE-55		5 AÑOS		Karen Cas
	Hepatitis A	Única	09	08	024	MSD	70221001	ESE-55	—	—	—	Karen Cas
	Influenza estacional	Anual	16	05	2023	PHARMA	P100790804	ESE-55	—	—	—	
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	16	05	2023	BILTHOVEN	241300 7	ESE-55	—	—	—	
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	16	05	2023	SERUM	285 3X020E	ESE-55	—	—	—	
	Fiebre amarilla	Única	16	05	2023	BIO MANGUINHOS	2464 00 82	ESE-55	5	AÑOS		
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo	16	05	2028	SERUM	013 3N121A	ESE-55	—	—	—	
	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												

Busca ya las vacunas

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 nutritiv

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 meningea, 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: Heding. Breiner ESTIF

Fecha de nacimiento: 10-06-2023

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1145833359

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: AB+

Peso al nacer: 3215 Talla: 47cm

Dirección:

Teléfono 1: 3104833849.

Teléfono 2:

Responsable: Angela Volveras [illegible]

Municipio de residencia: La Plata

Departamento: Huila

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

	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 loshiquines 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 impiden 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) Breyner estiv molina con RC No 1745833359.
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 laplata

Angela Milena Volveras
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Elsa Yubel
MADRE COMUNITARIA

	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
BIENESTAR FAMILIAR	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 Brayner estiF Medina, identificado (a) con documento de identidad número 1145833359, 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, Anvela milenaviveros1004250877, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad 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	

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 Act- Comunitario

Suscriben:

Firma: Anvela milenaviveros

Nombre: Anvela milenaviveros

Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____

Teléfono de contacto: _____

Fecha: _____ Municipio: _____

de cer a siempre

Ciudad la plata Hola

Nombre completo de la niña o niño BRemer estif. medina. volucras.

Fecha de nacimiento 10 06 - 2023. N° Documento de identidad 1145833359.

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador elsa gubela volucras.

Fecha de registro cualitativo 27 - 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 intera. por participar.
y vincularse. en todas las actividades.
que se desarrollan en la unidad.

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 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)*

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	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



N° Póliza: 2000503802

Tomador: FUNDACION GRUPO LIBERTAD

Nombre de Asegurado: BREINER ESTIF MEDINA VOLVERAS

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1145833359	2025/08/25	2026/02/01

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

Línea de atención

Línea nacional:
01 8000 112 684
en caso de accidente.

Conoce nuestra **red médica**

Página web:
www.segurosmundial.com.co

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: #935

www.segurosmundial.com.co