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

HCB LOS SANJUANEROS VEREDA SANTA MARTA
LA PLATA HUILA

USAURIO: GUADALUPE VOLVERAS LEON- *RC No.* 1145833081



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	Si		
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez	Si		
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	Si		

Powered by CamScanner

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

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	Si		X
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo Seguimiento	Cada 3 meses	Si		
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	Si		
Copia del carné de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el usuario asista según el PAI	Si		
Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)	Seguimiento	Una sola vez, solo para las situaciones que aplique.	NO		
Certificado de asistencia a consulta en salud bucal. (el Carnet)	Formalización del cupo y seguimiento	Cada año	Si		
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	Si		
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año			
Formato autorización toma de fotos y vídeos	Formalización del cupo	Una sola vez	Si		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya ingresos nuevos	Si		

Powered by CamScanner

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

63851718

NUIP	1145833081

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63851718

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de	Código	D	U	W
X									

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
VOLVERAS	LEON

Nombre(s)

GUADALUPE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes ENE Día 14	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
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	23016910291670

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

LEON SANCHEZ LORENA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1007300791	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

VOLVERAS ANDRADE JHON FABER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1081415009	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VOLVERAS ANDRADE JHON FABER

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1081415009	

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 ENE Día 16	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.FOLIO 37;16/01/2023

Adhesivo Copia Registro Civil
33403002-3

Powered by CamScanner

Registro válido

A5

Fecha de consulta: 27/10/2025

Ficha: 41396030512000000587

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: GUADALUPE

Apellidos: VOLVERAS LEON

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1145833081

Municipio: La Plata

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/09/2019

Última actualización ciudadano: 31/03/2023

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: OTONIEL SALAZAR PENI

Dirección: Carrera 4 No. 5-

Teléfono: 83714

Correo Electrónico: sisben@laplata-huila.gov

Powered by CamScanner

Electrohuila

212819

TOTAL A PAGAR

$ 51.950

INFORMACION TECNICA

LA PLATA

INFORMACION TECNICA

1 SECUNDARIA

280

INFORMACION CONSUMO

532 47 1 47

ULTIMOS CONSUMOS

Mes	Consumo
JUN	47
ABR	176
FEB	32
DIC	33
OCT	35
AGO	81
	252

JUN ABR FEB DIC OCT AGO

CALIDAD DEL SERVICIO

ULTIMO PAGO

INFORMACION CONSUMO PERIODO

Valor Tarifa - Energía del Periodo	$ 40.011
Valor Ajuste Compensación $	$ - 24.597
Valor Tarifa - Energía Facturada	$ 16.004

DETALLE DE CUENTA

	$ 0
	$ 1.362
	$ 87.343

TOTAL A PAGAR

$ 51.950

ELECTRODOMESTICOS

FINANCIACIONES

COSTO UNITARIO PRESTACION DEL SERVICIO

De: 251.0 Te: 48.0 Pm,n: 0.0 Dn,n: 253.0 Rn: 37.0 Cv,n: 12
9.0 Cv,n,n: 654.613 ($/kWh)

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	1145833081
NOMBRES	GUADALUPE
APELLIDOS	VOLVERAS LEON
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	24/04/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/27/2025 20:46:31	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos,

Powered by CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.007.300.791



Apellidos
LEON SANCHEZ

Nombres
LORENA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.53	F

Fecha de nacimiento
31 JUL 1994

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
LA PLATA (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
24 AGO 2012, LA PLATA

Firma
Lorena Leon Sanchez

Fecha de expiración
16 OCT 2034

.CO

056677454

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL056677454819049<<<<<<<<<<
9407314F3410163COL1007300791<5
LEON<SANCHEZ<<LORENA<<<<<<<<<<

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.081.415.009
VOLVERAS ANDRADE

APELLIDOS

JHON FABER

NOMBRES



JHON FABER VOLVERAS ANDRADE

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-NOV-1994
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66	A+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

04-DIC-2012 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1904900-00424934-M-1081415009-20130205 0032403380A 1 39070937

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Guadalupe Joan Tipo identificación: RC No. ID: 1145833081

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	15	01	2023	Serev	03 71 HA03 1	HDSD	14	03	2023	Edgar Natalia ALL
	Hepatitis B	Recién nacido	14	01	2023	Serev	032 1 Q01 B	HDSD				
2 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	17	03	2023	Bilthoven	22 06 01 2	ESESD	17	05	2023	Karen Lorena Caso Silva
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	17	03	2023	Serum	285 1 X04 0C	ESESD	17	05	2023	Cc:1.052.409.149
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	17	03	2023	Serum	285 1 X04 0C	ESESD	17	05	2023	Auxiliar Enfermería
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	17	03	2023	Serum	285 1 X04 0C	ESESD	17	05	2023	Karen Lorena Caso Silva
	Diarrea por rotavirus	1.ª	17	03	2023	Rotavix	ARO 1 D09 1A	ESESD	17	05	2023	Cc:1.052.409.149
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	17	03	2023	Prevenar	F49925	ESESD	17	05	2023	Auxiliar Enfermería
4 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	16	06	23	Bilthoven	22 07 05	ESESD	16	08	23	Karen caso
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	16	06	23	Serum	285 1 X04 0D	ESESD	16	08	23	Karen caso
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	16	06	23	Serum	285 1 X04 0D	ESESD	16	08	23	Karen caso
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	16	06	23	Serum	285 1 X04 0D	ESESD	16	08	23	Karen caso
	Diarrea por rotavirus	2.ª	16	6	23	Rotavix	ARO 1 D09 1A	ESESD	16	08	23	Karen caso
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	16	06	23	Prevenar	F49925	ESESD	16	08	23	Karen caso
6 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	16	08	23	Bilthoven	22340 01	ESESD	16	08	23	Karen Lorena Caso S
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	16	08	23	Serum	285 1 403 7A	ESESD	16	08	24	Cc:1.052.409.149
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	16	08	23	Serum	285 1 403 7A	ESESD	16	08	24	Auxiliar Enfermería
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	16	08	23	Serum	285 1 403 7A	ESESD	16	08	24	
	Influenza estacional	1.ª	16	08	23	Greem	U30 52 3004	ESESD	16	09	23	Karen caso
7 meses	Influenza estacional	2.ª	27	9	23	Greem	U30 52 3004	ESESD	—	—	—	Karen caso
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	25	01	23	Serum	01 32 X07 2B	ESESD				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	25	01	23	Prevenar	G18 635	ESESD	—	—	—	Karen Lorena Caso Silva
	Varicela	2.ª	25	01	23	Varivax	X01 91 88	ESESD				Cc:1.052.409.149
	Hepatitis A	Única	25	01	23	Sinovac	20 22 01 005	ESESD				Auxiliar Enfermería
	Influenza estacional	Anual	29	03	024	Greem	24 00 79 7	ESESD	—	—		
18 meses	Poliomielitis (VIP X VOPb ☐)	1.º refuerzo	16	08	024	Bilthoven	22 43 900	ESESD	—	—	—	Karen caso
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	16	08	024	Serum	285 52 Y01 1G	ESESD	—	—	—	Karen caso
	Fiebre amarilla	Única	16	08	024	Sanofi	W23 21	ESESD	—	—	—	Karen caso
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	16	02	024	Serum	013 NO 44 A	ESESD	—	—	—	Karen caso
	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

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

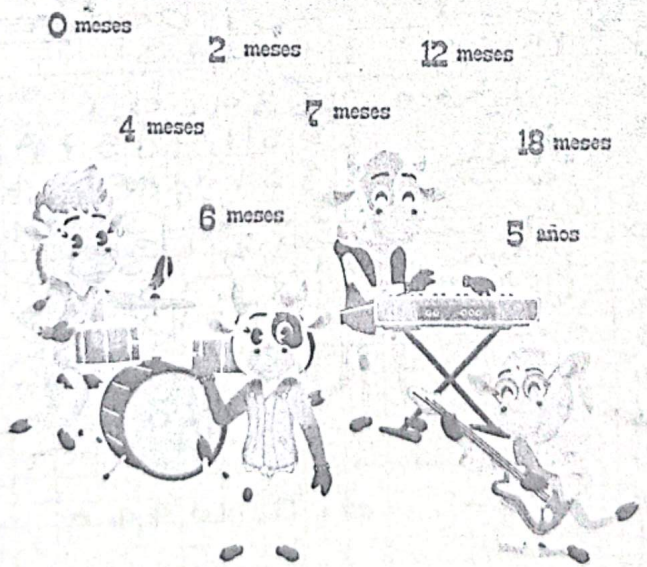
3 años						
4 años						
5 años						

*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: Juan Guadalupe Valderas
Fecha de nacimiento: 14-01-2023
Nº de certificado de nacido vivo: 2307691029767C
Registro civil: 1145833081
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 2570 Talla: 46cm
Dirección: Vda Santa Marta
Teléfono 1: 3204166040
Teléfono 2:
Responsable: Lorena Leon Sanchez
Municipio de residencia: La Plata
Departamento: Huila
CC1007300791

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

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.

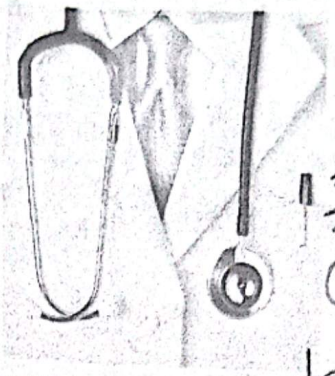
Belén **318-3208889**
7:00 a.m. a 9:00 a.m.
Días: De Lunes a Viernes

Gestión con Resultados

E.S.E San Sebastián
Siempre adelante en servicios

San Sebastián | LA PLATA HUILA NIT. 813.002.872-4 | VERSION 02 | APROBACION 2016

CARNET DE CITAS



Primera Infancia

O+

Nombres y Apellidos: Estefanía Lopez Valencia
No. De Documento: 1145833081 Tipo de Doc.:
Fecha de Nacimiento: 14/01/23 Edad:
EPS: Sanitas.
Dirección o Vereda: San Miguel
Teléfono: P 2450 gr. T. 47 321 5277121

FECHA PROXIMA CITA	ASISTIO SI	ASISTIO NO	PESO	TALLA	FIRMA PROFESIONAL
24/04/23 3 meses	X		PC: 40cm 6kg.	58cm	Alejandra Granja González
26 JUN/23 CPI-	X		PC= 7kg	64cm	Natalia / Estefy
CPI- 05/09/2023	X		PC-44 8kg	68cm	Pit / Este
CPI- 18/12/2023		NO			
CPI 25/01/2024			PC:45cm 9.01kg	72cm	Elizabeth
29/Agosto 2024			PC. 46. 14 meses 9.340	77cm	Jenny Liliana Quintero C. Jorge E. Puentes Serrato Medico General Universidad del Tolima
Febrero 2025			24m.		
abril 2025			27m IK: 16.9 11.4 cm	82.5cm	
Oct 2025					

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD NIT: 900027451-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2024	Versión: 1

ACTA DE COMPROMISO CON PADRES O CUIDADORES DE DOCUMENTOS FALTANTES Y/O DESACTUALIZADOS

La Plata, Huila 20 de octubre de 2025

Yo Lorena Leon Sanchez. identificado (a) con N. de Cedula y/o Tarjeta de Identidad 1007300791 beneficiaria de la modalidad familiar de la UDS Los Sanjuaneros de la UDS _____ teniendo en cuenta que como cuidadora de la niña o niño: Maria Guadalupe Volveras con documento de identidad, RC: 1145833081, y desde que solicite el cupo para la Modalidad comunitaria se me informo de manera clara los compromisos que se adquieren al participar y me comprometo a realizar todos los trámites necesarios para garantizar los derechos en este caso me está faltando: **(marcar con una x el documento o los documentos faltantes)**

- Afiliación a salud [ ]
- Carné vacunas [ ]
- Valoración integral [x]
- Documento identidad [ ]
- Higiene oral [ ]
- Afiliación en Sisben [ ]

MC Elizabeth Mena de la UDS: Los Sanjuaneros Por lo que, para la fecha, 10 de Noviembre de 2025 me comprometo a tener y a garantizar la entrega de copia del documento.

Estando en mutuo acuerdo firman el acta las dos partes el día veinte (20) del mes octubre del 2025 en constancia firman.

Maria Elizabeth Mena	Lorena León Sanchez
FIRMA REPRESENTANTE DE LA UDS	FIRMA, DEL ACUDIENTE Y/O CUIDADOR

Identificación 1007300791

Dirección Santa Marta

N. de Celular _____

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**

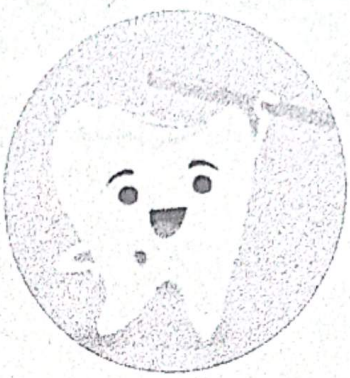
7:00 a.m. a 9:00 a.m.
Días: De Lunes a Viernes

E.S.E San Sebastián

E.S.E San Sebastián | VERSION 01-079 | APROBACIÓN 2016

CARNET

PREVENCIÓN SALUD BUCAL



Nombres y Apellidos: Guadalupe Leonor Ver

No. De Documento: 1145833081 Tipo de Doc.:

Fecha de Nacimiento: 14/1/2020 Edad: 1 año

EPS: Sanitas

Dirección o Vereda: Santa monica

Teléfono:

Control placa + flúor Barniz	25	01	2024	25	JULIO	2024
CPB + FB	30	07	2024	30	01	2025
CPB + FB	28	01	2025	28	07	2025
	28	08	2025	28	02	2026

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad La Plata H

Nombre completo de la niña o niño Guadalupe Vouveras León

Fecha de nacimiento 14 04 2023 N° Documento de Identidad 7745833081

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador María Elizabeth Mena Andrade

Fecha de registro cualitativo 28 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 tiene Conocimiento a los objetos y reconoce todo a su alrededor en el hogar.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Elizabeth Mena Andrade

Fecha de registro cualitativo 21 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 participa con sus compañeros juegos y le gusta liderar.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Elizabeth Mena Andrade

Fecha de resgistro cualitativo 27, 10 2025

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

la niña es activa y alegre, comparte con sus compañeros, juega y se comunica.

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

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	1	1	4	4	4	6	6	6	8	8	8	10	10	10	11	11	11	14	14	14	16	16	16	19	19	19	23	23	23	24	24	24	25	25	25
	2	2	2	5	5	5	7	7	7	9	9	9				12	12	12	15	15	15	17	17	17	20	20	20									
	3	3	3													13	13	13				18	18	18	21	21	21									
6 meses y 1 día a 12 meses	1	1	1	3	3	3	5	5	5	9	9	9	11	11	11	15	15	15	19	19	19	22	22	22	23	23	23	27	27	27	29	29	29	32	32	32
	2	2	2	4	4	4	6	6	6	10	10	10	12	12	12	16	16	16	20	20	20				24	24	24	28	28	28	30	30	30	33	33	33
							7	7	7				13	13	13	17	17	17	21	21	21				25	25	25				31	31	31			
							8	8	8				14	14	14	18	18	18							26	26	26									
1 año y 1 día a 2 años	1	1	1	3	3	3	6	6	6	9	9	9	11	11	11	13	13	13	15	15	15	17	17	17	20	20	20	22	22	22	24	24	24	25	25	25
	2	2	2	4	4	4	7	7	7	10	10	10	12	12	12	14	14	14	16	16	16	18	18	18	21	21	21	23	23	23				26	26	26
				5	5	5	8	8	8													19	19	19												
2 años y 1 día a 3 años	1	1	1	4	4	4	6	6	6	9	9	9	10	10	10	13	13	13	15	15	15	16	16	16	19	19	19	22	22	22	25	25	25	27	27	27
	2	2	2	5	5	5	7	7	7	10	10	10	11	11	11	14	14	14				17	17	17	20	20	20	23	23	23	26	26	26			
	3	3	3				8	8	8				12	12	12	15	15	15				18	18	18	21	21	21	24	24	24						
3 años y 1 día a 4 años	1	1	1	6	6	6	9	9	9	12	12	12	13	13	13	17	17	17	19	19	19	22	22	22	26	26	26	28	28	28	31	31	31	35	35	35
	2	2	2	7	7	7	10	10	10				14	14	14	18	18	18	20	20	20	23	23	23	27	27	27	29	29	29	32	32	32	36	36	36
	3	3	3	8	8	8	11	11	11				15	15	15				21	21	21	24	24	24				30	30	30	33	33	33			
	4	4	4										16	16	16							25	25	25							34	34	34			
	5	5	5																																	
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1	1	1	3	3	3	4	4	4	6	6	6	8	8	8	9	9	9	11	11	11	13	13	13	15	15	15	16	16	16	18	18	18	19	19	19
	2	2	2				5	5	5	7	7	7				10	10	10	12	12	12	14	14	14				17	17	17				20	20	20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

Powered by CamScanner

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

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS los sanjuaneros, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio 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 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): Guadalupe volueras con RC No 1145833081 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

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 María Guadalupe Valveras León, identificado (a) con documento de identidad número 1005833081, 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, Lorena León Sánchez., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1007300791, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por 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: Lorena León Sánchez
Nombre: Lorena León S.
Calidad - Titular: X Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3204166040.
Fecha: 02 07 2025
Municipio: La plata Huila

Powered by CamScanner