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

HCB LOS SANJUANEROS VEREDA SANTA MARTA
LA PLATA HUILA

USAURIO: SARA CALDON VOLVERAS *RC No.* 1145833072



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	✓		

Powered by CamScanner

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

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

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1145833072

Indicativo Serial 63851709

63851709

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 PADU/

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CALDON	VOLVERAS

Nombre(s)

SARA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes ENE Día 10	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	23018110283815

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 ANDRADE DAYANNA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1004250546	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

CALDON LOPEZ GILDARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1007384036	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CALDON LOPEZ GILDARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1007384036	

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 10	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

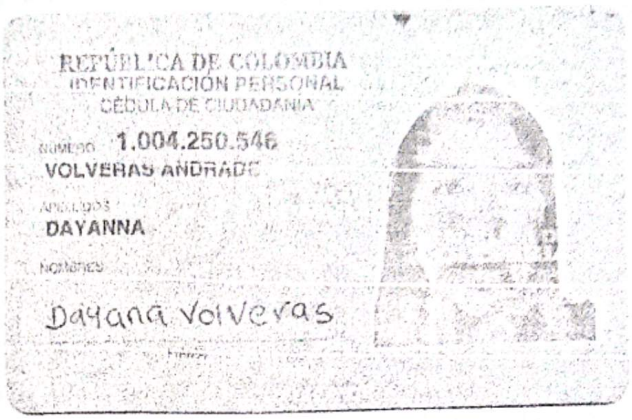
Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 28;10/01/2023

Adhesivo Copia Registro Civil 33402981-7

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.250.546
VOLVERAS ANDRADE

APELLIDOS
DAYANNA

NOMBRES
Dayana Volveras

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-MAY-2003
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
15-OCT-2021 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1904700-01269270-F-1004250546-20211126 0076030053A 1 8503176007

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.384.036
CALDON LOPEZ

APELLIDOS
GILDARDO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 06-ABR-2000
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
11-FEB-2019 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

P-1900100-01071833-M-1007384036-20190409 0065169508A 1 51767531

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

B7

Fecha de consulta: 27/10/2025

Ficha: 41396001530000010955

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: SARA

Apellidos: CALDON VOLVERAS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1145833072

Municipio: La Plata

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/04/2023

Última actualización ciudadano: 18/04/2023

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

431923208

Para cualquier consulta o pago electrónico www.electrohuila.com.co PT-CE-05-001

FACTURA DE VENTA No. 80654009

TOTAL A PAGAR

$ 52.460

Documento equivalente según artículo 17 Decreto 1681/97

FECHA DE VENCIMIENTO 26/MAR/2024

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	GOMEZ GOMEZ OCTAVIO	Nit CC	83241814
Dirección	VDA SANTA MARTA	Ruta	6290960586
Municipio	LA PLATA	Ciclo	090
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

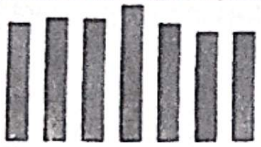
Nivel Tensión	1 SECUNDARIA	Circuito	6500278
Carga Contratada	29	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Medidor	Marca	T.E	T.M	Cte	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
12100069086NS		A	S	80	5704	5557	1	147

Promedio Cuenta 156 Consumo Año Anterior 136 Consumo Anterior 126

ULTIMOS CONSUMOS



FEB DIC OCT AGO JUN ABR FEB

Mes	Consumo
FEB	147
DIC	153
OCT	152
AGO	171
JUN	147
ABR	136
FEB	136

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU:0 DIU:19.8472 CIU:0
ESS:0 VC:0 VCD:0
ACF:0 CEC:0
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 14/01/2024
Valor $ 93160

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
73.5	981.3667	72132
73.5	969.4511	71225

CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)

Valor Total Energía del Periodo	$	143.385
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 86.031
Valor Total Energía Facturado	$	57.354

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
CONSUMO PERIODO	$ 149.385
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ 1.434
AJUSTE DECENA	$ - 1
ENERGIA SOCIAL FOES	$ - 6.337
SUBSIDIO	$ - 86.031

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P	$	1.434
VALOR ELECTROHUILA	$	51.026

TOTAL A PAGAR

$ 52.460

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PERIO	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PERIO	TOTAL FIN	SALDO FIN CUOTA

FOES: Consumo Kwh $Kwh Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 371.0 Tm: 54.0 PRn,m: 77.0 Dn,m: 256.0 Rm: 11.0 Cv,m: 1 98.0 CUv,n,m: 969.4511 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA

Código de Cuenta : 431923208

Factura de Servicios Públicos No: 80654009

Periodo FEB 2024 Fecha de Vencimiento: 26/MAR/2024

Suscripción a partir de:

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	1145833072
NOMBRES	SARA
APELLIDOS	CALDON 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	24/04/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/27/2025 20:53:18	**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

Nombres y Apellidos: Saracaldon Wilvera Tipo identificación: RC No. ID: 1145833072

| | | |

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

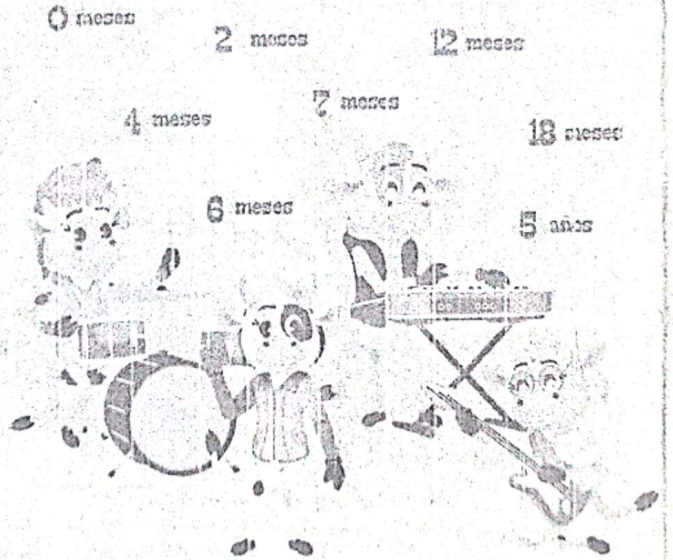
3 años						
4 años						
5 años						

*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: Sara Caldonado
Fecha de nacimiento: 10-01-2023
Nº de certificado de nacido vivo: 230151102
Registro civil: 1145833072
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3150 Talla: 50cm
Dirección: Vda Santa Marta
Teléfono 1: 3115409668
Teléfono 2:
Responsable: Dayana Valuca
Municipio de residencia: La Plata
Departamento: Huila

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

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 18 de octubre 2025

Yo Dayana Volveras identificado (a) con N. de Cedula y/o Tarjeta de Identidad 1004250546 beneficiaria de la modalidad familiar y comunitaria de la UDS Los Sanjuaneros teniendo en cuenta que como cuidadora de la niña o niño: Sara Valdon Volveras con documento de identidad, RC: 1145823072, 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 ☒
- Documento identidad ☐
- Higiene oral ☐
- Afiliación en Sisben ☐

MC María Elizabeth Meza 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 18 del mes Octubre del 2025 en constancia firman.

María Elizabeth Meza.
FIRMA REPRESENTANTE DE LA UDS

Dayana Volveras
FIRMA, DEL ACUDIENTE Y/O CUIDADOR

Identificación 1004250546

Dirección Santa Marta.

N. de Celular

de cero a Siempre

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.

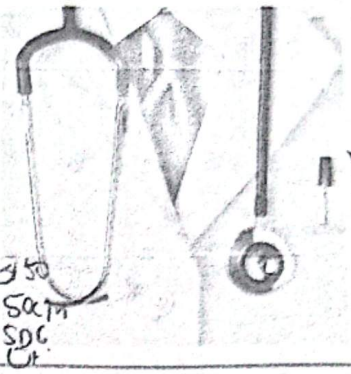
Belén **318-3208889**
7:00 a.m. a 9:00 a.m.
Días: De Lunes a Viernes

Gestión con Resultados

E.S.E San Sebastián
Siempre adelante en servicios

E.S.E San Sebastián | LA PLATA HUILA | VERSION 02
NIT. 813.002.872-4 | APROBACIÓN 2016

CARNET DE CITAS



Primera Infancia

Peso. 3.50
Talla 50cm
38 SDG

Nombres y Apellidos: Juan Carlos Cabrera
No. De Documento: 1145833077 Tipo de Doc.:
Fecha de Nacimiento: 10/01/23 Edad:
EPS: Sanitas
Dirección o Vereda: Santa Marta
Teléfono:

FECHA PROXIMA CITA	ASIST SI	ASIST NO	PESO	TALLA	FIRMA PROFESIONAL
24/04/2023	3 MESES		PC 40cm 6.9 kg	58cm	Alejandra Granja González
26 JUNIO/2023	-PT-		PC= 8.5 kg	67cm Normal	
CPI - 09/09/2023			PC=43 8.8 kg	69cm	
CPI - 22/DIC/2023			PC: 45cm 9.662	70.5cm	
CPI - 20/MARZO/2024	(14m)		PC=45 9.8 kg	74cm	Normal PyT
CPI - 22/09/2024	(19m)		PC 46 10.4 kg	77cm	R. TH Peso
CPI - 25/08/2025	27m		PC=46 12.2	83.5	RTL + R. Sab.
10/2025					

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 | VERSIÓN 01-000
NIT 813 002 872-4 | APROBACIÓN 2015

CARNET

PREVENCIÓN SALUD BUCAL



Nombres y Apellidos: sara Caldon Valera
No. De Documento: 1145833672 Exp. de Doc.:
Fecha de Nacimiento: 10/01/23 Edad: 1 año
EPS: Sanitas
Dirección o Vereda: Santa maita
Teléfono:

Control placa + Flur para	25	01	2024	25	01	2024
CPB + FB	30	07	2024	30	01	2025
CPB	28	01	2025	23	07	2025
CPB + FB	28	08	2025	28	02	2026

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 Sanjuaneros, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio HCB comunitario. 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): Sara Caldon Volveras con RC No 1145833072 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 Sara Caldon Volveras, identificado (a) con documento de identidad número 1145833077 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, Dayana Volveras, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004250846, 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 **FUNDCION 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: Dayana Volveras
Nombre: Dayana Volveras Andrade
Calidad - Titular: x Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 24 de junio de 2025
Municipio: La Plata Huila.

Powered by CamScanner



Latitude

2°16'47.135"N

Longitude

-76°4'44.213"W

Fixed/All

13/31

Accuracy

9.1 m

Fixed time

1 s 054 ms

Last fix

18:22:26

Speed

0,0 km/h

Altitude

2223 m AMSL

7WHC+J7

La Plata

InstitutoEducativoDigital

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 Sara Caldón Valveras

Fecha de nacimiento 10-01-2023 **N° Documento de Identidad**

Sexo Masculino ○ Femenino ◉ **Fecha de 1er día de atención en el año** 16-06-2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Elizabeth Arena Andrade

Fecha de registro cualitativo 21-10-2025

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 demuestra sus habilidades, comportamiento, es activa y alegre

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 Día Mes Año

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 Día Mes Año

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)***

Powered by CamScanner

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

Powered by CamScanner

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

Nº Póliza: 2000503802

Tomador: FUNDACION GRUPO LIBERTAD

Nombre de Asegurado: SARA CALDON VOLVERAS

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1145833072	2025/02/01	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: #935

www.segurosmundial.com.co

Powered by CamScanner