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

HCB : BULLICIOSOS

USAURIO: MIA CAROLAITH FIGUEROA MONSALVE

*RC No.*1079413426



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

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRADURÍA

Adhesivo Copia Registro Civil
30603112-8

STRO CIVIL DE NACIMIENTO
2284155

NUIP 1.079.413.426

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
FIGUEROA MONSALVE MIA CAROLAITH

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)				Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2021	Mes ABR	Día 14		FEMENINO	O +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2021	Mes MAY	Día 14	0059256014

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
MONSALVE ROJAS KAREN STEFANIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TARJETA DE IDENTIDAD 1.005.717.581	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
FIGUEROA PERDOMO NEIDER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.081.416.127	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
MONSALVE ROJAS KAREN STEFANIA

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.005.717.581

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA HUILA TESALIA	K Z Y

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2022 Mes SEP Día 02

Nombre y firma del funcionario

DIOGENES ORTIZ BRAND
Registrador del Estado Civil

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.005.717.581
MONSALVE ROJAS

APELLIDOS
KAREN STEFANIA

NOMBRES
Karen Monsalve

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-ABR-2003
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
04-MAY-2021 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO

P-1902500-01246849-F-1005717581-20210726 0075047897A 1 8501986217



Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.081.416.127

FIGUEROA PERDOMO

APELLIDOS

NEIDER

NOMBRES

Neider Figueroa P

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-1995

IQUIRA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

17-OCT-2013 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1904900-00519054-M-1081416127-20131128 0036017080A 1 40907405

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 05/11/2025

Ficha: 41797123640200001096

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MIA CAROLAITH

Apellidos: FIGUEROA MONSALVE

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079413426

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 02/02/2022

Última actualización ciudadano: 02/02/2022

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: DANIELA VALENTINA MUÑOZ LOP

Dirección: Carrera 9 No 6 -

Teléfono: 8377022 - 31446476

Correo Electrónico: sisben@tesalia-huila.gov

Powered by CamScanner

ElectroHuila
Transmitimos buena energía
Nit 891 180 001-1

AUTORETENEDOR DE RENTA RESOL. No 247/2002
DIAN ENOMINADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN FACTURA
RESOL. 000055 DEL 14/07/16 DIAN BONDA GRANDE
CONTRIBUYENTES AUTORRETENEDORES ICA CIRCULAR
DEL 08/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

FACTURA DE VENTA No. 85897045

Documento equivalente según artículo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 25/ABR/2025

SU CODIGO CUENTA NIU
294484175

Para cualquier consulta y pago electrónico www.electrohuila.com.co 01 8FE 05 001

TOTAL A PAGAR
$ 30.510

FECHAS DE LECTURAS	19/FEB/2025
	19/ABR/2025
FECHA SUSPENSIÓN	27/ABR/2025

INFORMACION CLIENTE

Cliente	PABLO FIGUEROA	Nit CC	83180965
Dirección	VDA EL CEDRO	Ruta	43570710481
Municipio	IQUIRA	Ciclo	094
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

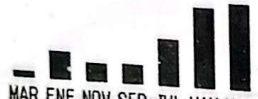
Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6580220
Carga Contratada	144	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
13706446	ISK	A	S	8	31027	30954	1	73

Consumo Cuenta 98 | Consumo Año Anterior 199 | Consumo Anterior 199

ULTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
MAR	73
ENE	107
NOV	92
SEP	95
JUL	137
MAY	191
MAR	199

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU: DIU: HC:
IEC: VC: VCD:
VCF: CEC:
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 10/03/2025
Valor $ 71760

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
36.5	1027.4998 =	37504
36.5	969.1018 =	35372

CONSUMO PERIODO

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

Valor Total Energía del Periodo	$ 72.876
Valor (Subsidio/Contribución %)	$ - 42.440
Valor Total Energía Facturado	$ 30.436

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
INTERES MORATORIO	$ 78
	$ 22.876
	$ - 3
	$ - 42.440

OTROS CARGOS $
ALUMBRADO
VALOR ELECTROHUILA $

TOTAL A PAGAR
$ 30.510

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

FOES: Consumo Kwh | $Kwh | Valor $ | No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Cm: 388.0 Tm: 42.[illegible] Pm: 88.2 Dp,m: 272.0 Rm: 14.0 Cv,m: 1
54.0 CUv,n,m: 969.1018 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía
Nit:891.180.001-1

ElectroHuila
Transmitimos buena energía
Nit. 891.180.001-1

Código de Cuenta : 294484175
Factura de Servicios Públicos No: 85897045
Periodo MAR 2025 Fecha de Vencimiento: 25/ABR/2025
Suspensión a partir de: 27/ABR/2025
Valor Total a Pagar $ 30.510

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	1079413426
NOMBRES	MIA CAROLAITH
APELLIDOS	FIGUEROA MONSALVE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	TESALIA

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:	11/05/2025 21:24:16	**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

Powered by CamScanner

hasta los 2 años de

6 meses de edad el
materna.

la leche materna,
ecidas, cereales y
né y viscera como
se lata y cuchara.

y después los otros
s poco a poco sólidos

leche materna, dele
uras y las vísceras,
pasta, papa y arroz,
me molida.

che materna, el niño
ientos que come la
cos condimentos.

ES

ce del niño drogas o

lo solo en la cocina;
cocinol, gasolina o

e al alcance objetos
egos en lugares

o en la alberca, en

primer año de vida.
s vacunas con todas
l niño no sufrirá de

IGUDA

a tiempo puede ser

a ser una neumonía,
u hijo; si éste respira
o normal, o el pecho
mente al organismo

ue puede deshidratar
fiarse solamente los
y otros).

NTACIÓN

REHIDRATACION ORAL
"SUERO ORAL"



En un litro de agua hervida y fría mezcle todo el contenido de un sobre de suero oral.

Si el niño NO ESTA DESHIDRATADO, dele con cucharadita y vaso dos onzas como mínimo después de cada comida.

Si el niño presenta ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN, acuda a la Promotora de Salud, a la Unidad de Rehidratación Oral y de Saneamiento UROCS más cercana, o al Organismo de Salud.

FACTORES DE RIESGO PARA EL NIÑO

- ☐ Peso al nacer inferior a 3.000 gramos.
- ☐ Gemelo o nacimiento múltiples.
- ☐ No lactancia natural o destete precoz.
- ☐ Hermanos desnutridos.
- ☐ Muerte de hermanos menores de 5 años.
- ☐ 4 o más hermanos vivos.
- ☐ Menores de 2 años de diferencia con hermano anterior.
- ☐ Niño que permanece solo al cuidado de otros niños.
- ☐ Violencia al interior de la familia
- ☐ Ingreso familiar menor de un salario mínimo.
- ☐ Carencia de agua en la casa.
- ☐ Inadecuada disposición de excretas.
- ☐ Inadecuada disposición de basuras.
- ☐ Presencia de insectos, roedores y otros animales domésticos en la casa.

VACUNAS	DOSIS							
	1a.		2a.		3a.		Refuerzo	
	Fecha Vacuna		FECHA		FECHA		FECHA	
			Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna
B.C.G.								
D.P.T								
Polio								
Pentavalente								
Fiebre Amarilla*								
Triple Viral								
Otra								

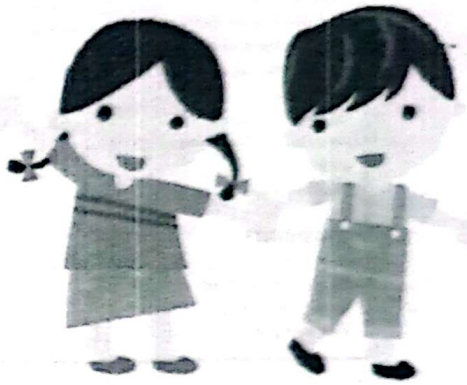
*En zonas endémicas

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIO SI	CUMPLIO NO
	Noviembre	5	3pm		
	Febrero				
2022	Diciembre		11:30	✓	
2023	Agosto	01	3pm		
24	Febrero	25			
24	Agosto	30			
25	Septiembre	28	3pm	✓	
26	Septiem	25	Mañana		

SANTATERESA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SANTA TERESA
NIT. 891.103.889-5
TESALIA - HUILA



CARNE DE SALUD
MENORES DE 7 AÑOS

Nombre: Mia Candelith Figueroa
Fecha de Nacimiento: 14 04 2021
Registro Civil: 1079413426
Municipio: _____
Dirección: _____
Barrio o Vereda: _____
Nombre del responsable del niño: Karen Manzalve
Historia Clínica No. _____
EPS/ARS: E. Capsos

ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LA FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO EL AGENTE DE SALUD LO RECOMIENDE ES POR EL BIEN DE SU HIJO

Powered by CamScanner

Ana Carolina Fierro Morales

Registro Civil: 1079 413426

Me protege de:	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Lactancia materna exclusiva	Si X No						
Tuberculosis B.C.G.	Única	14 04 21	Serum	03405001	HOSP	———	Nini Vega
Hepatitis B	Recien nacido	14 04 21	Serum	03404080	HOSP	14 06 21	Jefe Mojso
Lactancia materna exclusiva	Si X No						
Polio (Oral - IM)	1ª	18-06-21	Biological	2023003A	ESE Tesalia		Erika Vargas
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus							
Influenza Tipo B y DPTa: Tosferina - Tetanos (DPT)	1ª	18-06-21	Serum	2850Y018D	ESE Tesalia		Erika Vargas
Rotavirus	1ª	18-06-21	GSK	AROLC772AA	ESE Tesalia		Erika Vargas
Neumococo	1ª	18-06-21	GSK	ASPNB308BA	ESE Tesalia		Erika Vargas
Lactancia materna exclusiva	Si No X					18 08 21	
Polio (Oral - IM)	2ª	26-8-21	BV	20270071A	ESE Iquira		Carolina Quiroga
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus,							
Influenza Tipo B y DPTa: Tosferina - Tetanos (DPT)	2ª	26-8-21	Serum	2850Y031C	ESE Iquira		
Rotavirus	2ª	26-8-21	GSK	AROLC822AA	ESE Iquira		
Neumococo	2ª	26-8-21	GSK	ASPNB308B	ESE Iquira		
Continuar la lactancia materna hasta que cumpla los dos años de vida							
alimentación complementaria saludable.							
Polio (Oral - IM)	3ª	25-10-21	BV	21C5001	ESE Iquira		
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus,							
Influenza Tipo B y DPTa: Tosferina - Tetanos (DPT)	3ª	25-10-21	Serum	2850Y038A	ESE Iquira	21 10 21	
Influenza	1ª	25-10-21	[illegible]	[illegible]	ESE Iq		
Influenza	2ª	03-12-21	Sanofi	V3C13iV	ESE Tesalia	25 11 21	Erika Vargas
Sarampión Rubeola Fiebre amarilla (SRF)	1ª	13-07-22	Serum	0730N184A	ESE Tesalia	14 04 22	Lina Quivano.
Fiebre amarilla	1ª	27-10-22	Sanofi	V3E39	ESE Iquira		Edith casas
Neumococo	Refuerzo	13-07-22	GSK	[illegible]	ESE Tesalia		Lina Quivano.
Influenza	Anual	27-10-22	Sanofi	V3C13V6	ESE Iquira		Edith casas
Varicela	Unica	13-08-22	Merck	U019269	ESE Tesalia		Lina Quivano.
Difteria Tosferina Tetanos (DPT)	Refuerzo	27-10-22	Serum	2821A18A	ESE Iquira		Edith casas
Polio (Oral - IM)	Refuerzo	27-10-22	BV	241014	ESE Iquira		Edith casas
Polio (Oral - IM)	Refuerzo						
Difteria Tosferina Tetanos (DPT)	Refuerzo					14-04-26	
Sarampión Rubeola Fiebre amarilla (SRF)	Refuerzo	31-7-24	Serum	0133N004A	ESE Tesalia		Lina Quivano.
Varicela.	1	13-07-22	Merck	U023717	ESE Tesalia.		Lina Quivano.
Hpv	2						
Hpv	3						

Estas vacunas son gratuitas

La leche materna es el mejor y único alimento que debes 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 complementar con otros alimentos nutritivos.

Powered by CamScanner

FECHA	1a VEZ	CPB	OET	FLÚOR	SELLANTE	OPERATORIA	CIRUGÍA ORAL	ENDODONCIA	CONSULTA URGENCIA	TTO. YERMINADA
10-03-23	✓			Barniz	PyP	Rox	Control	10-09-23		Viviana Son Cedeño Higienista Oral C.C. 1.007.490.292
10-05-24	✓	✓		Barniz	✓	PyP	Prox Control	10-11-24		Yury Constanza Trujillo C. Higienista Oral Resolución 2587
15-11-24	✓	✓		Barniz	✓		Prox control	15-05-25		Edna Lizeth Tuquerres Higienista Oral Resolución 2586

Powered by CamScanner



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 Bulliciosos, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio Grupo 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): Hia Carolaith Figuero con RC No 1079413426 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

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

6) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) asista al servicio médico y demás actividades de promoción y prevención para lograr el mejor estado posible de salud.
7) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) transite al Sistema de Educación Escolar, una vez haya cumplido los cinco (5) años.
8) Informar y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de mi hijo(a), adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si se cuenta con ellos).
9) Elegir o ser elegido en el comité de control social que se convoquen con el fin de velar por una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por el ICBF para la Modalidad Comunitaria

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el día 03 del mes 02 del año 2025, en el Municipio de Tesalia.

Karen Monsalve
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Rubiela Vargas V
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad Tesolia.

Nombre completo de la niña o niño Hia Carolaith Figueroa Monsalve

Fecha de nacimiento 14. 04 2021 **N° Documento de Identidad** 1079413426

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Rubiela Vargas V

Fecha de registro cualitativo 27-04-2025

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 segun la edad para los indicadores se encuentra en un nivel esperado

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

Segun la edad la nina para todos los indicadores

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Rubiela Vargas

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

Segun la edad de la nina para todos los indicadores

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Rubiela Vargas

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 pasa todos los indicadores. se encuentra en un nivel esperado

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

Edad	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	⑰	⑰	⑰	⑲	⑲	⑲	㉒	㉒	㉒	㉔	㉔	㉔	㉗	㉗	㉗
	②	②	②	⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦	⑨	⑨	⑨				⑫	⑫	⑫	⑮	⑮	⑮	⑱	⑱	⑱	⑳	⑳	⑳	㉓	㉓	㉓	㉕	㉕	㉕	㉘	㉘	㉘
	③	③	③				⑧	⑧	⑧	⑩	⑩	⑩				⑬	⑬	⑬	⑯	⑯	⑯	⑲	⑲	⑲	㉑	㉑	㉑	㉔	㉔	㉔	㉖	㉖	㉖	㉙	㉙	㉙
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	㉒	㉕	㉕	㉕	㉗	㉗	㉗	㉚	㉚	㉚
	②	②	②	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑯	⑯	⑯	⑳	⑳	⑳	㉓			㉓	㉓	㉓	㉖	㉖	㉖	㉘	㉘	㉘	㉛	㉛	㉛
							⑦	⑦	⑦				⑬	⑬	⑬	⑰	⑰	⑰	㉑	㉑	㉑	㉔			㉔	㉔	㉔	㉗	㉗	㉗	㉙	㉙	㉙	㉜	㉜	㉜
							⑧	⑧	⑧				⑭	⑭	⑭	⑱	⑱	⑱	㉒	㉒	㉒	㉕			㉕	㉕	㉕	㉘	㉘	㉘	㉚	㉚	㉚	㉝	㉝	㉝
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	⑲	⑲	⑲	㉑	㉑	㉑	㉓	㉓	㉓	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	⑳	⑳	⑳	㉒	㉒	㉒	㉔	㉔	㉔	㉖	㉖	㉖
				⑤	⑤	⑤	⑧	⑧	⑧				⑬	⑬	⑬							⑲	⑲	⑲	㉑	㉑	㉑	㉓	㉓	㉓	㉕	㉕	㉕	㉗	㉗	㉗
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	㉓	㉓	㉓	㉕	㉕	㉕	㉗	㉗	㉗	㉙	㉙	㉙	㉛	㉛	㉛
	②	②	②	⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦	⑨	⑨	⑨	⑪	⑪	⑪	⑬	⑬	⑬	⑮	⑮	⑮	㉓	㉓	㉓	㉕	㉕	㉕	㉗	㉗	㉗	㉙	㉙	㉙	㉛	㉛	㉛
	③	③	③				⑧	⑧	⑧				⑫	⑫	⑫	⑭	⑭	⑭	⑯	⑯	⑯	㉓	㉓	㉓	㉕	㉕	㉕	㉗	㉗	㉗	㉙	㉙	㉙	㉛	㉛	㉛
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	㉔	㉔	㉔	㉖	㉖	㉖	㉘	㉘	㉘	㉚	㉚	㉚
	②	②	②	⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩				⑭	⑭	⑭	⑱	⑱	⑱	⑳	⑳	⑳	㉓	㉓	㉓	㉕	㉕	㉕	㉗	㉗	㉗	㉙	㉙	㉙	㉛	㉛	㉛
	③	③	③	⑧	⑧	⑧	⑪	⑪	⑪				⑮	⑮	⑮	⑲	⑲	⑲	㉑	㉑	㉑	㉔	㉔	㉔	㉖	㉖	㉖	㉘	㉘	㉘	㉚	㉚	㉚	㉜	㉜	㉜
	④	④	④										⑯	⑯	⑯	⑳	⑳	⑳	㉒	㉒	㉒	㉕	㉕	㉕	㉗	㉗	㉗	㉙	㉙	㉙	㉛	㉛	㉛	㉝	㉝	㉝
	⑤	⑤	⑤													㉑	㉑	㉑	㉓	㉓	㉓	㉖	㉖	㉖	㉘	㉘	㉘	㉚	㉚	㉚	㉜	㉜	㉜	㉞	㉞	㉞
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	⑰	⑰	⑰	⑲	⑲	⑲	㉑	㉑	㉑
	②	②	②				⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦				⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑭	⑭	⑭	⑯	⑯	⑯	⑱	⑱	⑱	⑳	⑳	⑳	㉒	㉒	㉒

Oración calificativa ⇧

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

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 Mia Carolath Figueroa Monzalve identificado (a) con documento de identidad número 1079413426 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, Karen Stefania Morsalve R., 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	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 Rubiela Vargas D, 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: Karen Morsalve
Nombre: Karen Stefania Morsalve.
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3194534638
Fecha: 03- 02- 2025
Municipio: Tesalia.

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner