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

HCB LOS PATICOS

USAURIO: LIAM JESSE CASTRO GONZALEZ __RC N0.1079413520



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	✓		
Fotografia fisica, esta ira sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		

Powered by CamScanner

	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			

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.0[illegible]8.413.520

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59256136

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ]

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

REGISTRADURIA EL DESCANSO - COLOMBIA - HUILA - TESALIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CASTRO	GONZALEZ

Nombre(s)

LIAM JESSE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes ENE Día 11	MASCULINO	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	170864718

Datos de la 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

GONZALEZ PERDOMO YURANNY MERCEDES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.410.554	COLOMBIA

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

CASTRO ANDRADE JAIME EDUARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.410.554	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CASTRO ANDRADE JAIME EDUARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.079.410.554	Jaime Eduardo Castro

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 12	[illegible]
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.079.410.334

GONZALEZ PERDOMO

APELLIDOS

YURANNY MERCEDES

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-OCT-1992

TESALIA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

13-OCT-2010 TESALIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.079.410.554
CASTRO ANDRADE

APELLIDOS
JAIME EDUARDO

NOMBRES

Jaime Eduardo Castro

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 02-JUN-1993
TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

02-JUN-2011 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1902500-00321171-M-1079410554-20110809 0027712905A 1 33604186

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro valido

B1

Fecha de consulta: 05/11/2025

Ficha: 41797006539800000388

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LIAM JESSE

Apellidos: CASTRO GONZALEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079413520

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/08/2019

Última actualización ciudadano: 06/04/2022

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

***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.

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario

Powered by CamScanner

ElectroHuila

Electrificadora del Huila S.A. ESP
NIT. 891180.001-1

Sr (a) : YURANNY MERCEDES GONZALEZ PERDOMO
C.C. / Nit: 1079410334
LOTE 13 BR MANUEL SANTOS INSP PACARNI CS
Municipio: 797 TESALIA HUILA Ruta: 970043160
Dirección Postal:
Ciclo: 72 Sector: 4-INSP. PACARNI

Su código de cuenta NIU
836606431
Para cualquier consulta y pago electrónico

Factura de venta No.
86044749

Periodo	Periodo facturado	Pago total	Pago mínimo	Periodos vencidos
4 / 2025	14/03/25-14/04/25	$18.700	$18,700	0 meses

Datos de cuenta

Clase servicio	Residencial
Estrato	1-Bajo Bajo
Zona	OCCIDENTE
Nivel tensión	1-Secundaria
Carga instalada	0
Tipo liquidación	lectura
Nodo	T19084-PCTP

Costo unitario prestación del servicio

COMPONENTES ELECTROHUILA
1 Comercialización + 154.14
2 Distribución = 272.98
TOTAL ELECTROHUILA = 427.12
MERCADO ENERGIA MAYORISTA
3 Generación + 388.6
4 Transmisión + 49.85
5 Restricciones + 14.69
6 Pérdidas + 88.84
TOTAL MERCADO MAYORISTA = 541.98
Costo unitario = 969.1
Electrohuila + Mercado

Histórico de consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	3	46	2024	9	63
2025	2	56	2024	8	47
2025	1	56	2024	7	57
2024	12	53	2024	6	51
2024	11	49	2024	5	48
2024	10	56	2024	4	54

Promedio de la cuenta	Consumo mes año anterior
52	54

Conceptos ElectroHuila

Concepto		Valor
31	Consumo Periodo	46,517
116	Interes moratorio	54
808	Ajuste Decena	<1>
814	Compensación Calidad	<3,067>
995	Subsidio	<26,411>

Cálculo actual del consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-22402849	HIK	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	1052	1004	1	48

Liquidación de consumo

Contador	Desde	Hasta	Consumo	Tarifa	Valor Real	Subsi/Contri	ValorCobrar
1	1	173	48 KW/h	$418.8647	$46.517	-57%	$20.106

TOTAL

Financiación ElectroHuila

Descripción	Saldo

Tasa de interés 0%

CUFE 4b0bf051ed9319eb8481fdbb8c5b2992d3765af695e9e49a32d1745f8a73d00c345635343aab3d16856756
Numero de Factura Electronica: EH-2835956 Numero de factura: 86044749

Fecha de emisión	Mi último pago fue	Tengo plazo de pagar hasta	Me quedo sin servicio a partir de
19/04/2025	$20,620 15/04/2025	29/04/2025 Vencimiento	Suspensión

Valor Energía ElectroHuila	+ Valor Servicio de Aseo	+ Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía)	+ Valor Otros Cobros	= TOTAL A PAGAR
$17,092		$1,608	$0	$18,700

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN
Reporta cualquier novedad relacionada con la prestación del servicio
01 8000 952 115 | 3134354436
PQR: radicacion@electrohuila.co
www.electrohuila.com.co
24/7

¡Escanea! paga en línea

Pa: 3400

(415)7707274499679(8020)083660643 1(3900)000018700(96)20250429

LA PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO EN VIRTUD DEL ARTICULO 130 DE LA LEY 142 DE 1994 MODIFICADA ART. 18 LEY 689 DE 2001

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

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	1079413520
NOMBRES	LIAM JESSE
APELLIDOS	CASTRO GONZALEZ
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	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	12/01/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/05/2025 06:31:01	**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

Powered by CamScanner

E.S.E. Hospital SANTATERESA Tarata Huila



Mis controles

Escribe aquí los datos significativos de la salud del niño o niña.

Fecha de Atención	Edad	Peso	Talla	PC	Próximo Control	Responsable del Control
09/02/24	2a	14	83	47	09/07/24 6 meses	
19/07/2024	2 años 6 meses.	16.1	91	50.	19/11/2024 Medico.	Karoliza Cabrera F. Enfermera Jefe T.P. 1.007.821.214
15-11-24	34m	15.5	94cm	50	Mayo 15 3 2025	
29-5-25	3a	17kg	95cm	47	29-5-26 1AÑO	

Observaciones: _____

_____

Interconsultas: _____

_____

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: **Tipo Identificación:** **No. ID:**

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	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	11	01	2022	SERUM	OBJ10	[illegible]				[illegible]
	Hepatitis B	Recién nacido	11	01	2022	SERUM	OBJ10	[illegible]				[illegible]
2 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.°	25	03	22	Biological	211400 06	ESE Tesalia				Lina Quivano
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°	25	03	22	Serum.	28501X0411P	ESE Tesalia				Lina Quivano
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.°	25	03	22	Serum.	28501X0411D	ESE Tesalia				Lina Quivano
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°	25	03	22							
	Diarrea por rotavirus	1.°	25	03	22	GSK.	AROLC859AE	ESE Tesalia				Lina Quivano
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	25	03	22	GSK.	AJPNB311 5BA	ESE Tesalia				Lina Quivano
4 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐								25 05 22			
	Poliomielitis (VIP)	2.°	10	06	22	Biological.	21210094.	ESE Tesalia				Lina Quivano
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	10	06	22	Serum.	28J1X007C.	ESE Tesalia				Lina Quivano
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.°	10	06	22	Serum	28J1X007C.	ESE Tesalia				Lina Quivano
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°	10	06	22							
	Diarrea por rotavirus	2.°	10	06	22	GSK.	AROLD0734AA	ESE Tesalia				Lina Quivano
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	10	06	22	GSK.	AJPNB321CA	ESE Tesalia				Lina Quivano
6 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐								29 07 22			
	Poliomielitis (VIP)	3.°	22	07	22.	Biological.	21210004.	ESE Tesalia				Lina Quivano
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.°	22	07	22	Serum	28J1X007E.	ESE Tesalia				Lina Quivano
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.°	22	07	22	Serum	28J1X007E.	ESE Tesalia				Lina Quivano
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°	22	07	22							
	Influenza estacional	1.°	22.	07	22	Green Cross	V502222006	ESE Tesalia				Lina Quivano
7 meses	Influenza estacional	2.°	16	08	22	Green cross	V502222006	ESE Tesalia				Lina Quivano
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	27	01	23	Serum.	013 1N0954	ESE Tesalia				Lina Quivano
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	27	01	23	Pevenal	FR4895.	ESE Tesalia				Lina Quivano
	Varicela	2.°	27	01	23	Merck	W025088	ESE Tesalia				Lina Quivano
	Hepatitis A	Única	27	01	23	Serum.	20220L505	ESE Tesalia				[illegible]
	Influenza estacional	Anual	28	07	23	Green cross	V502L3309.		22/07/23			[illegible] de Enfermeria Tes. 434
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	28	07	23	Serum.	220+0053.					
	PENTAVALENTE	1.er refuerzo	28	07	23	Serum.	28J1X009DC.					
	Fiebre amarilla	Única	28	07	23	Serum	L22BVFL03	ESE Tesalia				
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.° refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	28	07	23	Serum.	0131N082A	ESE Tesalia.				
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
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

FECHA	1a VEZ	CPB	OET	FLÚOR	SELLANTE	OPERATORIA	CIRUGÍA ORAL	ENDODONCIA	CONSULTA URGENCIA	TTO. YERMINADA
03-02-23	✓			Barniz	PyA	Prox	Control	03-08-23	Elviana Gon Cedeño	
									Higienista Oral	
20 01 24				Barniz		Pyp		Prox control	20 07 24	
28-02-25	✓	✓		Barniz	✓	Pyp	Prox	Control 28-08-25		Maria Del Mar P
05-09-25	✓	✓		Barniz	✓	Pyp	Prox	control 05-03-26		Mar P. Gonzalez Higienista Oral Reg. 1387 C.C. 1081393723

Powered by CamScanner

	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' pulcos, 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): Liam Jesse Cortes G. con RC No 1079413520 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

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 Icononzo.

PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 3

Ciudad Tesalia - Paconi

Nombre completo de la niña o niño Liam Jesse Castro Gonzalez.

Fecha de nacimiento 11. 01 2022 **N° Documento de Identidad** 1079413.520

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Olga Rocio Quina

Fecha de registro cualitativo 22. 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

El niño va pasando segun su edad

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Olga Rocio Quina

Fecha de registro cualitativo 22 07- Año 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

va pasando sus indicadores. segun su edad

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Olga Rocio Quina

Fecha de resgistro cualitativo 28 - 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

Va pasando los indicadores segun su edad

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

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 Liam Jesse Costa Gonzalez, identificado (a) con documento de identidad número 1079413529 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, Yuranni M. Gonzalez P., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1074912334, 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 HCB Los Patios, 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:
Nombre: Yuranni M. Gonzalez
Calidad - Titular: ___ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3219519723
Fecha:
Municipio: Pacarni - Tesalia

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner