



FUNDACION GRUPO LIBERTAD

NIT. 900027451-0

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS
USUARIOS

HCB: LOS SIMPSON

USUARIO: KARLA ISABEL SEGURA LUNA

RC: 1116734917



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotocopia del Registro civil de nacimiento (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez	+		
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez	+		
Fotocopia del criterio de focalización según la guía del ICBF. SISBEN- renovar cada 3 meses, o en su defecto Certificado de pertenencia a comunidad indígena, afrodescendientes, raizales, palanqueros, y ROM	Formalización del cupo	Actualización cada 3 meses	+		
Para identificar lugar de residencia, fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia	+		
Fotografía física, esta ira sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	+		

**FUNDACION GRUPO LIBERTAD**

NIT. 900027451-0

**LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS
USUARIOS**

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			



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



Adhesivo Copia
Registro Civil

31114350-1

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

63779659

NUIP
1.116.734.917

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☐ Número ☐ Compulsado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código W G A

REGISTRADURÍA DE TRUJILLO - COLOMBIA - VALLE - TRUJILLO

Datos del inscrito

SEGURA... LUNA...
Nombre(s)
KARLA ISABEL...
Fecha de nacimiento
Año 2022 Mes ABR Día 06 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía)
COLOMBIA VALLE ROLDANILLO

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO...
Número certificado de nacido vivo
169617446

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)

LUNA SENON CAMILA ANDREA...
Apellidos y nombres completos
Documento de identificación (Clase y número)
1.004.250.156...
Nacionalidad
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)

SEGURA MENESES CARLOS ANDRES...
Apellidos y nombres completos
Documento de identificación (Clase y número)
CC 1.114.895.931...
Nacionalidad
COLOMBIA

Datos del declarante

SEGURA MENESES CARLOS ANDRES...
Apellidos y nombres completos
Documento de identificación (Clase y número)
CC 1.114.895.931...
Firma
CARLOS SEGURA

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
Año 2022 Mes ABR Día 12
Nombre y firma del funcionario que autoriza
HERBERTO MEJIA SALAZAR - REGISTRAR
Nombre y firma

Reconocimiento paterno
Firma
CARLOS SEGURA
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS
12.ABR.2022 - LIBRO DE VARIOS - FOLIO 266 DEL 2022.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.114.895.931

SEGURA MENESES

APELLIDOS

CARLOS ANDRES

NOMBRES

CARLOS ANDRES SEGURA M.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-AGO-1996

FLORIDA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

O-

G.S. RH

M

SEXO

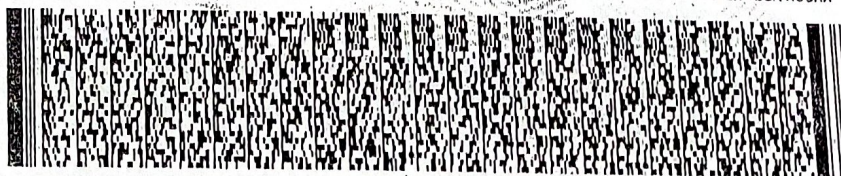
18-SEP-2014 FLORIDA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO



A-3105500-01300296-M-1114895931-20220603

0079569085A 1

9919456440

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.250.156**
LUNA SENON

APELLIDOS
CAMILA ANDREA

NOMBRES

camila Andrea lunas

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-FEB-2003**

LA PLATA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

B+

G.S. RH

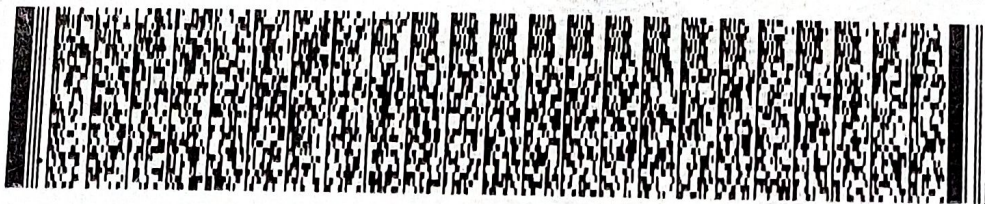
F

SEXO

03-FEB-2021 LA PLATA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1904900-01213374-F-1004250156-20210210

0073346694A 1

8501438071

Registro válido

Fecha de consulta:

22/07/2025

Ficha:

41396011512200000547

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: KARLA ISABEL

Apellidos: SEGURA LUNA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1116734917

Municipio: La Plata

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

18/07/2023

Última actualización ciudadano:

18/07/2023

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

OTONIEL SALAZAR PENNA

Dirección:

Carrera 4 No. 5-09

Teléfono:

8371474

Correo Electrónico:

sisben@laplata-huila.gov.co



ENE 27 2025 12:53:13 REMPLAZ 9.90

CORRESPONSAL
BANCOLOMBIA
CTRO POBLADO GALLEJO

Cla: LUNICO: 3007025996 TER: ADY22388
Estr: RECAUDO RECIBO: 008727 RRM: 013520
Zon: CONVENIO: 09242 APR: 919430
ELECTRIFICADORA DEL
REF: 0291367144

VALOR \$ 59.570

EL CORRESPONSAL BANCARIO NO DEBE COBRARTE POR HACER ESTA TRANSACCION.
Bancolombia es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta. Verifique que la informacion en este documento este correcta. Para reclamos comuniquese al 018000912345. Conserve esta tirilla como soporte.

*** CLIENTE ***

(a) : DUBERNEY GALIANO

/ Nit: 6692069

CTRO POBLADO GALLEJO

Ciudad: 396 LA PLATA

HUILA

Ruta: 43960601610

Ciudad Postal:

72 Sector: 60-INSP. GALLEJO

Pago Total:

Pago Mínimo:

1/25

\$59,570

\$59,570

Nivel Tensión: 1-Secundaria Tipo Liqui.: lectura

Carga Instalada: 1000 W

Modelo: T09669-GL2P

ON	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
de Lectura	16181	16075	1	106

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU

291367144

PARA CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.

84869016

Fecha De Emisión

20/01/2025

Periodos Vencidos:

0 meses

COSTO UNITARIO DE PRESTACION DE SERVICIO

Generación	419.14
Transmisión	55.37
Distribución	263.15
Restricciones	3.47
Pérdidas	96.01
Comercialización	145.39
Costo Unitario	982.52
Tarifa Aplicada	982.5245

Indicadores De Calidad Individual

Indicadores De Calidad Individual Retroactivo

Nodo 6510092 Grupo Calidad	31
Horas a compensar	5069
Compensacion por evento	
Meta Calidad por Duración	81.02
Meta calidad por eventos	27
Eventos acumulados año	89
Duracion acumulador año	91.12
Consumo a compensar	106.
Cargo distribución	266.

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	
Total Electrohuila	\$0
Total Servicio de Aseo	\$54,590
Total Alumbrado Público	
Total Otros Cobros	\$4,980
Total a Pagar	\$59,570

Conceptos Electrohuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	104.148
.607	Ajuste Decena	2
995	Subsidio	<49,560

Ultimos Consumos

Año	Mes	Consumo
2024	12	108
2024	11	121
2024	10	105
2024	9	115
2024	8	102

2024	7	104	2024	1	119
------	---	-----	------	---	-----

Promedio Cuenta Consumo Año Anterior

109

119

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
2	1	130	106.0	514.977	\$54,588

Financiación Electrohuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total
-------------	-----------	-----------	-------------

Tasa de Interés

0.00 %

CUFE

b87a21f2fda2y5...88f8db09e2e2bef5640526df13e41b1c044a3215269fc10ae2e77458de4ebc053cd2ce7d252de90

FOES

Kwh\$/Kwh Total N. Fact

\$60,400

31/12/2024

Emitida Por:
HDEVIA

Pag: 1658

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Línea de transparencia

Reporta en la línea de transparencia todos los presuntos actos de soborno, corrupción o comportamientos indebidos de nuestros trabajadores y/o contratistas.
Línea gratuita 018000 117666
Correo: electrohuila@lineatransparencia.com
Accede directamente escaneando el Código QR.



(415)7707274499679(8020)0291367144(3900)0000059570(96)20250129



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	1116734917
NOMBRES	KARLA ISABEL
APELLIDOS	SEGURA LUNA
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	06/09/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 07/22/2025 22:42:47 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. Atenta a la Fecha de Finalización de Afiliación.



DATOS DEL RECIEN NACIDO QUIEN SOY

San. 10. 07

Nombres y apellidos: Karlo Ismael Segura Juro

Identificación: 11167349A EPS: Comunidad

Fecha de nacimiento: Día: 06 Mes: 04 Año: 2022

Edad: _____ Días: _____ Meses: 3 Años: _____ Sexo: _____

Recién Nacido: Pretermino: _____ A termino: _____ Edad Gestacional: _____

Embarazo: Único: _____ Múltiple: _____ No de Gestaciones: _____

Peso: _____ Kg. Talla: _____ cm. Perímetro Cefálico: _____ cm.

Tipo de sangre: _____ Lugar que ocupa entre los hermanos: _____

TSH: _____ Serología: _____

Nombre de la Madre: Camila Andres Juro Ocupación: _____

Nombre del Padre: Carlos Andres Segura Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Alimentación: Lactancia materna exclusiva: Si: _____ No: _____

[illegible]

karl G.

[illegible]

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer Fecha: _____

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida Fecha: _____

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

Valor reportado TSH: _____

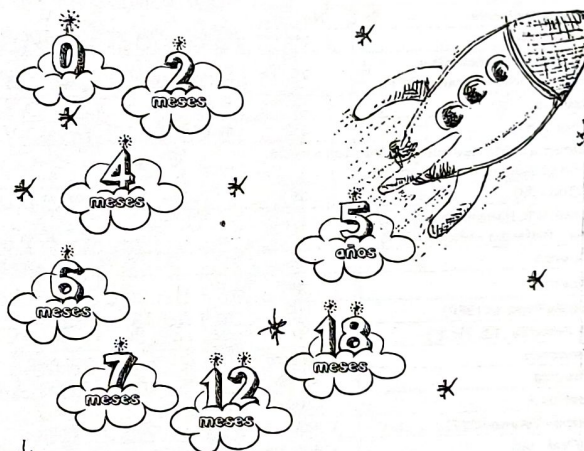
Fecha verificación: _____

Profesional que verificó: _____

Exíjalo

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como: Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años



- * Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- * En Colombia todos los días son días de vacunación.
- * Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.

República de Colombia
 Ministerio de Salud y Protección Social
 Dirección de Promoción y Prevención
 Subdirección de Enfermedades Transmisibles
 Programa Ampliado de Inmunizaciones
 www.minsalud.gov.co
 Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25



MinSalud
 Ministerio de Salud
 y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Karla Isabel Sosa Lora
 Fecha de nacimiento: 06/04/2022
 N° de certificado de nacido vivo: 16961344
 Registro civil: 111624917
 Sexo: femenino
 Grupo sanguíneo: O+
 Peso al nacer: 2680
 Dirección: B1 Pádelo Aveo
 Teléfono: 317 2512409 32163113
 Responsable: Carla Andrya Luna
 CC: 4004230156
 Municipio de residencia: Boyacá
 Departamento: Villa

Recuerda:
 Estas vacunas son gratuitas



Registraci3n Civil:

700938170

W023089
23-05-202

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



E.S.E SAN SEBASTIÁN	CC-001	01-009
LA PLATA MUJLA	VERSION	2016
NIT. 813.002.872-4	APROBACIÓN	

CARNET

PREVENCIÓN SALUD BUCAL



Nombres y Apellidos:

Karla Isobel Segura

No. De Documento:

116734917

Tipo de Doc.:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

1

EPS:

Sanitas

Dirección o Vereda:

Gallego

Teléfono:

PROCEDIMIENTO

Fecha de Atención

Próxima Cita

D

M

A

D

M

A

CPB+FB

22

Novi

23

22

Mayo

2024

CPB+fluor Bona

07

Junio

2024

05

Dic

2024

CPB+fluor B

06

Dic

2024

06

Junio

2025

CPB+fluor B

04

Julio

2025

04

Enero

2026

	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 SIMPSON, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio FUNDACIÓN 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): KARLA ISABEL SEGURA LUNA con RC No 1116734917 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.

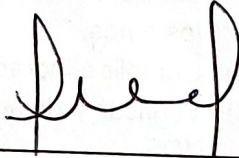
NOTA: En caso de no contar con alguno de los documentos mencionados, informar en la UDS para activar la Ruta Interinstitucional que contribuya a garantizar una atención integral para mi hijo(a).

	<p align="center">FUNDACION GRUPO LIBERTAD</p> <p align="center">Acta de compromiso y corresponsabilidad con padres de familia y/o cuidadores</p>	<p align="center">NIT. 900027451-0</p>
---	--	---

- 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 _____ del mes **FEBRERO** del año 2025, en el Municipio de **LA PLATA HUILA**.

Camila luna
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR


MADRE COMUNITARIA

Ciudad

La Plata - Huila

Nombre completo de la niña o niño

Karlo Isabel Segura Luna

Fecha de nacimiento

06 04 2022

N° Documento de Identidad

1116734417

Sexo

Masculino

☐

Femenino

☒

Fecha de 1er día de atención en el año

Día

Mes

Año

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Yivi Yurany Poliche Mender

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

Presenta coordinación, retentiva. A nivel cognitivo presenta cierta dificultad con la motricidad fina en el garabateo. Es sociable y cooperativo.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Yivi Yurany Poliche Mender

Fecha de registro cualitativo

28 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

Presenta avances significativos a nivel comunicativo y cognitivo. A nivel social desarrolla habilidades que le permitan integrarse y socializar con el entorno.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Yivi Yurany Poliche Mender

Fecha de registro 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

Nuestro interés a nivel social pues le ha costado integrarse con algunos de sus compañeros, es juicioso y aplicado. denota falta de trabajo comunicativo para que se exprese claro y consistentemente.

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

Valoración
Cualitativa →

Evaluación Observativa →	Relación con los demás												Relación consigo misma/o												Relación con el mundo																	
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social								
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social																							
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a						
0 a 6 meses	1	1	1	4	4	4	6	6	6	8	8	8	10	10	10	11	11	11	12	12	12	14	14	14	16	16	16	19	19	19	20	20	20	23	23	23	24	24	24	25	25	25
	2	2	2	5	5	5	7	7	7	9	9	9				12	12	12	13	13	13	15	15	15	17	17	17	21	21	21	22	22	22									
	3	3	3																					18	18	18	22	22	22													
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	16	16	16	19	19	19				23	23	23	24	24	24	27	27	27	29	29	29	32	32	32
	2	2	2	4	4	4	7	7	7	10	10	10	12	12	12	17	17	17	17	17	17	20	20	20	22	22	22	25	25	25	26	26	26	28	28	28	30	30	30	33	33	33
							8	8	8				13	13	13	18	18	18	18	18	18													31	31	31	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	16	16	16	17	17	17	20	20	20	22	22	22	24	24	24				25	25	25
	2	2	2	5	5	5	8	8	8	10	10	10	12	12	12	14	14	14	16	16	16	19	19	19	18	18	18	21	21	21	23	23	23	23	23	23	24	24	24	26	26	26
																								17	17	17																
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	17	17	17	19	19	19	22	22	22	25	25	25						
	2	2	2	5	5	5	7	7	7				11	11	11	14	14	14	17	17	17	18	18	18	19	19	19	20	20	20	23	23	23	24	24	24	26	26	26	27	27	27
	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	23	23	23	26	26	26	28	28	28	31	31	31						
	2	2	2	7	7	7	10	10	10				14	14	14	18	18	18	20	20	20	23	23	23	24	24	24	27	27	27	29	29	29	32	32	32	35	35	35			
	3	3	3	8	8	8	11	11	11				15	15	15				21	21	21	25	25	25																		
	4	4	4				12	12	12				16	16	16				22	22	22	26	26	26	27	27	27	30	30	30	33	33	33	36	36	36						
	5	5	5																23	23	23	28	28	28	31	31	31	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	16	16	16	17	17	17	18	18	18	19	19	19	20	20	20
	2	2	2				5	5	5	7	7	7				10	10	10	12	12	12	14	14	14				17	17	17												
																									15	15	15															



= Procesos y subprocesos fundamentales



= Procesos y subprocesos no fundamentales

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	F2.P2.CE	15/07/2021
		Versión 4	Página 13 de 14

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad **KARLA ISABEL SEGURA LUNA**, identificado (a) con documento de identidad número **1°116.734.917**, 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, **CAMILA ANDREA LUNA CENÓN** quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número **1**, 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, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

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

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

Los productos autorizados son originados por **FUNDACIÓN GRUPO LIBERTAD**, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa **MODALIDAD COMUNITARIA**.

Suscriben:

Firma: Camila Luna
 Nombre: **CAMILA ANDREA LUNA CENÓN**
 Calidad - Titular: X Representante legal: _____
 Teléfono de contacto: **313 2732768**
 Fecha: **03 DE FEBRERO 2025**
 Municipio: **LA PLATA-HUILA**

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.