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

HCB LOS SAPITOS

USAURIO: VIOLETA SOFIA PEREZ CADA. RC No. 1083064143



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

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.082.835.135
PEREZ CADAVID
APELLIDOS
ANA MARIA
NOMBRE
Ana maria Perez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-AGO-2003
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
B- G.S. RH
F SEXO
10-SEP-2021 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO

P-2100150-01308279-F-1082835135-20220718 0080083987A 1 9920072194

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 18/09/2025

Ficha: 41396002530000001201

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: VIOLETTA SOFIA

Apellidos: PEREZ CADAVID

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1083064143

Municipio: La Plata

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/06/2025

Última actualización ciudadano: 09/06/2025

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 PENNA

Dirección: Carrera 4 No. 5-09

Teléfono: 8371474

Correo Electrónico: sisben@laplata-huila.gov.co

Powered by CamScanner

NUEVA EPS S.A

Certifica...

63 - 0

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos Cotizante Cabeza de Familia...

CC 1082835135 ANA MARIA PEREZ CADAVID

Semanas Cotizadas NUEVA EPS S.A	0		
Fecha Afiliación	01/09/2025	**Estado Cotizante**	ACTIVO
Fecha Ultimo Periodo Cotizado.		**Causal**	ACTIVO EN REGIMEN SUBSIDIADO EN LA EPS
Fecha Cancelación.	00/00/0000		

Beneficiarios

Identificación	Tipo Afiliado	Parent.	Beneficiarios	Fecha Afiliación	No. Semanas	Estado	Causal
RC 1083064143	BENEFICIARIO	Hijos	VIOLETTA SOFIA PEREZ CADAVID	01/09/2025	Mas de 26	ACTIVO	ACTIVO EN REGIMEN SUBSIDIADO EN LA EPS

La presente certificación se expide el día 2 de Septiembre de 2025 a solicitud del interesado.

Observaciones

NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

YENIFER ALEJANDRA ANAYA RAMIREZ

ASESOR DE SERVICIO AL CLIENTE

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	1083064143
NOMBRES	VIOLETTA SOFIA
APELLIDOS	PEREZ CADAVID
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	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/09/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/18/2025 15:50:19	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

Powered by CamScanner

Anotar los datos significativos para la salud del niño o la niña.

Fecha	Edad	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Próxima visita	Observaciones
16/9/2024	1 año 3 meses	9.030	76	45 cm	1 año	Papá Carlos
20/01/24	7 meses	9.5kg	80cm	46cm	2 meses	Hepatitis B 3ra
15/05/24	21 meses	9.9kg	81cm	47cm	3 meses	Hepatitis B 3ra
28-09-24	2 años	10.1kg	80cm	47cm	3 meses	Nydia Osorio
9/10/24	2 años	10.2kg	80cm	47cm	3 años	Hepatitis B 3ra

Remisiones: _____

_____

Powered by CamScanner

6 meses	Pentavalente PAI	Tercera	PAI	30	3	2023	Serum	2851X028F	VIVA 1A IPS SANTA MARTA				CLARA INES NOGUERA RANGEL
	Antipolio Inactivo (VIP)	Tercera	PAI	30	3	2023	Bilthoven Biologicals BV	2206012A	VIVA 1A IPS SANTA MARTA				CLARA INES NOGUERA RANGEL
12 meses	INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA	Refuerzo	PAI Adicional	5	10	2023	Green Cross	V50523001	VIVA 1A IPS SANTA MARTA				CLARA INES NOGUERA RANGEL
	Varicela	Primera	PAI	5	10	2023	MSD	X006537	VIVA 1A IPS SANTA MARTA				CLARA INES NOGUERA RANGEL
	Triple Viral	Primera	PAI	5	10	2023	Serum	0132N069B	VIVA 1A IPS SANTA MARTA				CLARA INES NOGUERA RANGEL
	Neumococo 13 valente	Refuerzo	PAI	5	10	2023	Fabricante	GJ8635	VIVA 1A IPS SANTA MARTA				CLARA INES NOGUERA RANGEL
	Fiebre amarilla	Única	PAI	5	10	2023	Fabricante	228VFC039Z	VIVA 1A IPS SANTA MARTA				CLARA INES NOGUERA RANGEL
	Hepatitis A Pediátrica	Única	PAI	5	10	2023	MERCK SHARP DOHME	W004802	VIVA 1A IPS SANTA MARTA				CLARA INES NOGUERA RANGEL

Powered by CamScanner

IDENTIFICACIÓN

Paciente :	VIOLETA SOFIA PEREZ CADAVID	**Documento:**	RC No. 1083064143	**FN**	13/ago/2022
Pais: COLOMBIA	**Departamento** HUILA	**Ciudad:**	LA PLATA	**Edad:**	3 Años **Sexo:** F
Dirección:	SAN ISIDRO (URBANO)	**Teléfonos:**	3115346837		

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta
"POR REVISION"

Historia Enfermedad Actual
PACIENTE QUE INGRESA A CONSULTA CON SU ACUDIENTE (ANA MARIA, MADRE), DICE NO PRESETAR NINGUN ANTECEDENTE DE TIPO SISTEMICO Y REFIERE EL DESEO REALIZARLE VALORACION Y RESPECTIVO TRATAMIENTO ODONTOLOGICO AL MENOR. AL EXAMEN CLINICO SE OBSERVAN LESIONES CARIOSAS ACTIVAS Y PLACA BLANDA.

Antecedentes
PATOLOGICOS
- MADRE NIEGA
FARMACOLOGICOS
- MADRE NIEGA
HOSPITALARIOS
- MADRE NIEGA
QUIRURGICOS
- MADRE NIEGA
TRAUMATICOS
- MADRE NIEGA
TOXICOS
- MADRE NIEGA
ALERGICOS
- MADRE NIEGA
ODONTOLOGICOS
- Ultima Visita PRIMERA VEZ
- Patologia pulpar SANO
- Tratamiento Recibido ESAMEN CLINICO
- Placa blanda SI
- Usa Seda dental NO
- Usa seda dental NO
- Frecuencia Cepillado 2 VECES AL DIA
OTROS
- PAI AL DIA PARA LA EDAD
CONTROLES PREVIOS EN SANTA MARTA
RH O+
NACIO A LAS 38 SEMANAS DE GESTACION POR PARTO NATURAL EN SANTA MARTA
HIJA NUMERO 1
RECIBIO LACTANCIA MATERNA
ACTUALMENTE ALIMENTACION RICA EN PROTEINAS, CARBOHIDRATOS, VEGETALES Y FRUTAS
VIVE CON LA MADRE Y PADRASTRO
HIGIENE ORAL 17/9/25

EXPLORACIÓN BUCAL

TIPOS DE OCLUSION

- Hábitos Orales

Respiración Bucal: NO, Succión Digital: NO, Lengua Protráctil: NO, Queilosfagia: NO, Fumador: NO, Bebedor: NO

- Examen Estomatológico

No refiere No refiere

Extraoral ATM
Ruidos: NO, Desviación: NO, Limitación apertura: NO, Dolor articular: NO, Dolor muscular: NO,

Examen Dental
Abrasión: NO, Atrisión: NO, trauma: NO, Abfracción: NO, Alteraciones de posición: NO, Alteraciones de erupción: NO, Alteraciones del color: NO, Alteraciones del desarrollo: NO, Alteraciones del tamaño: NO, Alteraciones de la forma: NO

EVOLUCIÓN

PRIMERA INFANCIA (1 MES A 5 AÑOS) Salud Oral Después De Los 6 Meses
1 VEZ - CONTINUAR TRATAMIENTO1 VEZ - SANO

Powered by CamScanner

SE REALIZA VALORACION ODONTOLOGICA DE PRIMERA VEZ EN COMPAÑÍA DE ACUDIENTE. SE REALIZA DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA, ANAMNESIS, ODONTOGRAMA, DIAGNOSTICOS Y PLAN DE TRATAMIENTO.
SE REALIZA EXAMEN CLINICO EXTRAORAL E INTRAORAL EN EL CUAL SE VALORAN ESTRUCTURAS DENTOMAXILOFACIALES (CARA, MAXILAR, MANDIBULA, ZONA RETROMOLAR, LENGUA, PALADAR DURO Y BLANDO, ATM, ESTRUCTURAS DENTALES, PISO DE BOCA, MEJILLA) Y SU FUNCIONALIDAD CON EL PROCESO DE DEGLUCIÓN, MASTICACIÓN, HABLA, FONACIÓN, SOCIALIZACIÓN, AUTOESTIMA, AFECTO ETC; EN EL CUAL SE OBSERVA QUE EL PACIENTE PRESENTA LESIONES CARIOSAS ACTIVAS, PLACA BACTERIANA BLANDA...SE REALIZA VALORACION ODONTOLOGICA DE PRIMERA VEZ EN COMPAÑÍA DE ACUDIENTE. SE REALIZA DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA, ANAMNESIS, ODONTOGRAMA, DIAGNOSTICOS Y PLAN DE TRATAMIENTO.
SE REALIZA EXAMEN CLINICO EXTRAORAL E INTRAORAL EN EL CUAL SE VALORAN ESTRUCTURAS DENTOMAXILOFACIALES (CARA, MAXILAR, MANDIBULA, ZONA RETROMOLAR, LENGUA, PALADAR DURO Y BLANDO, ATM, ESTRUCTURAS DENTALES, PISO DE BOCA, MEJILLA) Y SU FUNCIONALIDAD CON EL PROCESO DE DEGLUCIÓN, MASTICACIÓN, HABLA, FONACIÓN, SOCIALIZACIÓN, AUTOESTIMA, AFECTO ETC; DONDE NO SE EVIDENCIA NINGUNA ALTERACIÓN, LOGRANDO ESTABLECER QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRA SANO.SE RECOMIENDA MANTENER HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, MEJORAR LOS HABITOS DE HIGIENE ORAL EN EL/LA NIÑA(O). LA FRECUENCIA Y FORMA DEL CEPILLADO DENTAL EL CUAL SIEMPRE DEBE ESTAR GUIADO POR UN ACOMPAÑANTE MAYOR. USO DE SEDA DENTAL, CONTROL POR HIGIENE ORAL PARA ELIMINACION DE BIOPELICULA BACTERIANA, , APLICACIÓN DE FLUOR BARNIZ, SELLANTES.

PLAN DE TRATAMIENTO
FASE HIGIENE

ESTADO DEL TRATAMIENTO: Activo

DIAGNÓSTICO

- Principal (Z012) EXAMEN ODONTOLOGICO
- Relacionado1: (K050)GINGIVITIS AGUDA

MARTHA CECILIA ECHAVARRIA LOSADA
ODONTOLOGA
Registro Medico No. 36380593

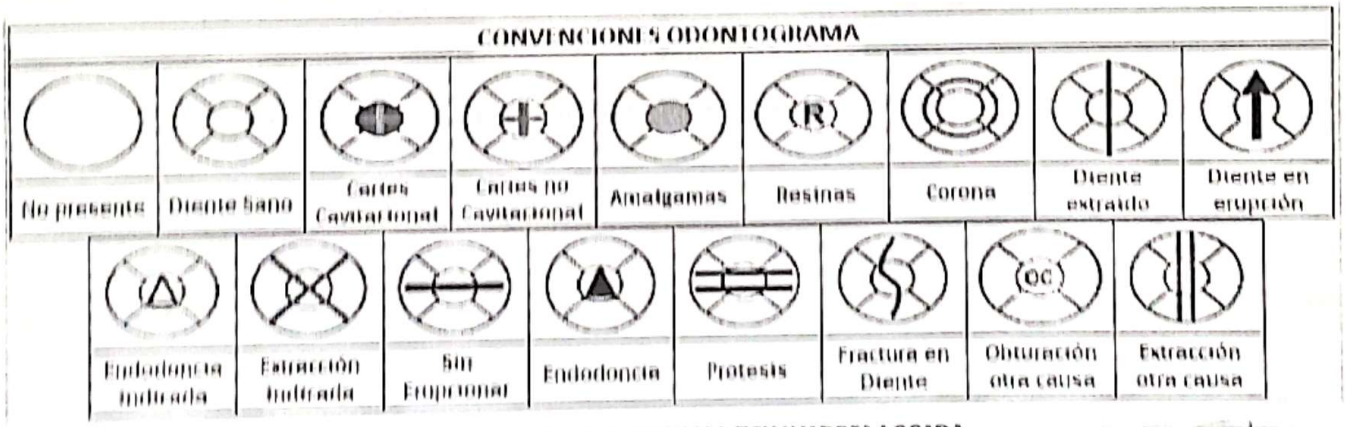
Powered by CamScanner

TRATAMIENTO EN CURSO

ODONTOGRAMA INICIAL

Observaciones Odontograma

CONVENCIONES ODONTOGRAMA



COP: 200000000020
Fluorosis: NO APLICA

MARTHA CECILIA ECHAVARRIA LOSADA
ODONTOLOGA
Registro Medico No. 36380593

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	F2.P2.CE	15/07/2021
		Versión 4	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 VIOLETA SOFIA PEREZ CADAVID, identificado (a) con documento de identidad número 1083064143 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, Ana María Perez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1082855185 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_____, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Ana María Perez

Suscriben:

Firma: Ana Perez
Nombre: Ana María PEREZ
Calidad - Titular: Madre Representante legal:
Teléfono de contacto: 3115396837
Fecha: 20/05/2022
Municipio: La Plata.

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 SAPITOS, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio F. 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): VIOLETA SOFÍA PEREZ CADA .con RC No 1083.064.143 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 20 del mes MAYO del año 2025, en el Municipio de LA PLATA.

PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

MADRE COMUNITARIA

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 VIOLETA SOFIA PEREZ CADAÑO.

Fecha de nacimiento 13-03-2022 N° Documento de Identidad 1.083.064.143

Sexo Masculino ○ Femenino ● Fecha de 1er día de atención en el año 20-05-2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador SARA INES LEON

Fecha de registro cualitativo 25-07-2025

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

Color de registro valoración cualitativa

Perfil de desarrollo
Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

La niña se encuentro en el Perfil "ESPERADO" Cumple con los Items acordes alas etapas de su desarrollo.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador SARA INES LEON GÓMEZ.

Fecha de registro 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

Violeta se encuentra dentro del Perfil "ESPERADO" Cumpliendo los Items de las etapas de su desarrollo.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo

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

Powered by CamScanner