HCB: CARITAS SONRIENTES

USUARIO: LIAM EMMANUEL CHANTRE MOSQUERA RC: 1080268562



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	✓		

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.		X	
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

NUIP 1.080.268.562

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60366706

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L 2 B

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

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CHANTRE	MOSQUERA

Nombre(s)

LIAM EMMANUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes ENE Día 04	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	170964294

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

CHANTRE MOSQUERA ELIANA YISETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.251.509	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

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CHANTRE MOSQUERA ELIANA YISETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.004.251.509	Eliana Chantre

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 2022 Mes ENE Día 24	MANUEL JESUS LATORRE ADARME - REG Nombre y firma

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

ESTA REPRODUCCIÓN ES FIEL COPIA DE LA QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARÍA

ESPACIO PARA NOTAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.004.251.509**

CHANTRE MOSQUERA

APELLIDOS

ELIANA YISETH

NOMBRES

Eliana Yiseth Chantre

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-FEB-2000**

LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

17-ENE-2019 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1904700-01062234-F-1004251509-20190215 0064502392A 1 5177416

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **26.527.973**

MOSQUERA MEDINA
APELLIDOS

ELVIA
NOMBRES

Elvia Mosquera Medina
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-DIC-1971**

LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

21-MAY-1993 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1904900-00147729-F-0026527973-20090123 0009652449A 1 7090002311

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B1

Fecha de consulta: 13/08/2025

Ficha: 4139600153000000512

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **LIAM EMMANUEL**

Apellidos: **CHANTRE MOSQUERA**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1080268562**

Municipio: **La Plata**

Departamento: **Huila**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **01/07/2021**

Última actualización ciudadano: **01/04/2022**

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: **OTONIEL SALAZAR PENI**

Dirección: **Carrera 4 No. 5-**

Teléfono: **83714**

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

Artículo 1º Decreto 1081/24 — PERIODO DE: 05-MAR-2025
FECHA DE VENCIMIENTO PAGO INMEDIATO — HASTA: 03-MAY-2025
FECHA PUBLICACION: PAGO INMEDIATO

INFORMACION CLIENTE

Cliente	ELVIA MOSQUERA MEDINA	Nit CC	26527873
Dirección	VDA VILLA ESPERANZA	Ruta	8280470432
Municipio	LA PLATA	Ciclo	080
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACION TECNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	8500189
Carga Contratada	85	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	2

INFORMACION CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Cte	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (Kwh)
4802804	TEC	A	S	00	8346	8291	1	55

Promedio Cuenta 80 — Consumo Año Anterior 46 — Consumo Antepriror 46

ULTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
ABR	55
FEB	58
DIC	101
OCT	81
AGO	74
JUN	54
ABR	46

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU:7 DIU:82.7491 MC:13.92898
FD:8 VC:6651 VCD:6651
FCF:8 CEC:183.3469
Valor Condensar

ULTIMO PAGO

Fecha 22/01/2025
Valor $ 42698

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
27.5	969.1818 =	26650
27.5	1002.9406 =	27581

CONSUMO PERIODO

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

Valor Total Energía del Periodo	$	54.231
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 31.062
Valor Total Energía Facturado	$	23.169

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES		OTROS CARGOS	
DEUDA CAPITAL	$	24.020		$ 0
INTERES MORATORIO	$	240	ALUMBRADO P	$ 1.185
INTERES MES ALUMBRADO	$	6	VALLE ELECTROHUILLA	$ 43.215
DEUDA ALUMBRADO Y OTROS	$	589		
CONSUMO PERIODO	$	54.231		
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$	579		
AJUSTE DECENA	$	- 2		
ENERGIA SOCIAL FOES	$	- 4.212		
SUBSIDIO	$	- 31.062		

TOTAL A PAGAR

$ 44.400

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

Gm: 385.0 Tm: 58.0 PRn,m: 0.0 Dn,m: 293.0 Rm: 20.0 Cv,m: 15
5.0 CUv,n,m: 1002.9406 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA

ElectroHuila

Código de Cuenta : 435966761

Factura de Servicios Públicos No: 86162855

Periodo ABR 2025 — Fecha de Vencimiento: PAGO INMEDIATO

Suspensión a partir de: PAGO INMEDIATO

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	1080268562
NOMBRES	LIAM EMMANUEL
APELLIDOS	CHANTRE MOSQUERA
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	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. - CM	SUBSIDIADO	24/04/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/13/2025 11:41:11	**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

DATOS DEL RECIEN NACIDO
QUIEN SOY

Nombres y apellidos: Liam Emmanuel chantre mos.

Identificación: 1080268562 EPS: Ecoopsos

Fecha de nacimiento: Día. 06 Mes: 01 Año: 2022

Edad: 2M Días: _____ Mese s: 2M Años: ___ Sexo: M

Recién Nacido: Pretermino: ___ A termino: X Edad Gestacional: 39

Embarazo: Único: X Múltiple: _____ No de Gestaciones 1.

Peso: 3.650 Kg. Talla: 53 cm. Perímetro Cefálico: _____ cm.

Tipo de sangre: O+ Lugar que ocupa entre los hermanos: 1.

TSH: _____ Serología: _____

Nombre de la Madre: _____ Ocupación: _____

Nombre del Padre: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

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

CITAS DE CONTROL

DIA	MES	AÑO	HORA	PROFESIONAL
25. 4 22				Daniela Chavez Muñoz
1 Julio 22	JULIO	2022		Enfermera Jefe
05	octubre	2022.		Daniela Chavez Muñoz
01	01	2023		Enfermera Jefe
10	Agosto	2023	Enf	
29	Enero	2024	M6	Elizabeth
	Julio.	2024	enfermera	
20	Febrero	2025	M6	
30	Enero	2026	Enf	

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

SEGUIMIENTO RECIÈN NACIDO									
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado					
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado					
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado					
	Visual	Normal		Alterado					
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA									

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega						
2.ª entrega						
3.ª entrega						
4.ª entrega						
5.ª entrega						

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

Vacunar oportunamente con todas las dosis a tus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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



Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Liam Emmanuel [illegible]

Nombre y Apellidos:

Fecha de nacimiento: 04 enero [illegible]

Nº de certificado de nacido vivo: 170 [illegible]

Registro civil: 1080268562

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: O +

Peso al nacer: 3965gr Talla: 53cm

Dirección: Vereda Nilly [illegible]

Teléfono 1: 3134628668

Teléfono 2: 3134628668

Responsable: Eliana Yoleth [illegible]

Municipio de residencia: La Plata

Departamento: Huila

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Liam Emanuel chantre

Nombres y Apellidos: **Tipo Identificación:** 1080268562 **No. ID:** TI 04 01 20

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 del vac
			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
Recién nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	04	01	2022	Serum	0370 0910	IPSAP Florida				
	Hepatitis B	Recién nacido	04	01	2022	Serum	0320 0770					
			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	25	03	2022	MSD	A 1 1 4 0 0 6	Esc San	24	5	22	
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	25	03	2022	Serum	2 0 5 0 4 0 J B A	Sebastian	24	5	22	
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	25	03	2022	Serum	2 0 5 0 4 0 J B A					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	25	03	2022	Serum	2 0 5 0 4 0 J B A	Esc SS	24	5	22	
	Diarrea por rotavirus	1.ª	25	03	2022	Serum MSD	A N O L D 3 7 4 A D					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	25	03	2022	MSD	A S P N B 3 2 1 C A	Esc SS	24	5	2022	
			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	23	05	2022	Imovax	2 7 2 1 0 0 4	Esc	23	7	22	
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	23	05	2022	Serum	2 0 5 0 4 0 J B A	San Sebas				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	23	05	2022	Serum	2 0 5 0 4 0 J B A					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	23	05	2022	Serum	2 0 5 0 4 0 J B A	Tian	23	07	22	
	Diarrea por rotavirus	2.ª	23	05	2022	Rotarix	A N O L D 3 7 4 A B					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	23	05	2022	MSD	A S P N B 3 2 1 C A	Esc SS				
			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	25	07	2022	Imovax	2 1 2 1 0 0 4	Esc San	24	7	22	
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	25	07	2022	Serum	2 0 5 1 K 0 0 7 E	Sebastian	—	—	—	
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	25	07	2022	Serum	2 0 5 1 K 0 0 7 E	Esc SS	—	—	—	
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	25	07	2022	Serum	2 0 5 1 K 0 0 7 E	APS	25	8	22	
	Influenza estacional	1.ª	25	07	2022	Vaxigrip	U 5 0 2 2 2 0 0 6	APS	16	9	22	
7 meses	Influenza estacional	2.ª	16	09	2022	Vaxigrip	U 5 0 2 2 2 0 0 6	APS	16	7	2023	
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	24	01	2023	Serum	0 1 3 1 N 0 8 5 A	Atención primaria en salud en APS	25	7	2023	
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	24	01	2023	MSD	E X B 5 0 0 9		—	—	—	
	Varicela	2.ª	24	01	2023	Varivax	W 0 1 6 9 4 8		—	—	—	
	Hepatitis A	Única	24	01	2023	MSD	W 0 0 4 8 0 2					
	Influenza estacional	Anual	18	08	2023	Imovax	2 2 3 4 5 8 1					
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	18	08	2023	Serum	2 8 5 L 4 0 3 7 4					
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	18	08	2023	Serum	2 8 5 L 4 0 3 7 4					
	Fiebre amarilla	Única	18	08	2023	MSD	U 3 0 5 9 N	APS San Sebastian Esc				
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	18	08	2023	Serum	0 1 3 1 N 0 8 2 A	IAPS				Diario
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
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 alimen

LA PLATA CALL CENTER

LA PLATA CALL CENTER
3235639250
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

APROBACIÓN 2016

CARNET
PROMOCIÓN Y SALUD BUCAL



Nombres y Apellidos: Liam Emmanuel Chantre
No. De Documento: 1090265562 Tipo de Doc.: RC
Fecha de Nacimiento: 04 enero 2022 Edad: 1 año
EPS: ~~Coosalud~~ Salud Total
Dirección o Vereda: Villa Esperanza
Teléfono: 3134628668

PROCEDIMIENTO					
CPB+FB	24	01	023	24	07 023
CPB+ fla Baniz	25	08	23	25	02 2024
CPB+FB	23	02	024	25	08 024
CPB+FB	23	08	24	23	02 2025
CPB+FB	20	02	25	20	08 25
CP+FB	20	08	25	20	02 2026

	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 **CARITAS SONRIENTES**, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio **FUNDACIÒN GRUPO LBERTAD**. 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 EMMANUEL CHANTRE MOSQUERA** con RC No **1080268562** 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).

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**.

Eliana Yiseth chantre
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Amparo Villaquiran
MADRE COMUNITARIA

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La plata - Hula

Nombre completo de la niña o niño Liam emanuel Chantre Mosquera

Fecha de nacimiento 04 01 2022 **N° Documento de Identidad** 1080267934

Sexo Masculino ○ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día Mes Año

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Amparo Villagurán Ordoñez

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

Se observan avances significativos a nivel psicomotor
Coordina y salta en 2 pies.
fortalece la motricidad fina a través de la literatura y arte

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Amparo Villagurán Ordoñez

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 en la parte comunicativa y social
Ordena agrupa bloques mostrando agilidad mental.
fortaleciendo lo cognitivo

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Amparo Villagurán Ordoñez

Fecha de resgistro cualitativo 28 Mes 10 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

Muestra interés por la exploración del medio con lo que la
que comprendió la importancia de saber escuchar. mostrando
avances en la comunicación hablando claramente

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

Valoración Cualitativa ⇨	Relación con los demás															Relación consigo misma/o												Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social																	
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10	11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21 22	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	11 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24	22 23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16	17 18	17 18	17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2	1 2	1 2	3	3	3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8	8	8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17	16 17	16 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad **LIAM EMMANUEL CHANTRE MOSQUERA** identificado (a) con documento de identidad número **1`080.268.562**, 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, **ELIANA YISETH CHANTRE MOSQUERA** quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número **1`004.251.509**, 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_ **FUNDACIÒN 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: **ELIANA YISETH CHANTRE MOSQUERA**
Calidad - Titular: ___X____Representante legal: _____
Teléfono de contacto: **3134628668**
Fecha: **0 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.

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD NIT. 900027451-0	CÓDIGO: AG-DP-001	
	FORMATO DE AUTORIZACION ENTREGA Y RECOGIDA	Versión: 2	Pág. 1 - 1

Febrero 2025, La Plata Hula

Señores
Bienestar familiar
La ciudad

ASUNTO: AUTORIZACION PARA LA ENTREGA Y RECOGIDA DE MI HIJO

Cordial saludo,

Yo, Eliana Yiseth cHantre Mosquera como madre de familia, identificada con la cédula de ciudadanía número 1004251509 y _____ como padre de familia, identificado con la cédula de ciudadanía número _____; **AUTORIZO** a las siguientes personas:

Eliana Yiseth cHantre c.c. 1004251509
Elvia Mosquera C.c. 26527973
_____ C.c. _____

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) Liam Emmanuel cHantre de la profesora Amparo Villaquiran.

Se entrega copia de las cedulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

Eliana Yiseth cHantre.

carrera 2 No 2 sur-14
contabilidadgrupolibertad@gmail.com
CEL: 3116328780
Tarqui Huila