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

HCB: CARITAS SONRIENTES

USUARIO: LUISA FERNANDA POSADA SANCHEZ RC: 1081426792



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	X	NO tiene servicio	
Fotografía física, esta ira sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	X		

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

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	+		

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 2420342

NUIP 1.081.426.792

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco X ☐

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

POSADA SANCHEZ LUISA FERNANDA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2021	Mes AGO	Día 18	FEMENINO	A+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA HUILA LA PLATA

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2021	Mes SEP	Día 01	0061162977

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

SANCHEZ MOSQUERA MARIA DELCY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 55.132.286	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

POSADA TROCHEZ ANSELMO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.081.415.131	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

POSADA TROCHEZ ANSELMO

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.081.415.131

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA HUILA LA PLATA	L5B

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)			Nombre y firma del funcionario
Año 2021	Mes SEP	Día 01	OSMARY LORENA BARRAGAN LONDOÑO

Registrador del Estado Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 28993648-4

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.081.415.131
POSADA TROCHEZ

APELLIDOS

ANSELMO

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 18-MAY-1993
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
21-DIC-2012 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

0-1504500-00435148-M-1081415131-20130519 0032[illegible]0220A 1 39071036

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **55.132.286**

SANCHEZ MOSQUERA

APELLIDOS

MARIA DELCY

NOMBRES



Maria Delcy Sanchez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-NOV-1985**

LA PLATA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

03-DIC-2003 LA PLATA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

R-1904900-00429307-F-0055132286-20130322 **0032591042H 109** 33571471

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B1

Fecha de consulta: 13/08/2025

Ficha: 41396031511500000744

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUISA FERNANDA

Apellidos: POSADA SANCHEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1081426792

Municipio: La Plata

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 25/09/2019

Última actualización ciudadano: 09/03/2022

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

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	1081426792
NOMBRES	LUISA FERNANDA
APELLIDOS	POSADA SANCHEZ
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	01/02/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/16/2025 11:18:53	**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 -

San Sebastián

DATOS DEL RECIEN NACIDO
QUIEN SOY

Nombres y apellidos: Luisa Fernanda Posada

Identificación: 1081426792 EPS: AIC

Fecha de nacimiento: Día. 18 Mes: 08 Año: 2022

Edad: ____ Días: ____ Mese s: ____ Años: ____ Sexo: F

Recién Nacido: Pretermino: ___ A termino: ___ Edad Gestacional: 40

Embarazo: Único: X Múltiple: ____ No de Gestaciones 7

Peso: 3650 Kg. Talla: ____ cm. Perímetro Cefálico: ____ cm.

Tipo de sangre: A+ Lugar que ocupa entre los hermanos: 7

TSH: ____ Serología: ____

Nombre de la Madre: Maria Celsy Saavedra Ocupación: Ama de casa

Nombre del Padre: Anselmo Posada Ocupación: agricultor

Dirección: Vereda el limon Teléfono: 3227554971

Alimentación: Lactancia materna exclusiva: Si: x No: ____

Powered by CamScanner

IAMI

San Sebastián

CITAS DE CONTROL

DIA	MES	AÑO	HORA	PROFESIONAL
15	07	2022	~~Enf~~	
15	10	2022	—	—
07	12	2022	1916	
17	06	2023	Enf	
22	Sept	2023	14.6	
	Marzo	2024	Enf	
31	Agosto	2024	M.6	
31	Agosto	2025	Enf	
30	Agosto	2026	Enf	

Powered by CamScanner

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

SEGUIMIENTO RECIÉN 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			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

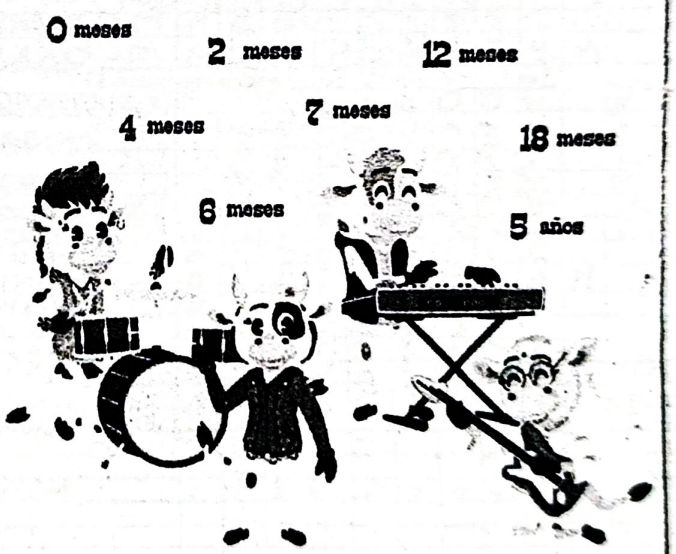
3 años					
4 años					
5 años					

*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

Nombre y Apellidos: Luisa Fernanda Posada
Fecha de nacimiento: 18-08-2021
Nº de certificado de nacido vivo: 166198249.
Registro civil: 1081426792.
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: A positivo
Peso al nacer: 3650 Talla:
Dirección: Vereda el limon
Teléfono 1: 3227554977
Teléfono 2: 3103429370
Responsable: Maria Delcy Sancho.
Municipio de residencia: La Plata.
Departamento: Huila.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

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
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
Recién nacido	Tuberculosis meninges (BCG)	Única	18	08	2021	SERUM	0370HA022					
	Hepatitis B	Recién nacido	18	08	2021		0321041021					
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.°	23	10	2021	BIETHOVEN	211306					Yoheni Vela
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) (PENTAVALENTE)	1.°	23	10	2021	SERUM	285OX0355A		23	OIC	2021	Yoheni Vela
	Hepatitis B (PENTAVALENTE)	1.°										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT) (PENTAVALENTE)	1.°										
	Diarrea por rotavirus	1.°	23	10	2021	GLAXO SM	AROLCC858C		23	DIC	202	Yohany Vela
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	23	10	2021	GLAXO SM	AJPNP315BA					Yohany Vela
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.°	07	ENE	2022	BIETHOVEN	211306					María Yicela Salazar
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) (PENTAVALENTE)	2.°	07	ENE	2022	SERUM	285OX035		07	MAR	2022	María Yicela Salaza
	Hepatitis B (PENTAVALENTE)	2.°										María Yicela Salazar
	Difteria, tosferina y tétano (DPT) (PENTAVALENTE)	2.°										
	Diarrea por rotavirus	2.°	07	ENE	2022	GLAXO SM	AROLCC858C					María Yicela Salazar
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	07	ENE	2022	GLAXO SM	AJPNP315BA					María Yicela Salazar
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.°	16	03	2022	BIETHOVEN	211406	ESE SAN SEBASTIÁN				María Yicela Salaza
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) (PENTAVALENTE)	3.°	16	03	2022	SERUM	285OX035A	ESE SAN SEBASTIÁN				María Yicela Salaza
	Hepatitis B (PENTAVALENTE)	3.°						ESE SAN SEBASTIÁN				María Yicela Salaza
	Difteria, tosferina y tétano (DPT) (PENTAVALENTE)	3.°						ESE SAN SEBASTIÁN				María Yicela Salaza
	Influenza estacional	1.°	10	06	2022	GREEN CROSS	VS02206006	ESE SAN SEBASTIÁN	10	08	2022	Yoheny Yineth Ramos Vidu
7 meses	Influenza estacional	2.°	30	07	2022	GREEN CROSS	VS02206006	ESE SAN SEBASTIÁN	30	07	2023	Damian Leon
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	7	9	2022	SERUM	07301N7B		16	3	023	Damian Leon
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	7	9	2022	GLAXO SM	AJPN315BA	ESE SAN SEBASTIÁN	—	—	—	Damian Leon
	Varicela	2.°	7	9	2021	MSD	U026357		—	—	—	Damian Leon
	Hepatitis A	Única	7	9	2022	MSD	U025777	VACUNACIÓN	—	—	—	Damian Leon
	Influenza estacional	Anual	26	5	2023	GREEN CROSS	VS02206006		—	—	—	ESE San Sebastián
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.° refuerzo	22	3	023	BIETHOVEN	221062	ESE SAN SEBASTIÁN	18	8	026	Damian Leon
	DPT-PENTA	1.° refuerzo	22	3	023	SERUM	285K04UC	ESE SAN SEBASTIÁN	—	—	—	Damian Leon
	Fiebre amarilla	Única	22	3	023	SANOFI PASTEUR	V37N2176	ESE SAN SEBASTIÁN	—	—	—	Damian Leon
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.° refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	22	3	023	SERUM	07314N7B	ESE SAN SEBASTIÁN	—	—	—	Damian Leon
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
Vacunas complementarias y otras dosis	Sarampion-Rubeola.	Refuerzo	12	10	2022	SERUM.	01226016	ESE SAN SEBASTIÁN	—	—	—	Damian Leon

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 nutritivo

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 SEBASTIAN	CÓDIGO	APS-FO-18
LA PLATA HUILA	VERSIÓN	01-009
NIT. 813.002.872-4	APROBACIÓN	2016

CARNET

PREVENCIÓN SALUD BUCAL



Nombres y Apellidos: Wilma Fernanda Posada

No. De Documento: 1084261992 Tipo de Doc.: RC

Fecha de Nacimiento: 18-8-21 Edad: 1

EPS: MAIC. ~~Sabaneta~~

Dirección o Vereda: El limon

Teléfono:

PROCEDIMIENTO	Fecha de Atención			Próxima Cita		
	D	M	A	D	M	A
Sellante	22	03	23	22	09	23
CPO + FD	23	09	23	23	Marzo	2024
CPO + FL	23	03	024	23	Sep	2024
CPO + FB	18	09	24	18	03	2025
CPO + FB	17	09	025	17	03	026

	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): **LUISA FERNANDA POSADA SÀNCHEZ** con RC No **1081426792** 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**.

M. Delcr S-
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 - Huila

Nombre completo de la niña o niño Luisa Fernanda Pajoda Chante

Fecha de nacimiento 18 08 2021 **N° Documento de Identidad** 1081476712

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Amparo Villaguiran Oidor

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

Se observan avances a nivel cognitivo y comunicativo Demuestra carácter y responsabilidad. Es autónoma y fortalece los emociones tras el diálogo

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Amparo Villaguiran Oidor

Fecha de registro cualitativo Día 28 Mes 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

Presenta avances a nivel Comunicativo y social, a través del diálogo Promueve valores y trabaja el compañerismo Desarrolla habilidades Cognitivas y Comunicativas

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Amparo Villaguirán Oidor

Fecha de resgistro cualitativo 28 10 2025

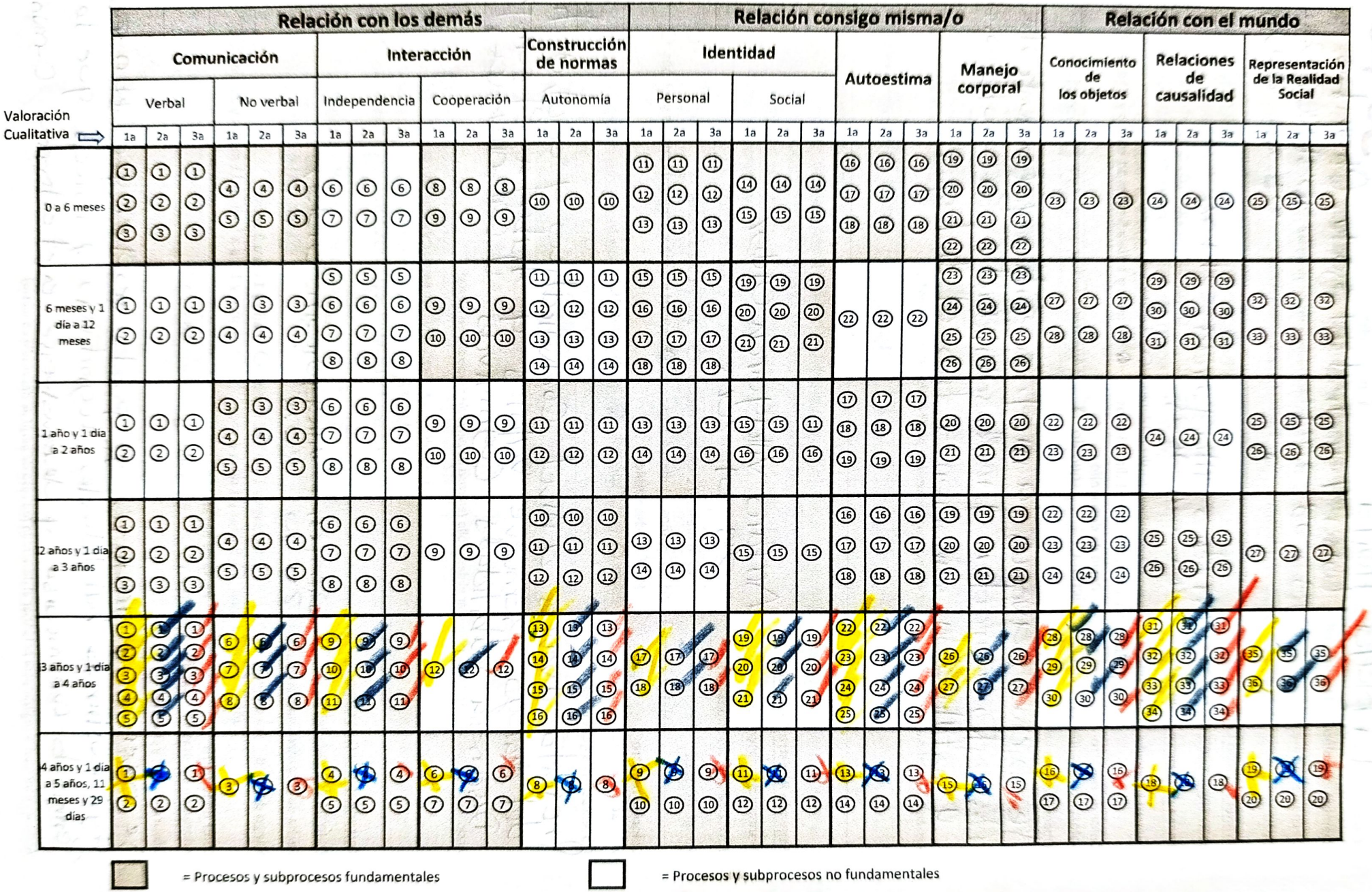
Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

Se observó y analizó y pudo resolver que Luisa es ágil mostrando habilidades cognitivas y físicas que le han Permitido comunicarse y desenvolverse en el entorno Comunitario

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



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad **LUISA FERNANDA POSADA SANCHEZ** identificado (a) con documento de identidad número **1`081.426.792**, 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, **MARÌA DELCY SANCHEZ MOSQUERA** quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número **55`132.286**, 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: **MARÌA DELCY SANCHEZ MOSQUERA**
Calidad - Titular: ___X____Representante legal: _____
Teléfono de contacto: **3227554977**
Fecha: **0 DE FEBRERO 2025**
Municipio: **LA PLATA-HUILA**

COPIA CONTROLADA

	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 Huila

Señores
Bienestar Familiar
La ciudad

ASUNTO: AUTORIZACION PARA LA ENTREGA Y RECOGIDA DE MI HIJO

Cordial saludo,

Yo, Maria Dela Sanchez como madre de familia, identificada con la cédula de ciudadanía número 55.132.286 y Anselmo Posada T. como padre de familia, identificado con la cédula de ciudadanía número 1081415131; **AUTORIZO** a las siguientes personas:

Maria Dela Sanchez c.c. 55.132.286
Anselmo Posada T. C.C. 1081415131
C.C.

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) Luisa Fernanda Posada S. de la profesora Amparo Villaquiran.

Se entrega copia de las cedulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

Maria Dela Sanchez