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

HCB: CARITAS SONRIENTES

USUARIO: KEYLER JHARED MOSQUERA ANDRADE RC: 1081426871



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		No tiene servicio	
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	

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 2284619

NUIP 1.051.426.871

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

ANDRADE CRUZ KEYLER JHARED

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)										Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	1	Mes	S	E	P	Día 1 0	MASCULINO	O +

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

COLOMBIA HUILA LA PLATA

Fecha de Inscripción (Mes en letras)										Indicativo serial
Año	2	0	2	1	Mes	S	E	P	Día 2 8	0061163078

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

ANDRADE CRUZ LEDDYS MARYOLI

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.004.247.266	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

ANDRADE CRUZ LEDDYS MARYOLI

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.004.247.266

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA HUILA LA PLATA — Código: L 5 B

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año 2 0 2 1 Mes S E P Día 2 8

Nombre y firma del funcionario

CESAR LORENA BARRAGAN SCARPETTA

Registrador del Estado Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
28995205-9

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.004.247.266

ANDRADE CRUZ

APELLIDOS

LEDDYS MARYOLI

NOMBRES

Leddys Maryoli Andrade C

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-AGO-2000

LA PLATA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.49 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

13-AGO-2018 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01035277-F-1004247266-20180901 0062467502A 1 50421102

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.081.422.610**

MOSQUERA VILLAQUIRAN

APELLIDOS

DIEGO ALEJANDRO

NOMBRES

Diego Alejandro Mosquera

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-AGO-1999**
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

03-AGO-2017 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1904900-00946169-M-1081422610-20171011 0058081137A 4 47742189

Registro válido

A3

Fecha de consulta: 13/08/2025

Ficha: 41396015512600000529

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: KEYLER JHARED

Apellidos: ANDRADE CRUZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1081426871

Municipio: La Plata

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/08/2019

Última actualización ciudadano: 28/09/2021

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	1081426871
NOMBRES	KEYLER JHARED
APELLIDOS	ANDRADE CRUZ
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	06/09/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/13/2025 11:40:17	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

ESQUEMA DE INTERVENCIONES EN PRIMERA INFANCIA

RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018

14 II. 2021 SG - CM

Consultas / Procedimiento	1 mes	2-3 meses	4-5 meses	6-8 meses	9-11 meses	12-17 meses	18-23 meses	14-29 meses	30-35 meses	3 años	4 años	5 años
Atención en salud por medicina general	X	9.11 Sept	X			X		X		X		X
Atención en salud por profesional de enfermería		X		X	X		X		X		X	
Atención en salud bucal por profesional de odontología	Una vez al año a partir de los 6 meses de edad											
Aplicación de barniz de flúor	Semestral a partir del año de edad											
Profilaxis y remoción de placa bacteriana	Semestral a partir del año de edad											
Aplicación de sellantes	Según criterio del profesional a partir de los 3 años											
Suplementación con micronutrientes	A partir de los dos año de edad, dos veces al año.											
Desparasitación intestinal antihelmíntica	A partir del año de edad, dos veces al año. Junto con la suplementación.											

Datos del Niño o la Niña

Foto

1er. Apellido: Andrade

2do. Apellido: Cruz

Nombre(s) Kayleth Jhared

Fecha de Nacimiento: Día 10 Mes 09 Año 2021

Sexo: F ____ M 6 Peso al Nacer: 3470 g

Grupo Sanguíneo: O+ Rh. ____

Lugar de Nacimiento: Hospital San Antonio

Municipio: La plata Departamento: Huila

EPS COMFAMILIAR

No. de Registro Civil: 1081426871

En Caso de Urgencia favor Avisar a:

Nombre: ____

Domicilio: ____

Municipio: ____ Departamento: ____

Teléfonos: 3118942296

Otros Domicilios: ____

Powered by CamScanner

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

FECHA	EDAD	PESO	TALLA	PERÍMETRO CEFÁLICO	PRÓXIMA VISITA	OBSERVACIONES
01-NOV 2023	25m	12.2kg	83cm	50	Abril 2024	R.Talla R.Sobrepeso
04-05-24	31m	12.8	88cm	47.5	NOV 2024	
27/12 2024	34m	14.1	91.5	48	12/09 2024	Padecuado RTt

Dr. Elizabeth C. Quintero P. MEDICO GENERAL C.C. 1.075.222.529

María Alejandra Díaz C. Enfermera Jefe C.C. 1.084.579.114

Remisiones::

Recomendaciones Básicas del Lactante en los Primeros Días.

Al nacer su hijo o hija, se le tomará una muestra de sangre del cordón umbilical para la detección precoz de Hipotiroidismo Congénito, recibirá la dosis de recién nacido de las vacunas contra la Hepatitis B y única de BCG contra la Meningitis tuberculosa.

La leche materna es el mejor y único alimento que el bebé debe recibir durante los primeros seis meses de vida.

Cuando el bebé recibe leche materna, crece sano porque se estimula el crecimiento de los huesos y músculos de la boca y de la cara; también puede oír a su madre y sentir sus caricias, sus palabras y sus cantos, ayudándolo a un buen desarrollo. El bebé necesita sentirse querido y protegido.

Durante los dos primeros meses de vida, el bebé tratará de seguirla con la mirada. Es frecuente que el bebé devuelva pequeñas cantidades de alimento después de la toma de leche, por ello conviene mantenerlo recostado sobre el pecho de la madre y con la cabeza descansando sobre el hombro de ella, para que expulse los gases.

Powered by CamScanner

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

	SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
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							
a 3 meses							
a 5 meses							
a 8 meses							
a 11 meses							
a 17 meses							
a 23 meses							
a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

ª entrega			
ª entrega			
ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

TENCIÓN EN SALUD BUCAL

artir de 6m			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

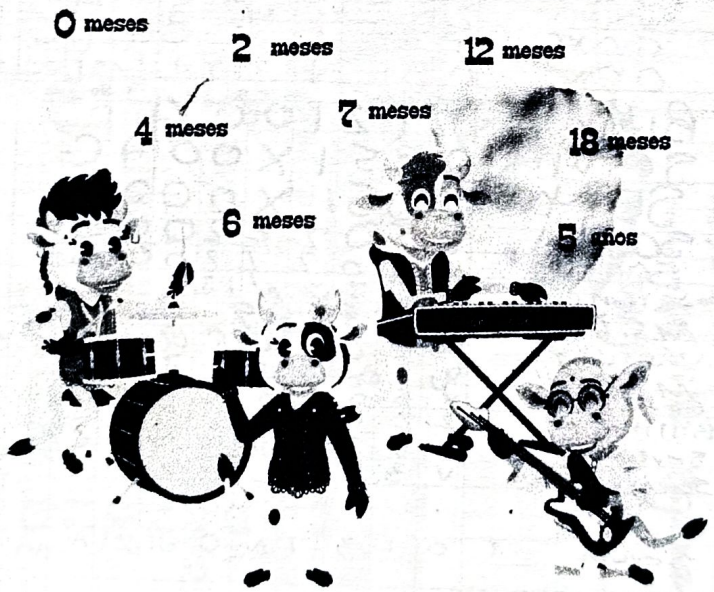
3 años					
4 años					
5 años					

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: Keyler Jhared Andrade
Fecha de nacimiento: 10-09-2021
Nº de certificado de nacido vivo: 166199632
Registro civil: 1081626871
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O +
Peso al nacer: 3470 6. Talla:
Dirección: Vda Villa Esperanza.
Teléfono 1: 3134237884.
Teléfono 2: 3118942296
Responsable: leddys Andrade
Municipio de residencia: La plata
Departamento: Huila

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

CITAS VACUNACIÓN
Horario de asignación
Días: Lunes a Viernes
Mañana: 7:00. a 12:00. am
Tarde: 2:00. a 4:30. pm.
Sábados
7:00. a 11:00. am
3202285303

Nombres y Apellidos: Keiler Dhani Andrade **Tipo identificación:** 1081426871 **No. I**

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Dia	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora
Recién nacido	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐							
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	11	09	21	Serum	83704A022C	Hosp
	Hepatitis B	Recién nacido	10	09	21	Serum	832041014A	Hosp
2 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐							
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	19.11.2021	19.11.2021	19.11.2021	Inovax	2105001	ESE San Sebastian
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª				Serum	2850X0354	ESE San Sebastian
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª				Serum	2850X0354	ESE San Sebastian
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª				Serum	2850X0354	ESE San Sebastian
	Diarrea por rotavirus	1.ª				Rotarix	AROLC858AC	19 01 2022 10:15:00
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª				Synflorix	AS8NB315BA	19 01 2022 10:15:00
4 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐							
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	15	02	22	Sanofi	2110306	ESE SS
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	15	02	22	Serum	2851X0073A	ESE SS
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	15	02	22	Serum	2851X0073A	ESE SS
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	15	02	22	Serum	2851X0073A	ESE SS
	Diarrea por rotavirus	2.ª	15	02	22	GlaxoSmithKline	ARC858AC	ESE SS
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	15	02	22	GSK	AS8NB315BA	ESE SS
6 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐							
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	21	05	2022	Bithoven	2121004	ESE SAN SEBASTIAN San Sebastián VACUNACION LA PLATA
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	21	05	2022	Serum	2851X0074C	Nelcy Yaned Ramos Vidal
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	21	05	2022	Serum	2851X0074C	Nelcy Yaned Ramos Vidal
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	21	05	2022	Serum	2851X0074C	Nelcy Yaned Ramos Vidal
	Influenza estacional	1.ª	21	05	2022	Sanofi	V5022200606	21 06 2022
7 meses	Influenza estacional	2.ª	21	06	2022	Sanofi	V5022200606	ESESS
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	14	10	2022	Serrumpion	0[illegible]30NIJ2U	A P S 10 9 26
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	18	11	2022	MSD	EX85B9	A P S
	Varicela	2.ª	14	10	2022	Varivax	W022806U	A P S .10 9 26
	Hepatitis A	Única	14	10	2022	MSD	U[illegible]5[illegible]J	A P S
	Influenza estacional	Anual	27	05	2023	Green Cross	V5052300 5	ESE SAN SEBASTIAN
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	27	05	2023	Bithoven	2207005	ESE SAN SEBASTIAN
	Pentavalente	1.er refuerzo	27	05	2023	Serum	2851X0405C	ESE SAN SEBASTIAN
	Fiebre amarilla	Única	27	05	2023	Sanofi Pasteur	V3N21 1V	
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo						
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo						
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	27	05	2023	Serum	01378N08ZA	ESE SAN SEBASTIAN
	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								

Lic. Deby Villamil J.
Auxiliar de Enfermería
C.C. 1.081.394.392

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

N PS

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

San Sebastián	E.S.E. SAN SEBASTIAN	CODIGO	APS-FO-13
	LA PLATA HUILA	VERSION	01.009
	NIT. 813.002.872-4	APROBACIÓN	2016

CARNET
PREVENCIÓN SALUD BUCAL



Nombres y Apellidos: Kayler Shared Andrade
No. De Documento: 1081426871 Tipo de Doc.:
Fecha de Nacimiento: 10. 9. 2021 Edad:
EPS: N.P.S
Dirección o Vereda: Villa Esperanza
Teléfono: 3118942296

PROCEDIMIENTO	Fecha de Atención			Próxima Cita		
	D	M	A	D	M	A
QB+FB	18	11	22	18	05	23
control placa. Baniz.	26	05	23	27	011	023
QB+FB	30	Nov.	23	30	Mayo	2024
QB+FB	25	06	24	25	12	24
QB+FB	27	12	24	27	06	25
QB+FB	19	06	25	19	12	25
QB+FB	22	08	25	22	02	26

	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:

"Articulo 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): **KEYLER JHARED ANDRADE CRUZ** con RC No **1081426871** 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**.

Leddys Maryoli Andrade Cruz
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 Keyler Jhared Andrade Cruz

Fecha de nacimiento 10 09 2021 **N° Documento de Identidad** 1081276891

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Amparo Villaquiran Oidor

Fecha de registro cualitativo 28 04 2026

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 Psicosocial y cognitivo. Muestra empatía con sus compañeros, es sencillo y amigable.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Amparo Villaquiran 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 positivos en la parte cognitiva muestra afinidad por la pintura y el dibujo, desarrollo la motricidad fina y gruesa

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Amparo Villaquiran Oidor

Fecha de resgistro cualitativo 28 10 2025

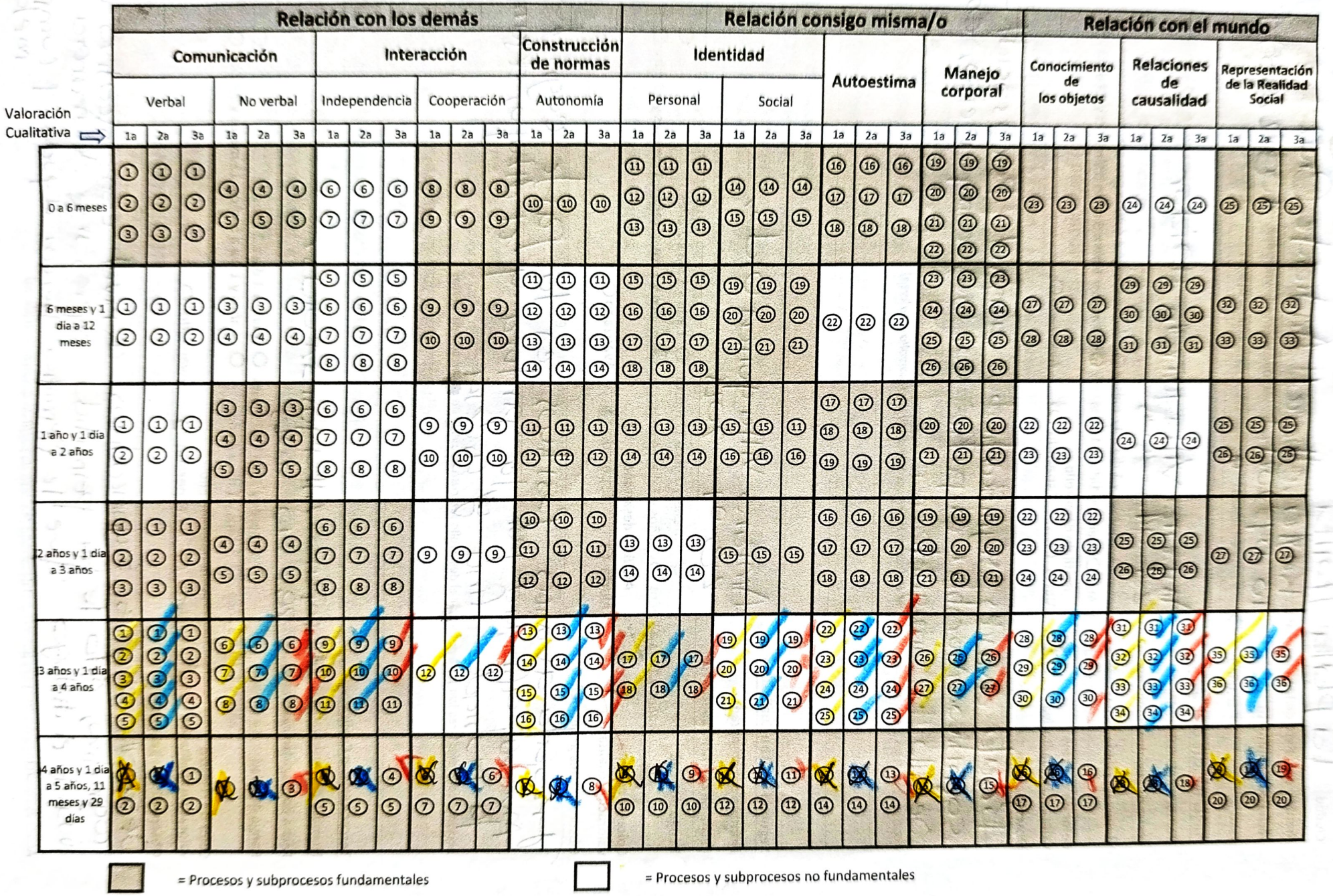
Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

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

Observaciones generales

Desarrollo avances significativos a nivel comunicativo y cognitivo, esto le ha permitido expresarse de manera clara usando el diálogo que le permite buscar ayuda y cumplir metas.

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 **KEYLER JHARED ANDRADE CRUZ** identificado (a) con documento de identidad número **1`081.426.871**, 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, **LEDDYS MARYOLI ANDRADE CRUZ** quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número **1`004..247.266**, 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: Leddys Maryoli Andrade Cruz
Nombre: **LEDDYS MARYOLI ANDRADE CRUZ**
Calidad - Titular: ___X____Representante legal: _____
Teléfono de contacto: **3169290671**
Fecha: **0 DE FEBRERO 2025**
Municipio: **LA PLATA-HUILA**

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, Leddys Maryoli Andrade Cruz como madre de familia, identificada con la cédula de ciudadanía número 1004247266 y Alejandro Mosquera como padre de familia, identificado con la cédula de ciudadanía número 1081422610; **AUTORIZO** a las siguientes personas:

Leddys Maryoli Andrade c.c. 1004247266
Alejandro Mosquera C.c. 1081422610
Nora Edith Mosquera C.c. 1081409068

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) Keyler Jhared Andrade Cruz de la profesora Amparo Villaquiran.

Se entrega copia de las cedulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

Leddys Maryoli Andrade