HCB: CARITAS SONRIENTES

USUARIO: JOAN LEONARDO LEÒN CASO **RC: 1145832761**



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	✓		

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 videos	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya ingresos nuevos			

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

63851398

NUIP 1145832761

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **63851398**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de [ ] Código D U W

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

COLOMBIA - HUILA - LA PLATA LA PLATA H.D. S.A DE PADUA **********

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CASO **********	LEON **********

Nombre(s)

JOAN LEONARDO **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes JUL Día 24	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 **********	22072010003286 ******

Datos de 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

LEON PIEDRAHITA MARIA EUGENIA **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1081154958 **********	COLOMBIA ********

Datos de padre o madre (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

CASO MARTINEZ KAROL ESNEIDER **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1081398391 **********	COLOMBIA ********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CASO MARTINEZ KAROL ESNEIDER **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1081398391 **********	

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 JUL Día 25	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 221;25/07/2022

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 28999303-5

NÚMERO DE PREPARACIÓN 110291242

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.081.154.958**

LEON PIEDRAHITA

APELLIDOS

MARIA EUGENIA

NOMBRES

María Eugenia León

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-OCT-1989**

LA PLATA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-ENE-2008 RIVERA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1906400-00092043-F-1081154958-20081010 0004168945A 1 28274314

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.081.398.391**

CASO MARTINEZ
APELLIDOS

KAROL ESNEIDER
NOMBRES

Karol Esneider Caso
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-DIC-1987**
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

19-DIC-2005 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1904900-50146191-M-1081398391-20060302 04696 06060A 02 187612434

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A2

Fecha de consulta: 13/08/2025

Ficha: 4139603051200000570

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JOAN LEONARDO

Apellidos: CASO LEON

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1145832761

Municipio: La Plata

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/06/2019

Última actualización ciudadano: 17/08/2022

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	1145832761
NOMBRES	JOAN LEONARDO
APELLIDOS	CASO LEON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA PLATA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	24/04/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/13/2025 11:37:14	**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

DATOS DEL RECIEN NACIDO

QUIEN SOY

Nombres y apellidos: Joan Leonardo Caso leon

Identificación: 1145832761 EPS: coosalud

Fecha de nacimiento: Día. 24 Mes: Julio Año: 2022

Edad: ____ Días: ____ Mese s: 2 Años: ____ Sexo: M

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

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

Peso: 4,4 Kg. Talla: 53 cm. Perímetro Cefálico: ____ cm.

Tipo de sangre: O + Lugar que ocupa entre los hermanos: 4

TSH: ____ Serología: N.R.

Nombre de la Madre: Maria Eugenia leon Ocupación: ama de casa

Nombre del Padre: Esneider Caso Ocupación: Agricultor

Dirección: Agua bonita Teléfono: 3134717414

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

IAMI

San Sebastián

CITAS DE CONTROL

DIA	MES	AÑO	HORA	PROFESIONAL
30	Sept	2022	Enf	
16	Noviembre	2022	MG	
03	Diciembre	2022	ner	
03	Febrero	2023	der	
25	Abril	2023	Orte	
25.	Julio	2023	MEDICINA	Médico General C.C. 1.081.418.215
	~~Diciembre~~ Octubre	2024		
18	03	2024	Enf	
30	Julio	2024	MG	
20	Febrero	2025	Enf	
23	Agosto	2025	MG	
	Agosto	2026	Jer	

IAMI

San Sebastián

FORMULARIO DE REGISTRO

FECHA	EDAD	PESO	TALLA	PC	PT	OBSERVACIÓN
30/09/22	2M	6,5	60	41	45	R. de Sobrepeso
03/12/22	4m	7.5	65.5	42		Sano
14.02.23	7M	8.2 K	69 cm			PHV PCV
24-04-23	9M	9.3kg	70cm	45		ADECUADO
25.7.23	1 A	10.6	72cm	46		Riesgo Talla↓-Sobrepeso Riesgo
18/03/24	19M	12.4	79 cm	50	—	Sobrepeso 4
23/04/2024		12.6	81.2cm			
20.02.25.30		14.7 K	86 cm	50,5	—	Sobrepeso 4
22.06.25.	3 años	15.6kg	91.5cm			Talla ↓ sobrepeso

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: Joan Leonardo Caso Lecom
Joan
Fecha de nacimiento: 24-07-2022
Nº de certificado de nacido vivo: 2207200[illegible]
Registro civil: 1145832761
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: RH O+
Peso al nacer: 4400 Talla: 50
Dirección: Vda Agua Bonilla
Teléfono 1: 3153619657
Teléfono 2:
Responsable: Maria Eugenia Lecom
Municipio de residencia: La Plata
Departamento: Huila

Busca ya las vacunas gratis, hazlo de un

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

FN 24. 07 2022

Nombres y Apellidos: Ooha Alejandro Caso Loon

Tipo Identificación: RC

No. ID: 1145832761

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 ap del vacuna
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
Recién nacido	Tuberculosis meninges (BCG)	Única	24	07	2022	Serum	03711MA006	HPSD MDS	24-09-2022			Ger Ada Ma
	Hepatitis B	Recién nacido	24	07	2022	Serum	032-1QC13B					Karen Loren
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.°	24	09	22	Bilthuen	21410144	ESE SS	24	11	22	Cc:1.052
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°	24	09	22	Serum	28514022 3	ESE SS	24	11	22	Auxiliar E
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.°	24	09	22	Serum	28514022 3	ESE SS	24	11	22	Karen Loren
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.°	24	09	22	Serum	28514022 3	ESE SS	24	11	22	Cc:1.052
	Diarrea por rotavirus	1.°	24	09	22	GLOXO	ASPNB342AA	ESE SS	24	11	22	Auxiliar E
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	24	09	22	GLOXO	FR48 97	ESE SS	24	11	22	
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.°	3	12	22	Bithuen.	21410155	ESE SAN SEBASTIAN VACUNACIÓN	3	02	23	Her
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	3	12	22	Serum	28514021D		3	02	23	Her
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.°	3	12	22	Serm	28514021D		3	02	23	Her
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.°	3	12	22	GLOXO	APO1D859ABK5		3	02	23	Her
	Diarrea por rotavirus	2.°	3	12	22	FIZER	EX8589		3	02	23	Her
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	3	12	22							
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.°	10	02	2023	Inmuvac	22061 2 — .	M. P. S	24	07	23	
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.°	10	02	2023	Serum	28571 X 0 4 0 C	M. P. S	24	07	23	
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.°	10	02	2023	Serum	28571 X 0 4 0 C	M. P. S	—	—	—	
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.°	10	02	2023	Serum	28571 X 0 4 0 C	M. P. S	25	08	23	
	Influenza estacional	1.°	24	07	2023	Gripa Crom	U5052 J 0 0 4	M. P. S	14	9	24	
7 meses	Influenza estacional	2.°	14	09	2023	Gripa Crom	U5052 J 0 0 4	Sin				
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	24	07	2023	Serum	01 3 1 N 0 B 2 A					
12 meses	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	24	07	2023	MSD	EY99 25		10	2	24	
	Varicela	2.°	24	07	2023	Varivax	W02/250 BB					
	Hepatitis A	Única	24	07	2023	MSD	2022 0 1 0 0 5					
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☒ VOPb ☐)	1.° refuerzo	15	03	024	Bilthuen	22350 0 1	ESE SS	—	—	—	Karen Loren
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.° refuerzo	15	03	024	Serum	28521 X 0 0 3 A	ESE SS	—	—	—	Cc:1.052
	Fiebre amarilla	Única	15	03	024	Sanofi	U2321	ESE SS	—	—	—	Auxiliar E
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.° refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	15	03	024	Serum	01 3 NO 7 2 B	ESE SS	—	0	—	Karen
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
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

PIDE TU CITA

LA PLATA **CALL CENTER**
3235639250

Horario de asignación de citas

Mañana: 6:30 a.m. a 12:00 a.m.
Días: De Lunes a Viernes

Tarde: 1:30 p.m. a 5:00 p.m.
Días: Lunes a Viernes

Sábado: 6:30 a.m. a 11:00 a.m.

Belén **318-3208889**

7:00 a.m. a 9:00 a.m.
Días: De Lunes a Viernes

E.S.E San Sebastián
Siempre adelante en servicios

E.S.E San Sebastián | E.S.E. SAN SEBASTIAN LA PLATA HUILA NIT. 813.002.672-4 | CÓDIGO | VERSIÓN | APROBACIÓN 2016

CARNET

PREVENCIÓN SALUD BUCAL



Nombres y Apellidos: Juan Leandro Casso Tcon
No. De Documento: 1145832766 Tipo Doc.:
Fecha de Nacimiento: 24.7.22 Edad: 1 A
EPS: Sanitas
Dirección o Vereda: Villa Esperanza
Teléfono: 3136717414

PROCEDIMIENTO	Fecha de Atención D	M	A	Próxima Cita D	M	A
CPB + FB	26	07	023	25	01	024
Control placa HIGIENE	14	03	2023	14	09	2024
CPB + FB	18	09	2024	18	03	2025
CPB + FB	19	03	25	19	09	25

	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): **JOAN LEONARDO CASO LEÒN** con RC No **1145832761** 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 Eugenia. León
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Amparo Villaquiran
MADRE COMUNITARIA

de cero a Siempre

Ciudad La Plata

Nombre completo de la niña o niño Joan Leonardo Casso Leon

Fecha de nacimiento 24 07 2022 **N° Documento de Identidad** 1145832761

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Amparo Villagrán Oídor

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

Presento habilidades comunicativas y cognitivas. muestra interes por el colorido que le fortalece la motricidad fina y la Creatividad.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Amparo villagrán oidor

Fecha de registro cualitativo Día 28 Mes 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 a nivel cognitivo y comunicativo, es sociable y esta presto a colaborar. Es autónomo e independiente.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Amparo villagrán oidor

Fecha de resgistro cualitativo 28 10 2025

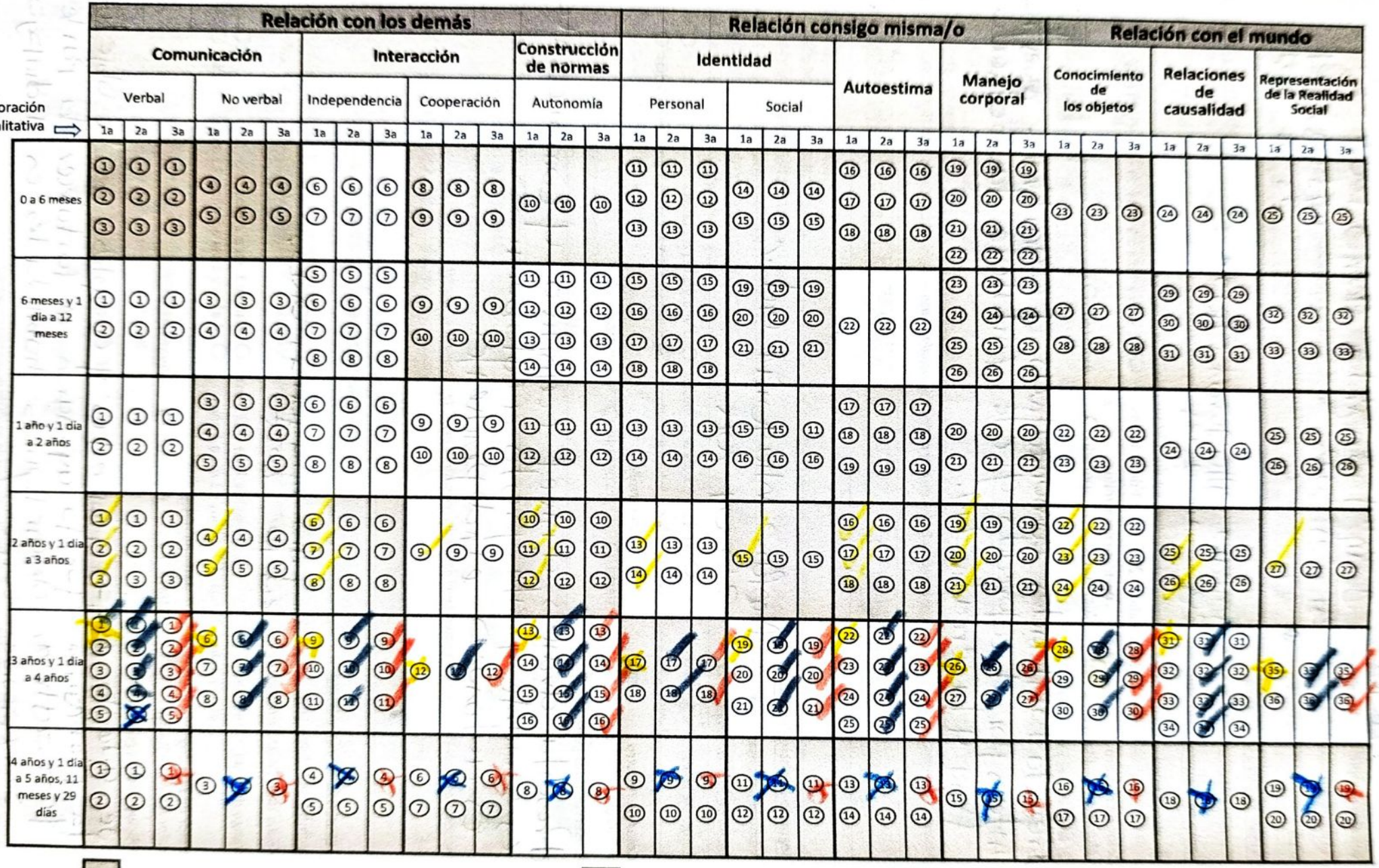
Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

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

Observaciones generales

Se adaptó a las propuestas y cumplió con los objetivos de la planeación que lo ayudaron a fortalecer la parte social y comunicativa, desarrollando habilidades en el diálogo y su expresión corporal.

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 **JOAN LEONARDO CASO LEÒN** identificado (a) con documento de identidad número **1`145.832.761**, 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, **MARIA EUGENIA LEÒN PIEDRAHITA** quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número **1`081.154.958**, 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: **MARIA EUGENIA LEÒN PIEDRAHITA**
Calidad - Titular: ___X____Representante legal: _____
Teléfono de contacto: **3134717414**
Fecha: **0 DE FEBRERO 2025**
Municipio: **LA PLATA-HUILA**

CANCELADA

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

Febrero del 2025 la plata Huila

Señores
Bienestar Familiar
La ciudad

ASUNTO: AUTORIZACION PARA LA ENTREGA Y RECOGIDA DE MI HIJO

Cordial saludo,

Yo, Maria Eugenia León como madre de familia, identificada con la cédula de ciudadanía número 1081154958 y Karol Esneider Caso como padre de familia, identificado con la cédula de ciudadanía número 1081398391; **AUTORIZO** a las siguientes personas:

Maria Eugenia León c.c. 1081154958
Karol Esneider Caso C.c. 1081398391
_____ C.c. _____

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) Joan Leonardo Caso de la profesora Amparo Villaquiran.

Se entrega copia de las cedulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

Maria Eugenia León