

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

HCB _LOS CHIQUITINES_

USAURIO: EMANUEL SANTIAGOMENA LOPEZ *RC N. 1081618788*



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	✓		

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

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

NUIP 1081618788

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55489390

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1 6 8

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

COLOMBIA - HUILA - LA PLATA - NOTARIA 1 LA PLATA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MENA	LOPEZ

Nombre(s)

EMANUEL SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes JULIO Día 06	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	36023228-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

LOPEZ ROJAS INGRID YAMIT

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI No. 1081401726	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MENA AMORADE LEONARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI No. 1081396727	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ROJAS CEPEDA NORVERT

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 36381805	Norvert Rojas

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 2020 Mes SET Día 24	VICTORIA ALEYDA OVIEDO ARBELAEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Leonardo Mena Andrade Firma	VICTORIA ALEYDA OVIEDO ARBELAEZ Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.081.401.726

Apellidos
LOPEZ ROJAS

Nombres
INGRID YANIT

Nacionalidad
COL

Estatura
1.52

Sexo
F

Fecha de nacimiento
28 ENE 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
LA PLATA (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
18 MAR 2024, LA PLATA

Fecha de expiración
24 MAR 2034

Firma
Ingrid Lopez

044096902

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL044096902419049<<<<<<<<<<
0601289F3403244COL1081401726<9
LOPEZ<ROJAS<<INGRID<YANIT<<<<<

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.081.395.727**

MENA ANDRADE

APELLIDOS

LEONARDO

NOMBRES

Leonardo Mena Andrade

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **21-MAY-2003**

LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

03-AGO-2021 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1904900-01263743-M-1081395727-20211106 **0076**161094A 2 8502568235

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 12/09/2025

Ficha: 41396019511700000529

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: EMANUEL SANTIAGO

Apellidos: MENA LOPEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1081618788

Municipio: La Plata

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/09/2019

Última actualización ciudadano: 24/11/2020

Última actualización vía registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: OTONIEL SALAZAR PENNA

Dirección: Carrera 4 No. 5-09

Teléfono: 8371474

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

FACTURA DE VENTA No. 63530046

TOTAL A PAGAR
$ 824.290

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	NORVERY ROJAS CERQUERA	Nit CC	36381805
Dirección	VDA SANTA MARTA	Ruta	8291320570
Municipio	LA PLATA	Sector	C90
Clase Servicio	Residencial	Estrato	2

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tensión	1 SECUNDARIA	Circuito	6500189
Carga Cont. Inst.	288	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	10

INFORMACIÓN CONSUMO

Medidor	Clase	Tipo	Lectura Actual	Lectura Ant.	Factor	Consumo (kwh)
86774412991	A	S	740	677	1	63

ULTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
FEB	63
DIC	262
OCT	58
AGO	119
JUN	40
ABR	121
FEB	108

CALIDAD DEL SERVICIO

Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 05/04/2021

LIQUIDACIÓN CONSUMO PERIODO

Descripción	Factura Hist.	Valor Total $	Cant.	Precio Unit.	Total $
Kwh	FEB 8295	21429			
Kwh	FEB 8154	21672			

Valor Total Energía del Periodo	$ 43.151
Valor (Subsidio Contribución)	$ - 21.575
Valor Total Energía Facturada	$ 21.576

DETALLE DE CUENTA

OTROS CARGOS	$ 0
	$ 11.245
	$ 813.045

TOTAL A PAGAR
$ 824.290

ELECTRODOMESTICOS

NOMBRE	CANT	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

DESCRIPCION	CUOTAS	VALOR CUOTA	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 265.0 Tm: 43.0 PRn,m: 73.0 Dn,m: 205.0 Rm: 21.0 Cv,m: 1
03.0 CUv,n,m: 688.0154 ($/Kwh)

CREDIVALORES

Codigo de Cuenta : 2901/8317

Periodo FEB

Valor Total a Pagar $ 824.290

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	1081618788
NOMBRES	EMANUEL SANTIAGO
APELLIDOS	MENA LOPEZ
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:	09/12/2025 10:35:09	**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

IAMI

San Sebastián

DATOS DEL RECIEN NACIDO
QUIEN SOY

Nombres y apellidos: Emanuel santiago Mena

Identificación: 1081618788 EPS: Sanitas

Fecha de nacimiento: Día. 06 Mes: 07 Año: 2020

Edad: 30 Días: ____ Mese s: X Años: ____ Sexo: ____

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

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

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

Tipo de sangre: ____ Lugar que ocupa entre los hermanos: ____

TSH: ____ Serología: ____

Nombre de la Madre: ____ Ocupación: ____

Nombre del Padre: ____ Ocupación: ____

Dirección: ____ Teléfono: ____

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

IAMI

San Sebastián

CITAS DE CONTROL

DIA	MES	AÑO	HORA	PROFESIONAL
22	02	2023	En 1	
12	07	2023		
06	07	2024		Jenny Tatiana Quintero López Enfermera C.C. 1.010.138.160
	07	2025		Liliana Medica General C.C. 1.075.30[illegible] 643
29	08	2025		
	08	2026		

CIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
ÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA
r Fecha:
ER CONTROL MÉDICO
e vida Fecha:
ENTO POR ENFERMERÍA

de cita amada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió

ecibir suplementos con Hierro y Vitamina os 6 meses hasta los 5 años de edad, de a estrategia **AIEPI**.

na	Edad	Fecha
	42 meses	
	48 meses	
	54 meses	
	60 meses	
	66 meses	

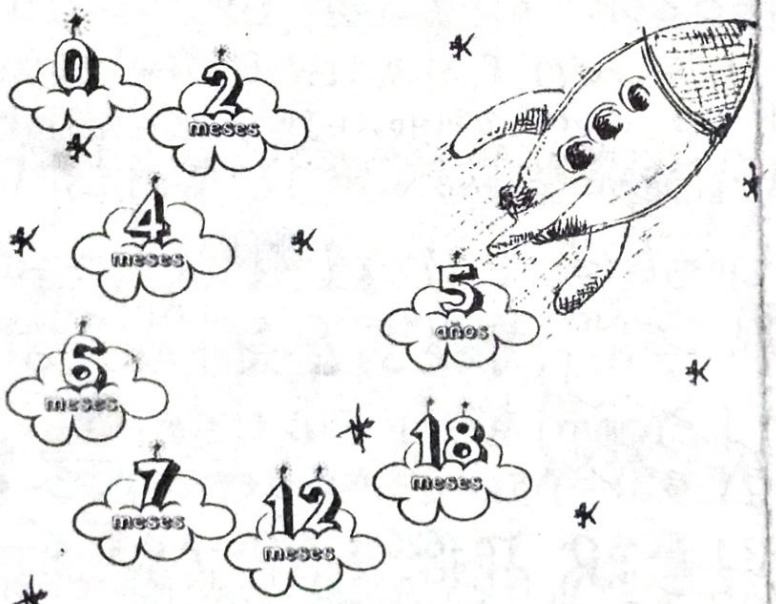
debe realizar toma de TSH al momento hipotiroidismo.

Exíjalo

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

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

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



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI

de cero a Siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

Ingri López

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Emanuel Santiago
Fecha de nacimiento: 06:07:20
Nº de certificado de nacido vivo: 160232285
Registro civil: 10816197788
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3725 Gramos
Dirección: Vda Santa Martha
Teléfono: 3223167123
Responsable: Ingri López
Municipio de residencia: La plata
Departamento: Huila

1081401726

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Registro Civil: _____

Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicacion Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Lactancia materna exclusiva	Sí ☒ No ☐						
Tuberculosis B.C.G.	Única	06 07 20	Serum	03786268	HOSP		Nini Vega Jefe Enfermeria
Hepatitis B	Recién nacido	06 07 20	Serum	03280008E	HOSP	06 09 20	
Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
Polio (Oral - IM)	1ª	25-09-20	Sanofi	P3N45	ESESSAPS	25/11/20	Melcy Ramos
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	25-09-20	Serum	2859X036F	ESESSAPS	25/11/20	Melcy Ramos
Rotavirus	1ª	25-09-20	Rotarix	A20IC428AA	ESESSAPS	25/11/20	Melcy Ramos
Neumococo	1ª	25-09-20	GSK	ASPNB279BA	ESESSAPS	25/11/20	Melcy Ramos
Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
Polio (Oral - IM)	2ª	25-11-20	Sanofi	R3L89	ESESSAPS	25/01/2021	Melcy Ramos
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	25-11-20	Serum	2859Y052	ESESAPS	25/01/21	Melcy Ramos
Rotavirus	2ª	25-11-20	RotarX	A20IC549B	ESESAPS	25/01/21	Melcy Ramos
Neumococo	2ª	25-11-20	GSK	ASPNB288A	ESESAPS	25/01/21	Melcy Ramos
Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
Polio (Oral - IM)	3ª	27-01-21	Sanofi	R3L89	ESESAPS	27/01/22	Melcy Ramos
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	27-01-21	Serum	2850X008C	ESESAPS	27-01-22	Melcy Ramos
Influenza	1ª	28-07-21	Sanofi	V3B87	ESESAPS	28/08/21	Melcy Ramos
Influenza	2ª	2/11/22	Gricam	USO22203	ESE APS	—	Karen Chacon Salud
Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	28-07-21	Serum	613ON091B	ESESAPS	6/07/2022	Melcy Ramos
Fiebre Amarilla	1ª	27-01-22	Sanofi	T3N35	APS	—	Melcy Ramos
Neumococo	Refuerzo	28-07-21	GSK	ASPNB310DB	ESE APS	—	Melcy Ramos
Influenza	Anual					—	
Hepatitis A	ÚNICA	28-07-21	MSD	T036268	ESE APS	—	Melcy Ramos
Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª Refuerzo	27-01-22	Serum	2870X009B	APS	—	Melcy Ramos
Polio (Oral - IM)	1ª Refuerzo	27-01-22	Serum	1801P002	APS	—	Melcy Ramos
Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo	29-8-25	Bilthoven	2423003	ESE-SS	—	Luis Enith Llanos E. Aux de Enfermeria
Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo	29-8-25	Serum			9 años	
Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	16/12/23	Serum	013H055A	ESESS	—	Instituto Laboratorio
VPH	1ª						
VPH	2ª						
VPH	3ª						
VARICELA	DU	28-07-21	Merck	T029096	ESESAPS	—	Melcy Ramos
Sarampion Rubeol	DA	27/01/2022	Serum	0129W235	ESE APS	—	Melcy Ramos
Varicela	R1	29-8-25	MERCK		ESESS		

Estas vacunas son gratuitas

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

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

Gestión por Resultados

E.S.E San Sebastián
Siempre adelante en servicios

San Sebastián | E.S.E. SAN SEBASTIAN | LA PLATA HUILA NIT. 813.001.872-4 | VERSION | APROBACIÓN | 01-009 2016

CARNET
PREVENCIÓN SALUD BUCAL



Nombres y Apellidos: Emanuel mina lopez.
No. De Documento: 1081618788 Tipo de Doc.:
Fecha de Nacimiento: 06. 07. 20 Edad: 1
EPS: Coopsos - Sanitas
Dirección o Vereda: santa Martha
Teléfono:

PROCEDIMIENTO	Fecha de Atención			Próxima Cita		
	D	M	A	D	M	A
CPB + Fluor B.	28	09	021		01	022
CPB Fluor B	27	01	2022	27	07	2022
CPB + Fluor Barniz	24	Agosto	2022	24	Feb	2023
CPB + FB	24	02	023	24	08	023
CPB + fluor B	28	09	23	28	03	2024
CPB + Fluor B	25	Abril	2024	25	octubre	2024
CPB + Fluor	22	mayo	2025		11	2025

	FUNDACION: GRUPO LA LIBERTAD	NIT 900.027.451-0
	Acta de compromiso y corresponsabilidad con padres de familia y/o cuidadores	

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS los chiquitines vinculada a la Entidad Administradora del Servicio HCB. 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): Emanuel santiago Mena con RC No 1081618188
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 01 del mes 02 del año 2025, en el Municipio de La Pluta.

Ingrid López
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Elsa Valencia
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 emanuel santiago mena lopez.

Fecha de nacimiento 06 07 2020 **N° Documento de Identidad** 1081618788

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Elsa yubely volucras

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

Muestra curiosidad por aprender cada dia. explora. acerca del entorno.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Elsa yubely volucras

Fecha de registro cualitativo 30 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 evidencia que se le facilita. su motricidad. su lenguaje bien desarrollado.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Elsa yubely volucras

Fecha de resgistro cualitativo 30 10 2025.

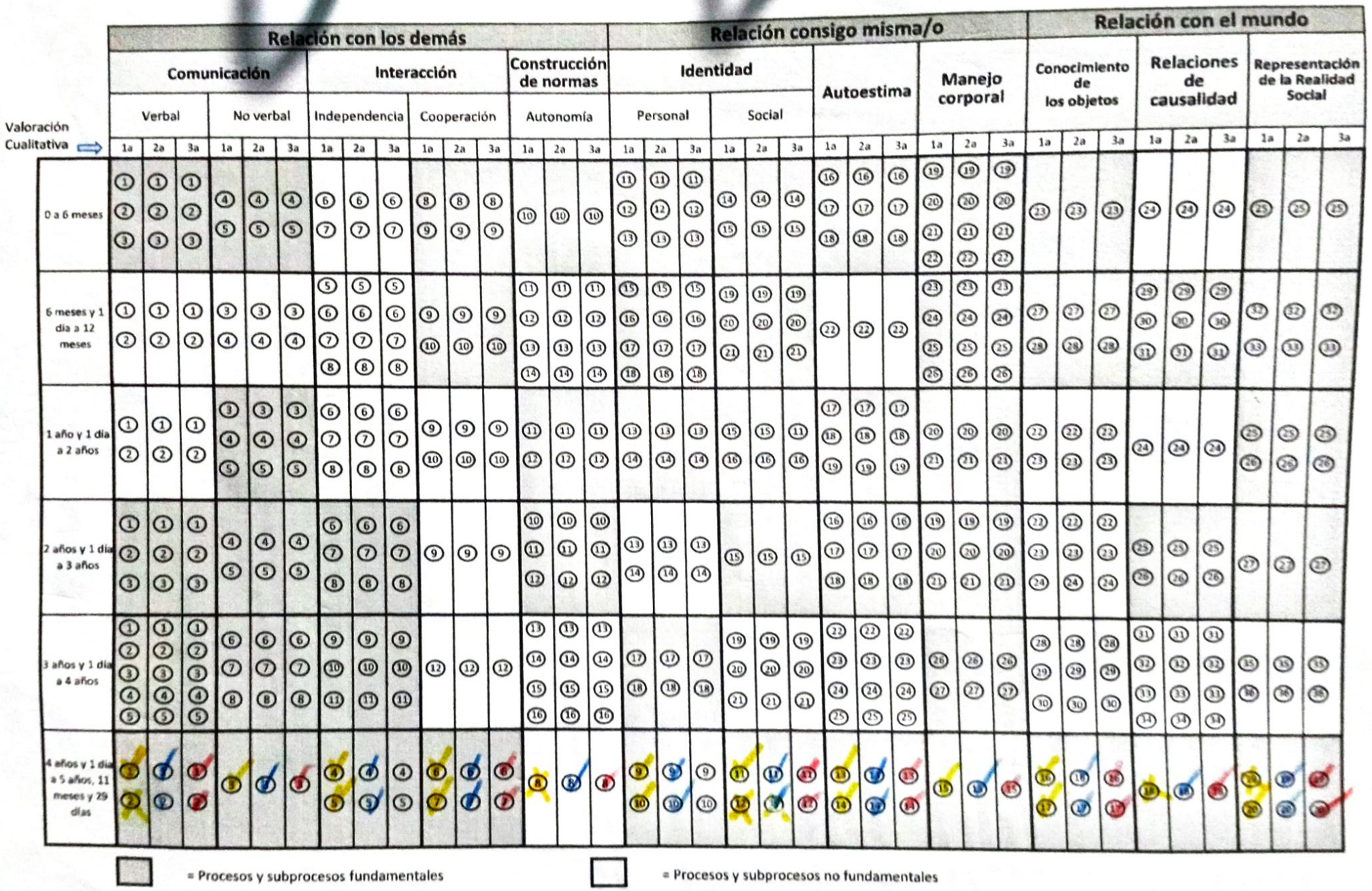
Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

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

Observaciones generales

En esta etapa del niño desarrolla actividades cognitivas comunicativas. trabajo pintura. recorte su bralladó es muy creativo.

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



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA** FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	F2.P2.CE	15/07/2021
		Versión 4	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Emanuel Santiago López, identificado (a) con documento de identidad número 1081619788 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		Audios		Videos		Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Ingrid Yanit López Rojas, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1081410726, 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		Audios		Videos		Otros datos personales	

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 y adolescentes 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 y adolescentes, 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 **FUNDCION 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 **HCB COMUNITARIO**

Suscriben:

Firma: Ingrid López
Nombre: Ingrid Yanit López Rojas
Calidad - Titular: Madre Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3223167123
Fecha: 01 02 2025
Municipio: La plata

seguros mundial®

Accidentes personales

Protegemos tus pasos



Línea de atención

Línea nacional:
01 8000 112 684
en caso de accidente

Conoce nuestra **red médica**

Página web:
www.segurosmundial.com.co

Nº Póliza: 2000503802

Tomador: FUNDACION GRUPO LIBERTAD

Nombre de Asegurado: EMANUEL SANTIAGO MENA LOPEZ

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1081618788	2025/02/01	2026/02/01

Muerte Accidental $10.000.000,00

Gastos Médicos $9.000.000,00

En caso de accidente comunícate a nuestra línea **018000112684**.
Para más información acerca de la póliza comunícate a nuestras líneas:

Desde Bogotá: 3274712/13

Línea nacional: 018000111935

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: 3935

www.segurosmundial.com.co