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

HCB : LOS ANGELITOS



MANUEL SANTIAGO CADAVID ORTEGA RC Nº 1145831775

DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PRO
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 meses, o en su defecto Certificado de pertenencia a comunidad indígena, afrodescendientes, raizales, palanqueros, ROM	Formalización del cupo	Actualización cada 3 meses	✓		
Para identificar lugar de residencia, fotocopia de recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia	✓		

Powered by CamScanner

FUNDACION GRUPO LIBERTAD NIT. 900027451-0

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS USUARIOS



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.		✓	
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			

Powered by CamScanner

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1145831775

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **59573280**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	D	U	W
X									

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
CADAVID **********	ORTEGA **********

Nombre(s)

MANUEL SANTIAGO **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes JUL Día 05	MASCULINO	B	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 **********	16023222-1 **********

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

ORTEGA ROJAS MAYRA ALEJANDRA **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1081411659 **********	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

CADAVID DURAN GUILLERMO **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 12279216 **********	COLOMBIA **********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CADAVID DURAN GUILLERMO **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 12279216 **********	

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 JUL Día 08	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.081.411.659

ORTEGA ROJAS

APELLIDOS

MAYRA ALEJANDRA

NOMBRES

MAYRA ALEJANDRA ORTEGA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-FEB-1993

LA PLATA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

B+ G.S. RH

F SEXO

18-ABR-2011 LA PLATA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1904900-00335327-F-1081411659-20110916 0028079763A 1 35295571

Powered by CamScanner

Registro válido

Fecha de consulta: 18/11/2025

Ficha: 41396029510900000323

A2

GRUPO SISBÉN I
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MANUEL SANTIAGO

Apellidos: CADAVID ORTEGA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1145831775

Municipio: La Plata

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

Última actualización ciudadano: 11/07/2019

Última actualización via registros administrativos: 25/04/2023

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

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 Ni pobre ni vulnerable

Powered by CamScanner

Luciana

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía

trificadora del Huila S.A ESP
Nit. 891.180.001-1

Sr(a) : CADAVID GUILLERMO
c.c. / Nit: 2467986
CL 8B # 3E-86
Municipio: 396 LA PLATA HUILA Ruta: 43960060400
Dirección Postal:
Ciclo: 76 Sector: 6-LA PLATA LIBRETIN 6

Su código de cuenta
475037836
Para cualquier consult
y pago electrónico

Factura de venta No
85568178

Periodo	Periodo facturado	Pago total	Pago mínimo	Periodos vencid
3 / 2025	11/02/25-11/03/25	$5,500	$5,500	0 mes

Datos de cuenta

se servicio	Residencial
rato	2-Bajo
a	OCCIDENTE
el tensión	1-Secundaria
ga instalada	200
o liquidación	lectura
lo	T09152-LPUP

Costo unitario prestación del servicio

COMPONENTES ELECTROHUILA	
1 Comercialización +	149.34
2 Distribución	280.91
TOTAL ELECTROHUILA =	430.25
MERCADO ENERGÍA MAYORISTA	
3 Generación +	427.29
4 Transmisión +	56.03
5 Restricciones +	15.88
6 Pérdidas	98.05
TOTAL MERCADO MAYORISTA =	597.25
Costo unitario ElectroHuila + Mercado =	1027.5

Histórico de consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consum
2025	2	0	2024	8	
2025	1	2	2024	7	
2024	12	1	2024	6	
2024	11	0	2024	5	
2024	10	1	2024	4	
2024	9	44	2024	3	

Promedio de la cuenta	Consumo m año anteri
8	3

Conceptos ElectroHuila

cepto	Valor
Consumo Periodo	1.027
Ajuste Decena	1
Subsidio	<508>

Cálculo actual del consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Con
1-27161	CDM	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	4417	4416	1	

Liquidación de consumo

Contador	Desde	Hasta	Consumo	Tarifa	Valor Real	Subsi/Contri	ValorCo
	1	130	1 KW/h	$518 7364	$1 027	-50%	$519

TOTAL

ciación ElectroHuila

scripcion	Saldo
e interés	0%

CUFE de296067e6c57ecd3ec7774df3674347787ba9365386cd4e41151b91b26aa37a3b036d93cb13742
Numero de Factura Electronica EH-2323635 Numero de factura: 85568178

Fecha de emisión	Mi último pago fue	Tengo plazo de pagar hasta	Me quedo si a parti
13/03/2025	$4,980 25/02/2025	21/03/2025 Vencimiento	Suspen

or Energía ectroHuila	Valor Servicio de Aseo	Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía)	Valor Otros Cobros	=
$520		$4,980	$0	$5,5 TOTAL A PAGA

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN
rta cualquier novedad relacionada con la prestación del servicio
1 8000 952 115 | 3134354436
PQR: radicacion@electrohuila.co
www.electrohuila.com.co
24/7

¡Escanea! paga en línea

Pag: 1169

7707274499679(8020)0475037836(3900)0000005500(96)20250321

TURA PRESTA MERITO EJECUTIVO EN VIRTUD DEL ARTICULO 130 DE LA LEY 142 DE 1994 MODIFICADA ART. 18 LEY 689 DE 2001

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Powered by CamScanner

a_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=qlbPtEsNr/S5ar+zh9E

1/25, 1:34 p.m. aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=qlbPtEsNr/S5ar+zh9BgCw==

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	1081427456
NOMBRES	LUCIANA
APELLIDOS	CADAVID ORTEGA
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	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/18/2025 13:33:33	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**,

Powered by CamScanner

PIDE TU CITA

La Plata **8371991**
Belén **3204080271**

Horario de asignación de citas

Mañana
6:30 am a 11:30 am
Días: De Lunes a Viernes

Tarde
1:30 pm a 4:30 pm
Días: Lunes, Martes, Miércoles y Viernes

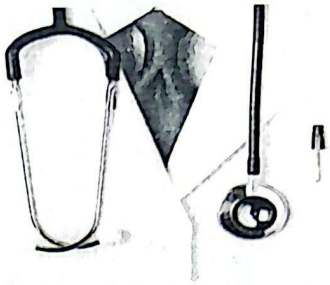
Sábados
6:30 am a 10:30 am

El Cambio lo Hacemos ¡Todos!
Administración Municipal 2016 -2019
La Plata Huila

E.S.E San Sebastián
Siempre adelante en servicios

E.S.E SAN SEBASTIAN	CODIGO	CCI-FO-27
LA PLATA HUILA	VERSION	02
NIT. 813.002.872-4	F. APROBACIÓN	2016

CARNET DE CITAS



Nombres y Apellidos: Manuel Santiago Cadavid
No. De Documento: 1195831775 Tipo de doc: RC
Fecha de Nacimiento: 05/07/20 Edad: 2-M
EPS: Comfamiliar
Dirección o Vereda: B/ Ciudadela 20 Victoria
Teléfono:

FECHA PRÓXIMA CITA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO	PESO	TALLA	FIRMA PROFESIONAL
PI-11-09-20	X		PC=40cm 5,9 kg	57cm	Normal PyT
PI-06-12-20	pc				
09-01-21	pc 44		7.36 kg	69 cm.	Talla 18
07-04-21.	PC 45		8.9	78 cm	Normal
09-07-25,	Mod. ✓		Talla. 104.	Peso 15kg.	Adecuado
09-07.26.	Mod.				

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Manuel Santiago C. Tipo Identificación: 1145831775 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
Recién nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	06	07	20	SERUM	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ 03786258	Hosp	–	–	–	Nini Vega
	Hepatitis B	Recién nacido	05	07	20		03280003E	Hosp	05	09	20	Jefe estefania
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	07	Sep	2020	Sanofi P	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ R328961V	ESE SAN SEBASTIAN Nit 819000436-1 San Sebastián VACUNACIÓN LA PLATA	–	–	–	Maria yicela S
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	07	sep	2020	serum	2859X0311F		–	–	–	Maria Yicela S.
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	07	sep	2020	serum	2859X0311F		–	–	–	Maria Yicela S.
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	07	sep	2020	serum	2859X0311F		–	–	–	Maria Yicela S.
	Diarrea por rotavirus	1.ª	07	sep	2020	GlAXO SM	ARO1D42B7A		–	–	–	Maria Yicelas.
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	07	sep	2020	GlAXO SM	ASPNB27BA		–	–	–	Maria Yicelas.
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	10	Nov	2020	SANURI P.	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ R3L8911V		05	NOV	20	Maria Yicela S.
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	10	NOV	2020	SanLiM	2859203 2B	ESE SAN SEBASTIAN Nit 819000436-1 San Sebastián VACUNACIÓN LA PLATA	–	–	–	
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	10	NOV	2020	SanLiM	2859203 2B		–	–	–	
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	10	NOV	2020	SanLiM	2859203 2B		–	–	–	
	Diarrea por rotavirus	2.ª	10	NOV	2020	GLAXO SM	ARO1C54 9BA		–	–	–	
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	10	NOV	2020	GLAXO SM	ASPNB2728A		8	1	021	
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	7	01	21	SANURI P.	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ T3D8910V		–	–	–	
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	7	01	21	SIACIM	2805080 0 8C	ESE SAN SEBASTIAN Nit 819000436-1 San Sebastián VACUNACIÓN LA PLATA	5	7	021	
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	7	01	21	SIACIM	2805080 0 8C		–	–	–	
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	7	01	21	SIACIM	2805080 0 8C		–	–	–	
	Influenza estacional	1.ª	4	09	21	Sreli	V3C13 1V		04	10	21	Alvaro rmes
7 meses	Influenza estacional	2.ª	2	11	21	SANO	V3C13 1V	ESE SAN SEBASTIAN Nit 819000436-1 San Sebastián VACUNACIÓN LA PLATA	–	–	–	Maria Yicela S.
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	04	09	21	Serum	O13ON09315		07	01	22	Alvaro Rmu
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	04	09	21	SenFlonix	ASPNB31 1BA		–	–	–	Alvaro Yanos
	Varicela	2.ª	04	09	21	MERK	V0O6190		–	–	–	Alvaro Yanos
	Hepatitis A	Única	04	09	21	MSD	T0+29 5B		07	01	22	Alvaro Yanos
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	24	05	23	BiLTHOVen	2206012	ESE SAN SEBASTIAN Nit 819000436-1				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	24	05	23	Serum	2822XOO2A					
	Fiebre amarilla	Única	24	05	23	Sanofi Pasteur	V3N211V					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	24	05	23	Serum	O131NO82A	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												

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.

Powered by CamScanner

PROCEDIMIENTO	Fecha de Atención			Próxima Cita		
	D	M	A	D	M	A
CPS + Flúor Barniz	5	12	23	5	6	24
CPS + Flúor Barniz	4	07	24	4	01	25
Control placa. Higiene	26	08	015	26	02	015

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	**NIT. 900027451-0**
	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 ANGELITOS vinculada a la Entidad Administradora del Servicio FUNDACION GRUPO LIBERTAD 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): MANUEL SANTIAGO CADAVID ORTEGA con RC No 1145831775

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/ñas**
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/ñas**
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).

Powered by CamScanner

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 03 del mes de febrero del año 2025 en el Municipio de La Plata Huila

Layra Ortega
ADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Yarelt Ramirez Ramos
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad la Plata

Nombre completo de la niña o niño Manuel Santiago Cadavid Ortega

Fecha de nacimiento 05- Jul- 2020 **N° Documento de Identidad** 1145831775

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Acenett Ramirez Ramirez

Fecha de registro cualitativo 11- 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 El niño se encuentra en perfil esperado. cumpliendo con los items del desarrollo de acuerdo a su edad. desarrolla muy bien sus habilidades motrices, su lenguaje es fluido, escribe o lee con letras creadas por el.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Acenett Ramirez Ramirez

Fecha de registro cualitativo 01- 08 - 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 El niño se encuentra en perfil. esprado por que cumple con los items del desarrollo para su edad es un niño que participa activamente, le gusta liderar los juegs y algens actividades

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Acenett Ramirez Ramirez

Fecha de resgistro cualitativo 27- 10- 25

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 Perfil esperado
Es lider en su grupo. aprende con facilidad. le gusta realizar movimientos corporals.. tiene fluidez verbal. sabe las parte del cuerpo. y reconoce el semaforo de autocuidado. le gusta contar.. y tocar guitarra.

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

Powered by CamScanner

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 5

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del me
Manuel Santiago Cadavid, identificado (a) con documer
número 1145831775, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre pro
personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e in
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulga

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Mayra alejandra ortega, quien suscribe el presente documento, id
documento de identidad número 1087411654, de conformidad con lo dispuesto en las norma
protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autoriz
inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICB
divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios d
y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electró
cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de dere
niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y f
servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo
encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, en el respeto
fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco q
y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Pers
en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular d
especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y soli
del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el cor
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 n
alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alg
de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra p
jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por la **FUNDACIÓN GRUPO LIBERTAD**, en representación
es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proye
Modalidad **HCB Comunitaria**

Suscriben:

Firma: Mayra Ortega Rojas
Nombre: Mayra alejandra Ortega
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3142003468
Fecha: 01-02-25
Municipio: La Plata

Powered by CamScanner