	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	NIT. 900027453-0
GRUPO LIBERTAD	LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS USUARIOS	

HCB MI PEQUEÑO MUNDO

USUARIO: Mateo Tejada Lasso **No. R.C.** 1 046 120 710



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	✓		

Powered by CamScanner

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

Para identificar lugar de residencia, fotocopia de un recibo de Servicio Público	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de Cambiar de residencia	✓		
Fotografía física, esta irá 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

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.016.120.710

Indicativo Serial 61441985

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE BOGOTA BOGOTA DC COLOMBIA CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TEJADA	LASSO

Nombre(s): MATEO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letra)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes JUN Día 03	MASCULINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	166084879..

Datos de la 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: LASSO DAZA DIANA ANAYIBI

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1 080 263 751..	COLOMBIA

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: TEJADA DE LA OSSA CRISTIAN ANTONIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1 024 503 788	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: TEJADA DE LA OSSA CRISTIAN ANTONIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1 024 308 788	Cristian Tejada

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

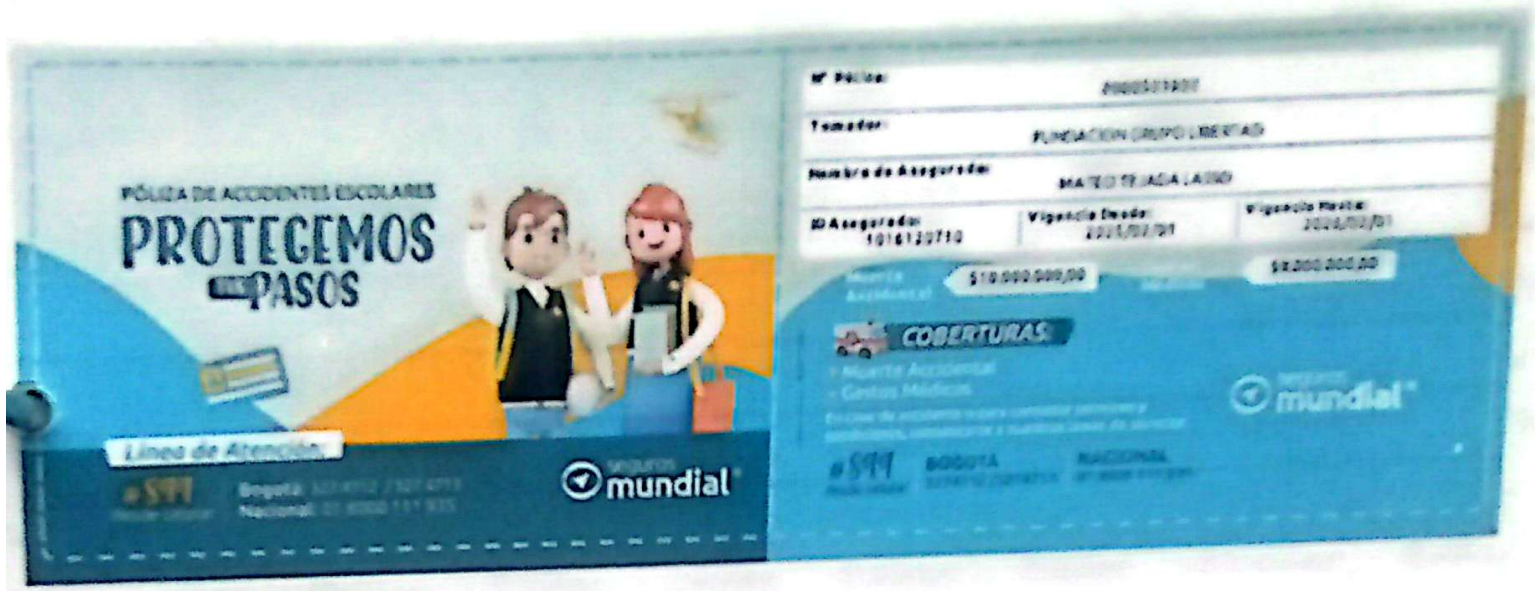
Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2021 Mes JUL Día 13	EDGAR SIERRA NEIRA REGISTRADOR Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.024.503.788
TEJADA DE LA OSSA
APELLIDOS
CRISTIAN ANTONIO
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-FEB-1990
AYAPEL
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75 O+ M
ESTATURA G.S RH SEXO
15-MAY-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01048485-M-1024503788-20181804 0083345982A 1 9906231100

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.080.263.754
LASSO DAZA

APELLIDOS
DIANA ANAYIBI

NOMBRES
diana anayibi lasso d.



FECHA DE NACIMIENTO 26-JUL-1993
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

11-ENE-2012 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1904700-00359200-F-1080263754-20120202 0029118129A 1 36517036

Powered by CamScanner

Sisbén

Fecha de consulta: 01/07/2025

Ficha: 41878200301030900000081

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MATEO

Apellidos: TEJADA LASSO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1016120710

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 25/02/2025

Última actualización ciudadano: 25/02/2025

Última actualización vía registros administrativos: 28/02/2025

***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: CARLOS ANDERSON ACOSTA VALDEZ

Dirección: Calle 6 No 3 - 52

Teléfono: 3176617965

Correo Electrónico: administradorsisben@laargentina-huila.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

Powered by CamScanner

ElectroHuila

290470452

TOTAL A PAGAR

$ 87.000

FACTURA DE VENTA No. 3685420

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente: RUEDA MEDINA JORGE — Ref. C: 211724
Dirección: LA ARGENTINA — Ruta: 0820600000
Municipio: Rivera — Ciclo: 070
Clase de Uso: Residencial — Estrato: 2

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tensión: 1 SECUNDARIA — Circuito: 8515124
Carga Conectada: 4.70 — Subest:
Medidor: 4 — Apartado: 0

INFORMACIÓN CONSUMO

Código	Ruta	Fase	Tarifa	Dígitos	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor	Consumo Mes
1508809	15K	A	S	00	12696	12434	1	162

ULTIMOS CONSUMOS

Mes Consumo	
DIC	162
NOV	38
OCT	6
SEP	0
AGO	5
JUL	16
JUN	3

CICLO ABO JUN ABR FEB DIC

CALIDAD DEL SERVICIO

ULTIMO PAGO

Fecha: 15 DIC
Valor: 83.486

LIQUIDACIÓN CONSUMO PERIODO

Concepto	Tarifa Básica	Valor Total
Básica	162 Kwh	79.618
Básica	162 Kwh	485

Valor Total Energía del Periodo	$ 159.172
Valor Subsidio Contribución %	$ - 75.689
Valor Total Energía Facturada	$ 83.483

DETALLE DE CUENTA

CONSUMO PERIODO	$ 159.172		$
INTERES MORA FACTURA	$ 4.174		$ 4.174
AJUSTE DECRETO	$		$ 83.486
SUBSIDIO	$ - 75.689		

TOTAL A PAGAR

$ 87.000

ELECTRODOMÉSTICOS

Concepto	Cuotas	Valor Cuota	Valor Total

FINANCIACIONES

Financiación	Cuotas	Valor Cuota	Valor Total	Saldo Financiación

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 419.0 Tm: 55.0 PRm: 96.0 Dr,m: 263.0 Rm: 3.0 Cv,m: 14
5.0 Cv,n,m: 882.5245 ($/Kwh)

CREDIVALORES

Saldo	Interés	Valor Cuota	Valor Total

ElectroHuila

Powered by CamScanner

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	1016120710
NOMBRES	MATEO
APELLIDOS	TEJADA LASSO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA ARGENTINA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/04/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/24/2025 13:33:21	**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

Powered by CamScanner

Nombres mateo Apellidos Tejada Lasso

Documento de Identidad 1016120710

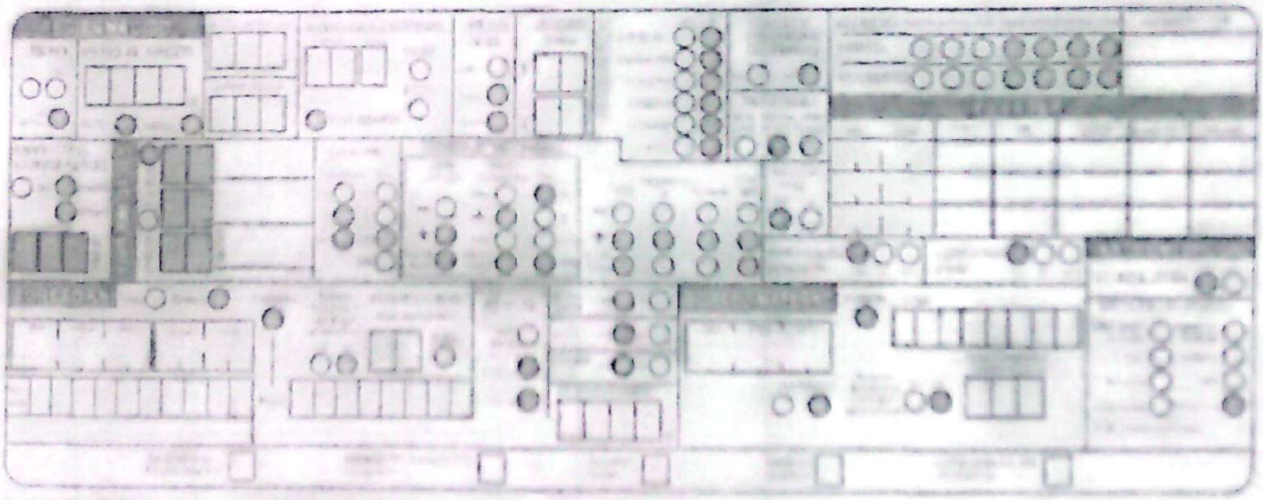
Dirección CR 105 22 83 Localidad/Barrio

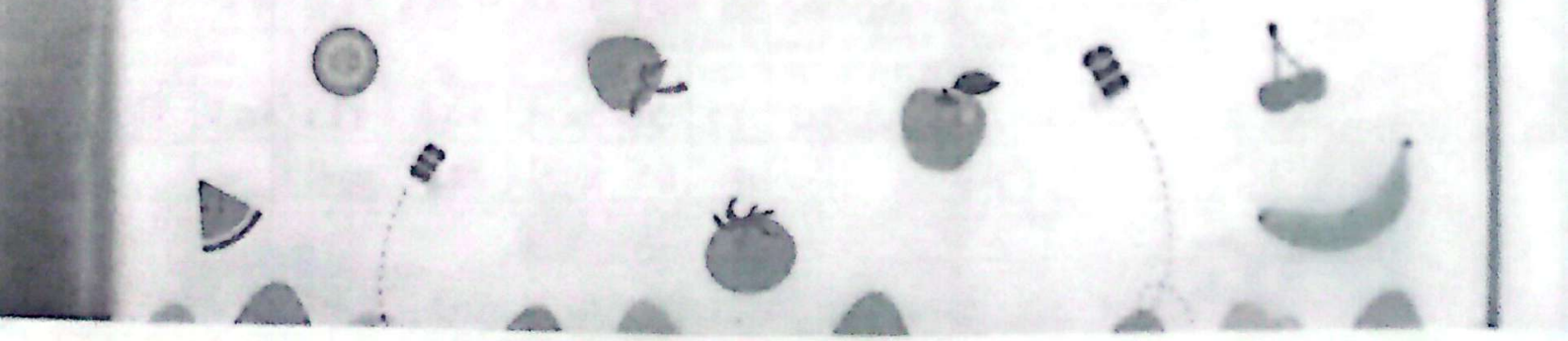
Teléfono fijo Celular Mamá 3218365355 Celular Papá

Sede

Médico personal

ANTECEDENTES





Powered by CamScanner

Práctica 13

Asegura que tu pareja participe activamente en el cuidado de los hijos y se involucre en los asuntos relacionados con la salud reproductiva de la familia.

Práctica 15

Reconoce cuando los niños enfermos necesitan tratamiento fuera del hogar y llévalos al personal de salud apropiado para que reciban atención.



Práctica 16



Recuerda acudir a los controles

CONSULTA												
Pediatría	☺	☺		☺		☺		☺		☺		☺
Enfermería	☺	☺	☺		☺		☺		☺		☺	

Tabla control de citas 03 07 2021

kg cm cm

Edad	Fecha control	Peso	Talla	PC	IMC	Comentarios / Firma salud
1m	04 AGO. 2021	4,2	52,8	35,7	15	Juan Carlos Saltarin Mesa Médico Pediatra C.C 91 247 333
2m	4 oct 2021	5.8	58.5	39.3	-	
4m	5 nov 2021	6.0	61	40.5	-	
6m	02 02 2022	7kg.	66	44	14	
1a	26 07 22	8,5	71,5	46	14,2	
1,5m	25 10 22	8,660	87	47/47	14	
1AGM210	01 02 2023	9,125	78,5	47	14	
2a1-2a4	22 08 2023	10,6	83,5	46,5	13,5	
	12 05 2023	11,4	90			

Juan Carlos Saltarin Mesa
Médico Pediatra
C.C 91.247.333

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

MA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
DENTIFICACIÓN E INSCRIPCION TEMPRANA

ento de nacer	Fecha:
PRIMER CONTROL MEDICO	
rimer mes de vida	Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA

Fecha de cita programada	Fecha en que asistio	Profesional que atendio

Nombre: Maicol Tejada Lasso — Registro Civil: 1.016.120.770

Edad	Me protege de		Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Va
	Lactancia materna exclusiva	Si ☐	No ☐						
	Tuberculosis B.C.G.		Unica	04 09 21	Serum	03706868	Clinica	Unica	Johana
	Hepatitis B		Recién nacido	04 07 21	Serum	0320C013E	Magdalena	2 meses	Armero
	Lactancia materna exclusiva	Si ☐	No ☐						
	Polio (Oral - IM)		1ª	08 SEP 2021	B/thuen	20220094	compensar salud		
2 Meses	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1ª	08 SEP 2021	Serum	2550402	compensar salud		Edwin Esca
	Rotavirus		1ª		GSK	A5AU53	compensar salud		
	Neumococo		1ª		GSK	MAUL774	compensar salud		
	Lactancia materna exclusiva	Si ☐	No ☐						
	Polio (Oral - IM)		2ª	13 NOV 2021	Biothuen	20220E	compensar salud		
4 Meses	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2ª	13 NOV 2021	Serum	2550402	compensar salud	08 11 21	
	Rotavirus		2ª	13 NOV 2021	GSK	A5AU53	compensar salud	08 11 21	Fredy L Barra
	Neumococo		2ª	13 NOV 2021	GSK	MAUL774	compensar salud		Fredy L Barra
	Continue la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.								Fredy L Barra
6 Meses	Polio (Oral - IM)		3ª	15 ENE 2022	Biothuen	2115006	compensar		
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		3ª	15 ENE 2022	Serum	2850402146	compensar salud	13 Ene 22	Maria Ro
	Influenza		1ª	21 JUN 2022	GC FLU	V5022206	compensar salud		Rodriguez
7 Meses	Influenza		2ª	21 JUL 2022	GC FLU	V5022206	compensar salud		Jose A
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		1ª	09 JUL 2022	Serum	0130N126A	compensar salud	21 06 22	Maritza Rodriguez
	Fiebre Amarilla		1ª	20 ENE 2023	Sanofi	V3N21	compensar salud		Jose Rodrigue
12 Meses	Neumococo		Refuerzo	09 JUL 2022	GSK	MAPN6338P1A	compensar salud		Maria Rodrigue
	Influenza		Anual						Jose Rodrigue
	Hepatitis A		UNICA	09 JUL 2022	MSD	U025912	compensar		
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1º Refuerzo	20 ENE 2023	Serum	0321Q09A	compensar salud		Jose Rodrigue
	Polio (Oral - IM)		1º Refuerzo	20 ENE 2023	Biothuen	2141014	compensar salud		Maria Rodriguez
	Polio (Oral - IM)		2º Refuerzo						Jose Rodrigue
5 Años	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP) 2 años		Refuerzo	27 JUL. 2023	Serum	5 años			
Niños 9 Años o más	VPH Varicela		1ª	09 JUL 2022	MSD	0132X109A 0016211	compensar salud		Maritza Rodriguez
	VPH		2ª						Jose Rodrigue
	VPH		3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Meningococo		Unica	$307.000					
	Hepatitis A		2da	$113.000					

Estas vacunas son gratuita

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.

Powered by CamScanner

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Mateo Tejada Lasso	**DOCUMENTO:** 1.016.120.710
CONTROL DE PLACA	
FECHA DE ATENCIÓN: 09 Septiembre 2025	**PROXIMO CONTROL:** 09 Marzo 2026
EXPEDIDO POR: Lina Maverly Lasso M. Auxiliar en Salud Oral C.C. 1.080.203.136 T.P. # 078	

Powered by CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
813010966 - 1

CERTIFICACION MEDICA

Certificado No.: **10000751**
Fecha de Registro: 13-may-2025
Historia No.: 1016120710

Entidad Administradora: **NUEVA EPS**

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente: MATEO TEJADA LASSO
Sexo: M
Ciudad de residencia: LA ARGENTINA, HUILA
Dirección residencia: , VEREDA EL ROSARIO, EL ROSARIO

No.identificación : RC: 1016120710
Edad : 3 Años
Estado civil: MENOR DE EDAD
Teléfono: 3218365355

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso : 14 Kg Talla : 98 cm

CAMPO VISUAL

Ojo Derecho : Visión normal Ojo Izquierdo : Visión normal

OBSERVACIONES GENERALES

MENOR DE 3 AÑOS SIN ANTECEDENTES PAOTLOGICOS DE IMPORTANCIA , CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA AFEBRIL HIDRATADO SIN ALTERACIONES PAOTLOGICAS AL EXAMEN FISICO , MENOR CON AUDICION Y VISON NORMAL, SE CERTIFICA QUE PUEDE CONVIVIR EN COMUNIDAD BAJO LA SUPERVICIONDE UN ADULTO RESPONSABLE SIN COMPLICACIONES

LOPEZ ALVEAR LIZET MARCELA
MEDICINA GENERAL
Registro Medico No. 1087047830
Documento Medico No. CC 1087047830

Firma del profesional de la salud

Powered by CamScanner

	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 HCB Mi Pequeño Mundo, 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): Mateo Tejada Lasso con RC No 1.016.120.710. 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).

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 01 del mes Febrero del año 2025, en el Municipio de La Argentina Huila

Diana Lasso
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Alexandra Rojas
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2 P2 CE	11/07/2024
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 5	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 Mateo Tejada lasso identificado (a) con documento de identidad número 1 016 120 710, 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 Diana Anayibi lasso Dazo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1 080 263 754, 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 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 la **Fundación 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 **HCB Comunitaria**

Suscriben:

Firma: Diana lasso
Nombre: Diana Anayibi lasso Dazo
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 321 836 5355.
Fecha: 01/02/25.
Municipio: La Argentina Huila

Powered by CamScanner

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

La Argentina Huila, 1 de febrero de 2025

Señores
HCB MI PEQUEÑO MUNDO
VEREDA EL ROSARIO

ASUNTO: AUTORIZACION PARA LA ENTREGA Y RECOGIDA DE MI HIJO

Cordial saludo,

Yo, Diana Anatibi lasso Data como madre de familia, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.080.263.754 y Cristian Antono Tejada como padre de familia, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.024.503.788; **AUTORIZO** a las siguientes personas:

Derly Johanna Rojas c.c. 1.080.261.405
Elsa Idaly Data c.c. 26.527.766
_____ c.c. _____

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) Mateo Tejada lasso de la profesora Alexandra Rojas.

Se entrega copia de las cedulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

Diana lasso

carrera 2 No 2 sur-14
contabilidadgrupolibertad@gmail.com
CEL: 3116328780
Tarqui Huila

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.080.261.405
ROJAS DAZA
APELLIDOS
DERLY JOHANNA
NOMBRES

Derly Johanna Rojas Daza
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-OCT-1988
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 ESTATURA
A+ G.S RH
F SEXO
02-FEB-2007 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO de cero a Siempre

Ciudad: la Argentina Huila

Nombre completo de la niña o niño: Mateo Tejada Lasso

Fecha de nacimiento: 03 09 2021 N° Documento de identidad: 1016. 120 710

Sexo: Masculino ⊗ Femenino ○ Fecha de tu día de atención en el año: 05 02 2025.

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador: Alexandra Rojas.

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: [amarillo] Perfil de desarrollo: Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales:

Mateo es un niño que se comunica fluidamente, juega en grupo, es autónomo en sus rutinas, salta con agilidad y demuestra agrado al realizar sus propósitos.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador: Alexandra Rojas.

Fecha de registro cualitativo: 30 09 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: [azul] Perfil de desarrollo: Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales:

Mateo es un niño muy inteligente, se destaca por su autonomía y compañerismo, su desarrollo es acorde para su edad.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador: Alexandra Rojas

Fecha de registro cualitativo: 30 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: [rojo] Perfil de desarrollo: Alerta ○ Esperado ⊗ Avanzado ○

Observaciones generales:

Mateo es un niño muy inteligente y autónomo, se destaca por su buena coordinación motriz, salta, trepa con facilidad, su desarrollo es acorde para su edad.

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

Powered by CamScanner

Valoración Cualitativa	Relación con los demás														Relación consigo mismo/a												Relación con el mundo									
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			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																																				
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																																				

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

Powered by CamScanner