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

HCB MI PEQUEÑO MUNDO

USUARIO: Elsy Stephanie Ultengo Pajas **No. R.C.** 1.020.010.753



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	✓		

Powered by CamScanner

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

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	✓		
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.	N/A		
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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61871502

NUIP 1020010753

Datos de la oficina de registro — Clase de oficina: Notaría ☐ Número 55 — Número 13 — Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 5 11

Departamento, Municipio, Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. - NOTARIA 55 BOGOTA DC

Datos del inscrito — Primer Apellido: ULTENGO — Segundo Apellido: ROJAS

Nombre(s): ELSY STEPHANIE

Fecha de nacimiento: Año 2021 Mes AGO Día 27 — Sexo: FEMENINO — Grupo sanguíneo: A — Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (Clínica, Hospital, Domicilio, Notaría, Inspección de Policía, Corregimiento o Vereda): COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Certificado de nacido vivo: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO — Número certificado de nacido vivo: 154159278

Datos de la madre o padre para casos de parto múltiple adjuntar una hoja membretada y firmada del mismo sitio, donde el profesional que atendió el parto relacione los nacimientos para el mismo episodio de atención

Apellidos y nombres completos: ROJAS DAZA DERLY JOHANNA

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 1080261405 — Nacionalidad: COLOMBIA

Datos de la madre o padre para casos de parto múltiple adjuntar una hoja membretada y firmada del mismo sitio, donde el profesional que atendió el parto relacione los nacimientos para el mismo episodio de atención

Apellidos y nombres completos: ULTENGO ROJAS JULIAN

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 1004153333 — Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ULTENGO ROJAS JULIAN

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 1004153333 — Firma: Ultengo

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: Año 2021 Mes AGO Día 30

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: SANDRA PATRICIA BECERRA CARDENAS — Nombre y firma

Reconocimiento paterno — Firma: Ultengo

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: SANDRA PATRICIA BECERRA CARDENAS — Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

PARA EFECTOS INTERNACIONALES

Articulo 115 Decreto ley 1260 de 1970

Este registro tiene VALIDEZ PERMANENTE

Articulo 21 ley 962 del año 2005

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Fojas 1 a 1 — 30/08/2021

La presente copia fue tomada de su ORIGINAL que reposa en nuestro Archivo de Protocolo

NOTARIA CINCUENTA Y CINCO (55) DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

31 AGO. 2021

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



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

A-1500150-00613693-F-1080261405-20140822 0039641375A 2

Powered by CamScanner

Sisbén

Fecha de consulta: 01/07/2025

Ficha: 41378/0033010310900000017

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **ELSY STEPHANIE**

Apellidos: **ULTENGO ROJAS**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1020010753**

Municipio: **La Argentina**

Departamento: **Huila**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 25/02/2025

Ultima actualización ciudadano: 25/02/2025

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:	CARLOS ANDERSON ACOSTA VALDEZ
Dirección:	Calle 6 No 3 - 52
Teléfono:	3176617965
Correo Electrónico:	administradorsisben@laargentina-huila.gov.co

Powered by CamScanner

Electrohuila

SU CODIGO CUENTA NIU

6065<8615

TOTAL A PAGAR

$ 40.690

FACTURA DE VENTA No.

INFORMACION CLIENTE

Cliente PANTALEON BURBANO MEDINA
Direccion VIA EL ROSARIO
Municipio LA ARGENTINA
Clase de Servicio Residencial

INFORMACION TECNICA

Nivel de Tension 1 SECUNDARIA
Clase Contribuyente C
Grupo 4

INFORMACION CONSUMO

Lectura Actual 6275
Factor 1
Consumo Mes 94

ULTIMOS CONSUMOS



Mes Consumo	
DIC	94
OCT	90
AGO	84
JUN	15
ABR	12
FEB	92
DIC	78

CALIDAD DEL SERVICIO

ULTIMO PAGO

Fecha
Valor $

LIQUIDACION CONSUMO PERIODO

Consumo (Kwh)	Tarifa $/Kwh	Valor Total $
47.0	519.674	48131
47.0	522.905	48175

Valor Total Energia del Periodo	$	92.360
Valor Subsidio Contribución (%)	$	- 53.608
Valor Total Energia Facturada	$	38.752

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR $		
CONSUMO ELECTRICO	$ 92.360	OTROS CARGOS	$ 0
PROYECT. ALUM. PUBL. (C	$ 1.938	ALCANCE P	$ 1.938
SUBSIDIO	$ - 53.608	VALOR ELECTRICIDAD	$ 38.752

TOTAL A PAGAR

$ 40.690

ELECTRODOMESTICOS

CONSUMO | C. PERD | TOTAL CON | SUBSIDIO

FINANCIACIONES

FINANCIACION | C. PERD | TOTAL FIN | SALDO FIN CUENTA

Valor $ | No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACION DEL SERVICIO

Gm: 419.0 Tm: 55.0 PRn m: 96.0 Dr,m 263.0 Rm: 3.0 Cv,m: 14
5.0 Clv,n,m: 982.5245 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO | VALOR | INFO. CONSUMO | INT. MORA

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	1020010753
NOMBRES	ELSY STEPHANIE
APELLIDOS	ULTENGO ROJAS
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	01/06/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/24/2025 13:25:44	**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

Famisanar 454 stephanie ulloa 80
27 Agosto 2021 1010016458 Primera infancia

Mis controles



Escribe aquí los datos significativos de la salud del niño o niña.

Fecha de Atención	Edad	Peso	Talla	PC	Próximo Control	Responsable del Control
18/02/2022	5m 27d	6011	693	40.2	27 Febrero 6 meses vacunación	
08-06-23	2 m 1d	5p8	577	424	15	Rosa
16-11-2023	12A 2M	9.5	82.5	45.1	PB 13	
24-04-2024	2A 8M	103	93 3	46 2	PB 12	
16-05 2025	9A	23.6	97	47	BTA - Septiembre 2026	Jofe Silva.
PROXIMO CONTROL 14-09-26.						

Observaciones: _____

Interconsultas: _____

Powered by CamScanner

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer — Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida — Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

Valor reportado TSH:

Fecha verificación:

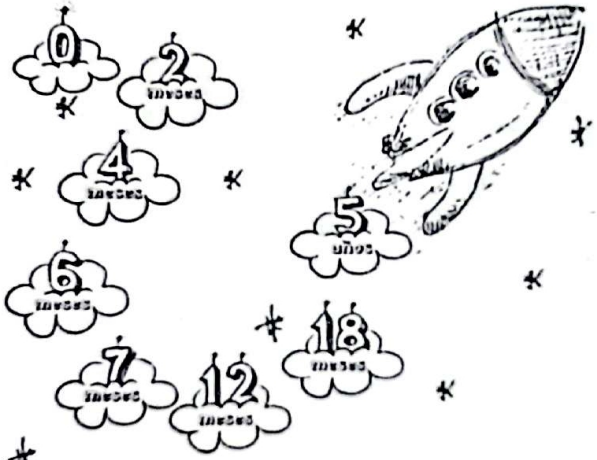
Profesional que verificó:

Exíalo

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

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Eliz Stephanie Alfonso Rojas
Fecha de nacimiento: 27 Agosto 2021
Nº de certificado de nacido vivo: 66159773
Registro civil: 1020010755
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: A+
Peso al nacer: 3125 Gramos
Dirección: Kr 105 #22-63
Teléfono: 3219553480
Responsable: Daily Johanna Rojas Castro
Municipio de residencia: Bogotá DC
Departamento: Bogotá DC
1080204405

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



¡PROSPERIDAD PARA TODOS

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

Nombre: Elsy Ulloa Rojas Registro Civil: 1020010153

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 Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva SI(x) No( )							
	Tuberculosis B.C.G.	Única						
	Hepatitis B	Recién nacido						
2 Meses	Lactancia materna exclusiva SI( ) No( )							
	Polio (Oral - IM)	1°	02 NOV 2021	Quinvaxem				
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1°	02 NOV 2021	Quinvaxem				
	Rotavirus	1°		GSK	ARDLB248AA			
	Neumococo	1°		GSK	ASPNB385BA			
4 Meses	Lactancia materna exclusiva SI( ) No( )							
	Polio (Oral - IM)	2°	12 ENE 2022	Bilthoven	210300A			
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2°	12 ENE 2022	Serum	28509021F			
	Rotavirus	2°	12 ENE 2022	GSK	ARDLB248AC			
	Neumococo	2°	12 ENE 2022	GSK	ASPNB385BA			
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3°	8/3/2022	SANOFI	214006	COLSUBSIDIO	12 MARZO 22	
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3°	8/3/2022	SERUM	28509038A1	RESTREPO		
7 Meses	Influenza	1°	19 julio 22		V5022206	COLSUBSIDIO	RESTREPO	
	Influenza	2°	19 agosto 22	GC-FLU	V5022206	VESUVIO LA		
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1°	31 agosto 22	SERUM	CDW176A	U. VICTORIA		
	Fiebre Amarilla	1°	18 MAR 2023	SANOFI	U3N2	CRUZ VERDE		
	Neumococo	Refuerzo	31 agosto 22	GSK	ASPNB385BB	U. VICTORIA	27 08 22	
	Influenza	Anual						
	Hepatitis A	ÚNICA	31 agosto 22	MSD	U025717	U. VICTORIA		
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) Penta	1° Refuerzo	18 MAR 2023	SERUM	28514021D	CRUZ VERDE		
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	18 MAR 2023	Bilthoven	214104			
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	18 MAR 2023	SERUM	01314045B	CRUZ VERDE		
Niñas 9 Años o más	VPH	1°						
	VPH	2°						
	VPH	3°						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	1RS	31 ago. 10/22	MSD	U026782	U. VICTORIA		
	Neumococo	2	26 8 22					

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.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Elsy Estephanie ultengo.	**DOCUMENTO:** 1020010753
CONTROL DE PLACA **FECHA DE ATENCIÓN:** 03 sept 2025	**PROXIMO CONTROL:** 03 Abril 2026
EXPEDIDO POR: Karina Garcia Martinez Auxiliar en Salud Oral CC 1094154284	

Powered by CamScanner

	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 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): Elsy Stephanie Ulloque Rojas con RC No 1.020.010.753. 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

Delly Johanna Rojas
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 Elsy Stephanie Villegas Rojas identificado (a) con documento de identidad número 1080 010 753 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, Derly Johanna Rojas Data, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1080 261 405, 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: Johanna Rojas
Nombre: Derly Johanna Rojas
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3219553480
Fecha: 01/02/25
Municipio: Los Argentinos 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, Daly Johanna Rojas Daza como madre de familia, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.080.261.405 y Julian Ullengo Rojas como padre de familia, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.004.153.333; **AUTORIZO** a las siguientes personas:

Julian Eduardo Lasso Daza c.c. 1.080.266.
Elsa Idaly Daza Muñoz C.c. 26.527.706.
_____ C.c. _____

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) Elsy Stephanie Ullengo Rojas de la profesora Alejandro Rojas.

Se entrega copia de las cedulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

Daily Johanna Rojas.

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

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.080.266.883**

LASSO DAZA

APELLIDOS

JULIAN EDUARDO

NOMBRES

Julian Eduardo Lasso

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-JUL-1999**

LA ARGENTINA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA

B+ G.S. RH

M SEXO

26-JUL-2017 LA ARGENTINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1904700-00944687-M-1080266883-20171009 0057956329A 2 48429660

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

de cero a siempre

Ciudad: La Argentina Huila

Nombre completo de la niña o niño: Elsy Stephanie Ulluque Rojas

Fecha de nacimiento: 29 08 2021 N° Documento de Identidad: 1.020.040.933

Sexo: Masculino ○ Femenino ⊗ Fecha de tan día de atención en el año: 03 02 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador: Alexandra Yolanda Rojas Poso

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

Stephanie es una niña muy inteligente, se destaca por su autonomia. Su desarrollo intelectual y cognitivo es acorde a su edad.

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 07 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

Stephanie es una niña muy inteligente y autonoma, se destaca por su buen comportamiento 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 resgistro 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: Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ⊗ Avanzado ○

Observaciones generales

Stephanie es una niña que se destaca por su inteligencia y autonomia, tiene un buen desarrollo motriz tanto fino como grueso. 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 misma/o												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
0 a 6 meses	① ② ③	① ② ③	① ② ③	④ ⑤	④ ⑤	④ ⑤	⑥ ⑦	⑥ ⑦	⑥ ⑦	⑧ ⑨	⑧ ⑨	⑥ ⑨	⑩	⑩	⑩	⑪ ⑫	⑪ ⑫	⑪ ⑫	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑮ ⑯	⑮ ⑯	⑮ ⑯	⑰ ⑱	⑰ ⑱	⑰ ⑱	⑲ ⑳	⑲ ⑳	⑲ ⑳	㉑ ㉒	㉑ ㉒	㉑ ㉒	㉓ ㉔	㉓ ㉔	㉓ ㉔
6 meses y 1 día a 12 meses	① ②	① ②	① ②	③ ④	③ ④	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑪ ⑫ ⑬ ⑭	⑪ ⑫ ⑬ ⑭	⑪ ⑫ ⑬ ⑭	⑮ ⑯	⑮ ⑯	⑮ ⑯	⑰ ⑱	⑰ ⑱	⑰ ⑱	㉑	㉑	㉑	㉒ ㉓	㉒ ㉓	㉒ ㉓	㉔ ㉕	㉔ ㉕	㉔ ㉕	㉖ ㉗	㉖ ㉗	㉖ ㉗	㉘ ㉙	㉘ ㉙	㉘ ㉙
1 año y 1 día a 2 años	① ②	① ②	① ②	③ ④	③ ④	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑪ ⑫ ⑬ ⑭	⑪ ⑫ ⑬ ⑭	⑪ ⑫ ⑬ ⑭	⑮ ⑯	⑮ ⑯	⑮ ⑯	⑰ ⑱	⑰ ⑱	⑰ ⑱	㉑	㉑	㉑	㉒ ㉓	㉒ ㉓	㉒ ㉓	㉔ ㉕	㉔ ㉕	㉔ ㉕	㉖ ㉗	㉖ ㉗	㉖ ㉗	㉘ ㉙	㉘ ㉙	㉘ ㉙
2 años y 1 día a 3 años	① ② ③	① ② ③	① ② ③	④ ⑤	④ ⑤	④ ⑤	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑨	⑨	⑩ ⑪ ⑫ ⑬	⑩ ⑪ ⑫ ⑬	⑩ ⑪ ⑫ ⑬	⑭ ⑮	⑭ ⑮	⑭ ⑮	⑯	⑯	⑯	⑲	⑲	⑲	⑳ ㉑	⑳ ㉑	⑳ ㉑	㉒ ㉓	㉒ ㉓	㉒ ㉓	㉔ ㉕	㉔ ㉕	㉔ ㉕	㉖ ㉗	㉖ ㉗	㉖ ㉗
3 años y 1 día a 4 años	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	⑥ ⑦	⑥ ⑦	⑥ ⑦	⑧ ⑨ ⑩ ⑪	⑧ ⑨ ⑩ ⑪	⑧ ⑨ ⑩ ⑪	⑫	⑫	⑫	⑬ ⑭ ⑮ ⑯	⑬ ⑭ ⑮ ⑯	⑬ ⑭ ⑮ ⑯	⑰ ⑱	⑰ ⑱	⑰ ⑱	⑲	⑲	⑲	㉒	㉒	㉒	㉓ ㉔	㉓ ㉔	㉓ ㉔	㉕ ㉖	㉕ ㉖	㉕ ㉖	㉗ ㉘	㉗ ㉘	㉗ ㉘
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	① ②	① ②	① ②	③	③	③	④ ⑤	④ ⑤	④ ⑤	⑥	⑥	⑥	⑦	⑦	⑦	⑧ ⑨	⑧ ⑨	⑧ ⑨	⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑮ ⑯	⑮ ⑯	⑮ ⑯	⑰ ⑱	⑰ ⑱	⑰ ⑱

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

Powered by CamScanner