Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025	Versión: 1

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS NIÑO/A PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

UDS: KWESX FXIW WESX-SEMILLITAS DE AMOR 1
PARTICIPANTE: LESLY JASMIN MESA QUEBRADA
RC X No. 1084579904



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotografía física, va sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	Si		
Fotocopia del documento de identidad (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez	Si		
Fotocopia del criterio de focalización según la guía del ICBF. – ó Acta de visita para criterios de focalización	Formalización del cupo	Actualización cada 3 meses	Si		
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo y Seguimiento	Cada 3 meses	Si		

Fotocopia de la valoración integral en salud/ control de crecimiento y desarrollo	Seguimiento	Cada vez que el participante asista a la valoración según esquema establecido			
Copia del carnet de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el participante 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. (Copia del 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 uso de imágenes	Formalización del cupo	Una sola vez			
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya novedades			
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez	SI		
Fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia	SI		

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP [illegible]

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59236255

59236255

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria ☐ Notaria ☐ Número ☐☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ **Código**

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

[illegible]

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
[illegible]	QUEBRADA

Nombre(s)

[illegible] JASMIN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año [illegible] Mes [illegible] Día [illegible]	FEMENINO	[illegible]	[illegible]

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

COLOMBIA HUILA IQUIRA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	[illegible]

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

QUEBRADA CHACA RUTH MERY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.061.413.317	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

MESA CHINDICUE WILSON

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.084.577.008	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MESA CHINDICUE WILSON

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.084.577.008	Wilson Mesa Chindicue

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 [illegible] Mes [illegible] Día [illegible]	CRISTOBAL VILLANUEVA ARAGONES R Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

PUEBLO NASA
REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL HUILA
MUNICIPIO DE NÁTAGA
RESGUARDO INDÍGENA DE LLANO BUCO (BUKJ UKUE)
NIT No 813009725-1

CERTIFICADO

La suscrita Erika Paola Arango Cayapu, en calidad de autoridad política del Resguardo Indígena de Llano Buco (Bukj Ukue), municipio de Nátaga

CERTIFICA

Que **Lesly Jasmin Mesa Quebrada**, identificada Registro Civil N° **1.084.579.904**, es indígena reconocida del pueblo Nasa. Nacida y criada dentro del territorio del Resguardo Indígena de Llano Buco, ha vivido en armonía con nuestras tradiciones, compartiendo y practicando los usos y costumbres propios de nuestra comunidad.

Además, su labor ha contribuido al fortalecimiento de la identidad cultural y al desarrollo del tejido social, promoviendo los valores ancestrales del pueblo Nasa y el bienestar del territorio.

Dado y firmado a los 11 días del mes de septiembre de 2025, en la oficina del Cabildo Indígena de Llano Buco, Nátaga, Huila.

Firman

ERIKA PAOLA ARANGO CAYAPU
Gobernadora Principal
CC. 1.084.868.979

ABDÍAS CUSPIAN CUETUMBO
secretario general
CC.1.002.980.013

Resguardo indígena de Llano Buco (Bukj Ukue), cel. 3157204399 email: resguardollanobuco@gmail.com

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	1084579904
NOMBRES	LESLY JASMIN
APELLIDOS	MESA QUEBRADA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	IQUIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/02/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/08/2025 09:19:30	**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 reportado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999

DIA	HORAS	CUMPLIDO SI	CUMPLIDO NO	PERSONAL QUE ATENDIO
6		/		
		/		

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

AÑO	MES	DIA	PESO (Kg)	TALLA (cm)	PERÍMETRO BRAQUIAL(cm)
2024	Junio	06	17.9.	94	15
2026	Junio	06	17.9	98cm.	17.

HOSPITAL
María Auxiliadora
E.S.E. IQUIRA - HUILA
COD 41350047401 Nit. 891.103.968-1



CARNÉ DE SALUD
NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS

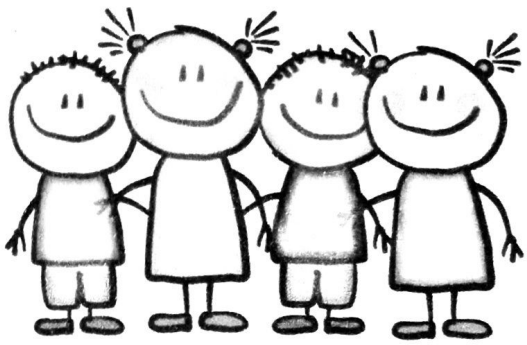
Nombres: Lesly Jazmin Mesa
Apellidos: Mesa Quebrada
Fecha de Nac miento: 21-03-2021
Registro Civil: 1.084 579904
Municipio: Iquira
Dirección: Huila
Barrio o Vereda: V/ llano Bocco
Nombre del responsable de la niña: luz Mery
Historia Clinica No: 1.084579904
Organismo de Salud: AIC

ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS CUANDO LOS AGENTES DE SALUD SE LO RECOMIENDEN

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

AÑO	MES	DIA	PESO (Kg)	TALLA (cm)	PERÍMETRO BRAQUIAL(cm)
2024	Junio	06	17.9.	94	15
2026	Junio	05	17+9	98cm.	17.

HOSPITAL
María Auxiliadora
E.S.E. IQUIRA - HUILA
COD 41350047401 Nit. 891.103.968-1



CARNÉ DE SALUD
NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS

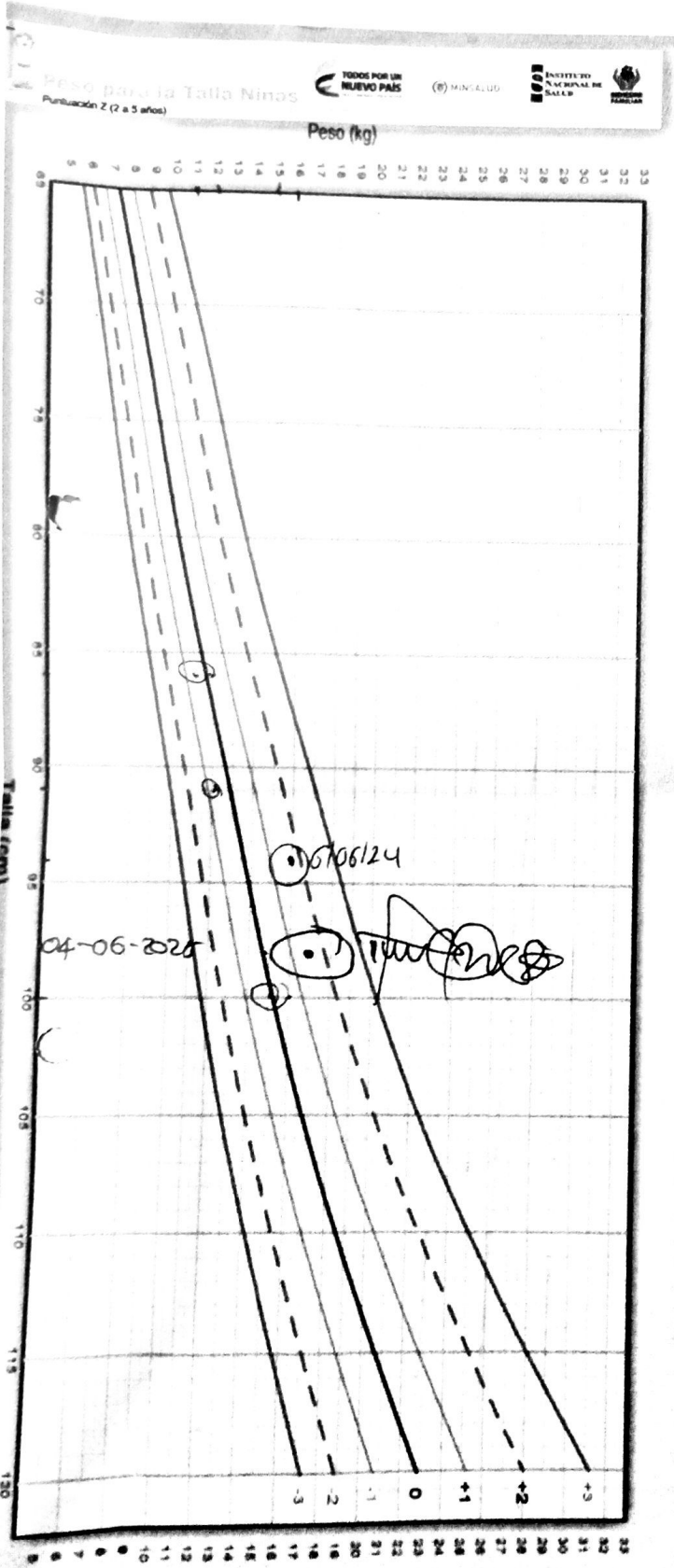
Nombres: Leidy Jazmin Mesa
Apellidos Mesa Quebrada
Fecha de Nacimiento 21-03-2021
Registro Civil: 1.084.579904
Municipio: Iquira
Dirección: Huila
Barrio o Vereda: V/ llano Bocco
Nombre del responsable de la niña: Luz Mery.
Historia Clínica No: 1.084579904
Organismo de Salud: AIC

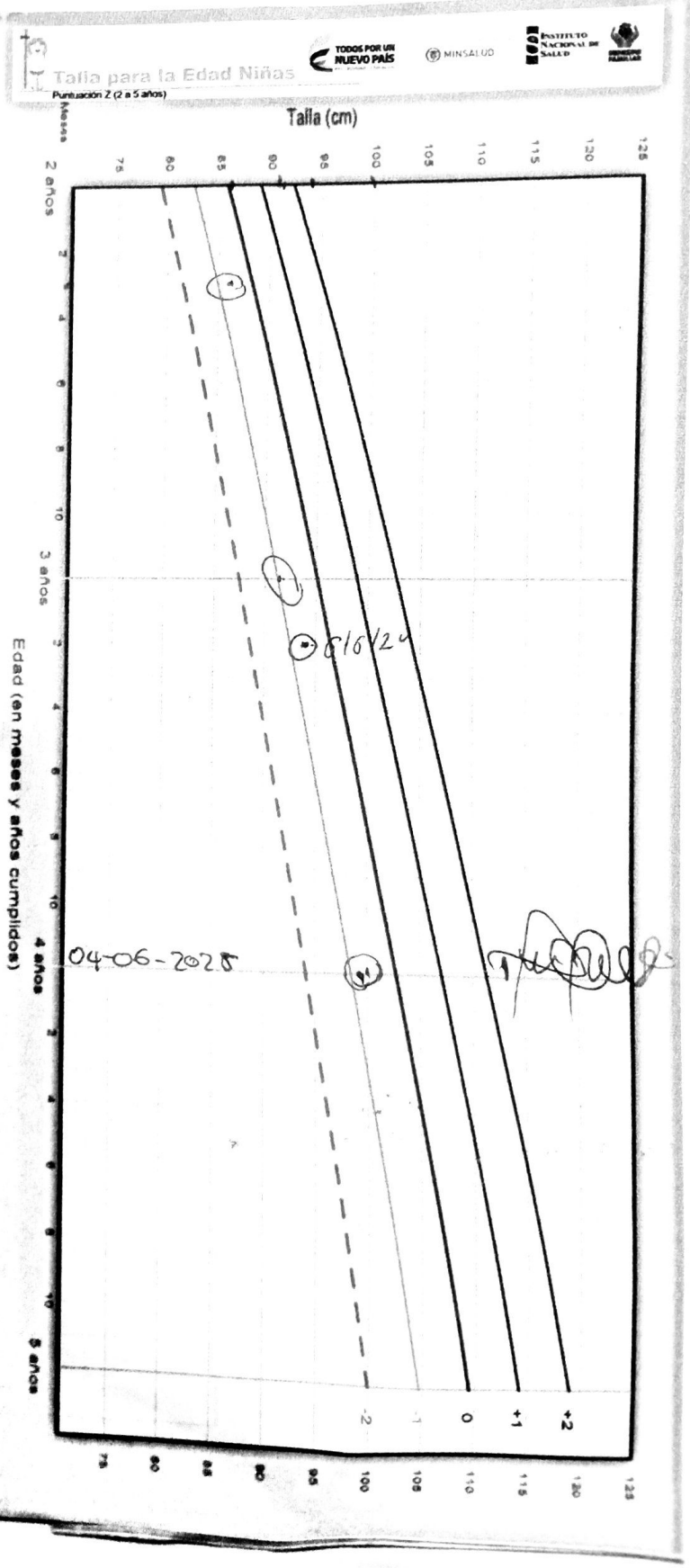
ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS CUANDO LOS AGENTES DE SALUD SE LO RECOMIENDEN

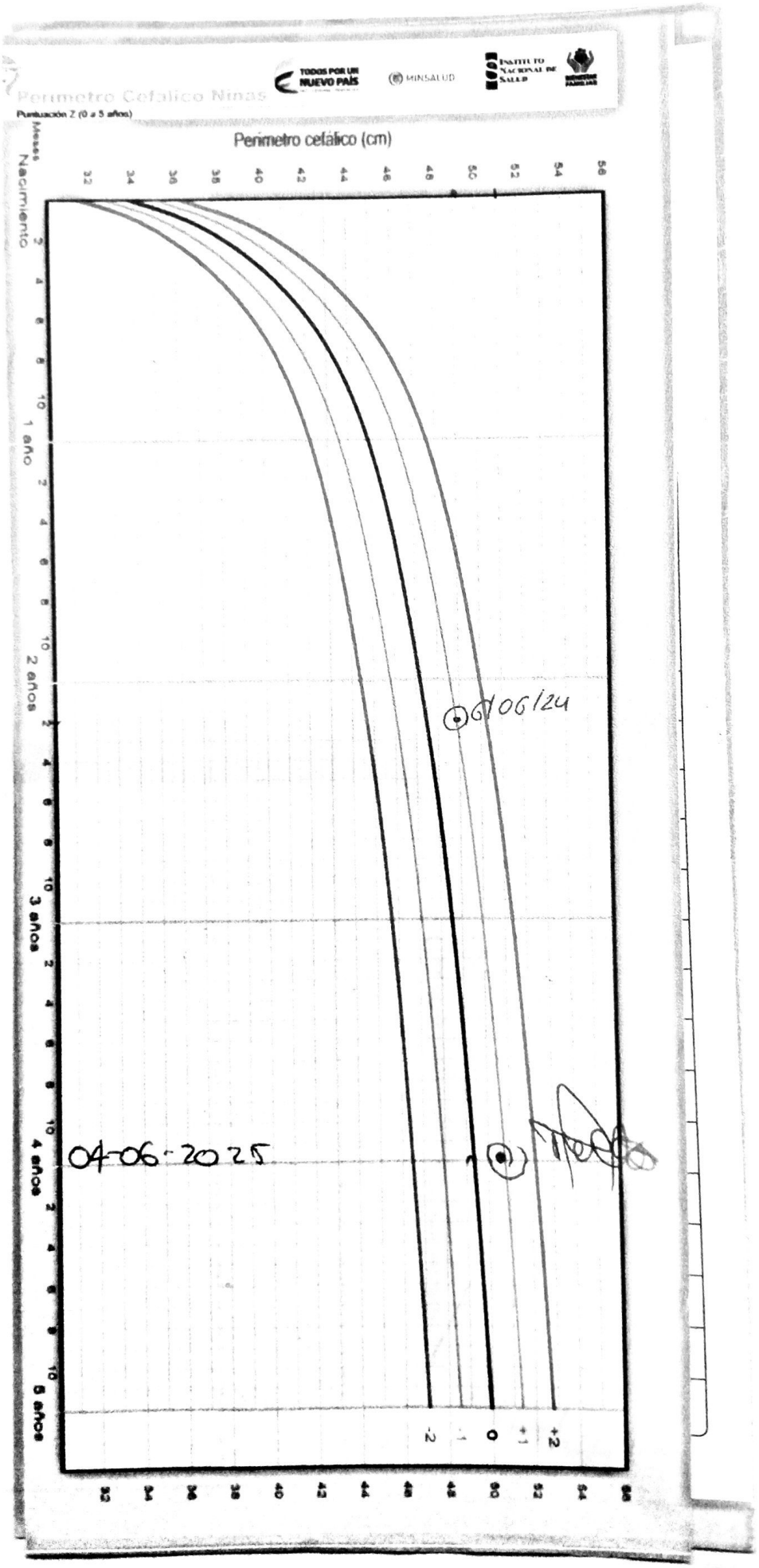
"Atención con Calidad"

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORAS	CUMPLIDO SI	CUMPLIDO NO	PERSONAL QUE ATENDIO
2024	6	6		/		
2025	6			/		
2026	Junio					


Peso para la Talla Niñas
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
MINSALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Puntuación Z (2 a 5 años)
Peso (kg)
Talla (cm)
-3
-2
-1
0
+1
+2
+3
06/06/24
04-06-2025


Talla para la Edad Niñas
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
MINSALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Puntuación Z (2 a 5 años)
Talla (cm)
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
-2
-1
0
+1
+2
06/06/24
04-06-2025


Perímetro Cefalico Niñas
Puntuación Z (0 a 5 años)
Perímetro cefálico (cm)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
06/06/24
04-06-2025

...ENTO Y DESARROLLO GRATUITO
...E INSCRIPCION TEMPRANA
Fecha:
...R CONTROL MEDICO
...vida
Fecha:
...ENTO POR ENFERMERÍA

...de cita ...amada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió

...recibir suplementos con Hierro y Vitamina ...los 6 meses hasta los 5 años de edad, de ...la estrategia **AIEPI**.

...cha	Edad	Fecha
	42 meses	
	48 meses	
	54 meses	
	60 meses	
	66 meses	

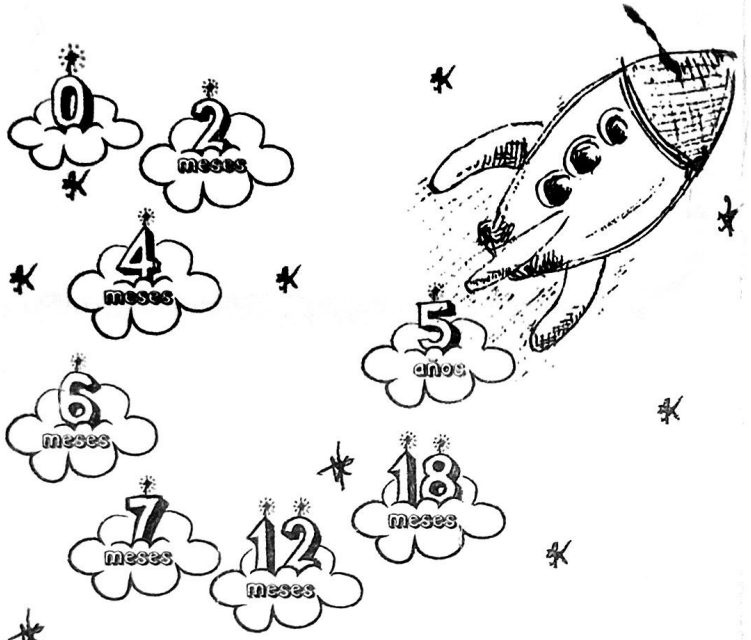
...debe realizar toma de TSH al momento ...e hipotiroidismo.

...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

Hija de Kathy M Quebrada – 3

MinSalud

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Lesly Jasmin Mesa
Fecha de nacimiento: 21 03 2014
Nº de certificado de nacido vivo: ----------
Registro civil: 1.054.571.904
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: ----------
Peso al nacer: 3985
Dirección: V Ilona bajo
Teléfono: 3187846947
Responsable: Madre
Municipio de residencia: Iquira
Departamento: Huila
C+ 3182103467

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD

Nombre: _____ **Registro Civil:** _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación (Día Mes Año)	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita (Día Mes Año)	Nombre
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Tuberculosis B.C.G.	Única	26-03-21	Serum	0316007F3/22	ESE Hla		
	Hepatitis B	Recién nacido	26-03-21	Serum	0320401306F6/23	ESE Hla	Mayo 26/21	Adira
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	1ª	26-06/21	Biologica	20210007F3/22	Hospital		
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	26-06/21	Serum	2850408	Hosp		
	Rotavirus	1ª	26-06/21	GSK	[illegible]	Hosp		
	Neumococo	1ª	26-06/21	GSK	[illegible]	Hosp	Agosto 26/21	Adnira
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	2ª	18-08/21	Biologica	20210008F3/23	ESE HMA		Adira
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	18-08/21	Serum	2850408	ESE HMA		Adira
	Rotavirus	2ª	18-08/21	GSK	[illegible]	ESE HMA		Adira
	Neumococo	2ª	18-08/21	GSK	[illegible]	ESE HMA	Oct 18/21	Adira
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	23-10-21	Biologica	21050011F3/23	ESE Hla		Adira
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	18-10-21	Serum	2850408	ESE HMA		Adira
	Influenza	1ª	18-10-21	Vaxigrip	V3C13F1/22	ESE Hla		Adira
7 Meses	Influenza	2ª	1-11-21	Vaxigrip	V3C13F1/22	ESE Hla		Adira
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	25-03-22					Nayely
	Fiebre Amarilla	1ª	14/03/23	Sanofi	V3C08	ESE HMA		Adira
	Neumococo	Refuerzo	25-03-22	GSK	[illegible]	ESE HMA		Nayely
	Influenza	Anual	27-5-23	Green	V5052300[illegible]	ESE HMA		Adira
	Hepatitis A	ÚNICA	25-03-22	MSD	U02917 F.S	ESE HMA		Nayely
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	14/03/23	Serum	2851X040C	ESE HMA		Nayely
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	14/03/23	BV	2206012	ESE HMA	Marzo 2026	
	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo						
5 Años	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo	14/03/23	Serum	0131N107B	ESE HMA		Nayely
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1°						
Niñas 9 Años o más	VPH	2°						
	VPH	3°						
	VPH	1	25-03-22	HCB	0019269F6-23	ESE HMA		Adira
Vacunas complementarias y otras dosis	varicela.							
	Sarampión Rubeola	2	9-10-23	Serum	0122W108	ESE HMA		Nayely

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.

...MIENTO Y DESARROLLO GRATUITO		
...ON E INSCRIPCIÓN TEMPRANA		
...	Fecha:	
...ER CONTROL MEDICO		
...e vida	Fecha:	
...MIENTO POR ENFERMERÍA		
...de cita ...amada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió

...recibir suplementos con Hierro y Vitamina ...los 6 meses hasta los 5 años de edad, de ...la estrategia **AIEPI**.

...cha	Edad	Fecha
	42 meses	
	48 meses	
	54 meses	
	60 meses	
	66 meses	

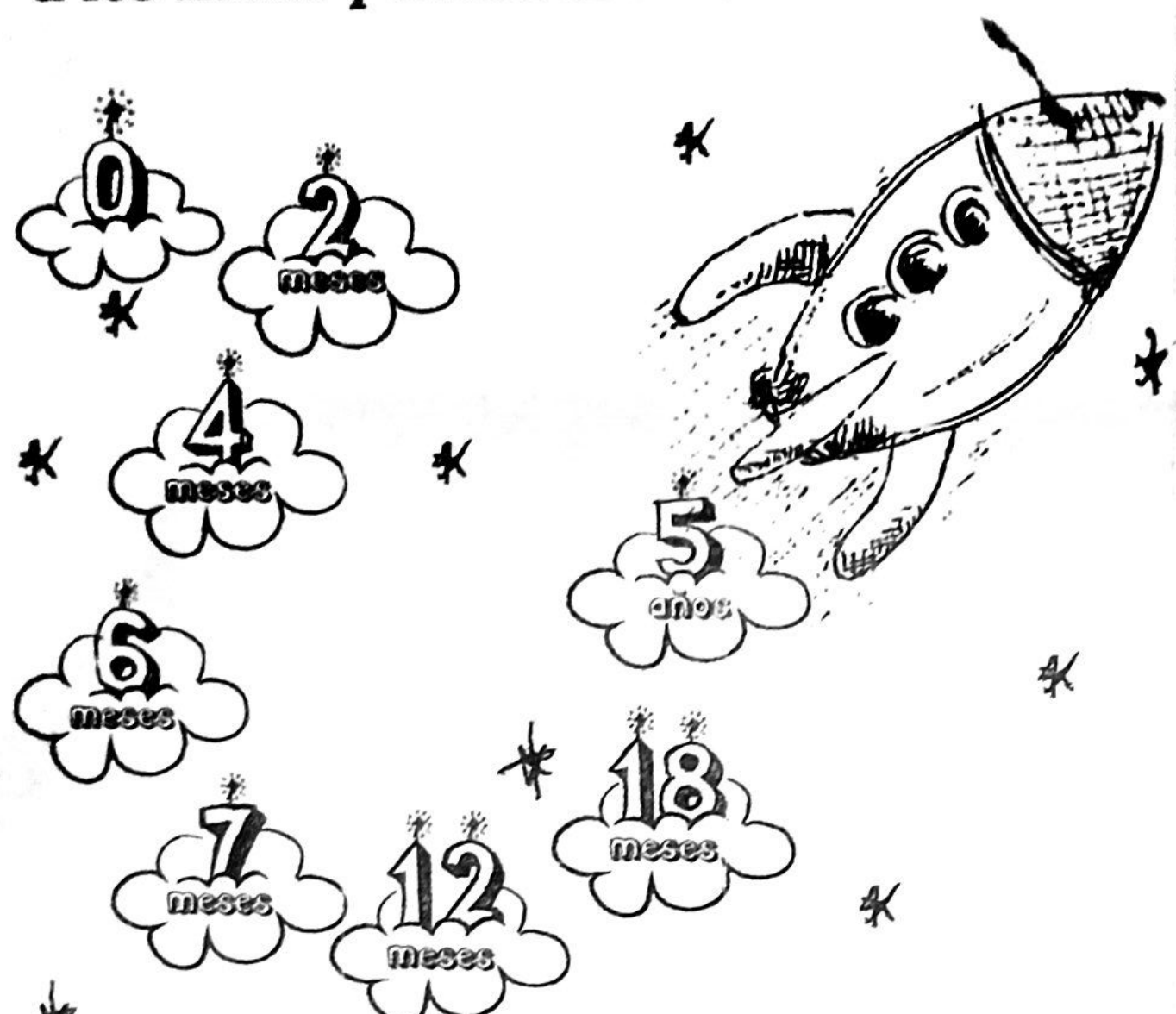
...debe realizar toma de TSH al momento ...de hipotiroidismo.

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

Hija de Ruth M
Quebrada - 3

República de Colombia
MinSalud

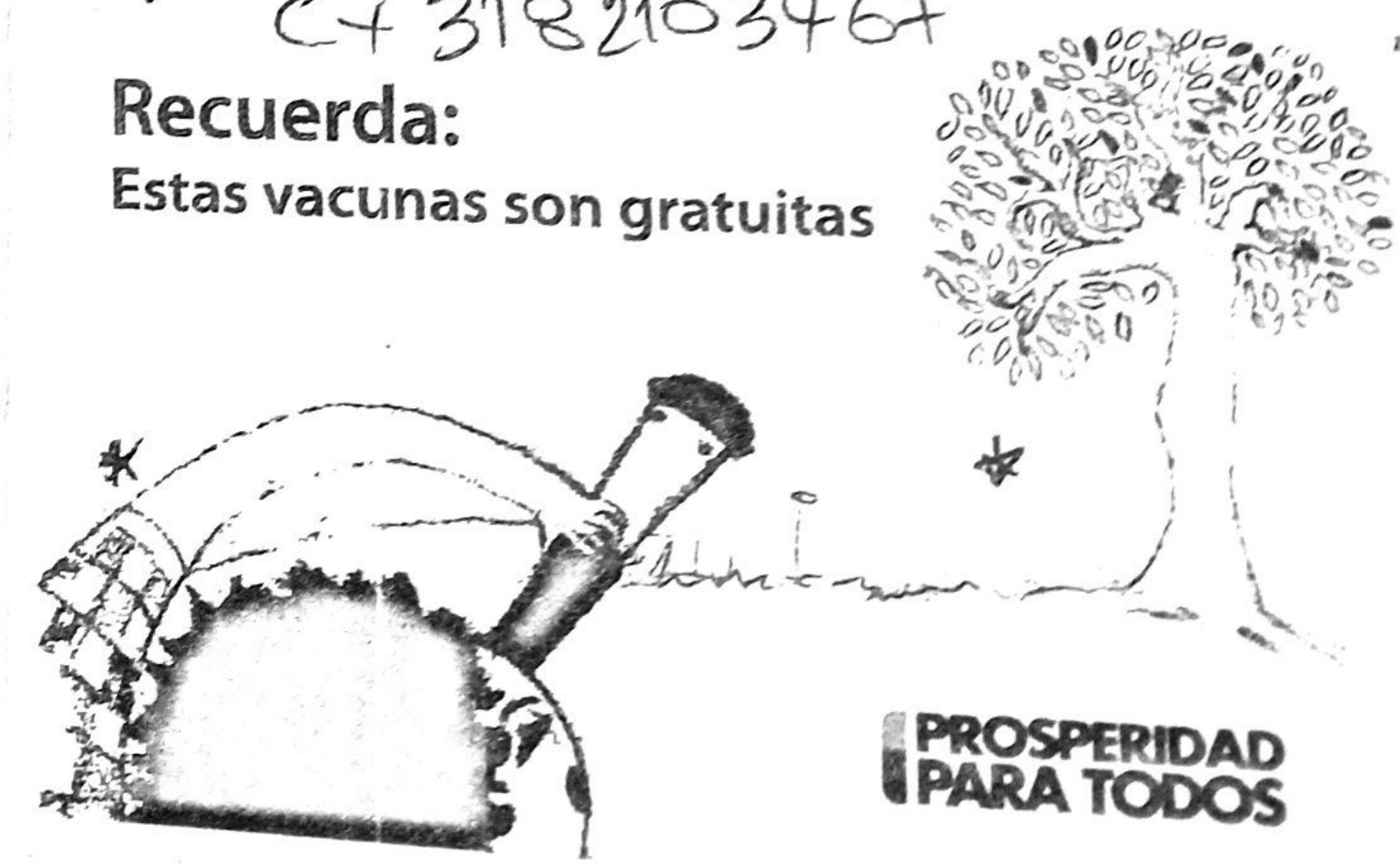
Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Lesly Jasmin Mesa
Fecha de nacimiento: 21 03 2021
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1.084574.904
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3985
Dirección: V. Llano buco
Teléfono: 3187846947
Responsable: Leidy
Municipio de residencia: Iquira
Departamento: Huila
C+ 3182103467

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Este carnet se presenta en la consulta higiene oral

3. BUENA ALIMENTACION

4. VISITA AL ODONTOLOGO

2. USO DE LA SEDA DENTAL

1. BUEN CEPILLADO

"Recuerda que tienes 4 amigos que te ayudaron a mantener una sonrisa saludable"

" PIZX JI PMEE SXIHKA YA EWUYA PAHZ NAMIKU JI PNGU "

Asociación de Autoridades Tradicionales del Consejo Regional Indígena del Huila " CRIHU"
Res. de Registro y Constitución No. 0024 de 15 de Junio de 2004
Código de Habilitación IPSI-CRIHU No. 413960122702

CARNÉ DE PREVENCIÓN PARA LA SALUD BUCAL

Nombre y Apellidos:	Lesly Jasmin Mesa
Fecha de Nacimiento:	21 - marzo - 2021
Identificación:	1084579904
Municipio:	Nataya
Cabildo y/o Resguardo:	Llano Buio

FECHA DE ATENCION				PROXIMA CITA		
Dia	Mes	Año		Dia	Mes	Año
22	11	22	Baniz	Mayo		23
24	05	2023	A. Flor Baniz	24	11	2023
20	11	2023	CPB + Bar.	20	05	2024
17	06	2024	A. Flor Baniz	17	12	2024
04	06	2025	Atlun baniz + CPB	Diciembre		2025

Huellas de Amor	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025	Versión: 1

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 UCA Kwesx fxiw Wesx vinculada a la Entidad Administradora del Servicio CORHUELLAS. 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): Lesly jasmin Mesa Quebra con RC No 1084579404 Para ello me comprometo a:

1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al Unidad de Servicio, 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 UCA, 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 UCA
4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias ingresa y se retira a mi hijo(a) de la UCA.
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 UCA 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 19 del mes Agosto **del año** 2025, en el Municipio de Ubaga.

Ruth Mery Ch.
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Sandra Lucila Cupaz
AGENTE EDUCATIVA

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.	F17.MO12.PP	11/05/2018
		Versión 2	Página **1** de **1**

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Ruth Mery Quebrada Chacu., identificado con Cédula de Ciudadanía No. 7.087 473 377. de la plata., padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Iesly jasmin Plesa Quebrada., identificados con NUIP No. 7084 574 908., usuario de la unidad de servicio kwesx fxiw wesx., manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en Neiva., a los 19 días del mes Agosto de 2025

Datos del padre o acudiente de la/el/los niño(as)

Nombre: Ruth Mery Quebrada Chacu

Firma: Ruth Mery Q.

CC. No. 7.087473377.

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Sandra Lucila Cupuz

Firma: Sandra Lucila Cupuz

CC. No. 55230843

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Nombre completo de la niña o niño Lesly Jasmin Meso Quebrado

Fecha de nacimiento Día Mes Año N° Documento de Identidad

Sexo Masculino ○ Femenino ✓ Fecha de 1er día de atención en el año Día Mes Año

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Sandra Rocha Cepeda

Fecha de registro cualitativo Día 19 Mes 11 Año 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

la usuaria es muy participativa en las diferentes Actividades en cuando a las canciones les Agrado mucho pintar recortar y pegar

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo Día Mes Año

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

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo Día Mes Año

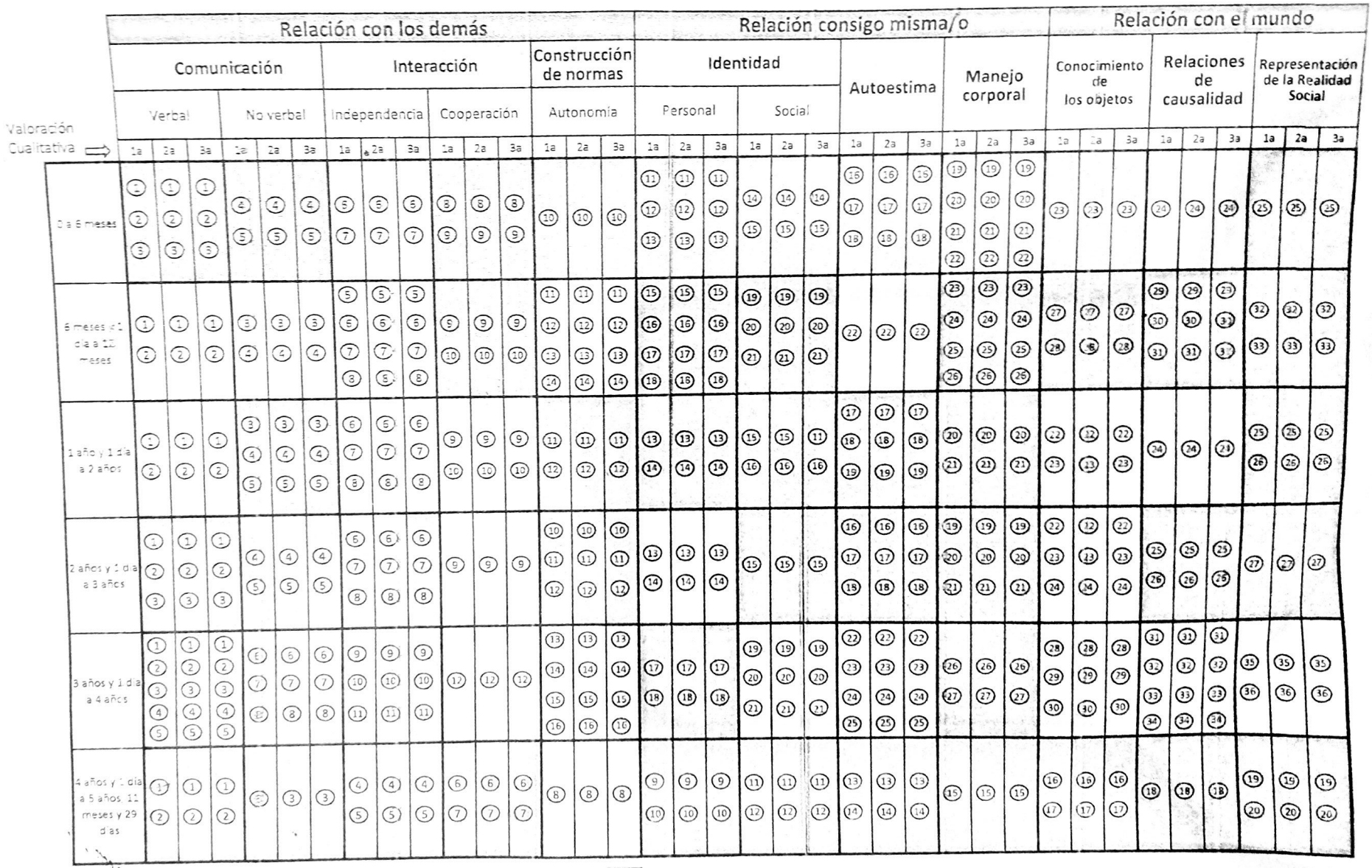
Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa

Perfil de desarrollo
Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

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


Relación con los demás
Comunicación
Verbal
No verbal
Interacción
Independencia
Cooperación
Construcción de normas
Autonomía
Relación consigo misma/o
Identidad
Personal
Social
Autoestima
Manejo corporal
Relación con el mundo
Conocimiento de los objetos
Relaciones de causalidad
Representación de la Realidad Social
Valoración Cualitativa
1a 2a 3a
0 a 6 meses
6 meses a 1 día a 10 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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	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 Lesly Yazmin Mesa Quebrada, identificado (a) con documento de identidad número 1085479404, 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, Ruth Mery Quebrada, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1081413317, 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, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por CORHUELLAS, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa PROPIA E INTERCULTURAL

Suscriben:

Firma: Ruth Mery Quebrada
Nombre: Ruth Mery Quebrada
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3185988076
Fecha: 19-08-2025
Municipio: Nataga

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.081.413.317
QUEBRADA CHACA
APELLIDOS

RUTH MERY
NOMBRES

Ruth Mery Quebrada
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 21-DIC-1993
NATAGA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

27-ENE-2012 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P 1904900 05363308 F 1081413317 20120302 0029354211A 1 37799110

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.084.577.008

MESA CHINDICUE

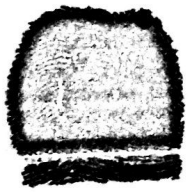
APELLIDOS

WILSON

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-NOV-1988

PAEZ (BELALCAZAR)
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

14-AGO-2007 NATAGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1905000-00158801-M-1084577008-20090608 0012276278A 1 19207411

ElectroHuila
Transmitimos buena energía
Nit 891 180 001-1

SU CODIGO CUENTA NIU
294169841

Para cualquier consulta y pago electrónicos
www.electrohuila.com.co FT -CFE -05 -001

AUTORETENEDORES DE VENTA, REBOL. No 547/2002 DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART.4 REBOL . 000055 DEL 14/07/16 DIAN BOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4 DEL 08/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

FACTURA DE VENTA No. 88286748

TOTAL A PAGAR
$ 860

Documento equivalente según articulo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 26/OCT/2025

FECHAS DE LECTURAS: 09/AGO/2025 a 06/OCT/2025
FECHA SUSPENSIÓN: 28/OCT/2025

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	MESA YASQUI GILBERTO	Nit CC	4724830
Dirección	VDA LLANO DE BUCO	Ruta	6150070270
Municipio	IQUIRA	Ciclo	094
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6580280
Carga Contratada	151	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
8058665	KRI	A	S	00	25392	25390	1	2

Promedio Cuenta 1 Consumo Año Anterior 2 Consumo Anterior 2

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
SEP	2
JUL	1
MAY	1
MAR	3
ENE	1
NOV	3
SEP	2

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU: DIU: HC:
EC: VC: VCD:
VCF: CEC:
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 13/08/2025
Valor $ 3650

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
1.0	999.8811 =	1000
1.0	1074.3526 =	1074

CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)

Valor Total Energía del Periodo	$ 2.074
Valor (Subsidio/Contribución %)	$ - 1.211
Valor Total Energía Facturado	$ 863

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
CONSUMO PERIODO	$ 2.074
AJUSTE DECENA	$ - 3
SUBSIDIO	$ - 1.211

OTROS CARGOS	$ 0
ALUMBRADO P	$ 0
VALOR ELECTROHUILA	$ 860

TOTAL A PAGAR
$ 860

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO C PEND TOTAL CONV SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION C PEND TOTAL FIN SALDO FIN CUOTA

FOES: Consumo Kwh $Kwh Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 398.0 Tm: 56.0 PRn,m: 80.0 Dn,m: 290.0 Rm: 44.0 Cv,m: 2
02.0 CUv,n,m: 1074.3526 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO CAPITAL INT. CORRIENTE INT. MORA

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:	2000648401
Tomador:	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS
Nombre de Asegurado:	LESLY JASMIN MESA QUEBRADA

ID Asegurado:	**Vigencia Desde:**	**Vigencia Hasta:**
1084579904	2025/08/18	2026/02/24

$5.000.000,00 $5.000.000,00

En caso de accidente comunicate a nuestra linea **018000112684.**
Para mas información acerca de la poliza comunicate a nuestras lineas:

Desde Bogotá: 327 4712/13

Línea nacional: 018000111935

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

www.segurosmundial.com.co