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: NAIM MATEO SILVA MESA
RC X No. 1084579902



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			
Fotocopia del documento de identidad (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez			
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			
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo y Seguimiento	Cada 3 meses			

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			
Fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia			

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.084.579.902

Indicativo Serial 59236253

59236253

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE NATAGA - COLOMBIA - HUILA - NATAGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SILVA	MESA

Nombre(s)

NAIM MATEO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes ABR Día 13	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	183637987

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

MESA CHINDICUE MARIA ELSI

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 52.799.109	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

SILVA CAPAZ JOSE MAURICIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.473.236	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SILVA CAPAZ JOSE MAURICIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.004.473.236	

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 ABR Día 21

Nombre y firma del funcionario que autoriza

CRISTOBAL VILLANUEVA ARAGONEZ - R

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

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 **Naim Mateo Silva Mesa**, identificada Registro Civil N° **1.084.579.902**, es indígena reconocido del pueblo Nasa. Nacido y criado 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	1084579902
NOMBRES	NAIM MATEO
APELLIDOS	SILVA MESA
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 09:00:47	**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

QUIEN SOY

Nombres y Apellidos: Naim Mateo Silva Mesa.

Edad: 3 Año: _____ Mes (es) _____

Identificación: 1084579902. T. Sangre O+.

Nombre de Mama: Maria Elsi Mesa. Ocupación Ama de casa.

Nombre de Papa: Jose Mauricio Silva. Ocupación: Agricultor.

Dirección: Vereda Llano Bonito. Tel. o Cel. 316.8283657

DATOS PERSONALES DE REGISTRO DE CRECIMIENTO

Información de Nacimiento

Fecha de Nacimiento DD: 13. MM: Abril AA: 2021

Recién Nacido: Pretermino _____ A termino _____ Edad Gestacional _____

Embarazo: Único _____ Múltiples _____ No. De Gestaciones _____

Lugar que ocupa entre los hermanos _____

Peso _____ Grs. Talla _____ cms. Perímetro Cefálico _____ cms.

Tiene Hermano Menor: Si _____ No _____ Fecha de Nacimiento _____

Alimentación:

Edad introducción de alimentos diferentes a la leche materna _____

Edad en que se suspende la lactancia materna Semanas _____ Meses _____

CUIDADOS GENERALES

- Bañe la niña o niño todos los días
- Lávele las manos y los dientes
- Córtele las uñas
- Póngale zapatos cuando camine
- Permita que la niña o el niño juegue y dedique tiempo a jugar con ella
- Involucre la niña o niño en las actividades de la familia
- Hable con la niña y responda con amor sus intentos de comunicarse
- Permita que la niña o niño se mueva libremente
- No castigue, engañe, ni asuste a la niña o niño para obligarlo a obedecer
- Explíquele con cariño las cosas que no debe de hacer
- No exija que la niña o niño se acerque a los enfermos
- Exprese afecto a la niña o niño
- Alce, abrace y acaricie al niño o niña

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIDO SI	CUMPLIDO NO
2022	ABRIL	20	Medico		
2022	~~Octubre~~ NOV	18		✓	
2023	Mayo	21	Cita	✓	
2024	Enero	10			
2024	Julio	15			
2026	Enero	27			

FORMULARIO DE REGISTRO

Fecha de Toma de Medida	Edad en años y meses	Peso en Kilogramos.	Talla en Centímetros	Evaluación
25/1/22	9 mes	8,3	69	Riesgo talla Baja
18-04-22	12 meses	9.5 kg	72 cm	Riesgo talla baja
21-11-22	14 Meses	10 6	78.5	P/T Adecuada Rx de talla baja
10-7-23	2A-2M	12 Kg	83cm	P/T Adecuado
15/01/24	2años+9M	13,3Kg	87,5	P/T Adecuado Riesgo bajo talla
27-01-25	3A-9M	15.9 Kg	95 cm	P/T Rx sobrepeso Talla Rx baja talla

MIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
E INSCRIPCION TEMPRANA
Fecha:
CONTROL MEDICO
Fecha:
ENTO POR ENFERMERIA

...a cita	Fecha en que asistió	Profesional que atendió

Registro Civil: _____

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
Lactancia materna exclusiva	SI X No						
Tuberculosis B.C.G.	Única	14-04-21	Serum	031E007	IHSP	13 06 21	Neni Vega Jefe yolanda
Hepatitis B	Recién nacido	13-04-21	Serum	032Y018D	IHSP		
Lactancia materna exclusiva	SI No						
Polio (Oral - IM)	1ª	26-06/21	Biologica	2027007	ESE HMA		
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	26-06/21	Serum	98504041	ESE HMA		Adriana 6
Rotavirus	1ª	26-06-21	GSK	AROLC774A	ESE HMA		
Neumococo	1ª	26-06-21	GSK	ASPNB3100	ESE HMA	Agosto 26/21	
Lactancia materna exclusiva	SI No						
Polio (Oral - IM)	2ª	28-08-21	Biologica	2027008	ESE HMA		Adriana
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	28-08-21	Serum	98504034	ESE HMA		Adriana
Rotavirus	2ª	28-08-21	GSK	AROLC312A	ESE HMA		Adriana
Neumococo	2ª	28-08-21	GSK	ASPNB3310	ESE HMA	octubre 28/21	Adriana
Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
Polio (Oral - IM)	3ª	30-10-21	Biologica	2105001	ESE HMA		Adriana 6
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	30-10-21	Serum	98504035	ESE HMA		Adriana 6
Influenza	1ª	30-10-21	Vaxigrip	V3C13	ESE HMA		Adriana 6
Influenza	2ª	1-12/902	Vaxigrip	V3C13	ESE HMA		Adriana 6
Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	24-04/22	Serum	01300	ESE HMA		Carolina Zuñiga
Fiebre Amarilla	1ª	15102123	Sanofi	V3C8	ESE HMA		Adriana 6
Neumococo	Refuerzo	24-04/22	GSK	ASPNB3340	ESE HMA		
Influenza	Anual						
Hepatitis A	ÚNICA	24-04/22	MSD	J021H1	ESE HMA	cita	Adriana 6
Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	15102123	Serum	2851021E	ESE HMA	octubre 30/21	Carolina Zuñiga
Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	15102123	BU	2206012			
Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo						
Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	15102123	Serum	AB1N085A	ESE HMA		Carolina Zuñiga
VPH	1ª						
VPH	2ª						
VPH	3ª						
Varicela		24-04/22	MSD	J014664	ESE HMA		Adriana 6

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.

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. 4139601227O2

CARNÉ DE PREVENCIÓN PARA LA SALUD BUCAL

Nombre y Apellidos:	Naim Mateo Silva
Fecha de Nacimiento:	13 - Abr - 2021
Identificación:	1084579902
Municipio:	Iquira.
Cabildo y/o Resguardo:	Avila

FECHA DE ATENCION				PROXIMA CITA		
Dia	Mes	Año		Dia	Mes	Año
18	04	22	Bamiz	Octubre		2022
21	11	22	Bamiz	Mayo		23
10	01	2023	A-Flúor Bamiz	10	01	2024
15	01	2023	CPB - Bar	15	07	2024
18	11	2024	CPB + F. Bamiz	Mayo		2025
18	08	2025	CPB + F Bamiz	18	02	2026

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.799.109
MESA CHINDICUE
APELLIDOS
MARIA ELSI
NOMBRES
Maria Elsi Mesa
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 04-NOV-1979
PAEZ (BELALCAZAR)
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

03-SEP-1998 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00276757-F-0052799109-20110112 0026500315A 1 1981108563

3763130634

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.004.473.236

SILVA CAPAZ

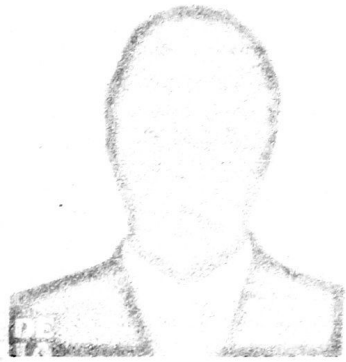
APELLIDOS

JOSE MAURICIO

NOMBRES

JOSE MAURICIO SILVA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-OCT-1985

NATAGA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

08-JUL-2005 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1905000-00850003-M-1004473236-20160918 0051307700A 1 44915654

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

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 wcsx, 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): Amy Abigail Silva Mesa con RC No 7084579.903 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 Nátaga.

Jos [illegible]
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Sandra Lucila Cupaz
AGENTE EDUCATIVA

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad Neiva

Nombre completo de la niña o niño Amy Abigail Silva Mesa

Fecha de nacimiento Día 13 Mes 04 Año 2027 N° Documento de Identidad 1.084579903

Sexo Masculino ○ Femenino ⊗ Fecha de 1er día de atención en el año Día 19 Mes 08 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Sandra Lucila Cuper

Fecha de registro cualitativo Día 20 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 niña Avi es muy participativa en las Actividades realizadas en cuanto las guias. Realiza un dibujo y esc y no describe.

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 resgistro 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)

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad Neiva

Nombre completo de la niña o niño Amy Abigail Silva Mesa

Fecha de nacimiento Día 13 Mes 04 Año 2027 N° Documento de Identidad 1.084579903

Sexo Masculino ○ Femenino ⊘ Fecha de 1er día de atención en el año Día 19 Mes 08 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Sandra Lucila Cuper

Fecha de registro cualitativo Día 20 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 niña Avi es muy participativa en las Actividades Realizadas en cuanto las guia. Realiza un Dibujo y esc 4 no descripcion.

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

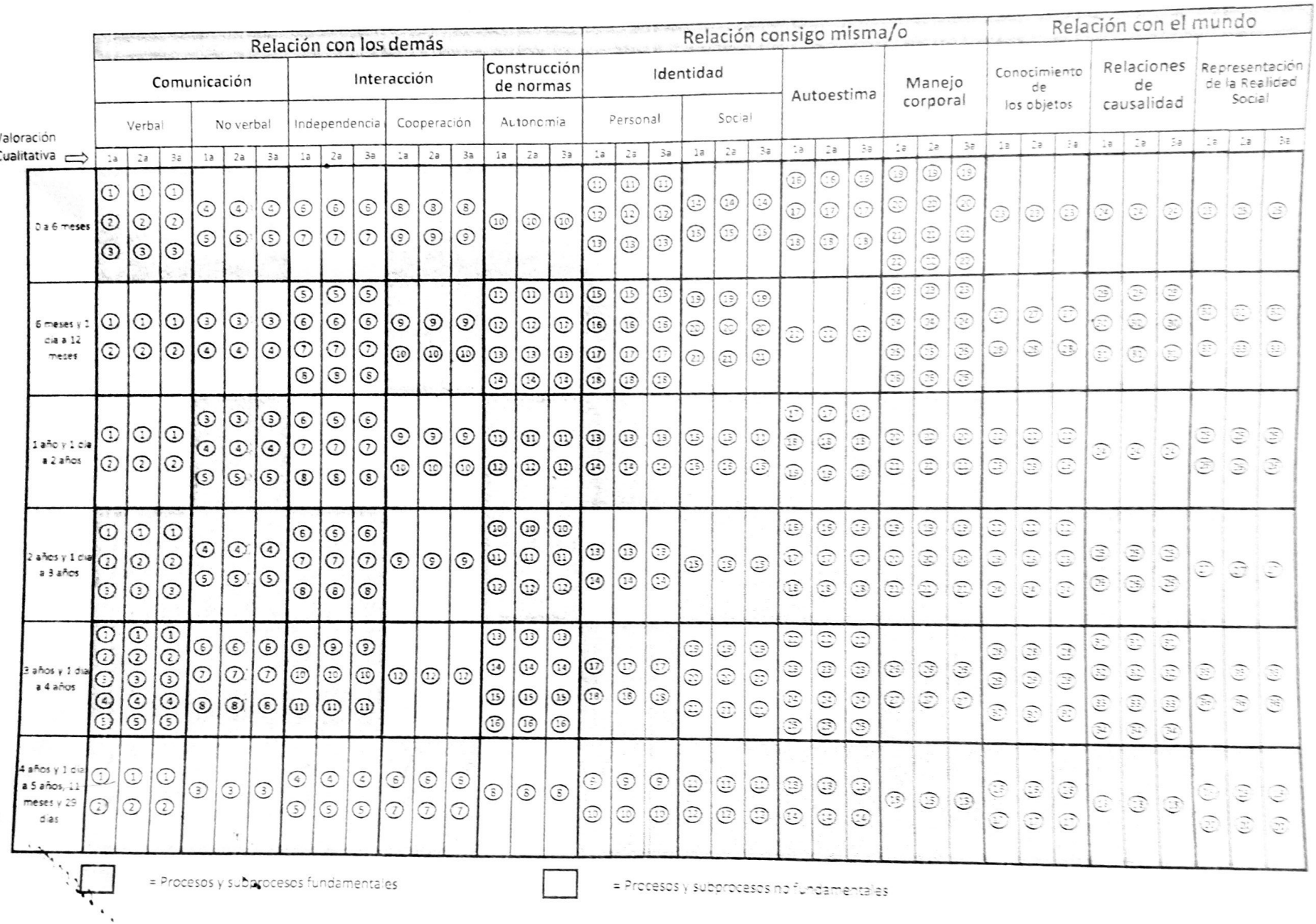
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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
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
Valoración Cualitativa
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

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 Naim Mateo Silva Mesa, identificado (a) con documento de identidad número 1085519902, 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, Maria Elsi Mesa Chindoy, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 52799109, 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: M. Elsi M.
Nombre: Maria Elsi Mesa Chindoy
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 24-05-2025.
Municipio: Nataga

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo María Elsi Mesa Chindicue., identificado con Cédula de Ciudadanía No. 52794.709 de Bogota, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Amy Abigail Silva Mesa, identificados con NUIP No. 1084579403, usuario de la unidad de servicio kwesx Exiw wesx, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

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

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

Nombre: María Elsy Meza Chindicue

Firma: María Elsy Mesa Chindicue

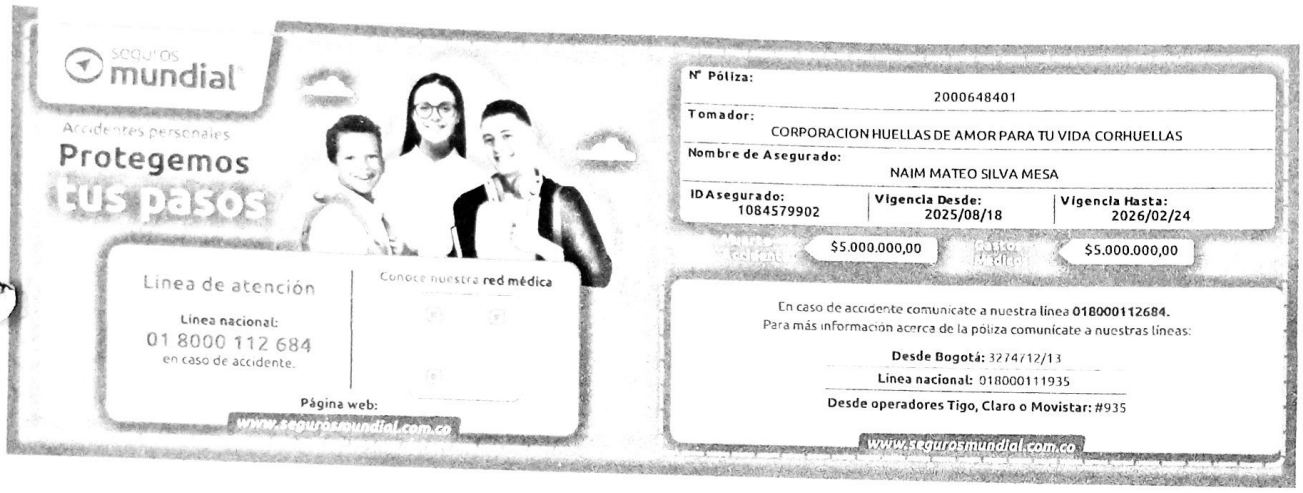
CC. No. 52799 709.

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Sandra Lucia Cupaz

Firma: Sandra Lucia Cupaz.

CC. No. 55730843


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:
NAIM MATEO SILVA MESA
ID Asegurado:
1084579902
Vigencia Desde:
2025/08/18
Vigencia Hasta:
2026/02/24
$5.000.000,00
$5.000.000,00
En caso de accidente comunícate a nuestra línea 018000112684.
Para más información acerca de la póliza comunícate a nuestras líneas:
Desde Bogotá: 3274712/13
Línea nacional: 018000111935
Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935
www.segurosmundial.com.co

ElectroHuila
Transformando Buena energía
Nit 891 180 084-1

SU CODIGO CUENTA NIU
835893916
Para cualquier consulta y pago electrónicos
www.electrohuila.com.co FT -CFE -05 -001

AUTORETENEDORES DE RENTA, RESOL. No. 047/2002 DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART.4 RESOL. 000055 DEL 14/07/16 DIAN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4 DEL 08/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

FACTURA DE VENTA No. 85896463

TOTAL A PAGAR
$ 86.880

Documento equivalente según artículo 17 Decreto 1001/97

FECHAS DE LECTURAS: 18/FEB/2025 — 07/ABR/2025
FECHA DE VENCIMIENTO PAGO INMEDIATO — FECHA SUSPENSIÓN P. INMEDIATO

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	MARIA ELSI MESA CHINDICUE	Nit CC	52799109
Dirección	RESGUAR INDIGENA [illegible]	Ruta	6150070020
Municipio	IQUIRA	Ciclo	094
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6580092
Carga Contratada	0	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	2

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
23010995	PDW	A	S	00	948	843	1	105

Promedio Cuenta 79 — Consumo Año Anterior 358 — Consumo Anterior 358

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
MAR	105
ENE	88
NOV	72
SEP	79
JUL	88
MAY	156
MAR	358

CALIDAD DEL SERVICIO

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

ULTIMO PAGO

Fecha 23/12/2024
Valor $ 32040

LIQUIDACIÓN CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
52.5	1027.4988 *	53944
52.5	969.1018 *	50878

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

Valor Total Energia del Periodo	$	104.822
Valor (Subsidio-Contribución %)	$	- 61.044
Valor Total Energia Facturado	$	43.778

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
DEUDA CAPITAL	$ 36.386
INTERES MORATORIO	$ 362
INTERES MES ALUMBRADO	$ 28
DEUDA ALUMBRADO Y OTROS	$ 2.984
CONSUMO PERIODO	$ 104.822
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ 3.582
SUBSIDIO	$ - 61.044

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P	$	6.434
VALOR ELECTROHUILA	$	80.446

TOTAL A PAGAR
$ 86.880

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO | C PERD | TOTAL CONV | SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION | C PERD | TOTAL FIN | SALDO FIN | CUOTA

FOES: Consumo Kwh — $/kwh — Valor $ — No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 388.0 Tm: 49.0 PRn,m: 88.0 Dn,m: 272.0 Rm: 14.0 Cv,m: 1
54.0 CUv,n,m: 969.1018 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO | CAPITAL | INT. CORRIENTE | INT. MORA