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:_YOSMAN ANDRES PETE CAINAS
RC X No. 1079413572



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	Si		
Copia del carnet de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el participante asista según el PAI	Si		
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	Si		
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	Si		
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año	Si		
Formato autorización uso de imágenes	Formalización del cupo	Una sola vez	Si		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya novedades	Si		
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

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 29691524-3

NUIP 1.079.413.572

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59256208

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE TESALIA - COLOMBIA - HUILA - TESALIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PETE	CAINAS

Nombre(s)

YUSMAN ANDRES

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes JUN Día 04	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	172945086

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

CAINAS BISCUE MARLENY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.084.868.038	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

PETE ACHICUE CORNELIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.084.578.178	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PETE ACHICUE CORNELIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.084.578.178	Cornelio Pete A.

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 2022 Mes JUN Día 07	DIOGENES ORTIZ BRAND - REGISTRADO Nombre y firma

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

REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL
TESALIA - HUILA

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 **Yosman Andres Pete Cainas**, identificada Registro Civil N° **1.079.413.572**, 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	1079413572
NOMBRES	YOSMAN ANDRES
APELLIDOS	PETE CAINAS
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:	08/20/2025 20:46:55	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

QUIEN SOY

Nombres y Apellidos: Yasmon Andres Pete Carnas

Edad: 4 M. Año: 0 Mes (es) 4

Identificación: RC: 1079413572 T. Sangre O+

Nombre de Mama: Marleny Carnas Ocupación Ama De Casa

Nombre de Papa: Cornelio Pete Ocupación: Agricultor

Dirección: Rio Negro - Jonobuco Tel. o Cel. 3187769405

DATOS PERSONALES DE REGISTRO DE CRECIMIENTO

Información de Nacimiento

Fecha de Nacimiento DD: 04 MM: 06 AA: 2022

Recién Nacido: Pretermino ____ A termino X Edad Gestacional 38

Embarazo: Único X Múltiples ____ No. De Gestaciones 2

Lugar que ocupa entre los hermanos 2

Peso 2900 Grs. Talla 49 cms. Perímetro Cefálico ____ cms.

Tiene Hermano Menor: Si ____ No X Fecha de Nacimiento ____

Alimentación: Lactancia Materna

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
2023	01	13-28	8:00		
2023	Abril				
2023	Noviembre	24			
2024	Junio	20			
2024	Julio	15			
2025	Enero.				
2025	Julio	27	MD.	✓	
2026	Julio				

FORMULARIO DE REGISTRO

Fecha de Toma de Medida	Edad en años y meses	Peso en Kilogramos.	Talla en Centimetros	Evaluación
10-10-22	4 M.	7.4	63	SALUDABLE
19-01-23	7M	8 u	68.5	Niño Sano.
24-5-23	11 Meses	9.2 Kg	72.5	Niño sano
20-11-23	17 Meses	10,6 Kg	77.9cm	Niño sano PT-Adecuado Talla talla PA Sobrepeso IMC PT PA Sobrepeso PA baja talla
15-07-24	2A - 1m	12,3 Kg	84,1 cm	
27-01-25	2A - 7M	14 Kg	89.5 cm	
22/07/25	3A	15,6 Kg	95 cm	Niño sano

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO

Resultado Tamizaje Neonatal								
	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado				
	Visual	Normal		Alterado				

ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega							
2.ª entrega							
3.ª entrega							
4.ª entrega							
5.ª entrega							

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

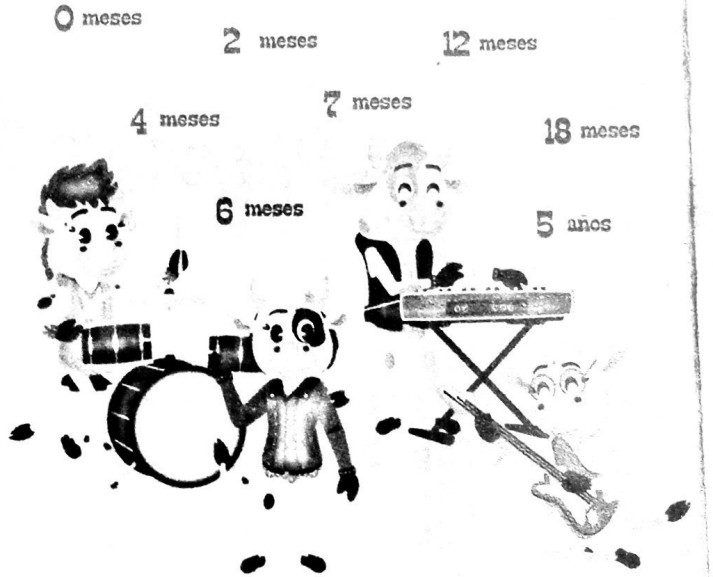
3 años						
4 años						
5 años						

*Menor o igual a 20 normal

Vacunar oportunamente con todas las dosis a tus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años:



Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Josman andres Peña

Fecha de nacimiento: 4-06-2022

Nº de certificado de nacido vivo: 172945086

Registro civil: 1079413572

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 2965 Talla: 47cm

Dirección: Vda Llanobuco

Teléfono 1: 3187769405

Teléfono 2:

Responsable: Marleny Cainas B.

Municipio de residencia: Iquira

Departamento: Huila

Busca ya las vacunas
¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

IPS-I CRIHU

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: Yosman Andres Pete .C.

Fecha de Nacimiento: 04- jun - 2022

Identificación: 1084413542

Municipio: Iquira

Cabildo y/o Resguardo: Huila

FECHA DE ATENCIÓN				PROXIMA CITA		
DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO
11	12	2023	A. Flor Bamiz	11	06	2024
15	07	2024	A. Flor Bamiz	Enero		2025
27	01	2025	ORB + F. Bamiz	27	07	2025
22	07	2025	CPB + F. bamiz	22	07	2026

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 Exie 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): Yosman Andres Pete C. con RC No 1079473572 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 Nóvita.

Mallery Caicedo Bisevé
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Sandra Lucila Caparroso
AGENTE EDUCATIVA

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Marleny Cainas Biscue, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1084 869 033 de Iquira, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Yosman Andres Pete Cainas, identificados con NUIP No. 1079.473.572, 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 Nataga, a los 19 días del mes Agosto de 2025

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

Nombre: Marleny Cainas Biscue.

Firma: Marleny Cainas Biscue

CC. No. 1084869033

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Sandra Lucila Cupaz

Firma: Sandra Lucila Cupaz

CC. No. 55770803

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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad Neiva

Nombre completo de la niña o niño Yosman Andres pete. cainas.

Fecha de nacimiento Día 04 Mes 07 Año 2022 N° Documento de Identidad

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 Lucia Cupaz.

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

Yosman realiza dibujos representativos y los describe juegos con otros niños es representa y se relaciona con los demas. competencias" destrezas se debe continuo. fortaleciendo.

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

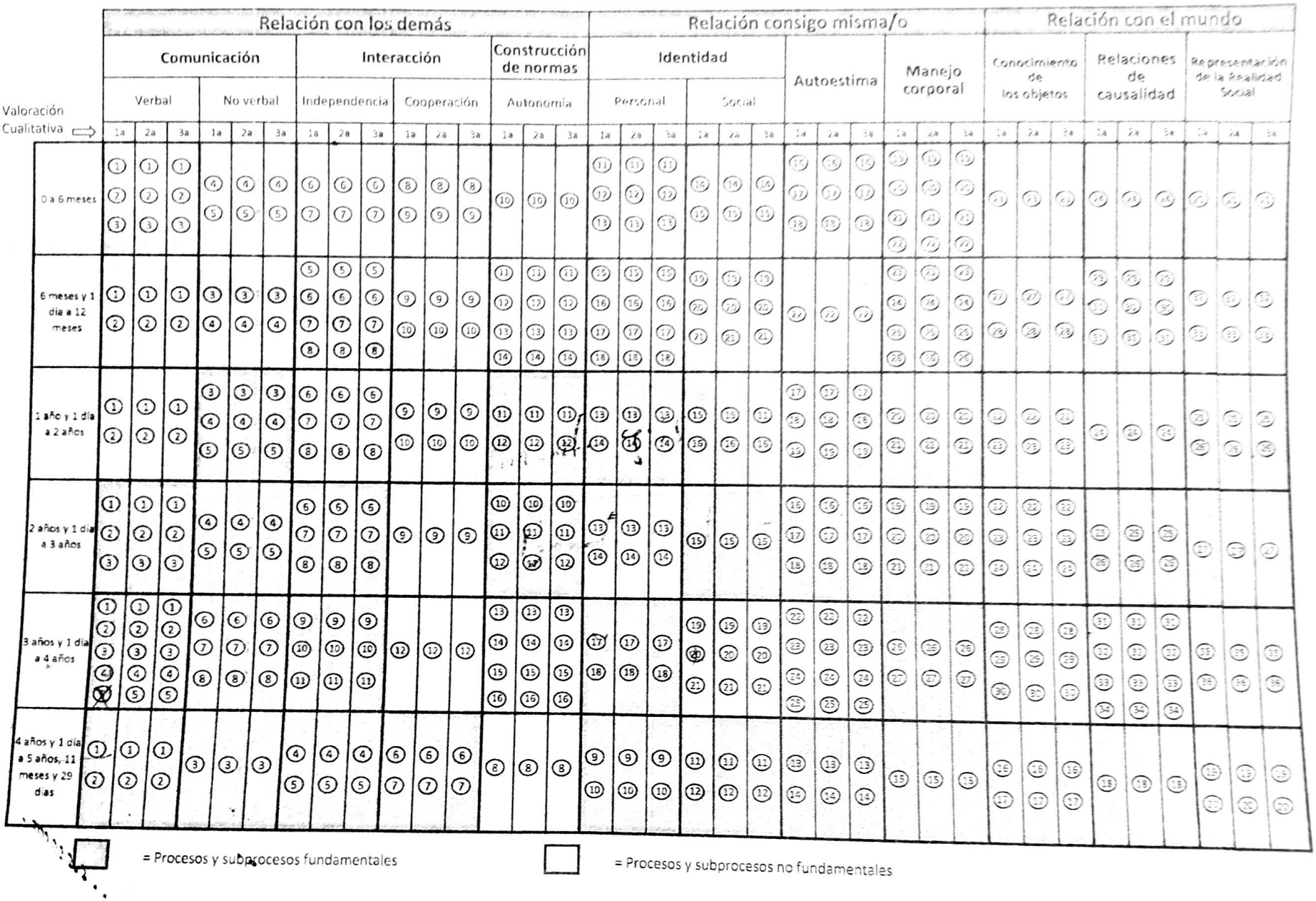
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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
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 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 Yosman Andres Pete Cainas, identificado (a) con documento de identidad número 1074413572, 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, Marleny Cainas Achicui, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1084869033, 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: Marleny Cainas Achicue
Nombre: Marleny Cainas Achicui
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 29/08/2025.
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 1.084.869.033
CAINAS BISCUE
APELLIDOS
MARLENY
NOMBRES

Marleny Cainas Biscue
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-DIC-1995
PAEZ (BELALCAZAR)
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

09-ENE-2014 IQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1904600-00557208-F-1084869033-20140326 0037741322A 1 41619435

302-08727

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.084.578.178**
PETE ACHICUE

APELLIDOS
CORNELIO

NOMBRES

Cornelio Pete Achicue

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-MAR-1994
NATAGA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

21-AGO-2012 NATAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1905000-00854710-M-1084578178-20161008 0051772630A 1 44915826

ElectroHuila
Transmitimos buena energía
Nit. 891 180 001-1

SU CODIGO CUENTA NIU
294152403

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

AUTORETENEDORES DE RENTA RESOL. No 547/2002
DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART.4
RESOL. 000055 DEL 14/07/16 DIAN BOMOB GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4
DEL 08/01/99 SECRETARÍA DE HACIENDA DE NEIVA

FACTURA DE VENTA No. 88286727

TOTAL A PAGAR
$ 5.930

Documento equivalente según
articulo 17 Decreto 1001/97

FECHAS DE LECTURAS: 09/AGO/2025 - 06/OCT/2025

FECHA DE VENCIMIENTO PAGO INMEDIATO — FECHA SUSPENSIÓN P. INMEDIATO

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	FLORENTINO PETE ACHICUE	Nit CC	12283408
Dirección	VDA LLANO DE BUCO	Ruta	6150070160
Municipio	IQUIRA	Ciclo	094
Clase Servicio	Residencial	Estrato	2

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6580092
Carga Contratada	288	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	2

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
823433	SKA	A	S	00	3126	3115	1	11

Promedio Cuenta 5 — Consumo Año Anterior 5 — Consumo Anterior 5

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
SEP	11
JUL	5
MAY	8
MAR	5
ENE	6
NOV	8
SEP	5

CALIDAD DEL SERVICIO

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

ULTIMO PAGO

Fecha 12/08/2025
Valor $ 5900

LIQUIDACIÓN CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
5.5	999.8811 =	5499
5.5	1074.3526 =	5909

Valor Total Energía del Periodo	$	11.408
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 5.480
Valor Total Energía Facturado	$	5.928

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES		
CONSUMO PERIODO	$	11.408	
AJUSTE DECENA	$	2	
SUBSIDIO	$	- 5.480	
OTROS CARGOS	$		0
ALUMBRADO P	$		0
VALOR ELECTROHUILA	$		5.930

TOTAL A PAGAR
$ 5.830

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO C PERD TOTAL CUOT SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION C PERD TOTAL FIN SALDO FIN CUOTA

FOES: Consumo Kwh $Kwh Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 399.0 Tm: 56.0 PRn,m: 80.0 Dn,m: 280.0 Rm: 44.0 Cv,m: 2
02.0 CUv,n,m: 1074.3526 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA

ElectroHuila
Transmitimos buena energía
Nit. 891 180 001-1

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: YOSMAN ANDRES PETE CAINAS

ID Asegurado:	**Vigencia Desde:**	**Vigencia Hasta:**
1079413572	2025/08/18	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