

 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 2

PARTICIPANTE: ELIAM JADREY MESA CAPAZ

RC X No. 108580232



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

 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

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	X		
Copia del carnet de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el participante asista según el PAI	X		
Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)	Seguimiento	Una sola vez, solo para las situaciones que aplique.		X	
Certificado de asistencia a consulta en salud bucal. (Copia del Carnet)	Formalización del cupo y seguimiento	Cada año	X		
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año	X		
Formato autorización uso de imágenes	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya novedades	X		
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia	X		



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.084.580.232

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

59236686

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código L Y E

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

REGISTRADURIA DE NATAGA - COLOMBIA - HUILA - NATAGA

Datos del inscrito

Primer Apellido MESA Segundo Apellido CAPAZ
Nombre(s) ELIAM JADREY

Fecha de nacimiento Año 2024 Mes JUN Día 29 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección) COLOMBIA HUILA NATAGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO 24043030926954

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

CAPAZ ACHICUE MARTHA LILIANA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.084.579.014 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 RIGOBERTO

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.081.405.925 COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CAPAZ ACHICUE MARTHA LILIANA

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC 1.084.579.014 Martha Liliana S.

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 2024 Mes JUL Día 26

CRISTOBAL VILLANUEVA ARAGONEZ - R

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Rigoberto Mesa Chindicue

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

COPIA DEL ORIGINAL
OFICINA
"A" REGRETO

- 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 Bucu (Bukj Ukue), municipio de Nátaga

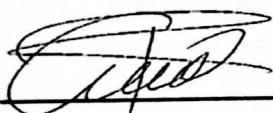
CERTIFICA

Que **Eliam Jadrey Mesa Capaz**, identificada Registro Civil N° **1.084.580.232**, es indígena reconocido del pueblo Nasa. Nacido y criado dentro del territorio del Resguardo Indígena de Llano Bucu, 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 Bucu, Nátaga, Huila.

Firman


ERIKA PAOLA ARANGO CAYAPU
Gobernadora Principal
CC. 1.084.868.979


ABDÍAS CUSPIÁN CUETUMBO
secretario general
CC.1.002.980.013

**TODOS POR LA DEFENSA DEL TERRITORIO, LA VIDA Y LA ARMONÍA DE LOS
PUEBLOS ORIGINARIOS.**

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



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	1084580232
NOMBRES	ELIAM JADREY
APELLIDOS	MESA CAPAZ
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: 10/03/2025 14:35:12 Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos

QUIEN SOY

Nombres y Apellidos: Eliam Jadrey Mesa Capaz.
Edad: _____ Año: _____ Mes(es) 3
Identificación: 1084580232 T. Sangre O +
Nombre de Mama: Martha Liliana Capaz Ocupación _____
Nombre de Papa: Rogoberto Mesa Ocupación: _____
Dirección: vereda Llano Buen Tel. o Cel. _____

DATOS PERSONALES DE REGISTRO DE CRECIMIENTO

Información de Nacimiento

Fecha de Nacimiento DD: 29 MM: Junio AA: 2024
Recién Nacido: Pretermino _____ A termino x Edad Gestacional 39
Embarazo: Único x Múltiples _____ No. De Gestaciones 4
Lugar que ocupa entre los hermanos _____
Peso 3600 Grs. Talla 52 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
- Córtale 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

FORMULARIO DE REGISTRO

Fecha de Toma de Medida	Edad en años y meses	Peso en Kilogramos.	Talla en Centímetros	Evaluación
21-06-24	3m	7.57 kg	66.	Adecuada
03-04-2025	9m	8.7 kg	76 cm	
14/07/25	1 Año	8.8 kg	74.3 cm	PIA por la talla Talla adecuada por peso

4 años	5 años	6 años	7 años	8 años	9 años	10 años	11 años	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años	20 años	21 años	22 años	23 años	24 años	25 años	26 años	27 años	28 años	29 años	30 años	31 años	32 años	33 años	34 años	35 años	36 años	37 años	38 años	39 años	40 años	41 años	42 años	43 años	44 años	45 años	46 años	47 años	48 años	49 años	50 años	51 años	52 años	53 años	54 años	55 años	56 años	57 años	58 años	59 años	60 años	61 años	62 años	63 años	64 años	65 años	66 años	67 años	68 años	69 años	70 años	71 años	72 años	73 años	74 años	75 años	76 años	77 años	78 años	79 años	80 años	81 años	82 años	83 años	84 años	85 años	86 años	87 años	88 años	89 años	90 años	91 años	92 años	93 años	94 años	95 años	96 años	97 años	98 años	99 años	100 años
--------	--------	--------	--------	--------	--------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	----------

*Menor o igual a 20 normal

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

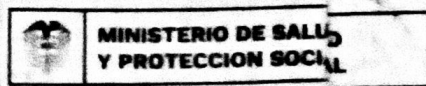
Edad	Fecha			Valoración Nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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



Carné de Vacunación



Nombres y Apellidos Eliam Jadrey
Mesa Capaz

☒ ☐ ☐

Tipo de Documento

1084.580.232

No. de Documento

Fecha de Nacimiento

29 06 24

Sexo:

Masculino

Grupo sanguíneo:

O+

Peso al nacer:

3600 gr.

Talla: 52

Dirección:

Rio Negro

Teléfono 1:

3178253185

Teléfono 2:

Responsable:

Martha Capaz

Municipio de residencia:

Iguira

Departamento:

Huila

CC: 1084579014

Nombre y Apellido:

Tipo de Identificación

No. ID:

Me provee de		Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de lote		IPS vacunadora	Fecha de							
			Día	Me	Año					Día	Año						
Lactancia materna exclusiva	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	30	06	24	SERUM	0	3	4	2	H	A	0	5	2	ESE HMA	
	Hepatitis B	Recién nacido					0	3	2	3	Q	0	1	4	8	IQUIRA	
Pentavalente	Poliomielitis (VIP)	1ª	12/09/2024			BV	2	2	0	8	0	1	0				
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª		Serum	2	0	5	2	4	0	1	1	E				
	Hepatitis B	1ª		Serum	2	0	5	2	4	0	1	1	E				
	Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª		Serum	2	0	5	2	4	0	1	1	E				
	Diarrea por rotavirus	1ª		GSK	A	0	0	0	0	0	0	0	A				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo	1ª		Pfizer	G	1	9	12									
	PCV 10 ☐ PCV 13 ☐																
Pentavalente	Poliomielitis (VIP)	2ª	14/Noviembre/24			BV	2	3	3	3	0	1	0				
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª		Serum	2	0	5	3	2	0	1	0					
	Hepatitis B	2ª		Serum	2	0	5	3	2	0	1	0					
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª		Serum	2	0	5	3	2	0	1	0					
	Diarrea por rotavirus	2ª		GSK	A	0	0	0	0	0	0	0	BA				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo	2ª		Pfizer	G	5	1	3	9								
	PCV 10 ☐ PCV 13 ☐																
Pentavalente	Poliomielitis (VIP)	3ª	13/Enero/2025			BV	2	3	3	3	0	1	0				
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª		Serum	2	0	5	3	2	0	1	0					
	Hepatitis B	3ª		Serum	2	0	5	3	2	0	1	0					
	Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª		Serum	2	0	5	3	2	0	1	0					
	Influenza estacional	1ª		Butantan	2	0	0	0	9	7	9						
7 meses	Influenza estacional	2ª	10	5	25	Afloria	P	1	0	0	7	9	0	8	0	4	ESE HMA
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	8	07	25	Serum	0	1	3	3	N	1	2	1	A	ESE	
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo	Refuerzo	8	07	25	Pfizer	H	0	2	9	6	3				HMA	
	Varicela	1ª	8	07	25	MSD	4	0	1	8	8	6	6			IQUIRA	
	Hepatitis A	Única	8	07	25	MSD	4	0	0	8	0	3	1				
12 meses	Influenza estacional	Anual															
	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo															
	Difteria, Tosferina y Tétano (DPT)	1er Refuerzo															
	**Fiebre Amarilla	Única	8	07	25	B-M	2	4	6	0	0	8	2			ESE IQUIRA	
18 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª															
	Poliomielitis (VIP)	2do Refuerzo															
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo															
	Varicela	Refuerzo															
24 meses	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª															
		2ª															
		3ª															

CMA = 13 ENERO 2025

[illegible]

 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 West - Semillitas A 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):

Eliam Jadrey Mesa Lopez con RC No 1084580232 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.

 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

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 Nataga.

Martha L. Liana Caicedo
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Daniela Martínez
AGENTE EDUCATIVA

Ciudad Nataga
Nombre completo de la niña o niño Eliam Jadrey Mesa Capaz
Fecha de nacimiento 29 06 2024 N° Documento de Identidad 1084580232
Sexo Masculino ☒ Femenino ☐ Fecha de 1er día de atención en el año 19 08 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Dina Marcela chindicué Caines
Fecha de registro cualitativo 07 11 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 ☐ Perfil de desarrollo
valoración cualitativa ☐ Alerta ☐ Esperado ☐ Avanzado ☐

Observaciones generales

la semillita de vida es muy entendido cada vez que su madre hace
oficios en la casa, el niño toma la escoba y intenta barrer,
también es compañerista. le agrada jugar con otros niños
y para expresarse le gusta por medio de señas le habla.

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 ☐ Perfil de desarrollo
valoración cualitativa ☐ 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 ☐ Perfil de desarrollo
valoración cualitativa ☐ Alerta ☐ Esperado ☐ Avanzado ☐

Observaciones generales

	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	F2.P2.CE	15/07/2021
		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 Eliam Jacirey Mesa Copaz, identificado (a) con documento de identidad número 1084580232, 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, Martha Liliana Copaz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1084574014, 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: Martha Liliana Copaz
Nombre: Martha Liliana Copaz
Calidad - Titular: Representante legal:
Teléfono de contacto: 317 8253185
Fecha: 19/07/2025
Municipio: Neutga

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

	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 Martha Liliana Capaz Achucú, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 7084579014 de Nataga, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Eliom Jadrey Hesu Capaz, identificados con NUIP No. 7084580232, usuario de la unidad de servicio Kwesx fxiw wesx - Semillitas de Amor, 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 08 de 2025

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

Nombre: Martha Liliana Capaz

Firma: Martha Liliana Capaz

CC. No. 7084579014

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Dina Marcela Chindicué Cárinas

Firma: Dina Marcela Chindicué Cárinas

CC. No. 7004441570

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

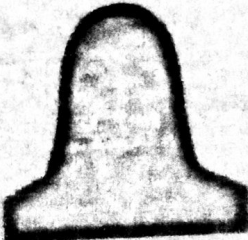
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.084.579.014
CAPAZ ACHICUE

APellidos
MARTHA LILIANA

NOMBRES
Martha Liliana Capaz A.




FECHA DE NACIMIENTO 17-ENE-1996
PAEZ (BELALCAZAR)
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.56
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

02-FEB-2016 NATAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRO NACIONAL
JUAN CARLOS GONZALEZ VECIA



P-1905000-00618679-F-1084579014-20160425 0049477661G 1 44915537

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.081.405.925

MESA CHINDICUE

APELLIDOS

RIGOBERTO

NOMBRES



[Handwritten signature]
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-SEP-1990

PAEZ (BELALCAZAR)
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

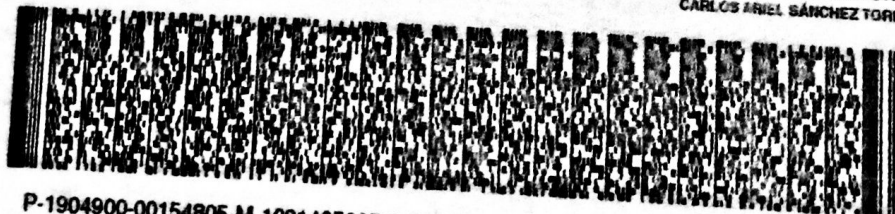
1.57
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

19-SEP-2008 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1904900-00154805-M-1081405925-20090420

0010871595A 1

30956808

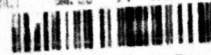


ANTOQUEMENDONES DE VENTA RESOL. No. 0477-2002
DIAZ ENRIQUEDO AUTORIZACION SUMEDICION ART. 4
RESOL. 000005 DEL 14/07/15 DIAZ DOMINGO GRANDES
CONTRIBUYENTES ANTOQUEMENDONES ICA CIRCULAR 4
DEL 04/01/19 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA
FACTURA DE VENTA No. 85/089112

SU CREDITO CUENTA NUE

294165613

Para cualquier consulta o pago electrónico
consulte al correo: ventas@electrohulla.com.co o al teléfono: 01-800-001-001



TOTAL A PAGAR

\$ 104.680

Documento electrónico según
artículo 12 Decreto 1001 de 2015
FECHA DE EMISIÓN: FEB 2024

INFORMACION CLIENTE

Cliente: MUJAS JOSE ELIN Nit: CC 207740
Dirección: VDA LLANO DE BUCO Ruta: 6150070535
1410 TOQUIRA Ciclo: 094
Residencial Estrato: 2

INFORMACION PERIODICA

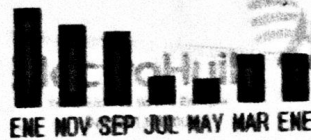
1 EDUARDARIA Circulo: 6580092
129 Nombre: U
4 Atrasos

INFORMACION CONSUMO

Medidor: 1094234 Marca: TSK T.E: A T.M: S Obs: 00 Lec. Actual: 7368 Lec. Ante: 7165 Factor: 1 Consumo (kwh): 203

Promedio Cuenta: 149 Consumo Año Anterior: 130 Consumo Actual: 130

ULTIMOS CONSUMOS



Mes Consumo
ENE 203
NOV 178
SEP 167
JUL 104
MAY 99
MAR 131
ENE 130

FIU: DIU: HCU:
ECU: VCU: VCU:
VCF: DEC:
Valor Consumo

ULTIMO PAGO

Fecha: 30/12/2024
Valor: \$ 91680

LIQUIDACION CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa(\$/kwh)	Valor Total(\$)	Consumo(kwh)	Tarifa(\$/kwh)	Valor Total(\$)
101.5	982.5245 =	99726			
101.5	1009.5231 =	102477			

Valor Total Energia del Periodo \$ 202.203
Valor (Subsidio Contribución %) \$ - 97.521
Valor Total Energia Facturado \$ 104.682

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MEE	OTROS CARGOS	
CONSUMO PERIODO	\$ 102.477	ALTIMPLEMENTO	\$ 0
AJUSTE DECENT.	\$ - 2	VALOR ELECTROHULLA	\$ 104.680
SUBSIDIO	\$ - 97.521		

TOTAL A PAGAR

\$ 104.680

ELECTROHULLISTAS

CONVENIO	C PERIO	TOTAL CONSUMO	SALDO
----------	---------	---------------	-------

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PERIO	TOTAL FIN	SALDO FIN CUOTA
--------------	---------	-----------	-----------------

COSTO UNITARIO PRESTACION DEL SERVICIO

Gm: 421.0 Tm: 58.0 PRn,m: 97.0 Dn,m: 280.0 Rm: 7.0 Cv,m: 14
3.0 CUV,n,m: 1009.6231 (\$/Kwh)

CREDITAVALORES

SALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. PERMANENTE
-------	---------	----------------	-----------------



Accidentes personales

**Protegemos
tus pasos**



Línea de atención

Línea nacional:
01 8000 112 684
en caso de accidente.

Página web:

www.segurosmondial.com.co

Conoce nuestra red médica



N° Póliza:

2000648401

Tomador:

CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado:

ELIAM JADREYMESA CAPAZ

ID Asegurado:

1084580232

Vigencia Desde:

2025/08/18

Vigencia Hasta:

2026/02/24

Muerte
Accidental

\$5.000.000,00

Gasto
Médico

\$5.000.000,00

En caso de accidente comuníquese a nuestra línea **018000112684**.
Para más información acerca de la póliza comuníquese a nuestras líneas:

Desde Bogotá: 3274712/13

Línea nacional: 018000111935

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

www.segurosmondial.com.co