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: TAEEN JOAO MENZA ARANGO
RC X No. 1081426233



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		

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	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			
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		

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Indicativo N 730222

NUIP 1.081.426.233

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
MENZA ARANGO TAEEN JOAO

Fecha de Nacimiento (días en letras) | Sexo (en letras) | Tipo Sanguíneo
Año 2 0 0 9 Mes N O V Día 2 3 | MASCULINO | ND

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

Fecha de inscripción (días en letras) | Indicativo serial
Año 2 0 2 0 Mes D I C Día 0 2 | 0061162310

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
ARANGO CAYAPU ERIKA PAOLA

Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.084.868.979 | COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
MENZA VIVAS HEIVER FERNEY

Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.081.409.408 | COLOMBIA

Datos del Declarante

Apellidos y Nombres completos
MENZA VIVAS HEIVER FERNEY

Documento de identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.081.409.408

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado
País - Departamento - Municipio - Oficina
COLOMBIA HUILA LA PLATA | 4 5 8

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2 0 2 0 Mes D I C Día 0 2

Nombre y firma del funcionario
OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO
Registrador del Estado Civil

Apellido Copia
Registro Civil

REGISTRADURIA

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 **Taeen Joao Menza Arango**, identificada Registro Civil N° **1.081.426.233**, 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

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 :

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NUMERO DE IDENTIFICACION	1081426233
NOMBRES	TAEEN JOAO
APELLIDOS	MENZA ARANGO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	IQUIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	EPS/EOC	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/02/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/19/2025 12:34:27	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta pagina es reflejo de lo reportado por las entidades del Regimen Subsidiado y el Regimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolucion 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 afiliacion que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliacion contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliacion para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Regimen Contributivo o en el Regimen 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 Unica de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información, en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) TAEEN JOAO MENZA ARANGO identificado(a) con RC 1081426233 se encuentra afiliado a la EPS en condicion de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	**01/02/2025**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**E.S.E. HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DE IQUIRA**
Categoria:	**A**

La presente certificacion se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE. a los 28 dias del mes de agosto del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente.

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.084.868.979**

ARANGO CAYAPU
APELLIDOS

ERIKA PAOLA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-OCT-1995**

IQUIRA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

13-NOV-2013 IQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1904600-00885510-F-1084868979-20170224 0053891007A 1 45973061

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.081.409.408**

MENZA VIVAS

APELLIDOS

HEIVER FERNEY

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-FEB-1992**

PAEZ (BELALCAZAR)
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

02-MAR-2010 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01180211-M-1081409408-20201119 0072501102A 1 9913742963

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE INFORMACIÓN NOMINAL
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAIWEB
CARNET DE VACUNACIÓN

Nombres y Apellidos: TAEEN JOAO MENZA ARANGO Documento: RC 1081426233 Fecha Nacimiento: 23/11/2020 Fecha Generación: 14/08/2024

Edad	Me protege de	Dosis	Tipo Esquema	Fecha de Aplicación			Laboratorio	Número de lote	IPS Vacunadora	Fecha próxima cita			Nombres y apellidos del vacunador
				Día	Mes	Año				Día	Mes	Año	
Recién nacido	HEPATITIS B (PEDIATRICA)	Adicional	PAI	23	11	2020		0320Q002B	NEIVA HSP UNIV HERNANDO MOCALEANAO PERDOMO				IVONE LICETH PERDOMO RAMIREZ
	BCG	Única	PAI	23	11	2020		0379G165	NEIVA HSP UNIV HERNANDO MOCALEANAO PERDOMO				IVONE LICETH PERDOMO RAMIREZ
2 meses	Rotavirus	Primera	PAI	30	1	2021		AROLC765AA	LA PLATA E.S.E SAN SEBASTIAN	30	3	2021	MARIA YISELA SALAZAR CHANTRE
	Neumococo Conjugado 10 valente	Primera	PAI	30	1	2021		ASPNB288AA	LA PLATA E.S.E SAN SEBASTIAN	30	3	2021	MARIA YISELA SALAZAR CHANTRE
	Antipolio Inactivo (VIP)	Primera	PAI	30	1	2021		T3D891V	LA PLATA E.S.E SAN SEBASTIAN	30	3	2021	MARIA YISELA SALAZAR CHANTRE
	Pentavalente PAI	Primera	PAI	30	1	2021		2850X008C	LA PLATA E.S.E SAN SEBASTIAN	30	3	2021	MARIA YISELA SALAZAR CHANTRE
12 meses	Fiebre amarilla	Única	PAI	10	8	2024	Bio-Manguinhos/FIOCRUZ	231VFC003Z	IQUIRA ESE MARIA AUXILIADORA				LINA MARCELA MANA GARCIA
	Hepatitis A Pediátrica	Única	PAI	18	1	2022	MERCK SHARP DOHME	U019226	LA PLATA CS BELEN				BIBIANA GONZALEZ
	Neumococo Conjugado 10 valente	Refuerzo	PAI	18	1	2022	Glaxo SmithKline	ASPNB315BA	LA PLATA CS BELEN				BIBIANA GONZALEZ

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE INFORMACIÓN NOMINAL
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAIWEB
CARNET DE VACUNACIÓN

	Triple Viral	Primera	PAI	18	1	2022	Serum	0130N128A	LA PLATA CS BELEN				BIBIANA GONZALEZ
18 meses	Triple Viral	Refuerzo	PAI	1(	8	2024	Serum	0133N004A	IQUIRA ESE MARIA AUXILIADORA				LINA MARCELA MANA GARCIA
	Antipolio Inactivo (VIP)	Primer Refuerzo	PAI	1(	8	2024	Fabricante	2234003A	IQUIRA ESE MARIA AUXILIADORA	6	2	2026	LINA MARCELA MANA GARCIA
	DPT	Primer Refuerzo	PAI	1(	8	2024	Fabricante	2823X013A	IQUIRA ESE MARIA AUXILIADORA	6	2	2026	LINA MARCELA MANA GARCIA

FECHA DE ATENCION				PROXIMA CITA		
Dia	Mes	Año		Dia	Mes	Año
13	06	22	Barniz	Dic	2022	
14	08	2023	CPB + F. Bar	14	02	2024
5	6	2025	CPB + F. bar.	5	12	2025

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 wesx- 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): Taeen Joao Henza Arango con RC No 1081126233 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 01 del mes Septiembre del año 2025, en el Municipio de Natagá.

PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

AGENTE EDUCATIVA

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO de cero a Siempre

Ciudad Nátaga

Nombre completo de la niña o niño Taeen Joao Mnza Aranyo

Fecha de nacimiento 02 12 2020 **N° Documento de identidad** 1081426233

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 19 08 2023

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Dina Marcela Chindicué Cainas

Fecha de registro cualitativo 12 11 2023

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

El usuario es muy participativo en diferentes actividades, es independiente en cuando a la higiene personal. le agrada pintar con vinilo.

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)***

Valoración Cualitativa ⇨	Relación con los demás															Relación consigo misma/o														Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social																				
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10	11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21 22	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	11 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24	22 23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16	17 18	17 18	17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2	1 2	1 2	3	3	3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8	8	8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17	16 17	16 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
BIENESTAR FAMILIAR	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 Taeen Yoao Mineq Arango, identificado (a) con documento de identidad número 1081426233, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios		Videos		Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Erika paola Arango, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1084868979, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios		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: Erika Paola A.
Nombre: Erika Paola Arango
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3157204399
Fecha: 1 Joy 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

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Erika paola Arango Cayapu, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1084868974 de Leyvira, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Taeen Joao Mena Arango, identificados con NUIP No. 1081426233, usuario de la unidad de servicio Kwesx Ixiw west - 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 1 días del mes 09 de 2025

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

Nombre: Erika paola Arango Cayapu

Firma:

CC. No. 1084868974

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Dina Marcela chindoy

Firma:

CC. No. 1004491970

ElectroHuila

SU CODIGO CUENTA NIU

294165613

Para cualquier consulta y pago electrónicos www.electrohuila.com.co PT-XFE-DE-001

AUTORETENEDORES DE RENTA RESOL. No 047/2002 DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART.4 RESOL. 000057 DEL 14/07/16 DIAN NOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4 DEL 08/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

TOTAL A PAGAR

$ 104.680

FACTURA DE VENTA No. 85[illegible]102

Documento equivalente segun artículo 1° Decreto 1001 97

FECHA DE EXPEDICION: FEB 26/25

FECHA DE VENCIMIENTO: MAR 20/25

INFORMACION CLIENTE

Cliente	ROJAS JOSE ELIN	Nit CC	20774U
Direccion	VDA LLANO DE BUCO	Ruta	6150070535
Pais	TOUIRA	Ciclo	094
Servicio	Residencial	Estrato	2

INFORMACION TECNICA

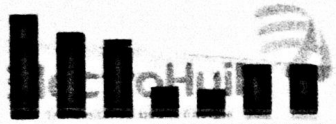
[illegible]	SECUNDARIA	Circuito	b580092
	129	Nombre	
	4	Atrasos	0

INFORMACION CONSUMO

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

Promedio Cuenta 149 Consumo Año Anterior 130 Consumo Mismo Mes 130

ULTIMOS CONSUMOS



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

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU: DIU: HC:
IBC: NC: VCD:
VCF: CEC:
Valor Compensado:

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	1009.6231 =	102477			

Valor Total Energia del Periodo	$	202.203
Valor (Subsidio/Contribucion %)	$	- 97.521
Valor Total Energia Facturado	$	104.682

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
CONSUMO PERIODO	$ [illegible].789
AJUSTE DECENA	$ - 2
SUBSIDIO	$ - 97.521

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO	$	0
VALOR ELECTROHUILA	$	104.680

TOTAL A PAGAR

$ 10[illegible]

ELECTRODOMESTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

[illegible] Mod. Valor $ No. Factura

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)

CREDIVALORES

SALDO	APORTE	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: TAEEN JOAO MENZA ARANGO

ID Asegurado:	**Vigencia Desde:**	**Vigencia Hasta:**
1081426233	2025/08/18	2026/02/24

Muerte Accidental $5.000.000,00

Incapacidad Permanente $5.000.000,00

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

Desde Bogotá: 3274712/13

Línea nacional: 018000111935

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

www.segurosmundial.com.co