TABLA DE CONTENIDO

1. Ficha de matricula
2. Registro civil
3. Autorización cuéntame
4. Formato Manejo de la información datos personales
5. Formato de autorización uso de imagen
6. Acta de Compromiso
7. Ficha de caracterización.
8. Cédula de los padres
9. Red Unidos (si aplica)
10. Desplazados (si aplica)
11. Recibo público
12. Certificado Adres (Fosyga)
13. Certificado EPS
14. Fotocopia del puntaje de Sisbén
15. Certificados médicos
    - Visual
    - Odontológico
    - Auditivo
    - Médico
16. Carnet de vacunas - Copia
17. Carnet de crecimiento y desarrollo - Copia
18. Copia de diagnóstico de niños con discapacidad (si aplica)
19. Certificado de pertenencia a comunidad indígena (si pertenece a éste)
20. Anexos

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



FICHA DE MATRICULA

UNIDAD DE SERVCIO: CDI MI PEQUEÑO VALLE ESCONDIDO

MUNICIPIO:TESALIA

FECHA DE INGRESO:			NIVEL A QUE INGRESA
1	10	2025	Exploradores 2.

NOMBRE COMPLETO PARTICIPANTE	Amelia Isabel Quintero Penagos
TIPO DOCUMETO Y NUMERO	RC 1145832069
CIUDAD Y FECHA DE NACIMIENTO	La plata huila 04 Noviembre 2020
EDAD ACTUAL (A LA FECHA DE INGRESO)	4
DIRECCION DE RESIDENCIA	Carre 5 # 2-11
TIPO DE SANGRE	O+
TELEFONOS	311 2433270
NOMBRE EPS Y REGIMEN	Sanitas SUBS. ~~CONTRIB.~~
PUNTAJE SISBEN – No FICHA	A 2
CRITERIO DE FOCALIZACION	Carta.
CONDICION DE DISCAPACIDAD	N/A.
NOMBRE DEL PADRE (niñ@)	Victor Fernando Quintero Pastrana
OCUPACION	Empleado
NUMERO DE CONTACTO	3150460134
NOMBRE DE LA MADRE (niñ@)	Luisa Camila Penagos Saavedra
OCUPACION	Empleada.
NUMERO DE CONTACTO	3145816615
NOMBRE ACUDIENTE	Edna Liliana Pastrana Goaly
OCUPACION	Ama de casa
NUMERO DE CONTACTO	311 2433270
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR	Edna Liliana Pastrana Goaly
PARENTESCO CON PARTICIPANTE	Abuela.
TELEFONO	3112433270.
AUTORIZACION PARA RECOGER (niñ@) ANEXAR FOTOCOPIA CEDULA	Edna Liliana Pastrana Goaly
CEDULA NUMERO	26 470 978
PARENTESCO	Abuela.

Edna Liliana Pastrana.
FIRMA ACUDIENTE

FIRMA PADRE DE FAMILIA

FIRMA AGENTE EDUCATIVA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1145832069

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59573573

59573573

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradur	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de	Código	D	U	W
X									

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

COLOMBIA - HUILA - LA PLATA LA PLATA H.D. S.A DE PADUA **********

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
QUINTERO **********	PENAGOS **********

Nombre(s)

AMELIA ISABEL **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes NOV Día 04	FEMENINO	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 **********	160268331 ********

Datos de 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

PENAGOS SAAVEDRA LUISA CAMILA **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1000019601 **********	COLOMBIA ********

Datos de padre o madre (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

QUINTERO PASTRANA VICTOR FERNANDO **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1079410417 **********	COLOMBIA ********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

QUINTERO PASTRANA VICTOR FERNANDO **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1079410417 **********	Victor Fernando Dombro

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 2020 Mes NOV Día 05	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Victor Fernando Dombro Firma	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 377;05/11/2020

NÚMERO DE PREPARACIÓN 14482732

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 27137933-9

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

Centro de Desarrollo Infantil

AUTORIZACION CUENTAME

AUTORIZO:

Para dar cumplimiento a la política de tratamiento de datos personales para los operadores o custodios de la información de beneficiarios ICBF, en referencia del capítulo 4. Definiciones relevantes de la política de tratamiento, que dice textualmente: "**Autorización: consentimiento previo, expreso e informado del titular para llevar a cabo el tratamiento de datos personales.**"

Los aquí firmantes autorizamos *a la Representante Legal de la* **CORPORACION CORHUELLAS y CDI MI PEQUEÑO VALLE ESCONDIDO**, que la información y documentos que hemos suministrado al momento de matricular a nuestro hijo (a), pueda ser ingresado al SGSI sistema de gestión de seguridad de la información del ICBF, en el aplicativo Cuéntame.

Dado en Tesalia a los primer (1) días del mes de octubre de 2025.

PADRE:
C.C. _____ DE _____

Edna Liliana Pastrana.
MADRE:
C.C 26970978 DE Tesalia.

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

El abajo firmante, en su nombre propio y/o en nombre de la entidad que representa, declara que la información suministrada es verídica y da su consentimiento expreso e irrevocable al **CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA,** o a quien en el futuro haga sus veces como titular del servicio solicitado, para:

1- Autorización de Reporte y Consulta Operadores de Información (Ley 1266 de 2008) El abajo firmante, en su nombre propio y/o en nombre de la entidad que representa, declara que la información suministrada es verídica y da su consentimiento expreso e irrevocable al al **CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA,** o a quien en el futuro haga sus veces como titular del servicio solicitado, para:

a. Consultar, en cualquier tiempo, en cualquier base de datos manejada por un operador de información, toda la información relevante para conocer su desempeño como la viabilidad para entablar, mantener o exigir el cumplimiento de una relación contractual o para cualquier otra finalidad.
La autorización anterior no impedirá al abajo firmante o su representada ejercer el derecho a corroborar en cualquier tiempo en la entidad o en la central de información de riesgo a la cual se hayan suministrado los datos, que la información suministrada es veraz, completa, exacta y actualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de su desacuerdo, a exigir la rectificación y a ser informado sobre las correcciones efectuadas.

2- Autorización Tratamiento Información Personal (Ley 1581 de 2012) El abajo firmante, en su nombre propio y/o en nombre de la entidad que representa actuando libre y voluntariamente, AUTORIZA de manera expresa a la **CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA**, o a quien represente sus derechos, a realizar el tratamiento de sus datos personales recolectados por medio del presente formulario en los términos expresados en la política de tratamiento de la información personal de empleados, clientes y proveedores de la **CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA** Lo anterior, con el propósito de garantizar la prestación de servicios que ofrece a la **CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA**, a sus empleados y clientes; de adoptar medidas tendientes a la prevención de actividades ilícitas; de cumplir con las obligaciones contractuales adquiridas; y de ejecutar las demás actividades afines con la relación contractual con la **CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA.**

3- Reconozco que en mi calidad de titular de los datos personales, tengo derecho a solicitar la supresión de aquellos datos personales no requeridos para el cumplimiento de deberes contractuales y legales, y ejercer los demás derechos relacionados con el habeas data y establecidos en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, y precisados en la política de tratamiento de la información personal de empleados, clientes y proveedores del al **CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA.**

4- Autorización Tratamiento Datos Sensibles (Ley 1581 de 2012) El abajo firmante, en su nombre propio y/o en nombre de la entidad que representa, AUTORIZA de manera voluntaria, previa, explicita, informada e inequívoca a la **CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA**, para que, en los términos del literal a) del artículo 6 de la ley 1581 de 2012, realice la recolección, almacenamiento, uso. Circulación, supresión, y en general,

tratamiento de mis datos sensibles como mi huella dactilar y demás datos biométricos, así como el dato personal relativo a

5- la imagen fotográfica para que dicho tratamiento se realice con la finalidad de validar mi identidad y adelantar gestiones pertinentes para prevenir suplantación, fraudes, o demás delitos tipificados por la ley penal, cuando así lo determine la **CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA**, y en la forma que esta considere pertinente, durante la celebración, ejecución e inclusive una vez terminado el contrato que suscriba esta sociedad con el abajo firmante.

Así mismo, la huella dactilar del abajo firmante quedara registrada en el contrato a que se ha hecho referencia, en caso que este se celebre, y hará las veces de firma electrónica con fundamente en lo dispuesto en la normativa vigente. Se informa que por tratares de datos sensibles el abajo firmante no está obligado a autorizar su tratamiento.
Reconozco que en mi calidad de titular de los datos personales, tengo derecho a solicitar la supresión de aquellos datos personales no requeridos para el cumplimiento de deberes contractuales y legales, y ejercer los demás derechos relacionados con el habeas data y establecidos en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1477 de 2013 y precisados en la política de tratamiento de la información personal de los empleados, clientes y proveedores del al **CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA.**

En constancia de haber sido suficientemente informado del contenido y alcance de esta autorización ser firma la presente:

Firma Edna Liliana Pastrana.

Nombre completo Edna Liliana Pastrana.

Documento de identidad 26470 978

Empresa representada Corhuellas

NIT de la empresa 900 192 801 - 0

Lugar y fecha Tesalia 1 Octubre 2025

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 Amelia Isabel Quintero Penagos, identificado (a) con documento de identidad número 1145832069, 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	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:
Yo, Edna Liliana Pastrana Goaly, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 26470978, 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	X	Videos	X	Otros datos personales	X

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 **__CDI MI PEQUEÑO VALLE ESCONDIDO__**, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa **__MODALIDAD INSTITUCIONAL___**

Suscriben:

Firma: Edna Liliana Pastrana.
Nombre: Edna Liliana Pastrana.
Calidad - Titular: Abuela. Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3112433270
Fecha: 1 Octubre. 2025
Municipio: **TESALIA**

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

ACTA COMPROMISO PADRES DE FAMILIA

Padres de familia, reciban un atento saludo de bienvenida, es grato para el **CDI MI PEQUEÑO VALLE ESCONDIDO** brindar atención integral a sus niños y niñas beneficiarios, les agradecemos la confianza depositada en nosotros para el cuidado de niños y niñas .

Hago constar que escogí libremente el **CDI MI PEQUEÑO VALLE ESCONDIDO** para la atención integral de mi hijo (a) y me comprometo a:

Yo, Edna Liliana Pastrana Goaly
padre del niño, niña Amelia Isabel Quintero Penagos me comprometo con **CDI MI PEQUEÑO VALLE ESCONDIDO** a:

1. Cumplir con el horario de entrada (8:00 am), y la salida (4:00 pm)
2. Velar por una adecuada presentación personal de sus hijos; orientar y controlar las tareas y demás actividades dejadas por los Agentes Educativos para el desarrollo pedagógico del menor.
3. No traer al niño o niña cuando se encuentre en estado delicado de salud.
4. Cuidar el aseo personal del niño o niña, revisando su cabecita, uñas, etc.
5. Asistir a todas las reuniones convocadas tanto por la Coordinadora, Agentes Educativos de cada nivel, apoyo psicosocial, salud-nutrición y por el Representante Legal de la EAS.
6. Los niños no deben traer joyas, ni objetos de valor al **CDI MI PEQUEÑO VALLE ESCONDIDO**.
7. Informar cualquier cambio de dirección, teléfono y actualizar documentación según lo indicado del hogar (Control de crecimiento y desarrollo – Vacunas)

Por lo tanto, el trabajo de formación con los padres de familia se centra en acciones concretas con los niños para entender el sentido que tienen e impulsar el desarrollo de cada uno de los procesos psicológicos, nutricionales y pedagógicos.

En constancia de lo anterior,

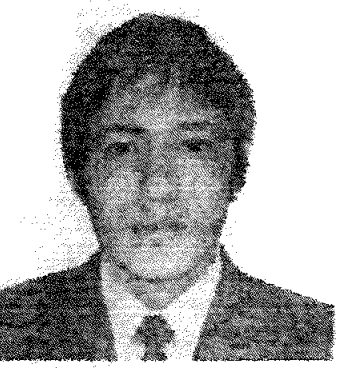
Edna Liliana Penagos
FIRMA PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

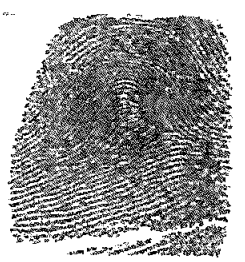
NUMERO **1.079.410.417**

QUINTERO PASTRANA
APELLIDOS

VICTOR FERNANDO
NOMBRES



Victor Fernando Quintero
FIRMA



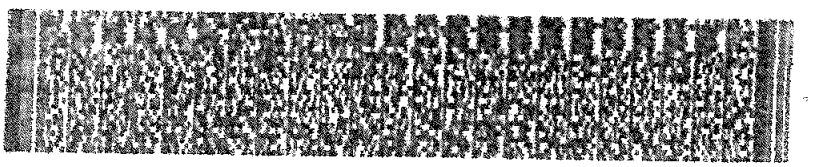
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-ENE-1993**
TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.85 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

19-ENE-2011 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1902500-00286027-M-1079410417-20110325 0026327135A 1 33603977

Acudiente

10

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.470.979
PASTRANA GUALY
APELLIDOS
EDNA LILIANA
NOMBRES

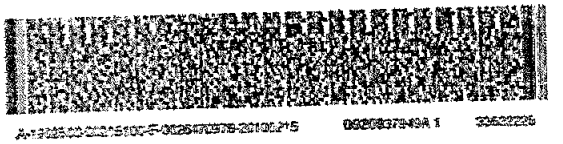


FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-ABR-1970
TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
08-MAR-1989 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1025100-00264703979-20100215 0020637949A 1 30622225

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía

Electrificadora del Huila S.A ESP
Nit. 891.180.001-1

Sr(a) : EDNA LILIANA PASTRANA GUALY
c.c. / Nit: 26470978
CRA 5 # 2-11
Municipio: 797 TESALIA HUILA Ruta: 47970014500
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 1-LIBRETIN 1 DE TESALIA

Su código de cuenta NIU
338328885
Para cualquier consulta y pago electrónico

Factura de venta No.
86465039

Periodo	Periodo facturado	Pago total	Pago mínimo	Periodos vencidos
5 / 2025	15/04/25-14/05/25	$44,860	$44,860	0 meses

Datos de cuenta

Clase servicio	Residencial
Estrato	1-Bajo Bajo
Zona	OCCIDENTE
Nivel tensión	1-Secundaria
Carga instalada	1000
Tipo liquidación	lectura
Nodo	T10094-PCNP

Conceptos ElectroHuila

Concepto		Valor
21	Consumo Periodo	98,288
110	Interes moratorio	24
608	Ajuste Decena	<2>
995	Subsidio	<56,771>

Costo unitario para prestación del servicio

COMPONENTES ELECTROHUILA

1 Comercialización	155.69
+ 2 Distribución	293.26
TOTAL COMPONENTES ELECTROHUILA	448.95
MERCADO ENERGÍA MAYORISTA	
3 Generación	385.91
+ 4 Transmisión	56.28
+ 5 Restricciones	20.75
+ 6 Pérdidas	91.05
TOTAL MERCADO MAYORISTA =	553.99
Costo unitario =	1002.94

Histórico de consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	4	96	2024	10	103
2025	3	85	2024	9	124
2025	2	105	2024	8	129
2025	1	116	2024	7	131
2024	12	80	2024	6	128
2024	11	92	2024	5	116

Promedio de la cuenta	Consumo mas alto registrado
95	116

Calculo actual del consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-8957137	KRI	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	30432	30334	1	98

Liquidación de consumo

Contador	Desde	Hasta	Consumo	Tarifa	Valor Real	Subsi/Contri	ValorCobrar
1	1	173	98 KW/h	$423,6395	$98,288	-58%	$41,517

TOTAL

Financiación ElectroHuila

Descripcion	Saldo

Tasa de interes 0%

CUFE 9d9b01b846d7fa2901c134678e04348aaaa0c68cc2a5a340ec4daf5e80a763d667fc06e3d6c3f9e1b6e93b
Numero de Factura Electronica EH-3154724 Numero de factura: 86465039

Fecha de emisión	Mi último pago fue	Tengo plazo de pagar hasta	Me cortado / suspendo el servicio a partir de
16/05/2025	$38,810 03/05/2025	26/05/2025 Vencimiento	Suspensión

Valor Energía ElectroHuila	+ Valor Servicio de Aseo	+ Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía)	+ Valor Otros Cobros	=
$41,539		$3,321	$0	$44,860 TOTAL A PAGAR

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN
Reporta cualquier novedad relacionada con la prestación del servicio
01 8000 952 115 | 3134354436
PQR: radicacion@electrohuila.co
www.electrohuila.com.co
24/7

¡Escanea! paga en línea

Pag: 5134

(415)7707274499679(8020)0338328885(3900)0000044860(96)20250526

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

AVISO: LOS GRANDES CONTRIBUYENTES DE RENTA RESOLUCIÓN NO. 247/2004 UNAY AUTORRETENEDORES ICA CIRCULAR 4 DEL 08/07/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA, ARTÍCULO 637 DEL ACUERDO 028 DE 2018
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORRETENEDORES ICA CIRCULAR 4 DEL 08/07/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA, ARTÍCULO 637 DEL ACUERDO 028 DE 2018
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS
Impreso por dipgrafos S.A.S. NIT 800069639-2 62943
ESTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO EN VIRTUD DEL ARTICULO 130 DE LA LEY 142 DE 1994 MODIFICADA ART. 18 LEY 689 DE 2001



Escanea el Código QR

Reporta en la línea (
soborno, Línea de tr
indebidos de nuestro
Llama al 01
electrohuila@l

Impuesto municipal c

Municipio= 797-TESALIA Acuerdo=ACU
MUNICIPAL 24 DEL 11 DE OCTUBRE DE 2(

RECLAMOS DE ALUMBR. PUBLICO EN: CARI
9 # 6-11 -TESALIA

Total

Redeban

Redeban

Redeban

Facturación conjunta del servicio público de aseo

Indicadores de calidad individual

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

Otros productos y servicios

Concepto	Valor

FOES

Kwh	$/Kwh	Total	N. Fact

Emitida Por: YULIETH.CEBALLESB Pag: 5134

Asegúrate de que tus instalaciones internas, equipos y aparatos eléctricos estén en óptimas condiciones realizando mantenimiento periódico.

Puntos autorizados

Banco Caja Social · DAVIVIENDA · Scotiabank · COLPATRIA · BBVA · Coonfie · Redeban · Credifuturo · Wompi Bancolombia · banco popular · GIRAHUILCA · COOPEOPIPE · SuChance · Banco AV Villas · Banco de Occidente · ATH · pse

¡Paga en línea!

Sedes atención usuario

KM 1 VIA NEIVA PALERMO
Sede Administrativa
KM 1 VIA NEIVA PALERMO
COMPLEJO ECOLÓGICO EL BOTE
PBX: (608) 8664600

Neiva
Carrera 18 calle 9 esquina
BARRIO CALIXTO

Pitalito
Calle 19 Sur No. 3-05
BARRIO SOLARTE

Garzón
Calle 8 No. 7-54
BARRIO CENTRO

La Plata
Calle 10 No. 6-20
BARRIO SAN RAFAEL

USO CONFIABLE DE ENERGÍA ELÉCTRICA

USO SEGURO DE ENERGÍA ELÉCTRICA

CONTRATO DE CONDICIONES UNIFORMES

Tesalia Huila, 1 Octubre 2025

Señores
CDI MI PEQUEÑO VALLE ESCONDIDO
TESALIA

Respetados(as) señores(as):

Yo. Edna Liliana Pastrana identificado con cédula de ciudadanía No. 26470978 en calidad de acudiente de mi hijo(a). Amelia Quintero me permito informar que, por motivos personales, no me es posible realizar en este momento el proceso de portabilidad.

Sin embargo, me comprometo de manera responsable a estar al día en todos los procesos que se soliciten para el bienestar de mi hijo(a), tales como la valoración integral, la higiene bucal y las demás actividades o disposiciones que la institución indique.

Agradezco su comprensión y apoyo.

Atentamente,

[Firma] Edna Liliana Pastrana.
Nombre del padre de familia
C.C. No. 26470978.

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	1145832069
NOMBRES	AMELIA ISABEL
APELLIDOS	QUINTERO PENAGOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA PLATA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	17/03/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/14/2025 09:51:23	**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**

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro civil

Fecha de consulta: ***01/10/2025***

Ficha: **4139600153000008797**

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **AMELIA ISABEL**

Apellidos: **QUINTERO PENAGOS**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1145832069**

Municipio: **La Plata**

Departamento: **Huila**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **24/10/2022**

Última actualización ciudadano: **06/03/2023**

Última actualización vía registros administrativos: **25/11/2023**

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: **OTONIEL SALAZAR PENNA**

Dirección: **Carrera 4 No. 5-09**

Teléfono: **8371474**

Correo Electrónico: **sisben@laplata-huila.gov.co**

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu Ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

15

HOSPITAL SANTA TERESA DE TESALIA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
891103889 - 6

CERTIFICACION MEDICA

Certificado No.: **10000102**
Entidad Administradora: **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A** Fecha de Registro: 7-OCT-2025
Historia No.: 1145832069

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	AMELIA ISABEL QUINTERO	No.identificacion :	RC: 1145832069
Sexo:	TESALIA, HUILA	Edad:	4 Anos
Ciudad de residencia:	BARRIO LOS PINOS	Estado civil:	MENOR DE EDAD
Direcci6n residencia:		Telefono:	3112433270

DATOS ANTROPOMETRICOS

Peso : 16.9 Kg Talla :109.9cm

CAMPO VISUAL

Oja Derecho : Vision normal Oja Izquierdo Vision normal

OBSERVACIONES GENERALES

CERTIFICO QUE EL PACIENTE EN CUESTION SE PRESEN TA CON ESTADO DE SALUD OPTIMO, ACTUALMENTE SIN COMPROMISO SITEMICO, NO PRESENTA ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS ADECUADAS PARA LA EDAD, EXAMEN FISICO SIN ALTERACIONES. AGUDEZA VISUAL SIN ALTERACIONES, AGLJD EZA AUDITIVA SIN ALTERACIONES, DESAROLLO NEUROLOGICO Y DEL LENGUAJE ADECUADO PARA LA EDAD.
LA PRESENTE QON STANCIA SE EXPIDE A PETICION DEL INTERESADO EL DIA 07/10/2025.

CAMARGO PATRON JUAN PABLO
MEDICINA GENERAL
Registro Medico No. 1007418686
Documento Medico No. CC 1007418686

Firma del profesional de la salud

16

Dentisalud

CERTIFICADO

Nombre del paciente: Amelia Isabel Quintero Tenagos

Edad: 4 años

Documento de identidad: 1145832069

Acudió a consulta odontológica, realizándose los siguientes procedimientos:

Examen oral de primera vez, adaptación y control de placa bacteriana.

Diagnóstico: Sano

Se recomienda continuar la citas previa posible con el odontólogo si es necesario, así mismo mantener buena higiene y prevención en 6 meses.

Para constancia se expide el presente a petición del interesado, y para los fines que este estime conveniente.

Lugar y fecha: Tesalia Huila 28 Octubre 2025

Firma del profesional

Carrera 5 # 6-25 cel 3213124059 Tesalia-Huila
julianperez545@hotmail.com
DENTISTA GENERAL ODONTOLOGO

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO			
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA			
Al momento de nacer	Fecha:		
PRIMER CONTROL MÉDICO			
Durante el primer mes de vida	Fecha:		
SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA			
Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI.**

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

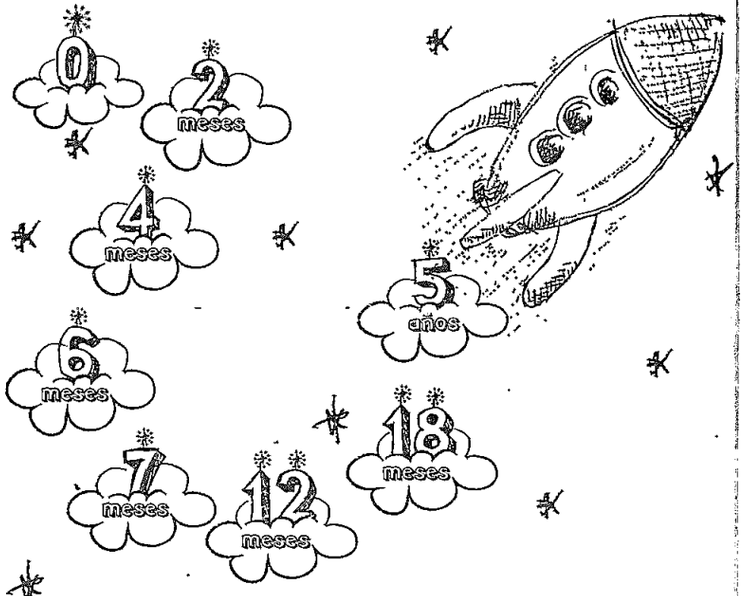
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

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



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI
Porque tu vida hoy que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Amelia Isabel Quintero Perugos
Fecha de nacimiento: 04-Nov-20
Nº de certificado de nacido vivo: 1602688331
Registro civil: 1145832069
Sexo: femenino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3590 Gramos.
Dirección: B. El Nogal
Teléfono: 3223495425
Responsable: Luis Perugos.
Municipio de residencia: La plata
Departamento: Huila.

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: _____ **Registro Civil:** _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☒ No ☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única	05-NOV-20	Serum	03T960Z5	HDSP		Ana Vega
	Hepatitis B	Recién nacido	04-NOV-20	Serum	032940123	HDSP	04 01 21	Jefe Lacha
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª	5-01-2021	Sanofi	T308914	Corpoba Pbt	5 Marzo 2021	Enf
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano	1ª	5-01-2021	Serum	2850X008C	Copoba Pbt		Enf
	Rotavirus	1ª	5-01-2021	Glaxo	AROLA68AA	Copoba Pbt	5 Marzo 2021	Enf
	Neumococo	1ª	5-01-2021	Glaxo	ASPN328A	Copoba Pbt		Enf
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	11-03-2021	Sanofi	T308914	Corpoba	11 05 2021	Enf
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	11-03-2021	Serum	2850X008C	Copoba		Enf
	Rotavirus	2ª	11-03-2021	Glaxo	AROLA68AA	Copoba Pbt	11 05 2021	Enf
	Neumococo	2ª	11-03-2021	Glaxo	ASPN328AA	Copoba		Enf
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	12-06-2021	Sanofi	T308914	Copoba	— — —	Enf
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	12-06-2021	Serum	2850X021B	Copoba	— — —	Enf
	Influenza	1ª	19-08-2021	Sanofi	V3B897	Compuvacuna	— — —	Vacunador
7 Meses	Influenza	2ª						
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	5-02-2022	Serum	0120N128	Copoba	— — —	Enf
	Fiebre Amarilla	1ª	22-02-2023	SANOFI	V3N211V	ESE SAN SEBASTIÁN		Nathalia J.
	Neumococo	Refuerzo	5-02-2022	Glaxo	ASP103BB	Copoba	— — —	Enf
	Influenza	Anual						
	Hepatitis A	ÚNICA	5-02-2022	MSD	V016226	Copoba	— — —	Enf
18 Meses	Pentavalente	1r Refuerzo	22-02-2023	SERUM	2851X040C	ESE SAN SEBASTIÁN		Nathalia J.
	Polio (Oral - IM)	1r Refuerzo	22-02-2023	BIOTHOVEN	2139003A	ESE SAN SEBASTIÁN	5 años	Nathalia J.
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	22-02-2023	SERUM	0131N085A	ESE SAN SEBASTIÁN		Nathalia J.
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	1dc	5-02-2022	MSD	V006722	Copoba	— — —	Enf
	Sarampión Rubeola	Refuerzo	1 [illegible]			Co		

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.

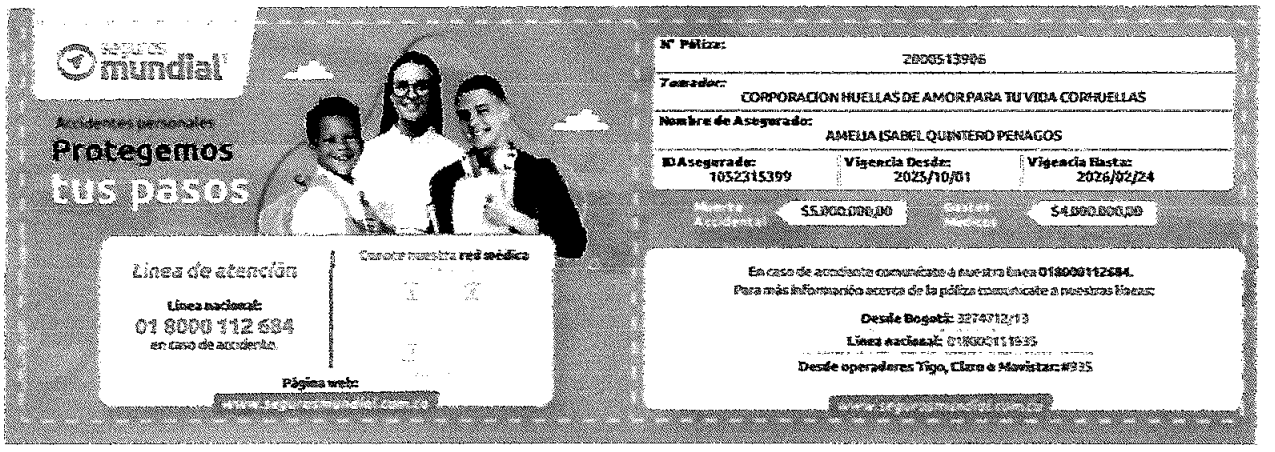
Amelia Isabel Quintero Venagos
Seguimiento a la valoración integral de la salud y el desarrollo

Control	Edad	Fecha de atención	Edad			Valoración del crecimiento					Valoración del desarrollo				Próximo control	Observaciones/ recomendaciones	Recordatorio	
						Peso	Talla	Perímetro del brazo	Perímetro cefálico	Clasificación nutricional	Motricidad gruesa	Motricidad fino-adaptativa	Audición-lenguaje	Personal social				
		DD/MM/AA	Años	Meses	Días	(kg)	(cm)	(cm)	(cm)		Dilgencia verde, amarillo o rojo				DD/MM/AA		Desparasitación intestinalantihelmíntica a partir del año de edad, dos veces al año	Suplementación con micronutrientes a partir de los dos años de edad
1	1 mes	07/12/20		1	3	4945 g	56 cm		38	Adec	OK					03/21		
	4 meses	11/03/2021		4	7	7.8 kg	64 cm		45 cm	Adec	OK				3 marzo 2021			
	13 meses	07/03/2022	1	3	3	11.9 kg	78 cm		48 cm	sobrepeso					agosto 2022			
	25 meses	18/11/2022	2	1	19	11.7 kg	98 cm		48 cm						marzo 2023			
	54 meses	24-08-25	4	6		16.3	111	15	51	Obesidad					24-08-2026			

Escala abreviada de desarrollo -EAD-3:
1. Desarrollo esperado para la edad (verde): El niño o niña se encuentra en el nivel de desarrollo esperado para su edad en cada área de desarrollo.
2. Riesgo de problemas de desarrollo (amarillo): El niño o niña no ha alcanzado el nivel de desarrollo esperado para su edad en algún área de desarrollo.
3. Sospecha de problemas de desarrollo (rojo): El niño o la niña se identifica como un caso de alta probabilidad de experimentar un retraso en el desarrollo de algún área.
Perímetro del brazo: medida complementaria de los indicadores antropométricos. Se toma en niños y niñas desde los 6 a 59 meses de edad está asociada al riesgo de muerte por desnutrición. Si el niño o niña tiene menos de 11.5 cm en tal caso atender según Resolución 5406/15

Mi foto

Foto


seguros mundial
Accidentes personales
Protegemos tus pasos
Línea de atención
Línea nacional:
01 8000 112 684
en caso de accidente
Página web:
N° Póliza:
2000513986
Tomador:
CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS
Nombre de Asegurado:
AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS
ID Asegurado:
1052315399
Vigencia Desde:
2023/10/01
Vigencia Hasta:
2026/02/24
$5.000.000,00
$4.000.000,00
En caso de accidente comunícate a nuestra línea 018000112584.
Para más información acerca de la póliza comunícate a nuestras líneas:
Desde Bogotá: 3274912/13
Línea nacional: 018000111935
Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

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

OBSERVADOR INFANTIL

UNIDAD DE SERVCIO: CDI MI PEQUEÑO VALLE ESCONDIDO
MUNICIPIO: TESALIA



FECHA DE INGRESO:			NOMBRE DEL NIVEL
1	10	2025	Exploradores 2.

NOMBRE COMPLETO PARTICIPANTE	Amelia Isabel Quintero Penagos
TIPO DOCUMETO Y NUMERO	RC. 1145832069
FECHA DE NACIMIENTO	4 Noviembre 2020
EDAD ACTUAL/ (A LA FECHA DE INGRESO)	4 años

OBSERVACION PEDAGOGICA:	MES: 30 Octubre 2025.

Se ha estado adaptando con mucha facilidad con los compañeros al contar los cuentos y participar con los compañeros identifica los personajes con facilidad, realiza la actividad del simulacro entendiendo el objetivo, en la semana de trabajo con las familias fue poco participativos pero lo han entendido y conoce su escuela donde transitará el otro año

FIRMA AGENTE EDUCATIVA: [signature] FIRMA PADRE FLIA: Edna Pastrana.

OBSERVACION PEDAGOGICA:	MES: 18 Noviembre 2025

Es una niña muy participativa conoce muy bien de las profesiones en especial las del nucleo familiar, se interesa por cuidar la naturaleza y le tiene miedo a las hormigas Se interesa mucho por el cuidado del agua, tiene trazos concretos con el crayón y conservando la imagen le gusta participar en las actividades de navidad.

FIRMA AGENTE EDUCATIVA:: [signature] FIRMA PADRE FLIA: Edna Pastrana

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

OBSERVACION PEDAGOGICA:	MES:

FIRMA AGENTE EDUCATIVA::_____ **FIRMA PADRE FLIA:**_____

OBSERVACION PEDAGOGICA:	MES:

FIRMA AGENTE EDUCATIVA::_____ **FIRMA PADRE FLIA:**_____

OBSERVACION PEDAGOGICA:	MES:

FIRMA AGENTE EDUCATIVA::_____ **FIRMA PADRE FLIA:**_____

CORPORACIÓN HUELLAS DE AMOR PARA TU VI...

REGISTRO DE NOVEDADES DIARIAS

NUMERO	FECHA	NOMBRE BENEFICIARIO	NUMERO DOCUMENTO	ACCIDENTES O CONDICION ESTADO FISICO		CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD		CAMBIOS EN EL ESTADO EMOCIONAL		RAZONES DE INASISTENCIA O LLEGADAS TARDE		SALIDAS FUERA DEL HORARIO		INCAPACIDADES		ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS		NOVEDAD DEL PARTICIPANTE					FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR	QUIEN DILIGENCIA EL REGISTRO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	RC	DIES	VALORACION INTEGRAL	VACUNAS	OTRO			
1	4/11/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Edna Liliana		
2	5/11/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Edna Liliana		
3	6/11/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Edna Liliana		
4	7/11/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X	X			X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Edna Liliana		La niña presento vomito al almuerzo
5	10/11/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Edna Liliana		
6	11/11/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Edna Liliana		
7	12/11/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Edna Liliana		
8	13/11/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Edna Liliana		
9	14/11/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Amanda Fonseca		
10	18/11/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Edna Liliana		
11	19/11/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Edna Liliana		
12	20/11/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Edna Liliana		
13	21/11/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Edna Liliana		
14	__/__/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069															AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
15	__/__/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069															AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
16	__/__/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069															AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
17	__/__/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069															AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
18	__/__/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069															AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
19	__/__/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069															AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
20	__/__/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069															AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
21	__/__/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069															AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				

FIRMA COORDINADORA: Yuliana Pardomo

FIRMA AGENTE EDUCATIVA:

2

CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA

REGISTRO DE NOVEDADES DIARIAS

NUMERO	FECHA	NOMBRE BENEFICIARIO	NUMERO DOCUMENTO	ACCIDENTES O CONDICION ESTADO FISICO		CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD		CAMBIOS EN EL ESTADO EMOCIONAL		RAZONES DE INASISTENCIA O LLEGADAS TARDE		SALIDAS FUERA DEL HORARIO		INCAPACIDADES		ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS		NOVEDAD DEL PARTICIPANTE					FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR	QUIEN DILIGENCIA EL REGISTRO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	VOMITO	VALORACION INTERNA	VACUNAS	OTRO			
1	1/10/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Edna Liliana		
2	2/10/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		Y		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Edna Liliana		
3	3/10/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		Y		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Edna Liliana		
4	6/10/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		Y		Y		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				la niña se encuentra con la acudiente y ella dice que esta bien envia cuento
5	7/10/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				la acudiente dice que la niña esta bien y envian cancion
6	8/10/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				la acudiente dice que la niña esta bien y envia aerobicos
7	9/10/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				la acudiente dice que la niña esta bien no envia foto
8	10/10/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				la acudiente dice que la niña esta bien envia foto comida.
9	14/10/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		Y		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Edna Liliana		
10	15/10/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		X		X		Y		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Edna Liliana		
11	16/10/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Edna Liliana		
12	17/10/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		Y		X		Y		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Edna Liliana		
13	20/10/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		X		Y		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Edna Liliana		Recibe RPP contraseñado
14	21/10/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		X		Y		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Edna Liliana		
15	22/10/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Edna Liliana		
16	23/10/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Edna Liliana		
17	24/10/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		X		X		X		Y	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Edna Liliana		
18	27/10/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Armando Albeiro Bravo		
19	28/10/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		Y		Y		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Edna Liliana		
20	29/10/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Edna Liliana		
21	30/10/2025	AMELIA ISABEL QUINTERO PENAGOS	1145832069		X		X		Y		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Edna Liliana		

FIRMA COORDINADORA: Juliana Trujillo

FIRMA AGENTE EDUCATIVA:

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

AUTORIZACION PARA LA ENTREGA DE PARTICIPANTES INGRESO Y RETIRO DE LA UDS

Municipio, Tesalia – Huila 1 Octubre /2025

Señores: EAS CORHUELLAS

Yo Luisa Camila Penagos identificado (a) con cedula de ciudadanía numero: 1006019601 expedida La plata, como MADRE / PADRE responsable (s) de la niñ@, autorizo a la (s) persona (s) aquí relacionadas para que lleven hasta la UDS CDI MI PEQUEÑO VALLE ESCONDIDO y de la misma manera recojan a la hora de salida del mismo servicio, anexando copia de documento identidad.

AUTORIZO a la (s) siguientes persona (s) :

1. Nombre completo: Edna Liliana Penagos
   Documento Identidad: 26 470 978
   Parentesco con el niñ@: Abuela Celular: 3112433270
2. Nombre completo: _____
   Documento Identidad: _____
   Parentesco con el niñ@: _____ Celular: _____

En constancia firma,

Jeorsa Camila Penagos

23

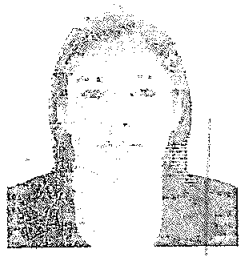
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.470.978

PASTRANA GUALY
APELLIDOS

EDNA LILIANA
NOMBRES

Edna Liliana Pastrana G.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-ABR-1970

TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

08-MAR-1989 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1902500-00215100-F-0026470978-20100215 0020937949A 1 33622225