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 EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR

UDS Padres Creciendo Juntos 2

PARTICIPANTE: Damian Hernandez Salinas

RC X **No.** 1079 510 441



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotografía física, va sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Fotocopia del documento de identidad (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Fotocopia del criterio de focalización según la guía del ICBF. – ó Acta de visita para criterios de focalización	Formalización del cupo	Actualización cada 3 meses	✓		
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo y Seguimiento	Cada 3 meses	✓		

Powered by CamScanner

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

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.079.510.441

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51432908

5143290 8

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L 1 C

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE PAICOL - COLOMBIA - HUILA - PAICOL.....

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HERNANDEZ.....	SALINAS.....

Nombre(s)
DAMIAN.....

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes MAR Día 22	MASCULINO.....	A.....	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....	24038510807272.....

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
SALINAS SON PAULA LORENA.....

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.509.121.....	COLOMBIA.....

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
HERNANDEZ GONZALEZ NICOLAS.....

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.074.297.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
HERNANDEZ GONZALEZ NICOLAS.....

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.004.074.297.....	Nicolas Hernandez Gonzalez

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 ABR Día 04	NICTOR BASTIDAS BASTIDAS - REGIST Nombre y firma

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

04 ABR. 2024

ESPACIO PARA NOTAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURIA DEL ESTADO CIVIL
PAICOL-HUILA
TOMO 111 FOLIO 111 SERIAL 51432908
ES COPIA FOTOSTATICA TOMADA DE SU ORIGINAL
Y SE EXPIDE A SOLICITUD DEL ACREDITAR PARENTESCO
Particular. 15 Enero 1960 de 1970
NICTOR BASTIDAS BASTIDAS
REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 36399689-7
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.005.080-2 TEL. 381 0240

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 11/08/2025

Ficha: 41518076803600000346

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DAMIAN

Apellidos: HERNANDEZ SALINAS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079510441

Municipio: Paicol

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/09/2021

Última actualización ciudadano: 04/04/2024

Última actualización via registros administrativos:

*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: MARIA LIZETH MENDEZ CERQUERA

Dirección: Calle 4 No 6 - 74

Teléfono: 3154610988 - 3206315508

Correo Electrónico: sisben@paicol-huila.gov.co

Powered by CamScanner

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	1079510441
NOMBRES	DAMIAN
APELLIDOS	HERNANDEZ SALINAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	AGRADO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	22/03/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/16/2025 16:53:01	**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

Powered by CamScanner

· Datos del niño o de la niña ·



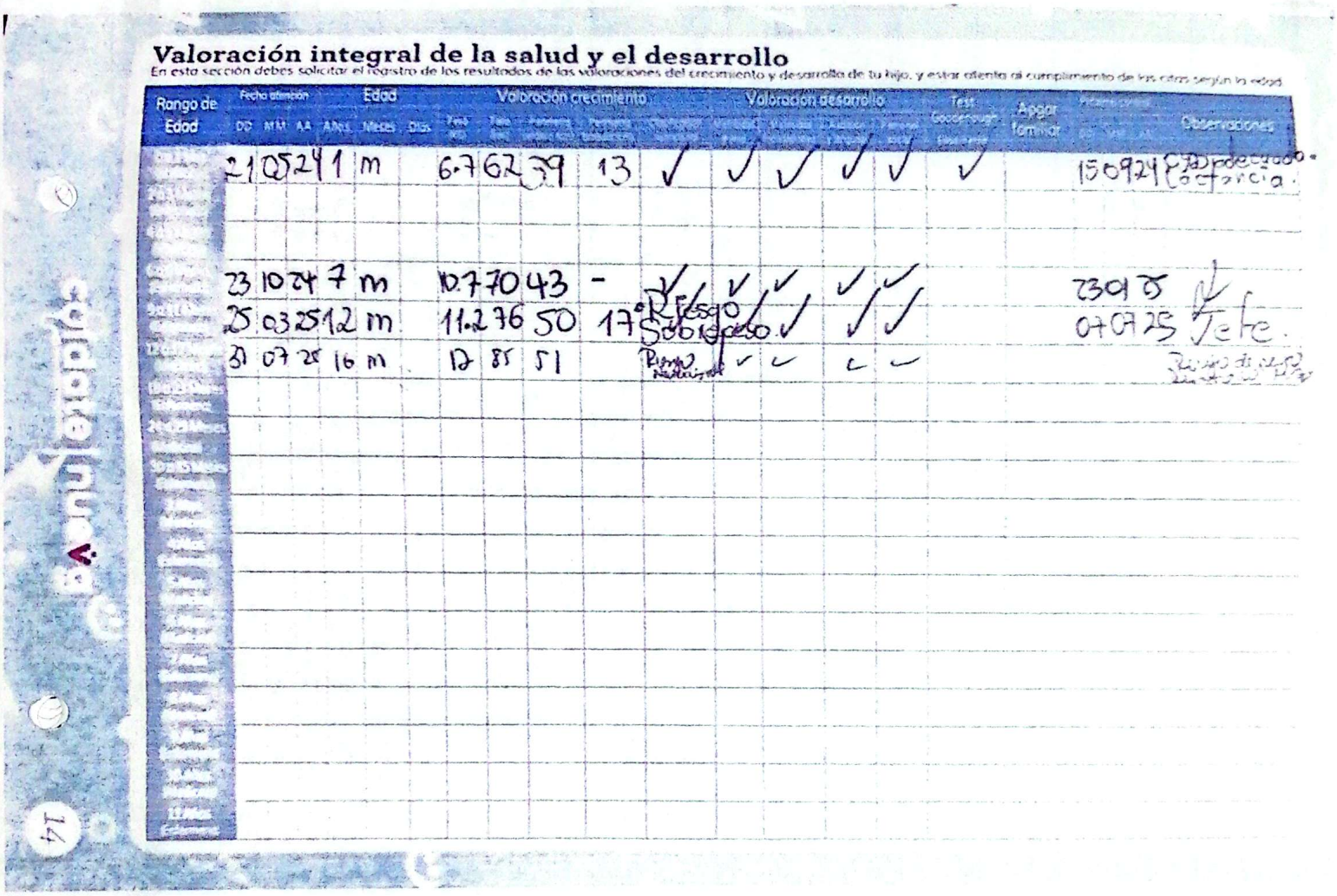
Nombres: Damian
Apellidos: Hernández Salinas.
Certificado Nacido Vivo: 1079510441.
Documento de identidad: 1079510441.
Fecha de nacimiento: Día: 22 Mes: 03 Año: 2024.
Género: F: M: X I: Grupo sanguíneo: O Rh: +
Lugar de nacimiento: Departamento: Garzón (Huila)
Municipio: Garzón
EPS: NUEVA EPS.
Datos de contacto:
Dirección: Vereda La María.
Teléfonos: 3122594520

En caso de urgencia favor avisar a:

Nombres y apellidos: Paola Corena Salinas.
Teléfonos: 3122594520.
Dirección: Garzón (Huila)
Departamento: Huila
Municipio: Agrado.

Powered by CamScanner

Damian Hernandez



Valoración integral de la salud y el desarrollo

En esta sección debes solicitar el registro de los resultados de las valoraciones del crecimiento y desarrollo de tu hijo, y estar atento al cumplimiento de las citas según la edad

Rango de Edad	Fecha atención DD MM AA	Edad Años	Meses	Días	Valoración crecimiento Peso	Talla	Perímetro	Peso/talla	IMC	Valoración desarrollo					Test Desarrollo	Agar formar	Próxima cita DD MM AA	Observaciones
	21 05 24	1	m		6.7	62	39	13		✓	✓	✓	✓	✓	✓			150924 Pediatra Garcia.
	23 10 24	7	m		10.7	70	43	-		✓	✓	✓	✓	✓				2309 ↓
	25 03 25	12	m		11.2	76	50	17	Riesgo Sobrepeso	✓	✓	✓	✓	✓				0709 25 Jefe.
	21 07 26	16	m		12	85	51		Riesgo Desnutrición	✓	✓	✓	✓	✓				Riesgo de sobrepeso

Powered by CamScanner

Duvan Hernandez

Nombres y Apellidos _____ Tipo de Indentificacion _____ No ID: _____

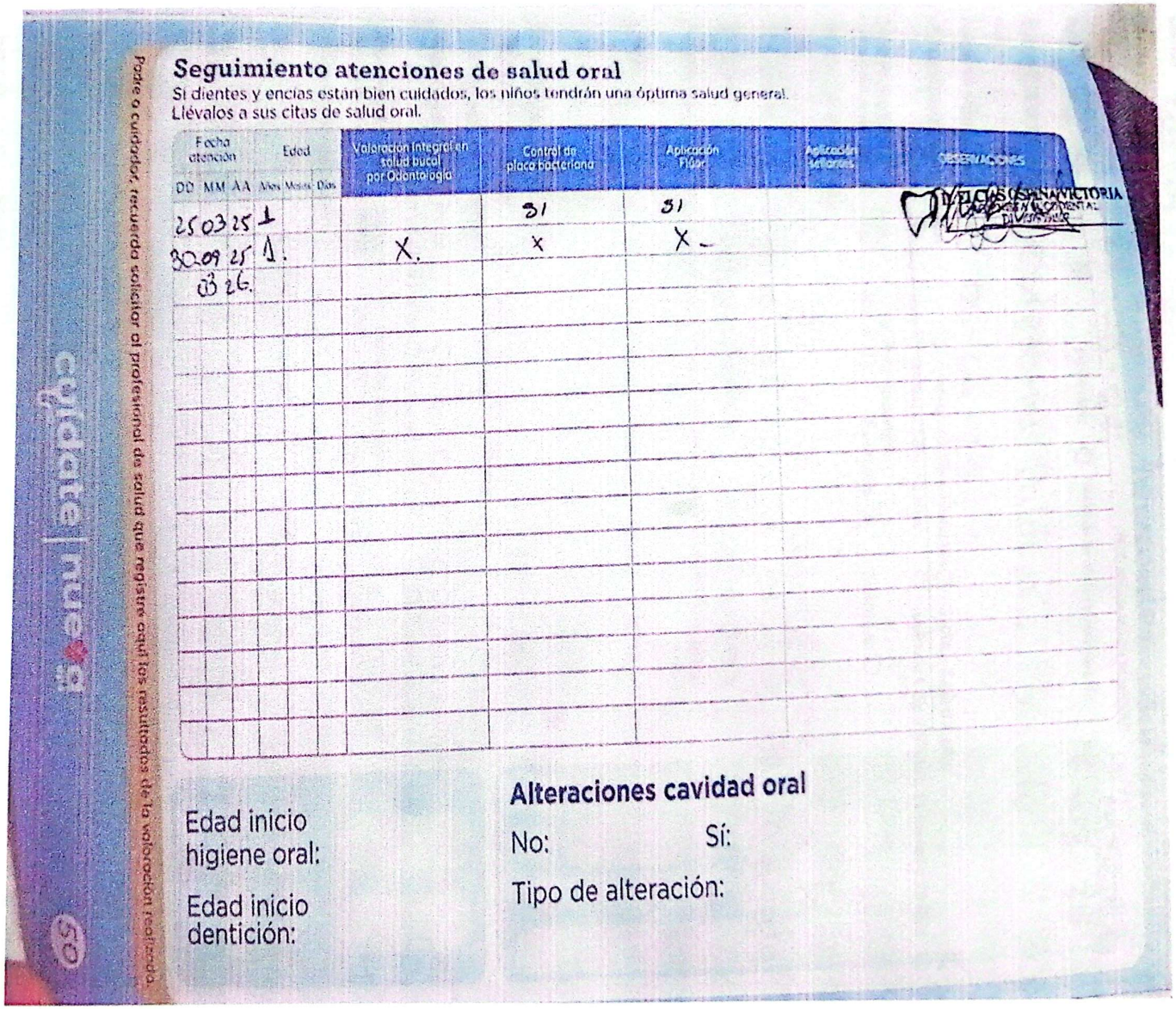
Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio		Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recien Nacido	Unica	12	03	24	Lactancia materna exclusiva Serum	0 1	Si 7 2 6 0 4 8 No	HOSVP				
	Recien nacido	12	03	24	Serum	0 1	2 3 Q 0 1 4 A	HOSVP	22	05	24	Viviana G
2 meses	1°	10	07	2024	Lactancia materna exclusiva Biothoven	23 C	Si 8 0 1 0 No					Elyoca
	1°	10	07	2024	Serum	2 [illegible]	5 2 4 0 1 1 E	Ese Santa				Elyoca
	1°	10	07	2024	Serum	2 [illegible]	5 2 4 0 1 1 E	Rosa de				Elyoca
	1°	10	07	2024	Serum	2 [illegible]	5 2 4 0 1 1 E	Lima	10	09		Elyoca
	1°	19	09	2024	Elaxo	A	2 0 L b 7 5 0 AA					
	1°	10	07	2024	Pfizer.	G	W 7 6 6 5		2024			
4 meses	2°				Lactancia materna exclusiva Serum	2 3	Si 0 8 0 1 9 No	ESE				=
	2°	14	09		Serum	2 8	5 2 y 0 1 3 C	Santa				elyoca
	2°				Serum	2 8	5 2 y 0 1 3 C	Rosa Lima				
	2°	2024			Serum	2 8	5 2 y 0 1 3 C					
	2°				GSK	A R	0 L b 8 3 8 BA	Palcol				=
	2°				Pfizer	6 x	1 9 1 2					
6 meses	3°	14	11	2024	Lactancia materna exclusiva Biological.	2 23	Si 4 0 0 2 No	~~ESE Hospital~~				~~Angie M Xero~~
	3°	14	11	2024	Serum.	28	52 X0 14 C	San				Lune Xero
	3°	14	11	2024	Serum	28	52 X014C.	Antonio				Jimie Xero
	3°	14	11	2024	Butantan.	2	4 0 0 9 7 9					Angie Xero
7 meses	2°	14	12	2024	Butantan	2	4 0 0 9 7 9	Palcol				elyoca
	1°	25	03	25	SCTUM		0 B 3 N C U S B		22	03	2025	
12 meses	Refuerzo	25	03	25	PFIZER		HJ 5 2 7 6	ESE Hospital San Antonio				
	1°	25	03	25	MSD		YC 0 8 3 7 1					Angie Xero
	Unica	25	03	25	MSD		YC 0 5 2 8 5					Angie Xero
	Anual	12	05	25	Seguros		PF600 790B4	ESE Hospital Agudelo				
18 meses	1er Refuerzo											
	1er Refuerzo											elyoca
	Unica	25	04	2025	FIOCW2		2 3 K 0 6 S 1		14	11	2025	
5 años	2°								19 meses			
	2do Refuerzo											
	2do Refuerzo											
	Refuerzo											
9 años	1°											
	2°											
	3°											
	1°											
	2°											
	1er Refuerzo											
	2do Refuerzo											

Vacunas

De acuerdo al antecedente de primovacunación

**A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

Powered by CamScanner



Seguimiento atenciones de salud oral

Si dientes y encías están bien cuidados, los niños tendrán una óptima salud general.
Llévalos a sus citas de salud oral.

Fecha atención DD MM AA	Edad Años Meses Días	Valoración Integral en salud bucal por Odontología	Control de placa bacteriana	Aplicación Flúor	Aplicación Sellantes	OBSERVACIONES
25 03 25	1		31	31		
30 09 25	1.	X.	X	X		
03 26.						

Edad inicio higiene oral:

Edad inicio dentición:

Alteraciones cavidad oral

No: Sí:

Tipo de alteración:

Cuídate mamá

Pide a cuidador, recuerda solicitar al profesional de salud que registre aquí los resultados de la valoración realizada.

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad Paicol

Nombre completo de la niña o niño Damian hernandez salinas

Fecha de nacimiento 22-03-24 **N° Documento de Identidad** 1074510441

Sexo Masculino ☒ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 06-03-25

Primer Registro Cualitativo Estefania Calderón Serrato

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo 06-06-25

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 desarrollo del niño corresponde a lo esperado para su grupo etario, de acuerdo con los indicadores evaluados.

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Angelica Quintero

Fecha de registro cualitativo

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 niño se situo en un nivel de Esperado para su edad, demuestra interes por descubrir su entorno, manipula objetos y establece un vinculo muy estrecho con su mamá que debe estar presente en sus actividades.

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

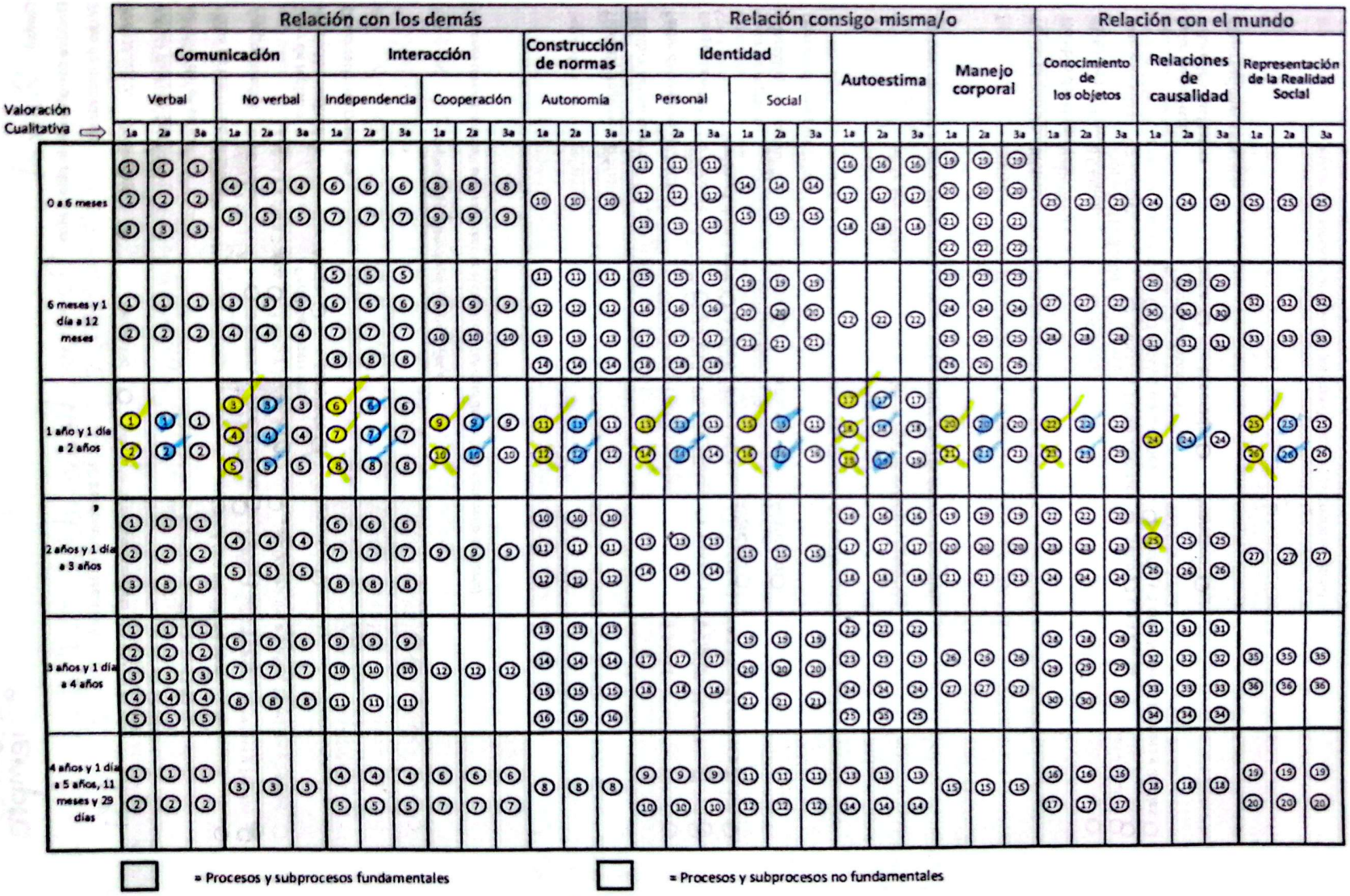
Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

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)***

Powered by CamScanner



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

Powered by CamScanner

CERTIFICADO GRATUIDAD DEL SERVICIO CORHUELLAS

Yo, **Luz Ángela Urbano Onatra** identificada con cédula de ciudadanía N° 1083869402 Representante legal de la **Corporación Huellas de Amor para tu Vida con NIT 900.192.801-0**, certifico que firmé el contrato de aportes **41002412025** para la atención Integral a la Primera Infancia en la Modalidad FAMILIAR Y COMUNITARIA con el servicio de Educación Inicial en el Hogar en el municipio de Paicol, certifico que el servicio el cual se viene brindando es de total gratuidad para el número de participantes atendidos.

Este certificado se expide para dar cumplimiento a lo requerido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF regional Huila.

Dado en la ciudad de Pitalito Huila a los 06 días de marzo del 2025

Atentamente,

LUZ ANGELA URBANO ONATRA
Representante Legal
Corporación Huellas de Amor para tu Vida

Firma Acudiente
C.C. 1019509127

Powered by CamScanner

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 UDS Padres Creciendo Juntos 2, 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): Damian Hernandez Galindo con RC No 1079510441 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 UDS, 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 UDS
4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias ingresa y se retira a mi hijo(a) de la UDS.
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.

Powered by CamScanner

NOTA: En caso de no contar con alguno de los documentos mencionados, informar en la UDS 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 6 del mes 03 del año 2025, en el Municipio de Paicol.

Paula Lorena Salinas Son
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

AGENTE EDUCATIVA

Powered by CamScanner

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 Duvan Hernandez Salinas, identificado (a) con documento de identidad número 1079510441, 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, Paula Lorena Salinas Son, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1079509101, 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.

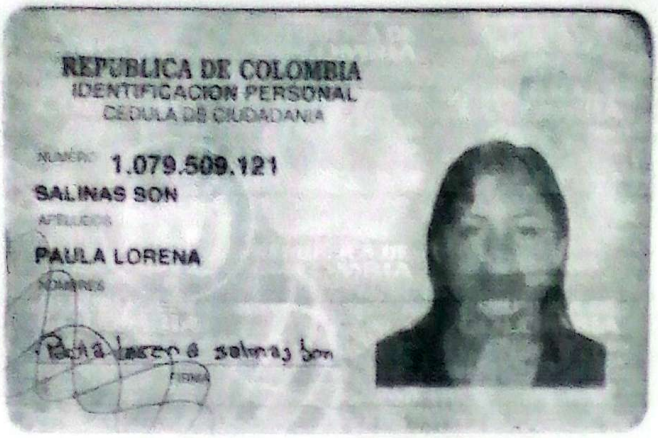
Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) 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 _____, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa _____

Suscriben:

Firma: Paula Lorena Salinas Son
Nombre: Paula Lorena Salinas Son
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: MARTO 6 de 2025
Municipio: Paico

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.079.509.121
SALINAS SON
APELLIDOS
PAULA LORENA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-MAR-1994
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 AB+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
19-ABR-2012 PAICOL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Powered by CamScanner

SU CODIGO CUENTA NIU

435508733

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

AUTORETENEDOREH DE RENTA, RESOL. No 547/2002
DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART. 4
RESOL : 000055 DEL 14/07/10 DIAN GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDOREH ICA CIRCULAR 4
DEL 08/01/99 RECRETARÍA DE HACIENDA DE NEIVA

FACTURA DE VENTA No. 81024875

TOTAL A PAGAR

$ 57.650

Documento equivalente según
artículo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 22/ABR/2024

FI DE 01/FEB/2024
LI HAS 01/ABR/2024
FECHA SUSPENSIÓN 24/ABR/2024

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	PERDOMO PEDRONEL	Nit CC	4920002
Dirección	VDA LA LAJA PRIMAVERA	Ruta	6070570751
Municipio	PAICOL	Ciclo	093
Clase Servicio	Residencial	Estrato	2

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6570057
Carga Contratada	14	Nombre	
Grupo	4	Ruta Lect.	0

INFORMACION CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
07025795	ELS	A	S	00	9215	9096	1	119

Promedio Cuenta 116 Consumo Año Anterior 157 Consumo Anterior 152

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
MAR	119
ENE	122
NOV	120
SEP	118
JUL	110
MAY	165
MAR	157

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU:7 DIU:15.387217HC:8
EC:P VC:0 VCD:0
VCF CEC:9
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 14/02/2024
Valor $ 113360

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
59.5	969.4511 =	57682
59.5	968.1893 =	57607

CONSUMO PERIODO

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

Valor Total Energía del Periodo	$ 115.289
Valor (Subsidio/Contribución %)	$ - 57.644
Valor Total Energía Facturado	$ 57.645

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
CONSUMO PERIODO	$ 115.289
AJUSTE DECENA	$ 5
SUBSIDIO	$ - 57.644

OTROS CARGOS	$ 0
ALUMBRADO P	$ 0
VALOR ELEC T	$ 57.650

TOTAL A PAGAR

$ 57.650

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

FOES: Consumo Kwh $Kwh Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 379.0 Tm: 57.0 PRn,m: 77.0 Dn,m: 268.0 Rm: 7.0 Cv,m: 19
3.0 CUv,n,m: 968.1893 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT.CORRIENTE	INT.MORA

Código de Cuenta : 435508733
Factura de Servicios Públicos No: 81024875
Periodo MAR 2024 Fecha de Vencimiento: 22/ABR/2024
Suspensión a partir de: 24/ABR/2024

Valor Total a Pagar $ 57.650



(415)7707274499679(8020)0435508733(3900)0000057650(96)20240422
Señor cajero favor dejar libre de sellos tanto el frente como el respaldo de esta factura
SAM1 Version 1.1.2 24011513 Lector 7403

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner