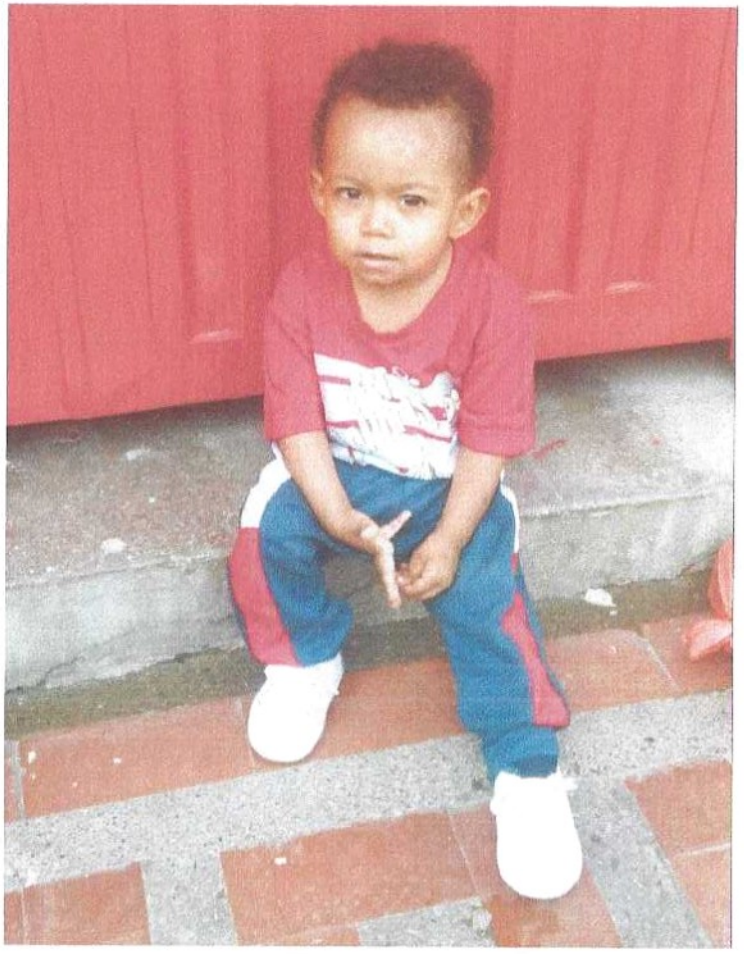
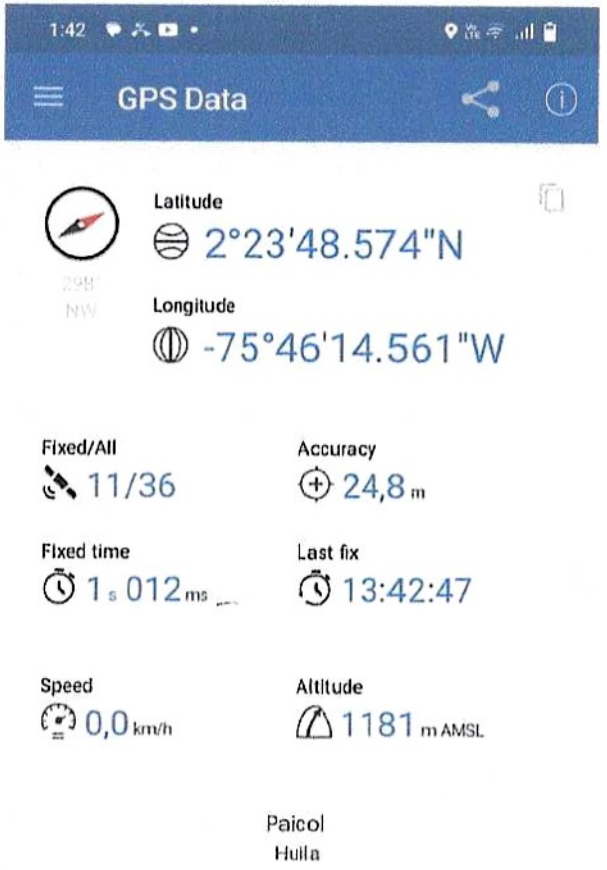


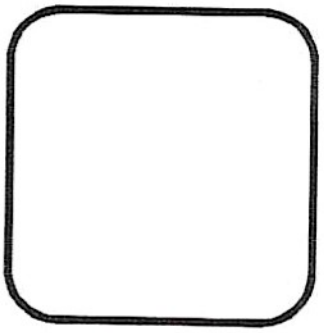
DANIEL MEJIA POPO



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 FLORECER OPITA LA LAJA
PARTICIPANTE: DANIEL MEJIA POPO
RC X No. 1079510392



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIA 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	✓		
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	X		

		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.			
Certificado de asistencia a consulta en salud bucal. (Copia del Carnet)	Formalización del cupo y seguimiento	Cada año			
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		

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.079.510.392

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51432840

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
MEJIA	POPO

Nombre(s)
DANIEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes JUL Día 10	MASCULINO	B	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	23076310551999

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
POPO NAZARIT OFIR

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 30.519.664	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
MEJIA MEDINA YIRBEY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 17.710.443	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
MEJIA MEDINA YIRBEY

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 17.710.443	Yirbey mejia

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 2023 Mes JUL Día 11	NICTOR BASTIDAS BASTIDAS - REGIST
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

3

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 10/09/2025

Ficha: 41518009503600000234

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DANIEL

Apellidos: MEJIA POPO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079510392

Municipio: Paicol

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/12/2018

Última actualización ciudadano: 15/09/2023

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

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	1079510392
NOMBRES	DANIEL
APELLIDOS	MEJIA POPO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	PAICOL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	10/07/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/10/2025 08:49:47	**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

5

3214568777 citas PyH



DATOS DEL RECIEN NACIDO

QUIEN SOY

Nombres y apellidos: Daniel Mejia-Popo

Identificación: 1079 510.392. EPS: Nueva Ep.

Fecha de nacimiento: Día. 10 Mes: 07 Año: 2023

Edad: ____ Días: ____ Mese s: 1 Años: ____ Sexo: Masculino

Recién Nacido: Pretermino: ___ A termino: X Edad Gestacional: 37.4s

Embarazo: Único: X Múltiple: ____ No de Gestaciones 07

Peso: 3500 Kg. Talla: 46cm cm. Perímetro Cefálico: ____ cm.

Tipo de sangre: B(+) Lugar que ocupa entre los hermanos: 1

TSH: ____ Serología: ____

Nombre de la Madre: Ofir Nazarit popo Ocupación: Ama de casa

Nombre del Padre: Yirbey Mejia Medina Ocupación: Varios

Dirección: Varado primavera Teléfono: 3734975636

Alimentación: Lactancia materna exclusiva: Si: ____ No: ____

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO									
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado					
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado					
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado					
	Visual	Normal		Alterado					
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA									

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL
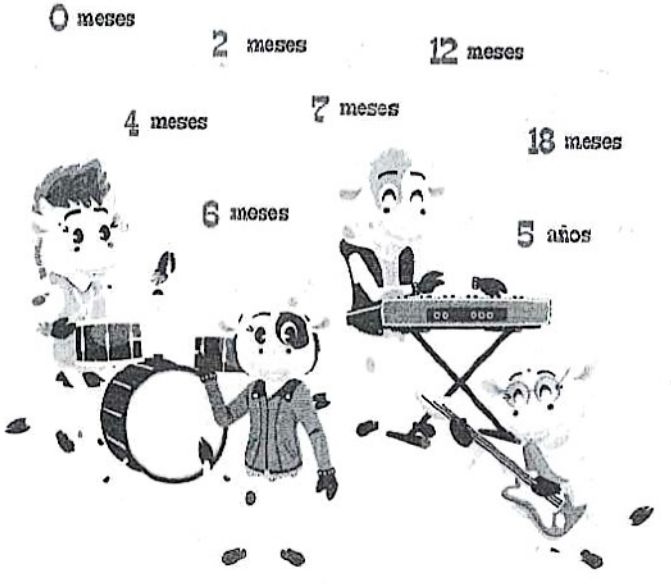
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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



Ministerio de Salud y Protección Social

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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Daniel Mejia Popo
Fecha de nacimiento: 10-07-2023
Nº de certificado de nacido vivo: 230763705571999
Registro civil: 70795703 92
Sexo: Masculino.
Grupo sanguíneo: B(+) Positivo
Peso al nacer: 2550 Talla: 46cm
Dirección: Vda La Primavera
Teléfono 1: 3134215636
Teléfono 2:
Responsable: Ofir Popo Nazari
Municipio de residencia: Paicol
Departamento: Huila.

1030519664

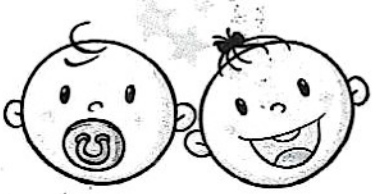
Busca ya las vacunas ¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: **Tipo identificación:** **No. ID:**

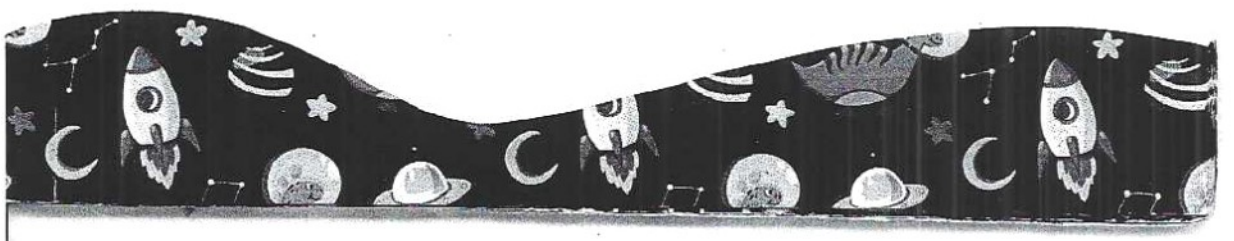
Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	10	07	2023	Serum	037 1MA 093	LIDER	10	09		
	Hepatitis B	Recién nacido	10	07	2023	Serum	032 2Y0 09B	HPSP		2023		
2 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	15	09	23	Biologicals	223400 1	ESE				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	15	09	23	Serum	285 1X0 40D	SANTA				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	15	09	23	Serum	/ / / / / /	ROSA DE				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	15	09	23	Serum	/ / / / / /					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	15	09	23	GSK	ARO 10 09 3AA	LIMA PAICOL				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	15	09	23	polisacaride	FY9925					
4 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						15 11 23			
	Poliomielitis (VIP)	2.ª				BILTHOVEN	223500 1					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	16 NOVIEMBRE			SERUM	285 1Y0 37F	EJEJANTA				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª						ROSA DE				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª										
	Diarrea por rotavirus	2.ª		2023.		GSK.	AROLD 04668	LIMA				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª				POLYSACARIDE	FY9925	PAICOL				
6 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						16 01 2024			
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	16	01	24	Serum	22350 01					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	16	01	24	Serum	285 1X0 03A	ESE SANTA				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	16	01	24	Serum	285 2X0 03A	ROSA LIMA,				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	16	01	24	Serum	285 2X0 03A	PAICOL				
	Influenza estacional	1.ª	29	04	24	Butantan	240 09 74	PAICOL	10			
7 meses	Influenza estacional	2.ª	06	05	24	Butantan	240 09 74	PAICOL				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	10	07	24	Serum	013 3M0 64A		16-07-24			
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	16	07	24	PFIZER	5W7 665	ESE				
	Varicela	2.ª	10	03	24	MSD	700 445 1	PAICOL				
	Hepatitis A	Única	10	07	24	MSD	20 220 70145					
	Influenza estacional	Anual				Pachuca	Abril 2024					
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	18	01	25	Bilthoven	230 800 10	Ese Santa				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT) N.b	1.º refuerzo	18	01	25	Serum	285 3Z0 10					
	Fiebre amarilla	Única	18	01	25	Biofacinz	23F 076 8	Jiva de				
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.º	18	01	25	Serum	015 3N0 05A	Ese Paico	5 AÑOS			
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª				5 AÑOS						
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.



ATENCIÓN DE SALUD BUCAL

PROCEDIMIENTO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
Edu, Cpb, Fluor	14	03	2025	06	09	2025.
Edu, CPB, Fluor		03	2026.			



Frecuencia	Profesional	Fecha	Hora	Edad	Peso (Kg)	Talla (cms)	Perímetros	TA	Evaluación nutricional	Firma
1 mes	Medico	26-08-23	10:52	1	4265	0.53cm	PC=9 rcm	—	adecuado	
2-3 meses	Enfermera	28-10-23	10:00	2mes	5.740	0.60cm			Adecuado	
4-5 meses	Medico	02/12/23	9:00	4ms	6.4	64	PC 43			
6-8 meses	Enfermera	04/03/24	10:39	7 m	7.730	64.5	PB = 14.6 PC = 41		Adecuado	
9-11 meses	Enfermera	04/24	10:45	9 4.	7680	69 cm	PC 45. PB 15.5			
12-18 meses	Medico	13/07/24	10:00	1.22	8.10	71.2	pc = 2/6			
18-23 meses	Enfermera	18/01/25		18m	9kg	78	pb = 15 PC=47 PB=13		Riesgo de Bajo Pes	
24-29 meses	Medico	19/07/2025	9:00	24m	11kg	87	Pc=49 PB=14			
30-35 meses	Medico	19/01/2026.								
3 años	Medico									
4 años	Enfermera									
5 años	Medico									
6 años	Medico									
7 años	Enfermera									
8 años	Medico									
9 años	Enfermera									
10 años	Medico									
11 años	Enfermera									

Enfermera Jefe

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 Daniel Mejia Popo, identificado (a) con documento de identidad número 1079516392 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Ofir Popo Nazarit, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 30.519664, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por Huellas de Amor para tu Vida, 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 Familiar Comunitaria

Suscriben:

Firma: OFIR POPO NAZARIT
Nombre: OFIR POPO NAZARIT
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3134215636
Fecha: 6-03-2025
Municipio: Paicol Huila

¡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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

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 Florecer Opita La Lajà, 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): Daniel Popo Mejia con RC No 1079510392 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.

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 Marzo del año 2025, en el Municipio de Paicol Huila.

YOFIR POPO NAZARIT
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

AGENTE EDUCATIVA

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Ofir Popo Nazarit, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 30.519664 de Puerto Rico, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Daniel Mejia Popo, identificados con NUIP No. 1079510392, usuario de la unidad de servicio Florecer Opita La Laja, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en Paicol Huila, a los 6. días del mes Marzo de 2018

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

Nombre: OFIR POPO NAZARIT

Firma: OFIR POPO NAZARIT

CC. No. 30519664

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Ana Milena Olave

Firma:

CC. No. 26529.613



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 30.519.664
~~POPO NAZARIT~~

APELLIDOS
OFIR

NOMBRES
OFIR POPO NAZARIT

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-ENE-1976
BUENOS AIRES
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

26-MAR-1998 PUERTO RICO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-4400900-00203289-F-0030519664-20091214 0019032072A 2 8090113821

12



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 17.710.443
MEJIA MEDINA

APELLIDOS
YIRBEY

NOMBRES
Yirbey mejia

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-AGO-1979
CARTAGENA DEL CHAIRA
CARTAGENA DE CHAIRA (CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

23-DIC-1998 CARTAGENA DE CHAIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-4400900-00203289 M-0017710443-20091214 0019030570A 2 8090113619

Giros
Recaudos
Corresponsal Bancario
@SuChanceHuilaOficial | www.suchance.com.co
servicioalcliente@suchance.com.co
Cra 4 # 8 - 61 Neiva - Huila

SU CODIGO CUENTA NIU

668765126

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

DE VENTA REBOL No 247/2002
AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART.4
DEL 14/07/16 DIAN SOMOS GRANDES
AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4
SECRETARÍA DE HACIENDA DE NEIVA

TOTAL A PAGAR

$ 38.730

VENTA No. 84172028

equivalente según
.o 17 Decreto 1001/97

FECHAS DE LECTURAS
FECHA SUSPENSIÓN

04/OCT/2024
05/DIC/2024
30/DIC/2024

DE VENCIMIENTO PAGO INMEDIATO

iente	MEJIA MEDINA GINETH	Nit CC	26451189
Dirección	VDA LA LAJA SECTOR PRIMAVERA.	Ruta	6070573023
Municipio	PAICOL	Ciclo	093
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6570031
Carga Contratada	5	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	2

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
8116395	ELS	A	S	00	5584	5490	1	94

Promedio Cuenta 100 Consumo Año Anterior 99 Consumo Anterior 98

ULTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
NOV	94
SEP	98
JUL	101
MAY	102
MAR	95
ENE	94
NOV	98

CALIDAD DEL SERVICIO

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

ULTIMO PAGO

Fecha 04/10/2024
Valor $ 40250

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
47.0	992.8057 =	46662
47.0	982.574 =	46181

CONSUMO PERIODO

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

Valor Total Energía del Periodo	$	92.843
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 54.112
Valor Total Energía Facturado	$	38.731

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES		
CONSUMO PERIODO	$	92.843	
AJUSTE DECENA	$	- 1	
SUBSIDIO	$	- 54.112	

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P	$	0
VALOR ELECTROHUILA	$	38.730

TOTAL A PAGAR

$ 38.730

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: 416.0 Tm: 52.0 PRn,m: 96.0 Dn,m: 264.0 Rm: 1.0 Cv,m: 15
1.0 CUv,n,m: 982.574 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA

ElectroHuila
Transmitimos buena energía

Código de Cuenta : 668765126
Factura de Servicios Públicos No: 84172028
Periodo NOV 2024 Fecha de Vencimiento: PAGO INMEDIATO
Suspensión a partir de: 30/DIC/2024

ElectroHuila
Transmitimos buena energía
Nit: 891.180.001-1

Valor Total a Pagar $ 38.730

(415)7707274499679(8020)0668765126(3900)0000038730(96)20241226

Señor cajero favor dejar libre de sellos hasta el frente como el respaldo de esta factura

14

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 brinda 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,

OFIR POPO
30549664

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


PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES
PROTEGEMOS TUS PASOS
Línea de Atención:
#899 desde celular
Bogotá: 327 4712 / 327 4713
Nacional: 01 8000 111 935
seguros mundial
Nº Póliza: 2000513953
Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS
Nombre de Asegurado: DANIEL MEJIA POPO
ID Asegurado: 1079510392
Vigencia Desde: 2025/02/24
Vigencia Hasta: 2026/02/24
Muerte Accidental $5.000.000,00
Gastos Médicos $4.000.000,00
COBERTURAS:
Muerte Accidental
Gastos Médicos
seguros mundial
#899 desde celular
BOGOTÁ 3274712 /3274713
NACIONAL 01 8000 111 935