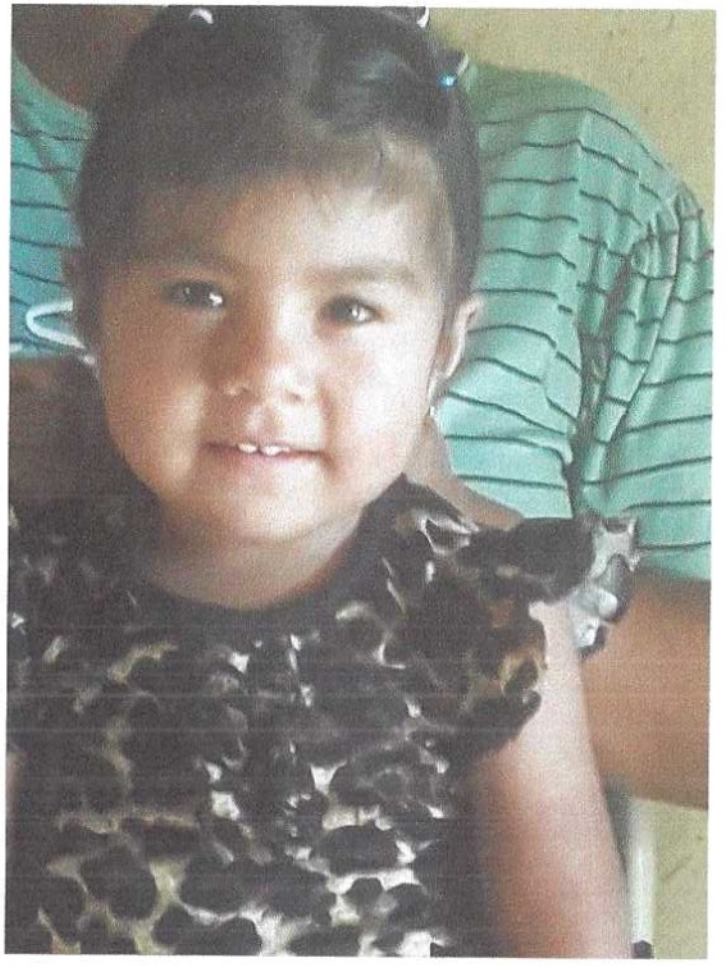
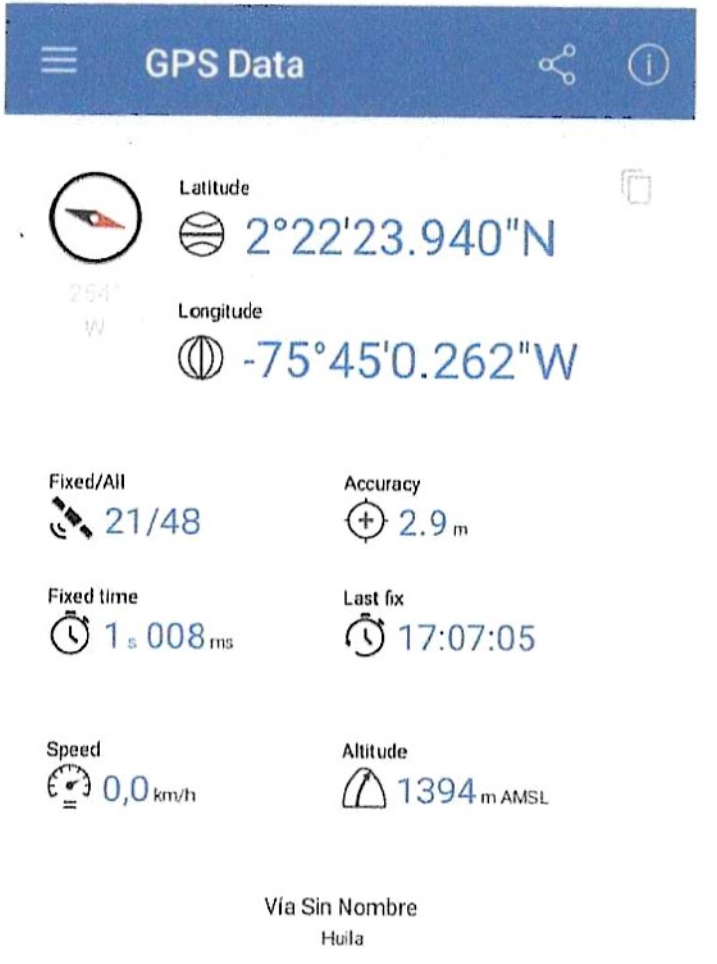


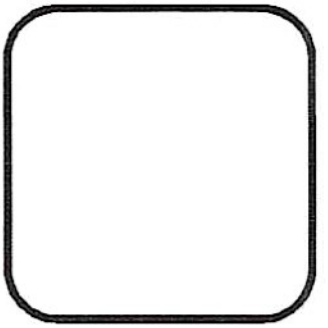


DELANY SALINAS ACHIPIZ

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: DELANY SALINAS ACHIPIZ
RC X No. 1079510298



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	X		
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo y Seguimiento	Cada 3 meses	X		
Fotocopia de la valoración integral en salud/ control de crecimiento y desarrollo	Seguimiento	Cada vez que el participante asista a la valoración	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 1.079.510.356

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51432719

51432719

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE PAICOL - COLOMBIA - HUILA - PAICOL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SALINAS	ACHIPIZ

Nombre(s)

DELANY

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes DIC Día 24	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	A7[illegible]782

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ACHIPIZ ARANDIA KEIDY PAOLA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.350.928	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SALINAS ORDOÑEZ ELVER EDUARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.508.459	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SALINAS ORDOÑEZ ELVER EDUARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.079.508.459	Elver Eduardo Salinas

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 2021 Mes DIC Día 29	DEIMAR FABIAN CUCHIMBA RIOS (E)
	Nombre y firma

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.005.080-2 TEL. 361 0240

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Departamento Nacional de Planeación

Registro válido

Fecha de consulta: 26/08/2025

Ficha: 41518009503600000226

A2

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres DELANY

Apellidos SALINAS ACHIPIZ

Tipo de documento Registro Civil

Número de documento 1079510298

Municipio PAICOL

Departamento HUILA

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente 11/12/2018

Última actualización ciudadano 29/12/2021

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

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 No pobre ni vulnerable

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

4

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	1079510298
NOMBRES	DELANY
APELLIDOS	SALINAS ACHIPIZ
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	24/04/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/26/2025 16:36:38	**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

5



DATOS DEL RECIEN NACIDO

QUIEN SOY

Nombres y apellidos: Delany Salinas Achipiz

Identificación: 7079510298 EPS: Ecoopsos

Fecha de nacimiento: Día. 24 Mes: 12 Año: 2021

Edad: ____ Días: 12 Mese s: 1 Años: ____ Sexo: femenino

Recién Nacido: Pretermino: ___ A termino: X Edad Gestacional: 40 sem

Embarazo: Único: X Múltiple: ____ No de Gestaciones 03

Peso: 3900 Kg. Talla: 49 cm. Perímetro Cefálico: ____ cm.

Tipo de sangre: O(+) Lugar que ocupa entre los hermanos: 03

TSH: ____ Serología: ____

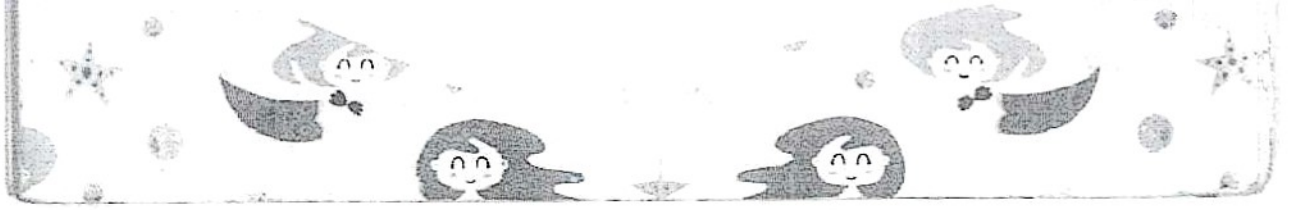
Nombre de la Madre: Yerdy Paola Achipiz A Ocupación: Ama de casa.

Nombre del Padre: Elvar Eduardo salinas Ocupación: Agricultor.

Dirección: vereda el vayal Teléfono: 3153626307

Alimentación: Lactancia materna exclusiva: Si: X No: X

cita) 3219568717.



Frecuencia	Profesional	Fecha	Hora	Edad	Peso (Kg)	Talla (cms)	Perimetros	TA	Evaluación nutricional	Firma
1 mes	Medico	05-02-22	8:30	1mes	4.7	55	39		OK	
2-3 meses	Enfermera	-05-22								
4-5 meses	Medico	07-05-22		4mes 6 T	6.3		40	—	adecuado	
6-8 meses	Enfermera	06-08-22	10:30AM	7 MES	7.5	65cm		—	Adecuado	
9-11 meses	Enfermera	23-4-22	11:30a	10 M	8.6kg	73cm	PC= 41cm PB - 15	—	Adecuado.	
12-18 meses	Medico	13-01-23	8:30	12M	9.4lb	73.cms	PC= 46 PP 14		Adecuado	
18-23 meses	Enfermera	01/03/23	09H0	18M	9.1kg	77cm	P0.46cm	—	Adecuado	
24-29 meses	Medico	28/12/23	3:00	24ms	12h	Buen	PC=48cm PB= 16	—	Adecuado	
30-35 meses	Medico	14/06/24	11:40	24ms	13 k	88 cm	Adecuado	—	Adecuado	
3 años	Medico	04/04/25	10:15	39 m	15 k	94 cm	PC: 50 cm	—	ADECUADO	
4 años	Enfermera	26/12/25								
5 años	Medico									
6 años	Medico									
7 años	Enfermera									
8 años	Medico									
9 años	Enfermera									
10 años	Medico									
11 años	Enfermera									

Dra. Myriam Sofia Cccunuba
Médico Cirujano/Salud Ocupacional
RM 25-3223-01

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
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: Delany Salinas

Fecha de nacimiento: 24 Diciembre 21

Nº de certificado de nacido vivo: 1706007589

Registro civil: 1079510298

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3900 Talla: 49 cm

Dirección: Bagel

Teléfono 1: 3153626301

Teléfono 2:

Responsable: Keidy Rada ACuipiz A.

Municipio de residencia: Ricol

Departamento: Atla

CC. 1004250923

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: Delany Salinas A 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	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	25	12	21	Serum	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ 0 3 7 0 6 1 1 0					
	Hepatitis B	Recién nacido	24	12	21	Serum	0 3 2 0 K 0 1 7 D	HOSAP				Brigard Peñaloza Andrea M.
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	25	02	22	Biological	2 1 1 4 0 0 6					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	25	02	22	Serum	2 8 5 0 4 0 4 1 D	ese santa rosa de lima paicol	24	febrero	22	Adriana Mena Silva C
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	25	02	22	Serum	2 8 5 0 4 0 4 1 D					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	25	02	22	Serum	2 8 5 0 4 0 4 1 D					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	25	02	22	GSK	A K B C C 8 7 1 A D					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	25	02	22	Serum	A S P N B 3 1 5 B A					
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	27	04	22	Biological	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ 2 1 1 4 0 0 6		26	04	22	
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	27	04	22	Serum	2 8 5 0 4 0 3 8 A	ese santa rosa de lima paicol				Adriana Mena Silva C
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	27	04	22	Serum	2 8 5 0 4 0 3 8 A					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	27	04	22	Serum	2 8 5 0 4 0 3 8 A					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	27	04	22	GSK	A K B C C 8 7 1 A D					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	27	04	22	Serum	A S P N B 3 2 1 C A					
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	01	07	22	Biological	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ 2 1 1 4 0 0 6		25	06	22	
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	01	07	22	Serum	2 8 5 1 X 0 0 7 C	ese santa rosa de lima paicol				Adriana Mena Silva C
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	01	07	22	Serum	2 8 5 1 X 0 0 7 C					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	01	07	22	Serum	2 8 5 1 X 0 0 7 C					
	Influenza estacional	1.ª	01	07	22	GREMIGOS	V S 0 0 2 2 2 0 0 C					
7 meses	Influenza estacional	2.ª	02	08	22	GREMIGOS	V S 0 0 2 2 2 0 0 C	ese paicol	02	08	22	Adriana Silva C
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	27	12	22	Serum	0 1 3 1 N 0 6 4 B	ESE paicol	27	12	22	Dayana M.P
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	27	01	23	Polisacarido PFIZER	F R 4 8 9 5	ESE paicol				Damaris Montealegre
	Varicela	2.ª	27	12	22	merck sharp mos	W 0 2 2 0 8 4	Ese paicol				
	Hepatitis A	Única	27	12	22		W 0 0 4 8 3 2	ESE paicol				Dayana M. P
	Influenza estacional	Anual	05	08	23	Greemigos	V S 0 5 2 3 0 0 4	ESE paicol	05	08	2023	Dayana M.
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	01	07	23	Bitthoven	2 2 0 7 0 0 5					
	Difteria, tosferina y tétano (DPT) Renia	1.º refuerzo	01	07	23	Serum	2 8 5 1 X 0 4 0 D	ESE PAICOL	01	07	23	
	Fiebre amarilla	Única	01	07	23	Sanofi	V 3 N 2 1					LUISA LIZCANO
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.º	01	07	23	Serum	0 1 3 1 N 0 8 2 A	ESE PAICOL				LUISA LIZCANO
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis	influenza	Y	14	06	24	Butantan	2 4 0 0 9 7 9	ESE PAICOL				Elvira

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.

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 Laja 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): Delany Salinas Achipiz con RC No 1079510298 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.

Yeccy paola ocho, 2 Prada
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

AGENTE EDUCATIVA

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 Delany Salinas Achipiz, identificado (a) con documento de identidad número 1079510298 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, Keidy Paola Achipiz Arandia, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004250923, 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: Keidy paola Arandia
Nombre: Keidy paola Arandia
Calidad - Titular: X Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3153626307
Fecha: 6-03-2025
Municipio: Policol Huila

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Keidy Paola Achipiz Arandia identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1004250923 de Paicol Huila, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Delany Salinas Achipiz, identificados con NUIP No. 1079510298, 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 2015

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

Nombre: Keidy paola Achipiz Arandia

Firma: Keidy paola Achipiz

CC. No. 1004250923

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Ana Milena Olave

Firma:

CC. No. 26529613.

AA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.004.250.923
ACHIPIZ ARANDIA

APELLIDOS
KEIDY PAOLA

NOMBRES
Keidy Paola Achipiz A

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-MAR-1993
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
23-MAR-2011 PAICOL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

P-1905200-00322162-F-1004250923-20110811 0027736585A 2 33590564



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.079.508.459

SALINAS ORDOÑEZ
APELLIDOS

ELVER EDUARDO
NOMBRES

Elver Eduardo Salinas Ordoñez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-MAR-1989
AGRADO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
23-MAR-2007 PAICOL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1905200-50160531-M-1079508459-20070703 0045107184A 02 148349235



0408

pago electrónicos
FT -CFE -05 -001

AUTORETENEDORES
DIAN EXONERADO AUTOKIZACION
RESOL. 000056 DEL 14/07/16 DIAN NOMOS GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4
DEL 98/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

FACTURA DE VENTA No. 84172865

TOTAL A PAGAR
$ 34.200

Documento equivalente según
articulo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 23/DIC/2024

FECHAS DE LECTURAS: 04/OCT/2024 - 03/DIC/2024
FECHA SUSPENSIÓN: 26/DIC/2024

INFORMACION CLIENTE

Cliente	MARINA ORDOÃÁEZ VARGAS	Nit CC	26440927
Dirección	VDA EL VERGEL	Ruta	6070920060
Municipio	PAICOL	Ciclo	093
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6570071
Carga Contratada	0	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
61920468	ISK	A	S	00	4137	4054	1	83

Promedio Cuenta 81 Consumo Año Anterior 83 Consumo Anterior 83

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
NOV	83
SEP	94
JUL	61
MAY	89
MAR	97
ENE	29
NOV	83

CALIDAD DEL SERVICIO

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

ULTIMO PAGO

Fecha 21/10/2024
Valor $ 38610

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
41.5	992.8057 =	41201
41.5	982.574 =	40777

CONSUMO PERIODO

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

Valor Total Energía del Periodo	$	81.978
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 47.780
Valor Total Energía Facturado	$	34.198

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES		OTROS CARGOS	
CONSUMO PERIODO	$	81.978	ALUMBRADO P	$ 0
AJUSTE DECENA	$	2	VALOR ELECTROHUILA	$ 34.200
SUBSIDIO	$	- 47.780		

TOTAL A PAGAR
$ 34.200

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
Nit 891.180.001-1

Código de Cuenta : 812610408
Factura de Servicios Públicos No: 84172865
Periodo NOV 2024 Fecha de Vencimiento: 23/DIC/2024
Suspensión a partir de: 26/DIC/2024

Valor Total a Pagar $ 34.200

ElectroHuila
Transmitimos buena e
Nit:891.180.0

(415)7707274499679(8020)081261040 8(3900)0000034200(96)20241223

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

SAMI Version 1.2.1 24081217 Lector 7403

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

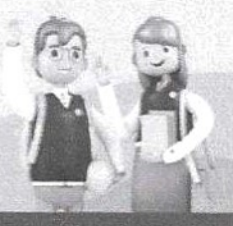
Atentamente,

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

Kenny paola Perez
7004250923

PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES

PROTEGEMOS TUS PASOS



Linea de Atención:

#899 desde celular | **Bogotá:** 327 4712 / 327 4713 **Nacional:** 01 8000 111 935

seguros mundial®

Nº Poliza: 2000513953

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado: DELANY SALINAS ACHIPIZ

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1079510298	2025/02/24	2026/02/24

Muerte Accidental $5.000.000,00 | Gastos Médicos $4.000.000,00

COBERTURAS:

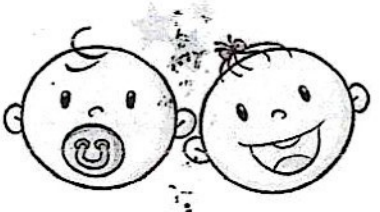
- Muerte Accidental
- Gastos Médicos

En caso de accidente o para consultar términos y condiciones, comunicarse a nuestras líneas de atención

seguros mundial®

#899 desde celular | **BOGOTÁ** 3274712 / 3274713 | **NACIONAL** 01 8000 111 935

Frecuencia	Profesional	Fecha	Hora	Edad	Peso (Kg)	Talla (cms)	Perímetros	TA	Evaluación nutricional	Firma
1 mes	Medico	05-02-22	8:30	1mes	4.7	55	39	✓	OK	
2-3 meses	Enfermera									
4-5 meses	Medico	-05-22 07- 05-22			Image-GT G3		40	—	adecuado Gabriela D.	
6-8 meses	Enfermera	06-08-22	10:30AM	7 MES	7.5	65cm		—	Adecuado Karla Ramos	
9-11 meses	Enfermera	23-4-22	11+30a	10 M	86kg	~~89~~ cm	PC= 41cm PB= 15 10c= 46 pp 14	—	Adecuado. D	
12-18 meses	Medico	13-01-23	4:30	12M	9.4lb	73.5cm			Adecuado	
18-23 meses	Enfermera	01/02/23	09HD	18M	9.7kg	77cm	PC. 46 cm	—	Adecuado Karla Ramos	
24-29 meses	Medico	28/12/23	3:00	24m	12h	Buena	PC= 48cm PB= 16	—	Adecuado	
30-35 meses	Medico	14/06/24	11:40	24ms	13 lb	88cm	Adecuado	—	Jorge Cy	
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									



ATENCIÓN DE SALUD BUCAL

PROCEDIMIENTO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
limpieza	04	04	25	04	09	25
Barniz fluor	10	10	25	4	04	2026