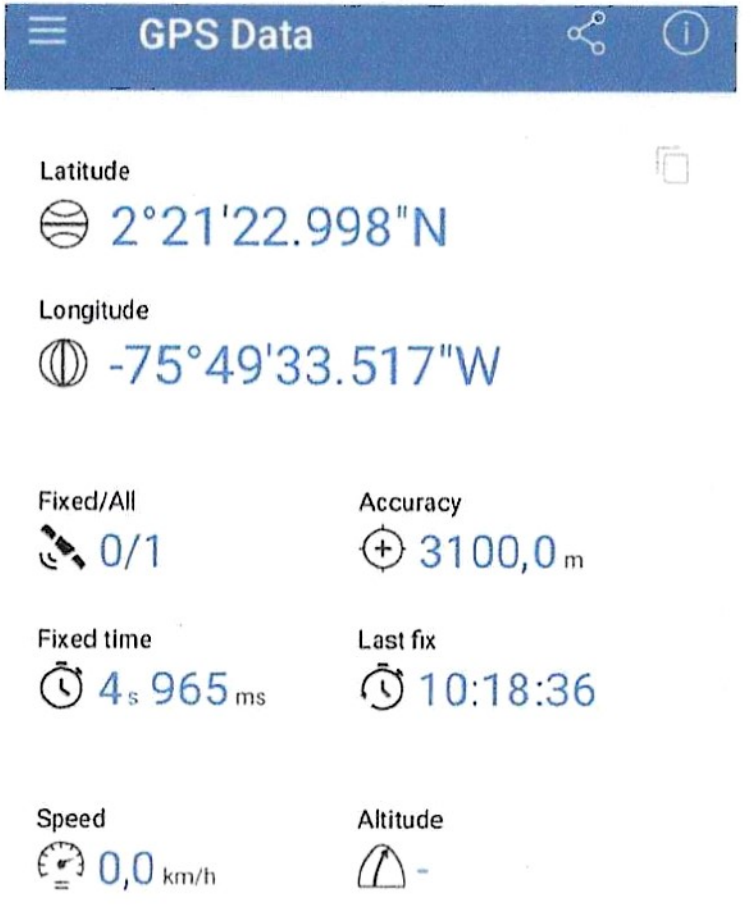


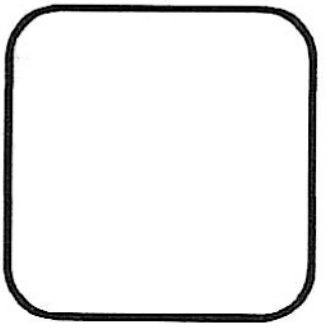


DIEGO ALEJANDRO SANCHEZ MEDINA

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 ALTO SAN MIGUEL
PARTICIPANTE: DIEGO ALEJANDRO SANCHEZ MEDINA
RC X No. 1079510196



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	/		
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	✓		
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	✓		

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.079.510.196

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51432600

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
SANCHEZ	MEDINA

Nombre(s)

DIEGO ALEJANDRO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes SEP Día 09	MASCULINO	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	160227167

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MEDINA MEDINA YOLANDA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.508.302	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SANCHEZ BAUTIZTA JAVIER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 83.256.197	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SANCHEZ BAUTIZTA JAVIER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 83.256.197	Javier Sanchez B.

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 SEP Día 25	NICTOR BASTIDAS BASTIDAS - REGIST
	Nombre y firma

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

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 02/09/2025

Ficha: 41518004503700000201

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DIEGO ALEJANDRO

Apellidos: SANCHEZ MEDINA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079510196

Municipio: Paicol

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/12/2018

Última actualización ciudadano: 28/04/2021

Última actualización via 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: MARIA LIZETH MENDEZ CERQUERA

Dirección: Calle 4 No 6 - 74

Teléfono: 3154610988 - 3206315508

Correo Electrónico: sisben@paicol-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
- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduria Nacional del Estado Civil

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	1079510196
NOMBRES	DIEGO ALEJANDRO
APELLIDOS	SANCHEZ MEDINA
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. - CM	SUBSIDIADO	24/04/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/02/2025 09:09:50	**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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de



DATOS DEL RECIEN NACIDO

QUIEN SOY

Nombres y apellidos: Diego Alejandro Sanchez Molina

Identificación: 1079510796 EPS: Ecoopsos

Fecha de nacimiento: Día. 09 Mes: 09 Año: 2020

Edad: ____ Días: ____ Mese s: 5 meses Años: ____ Sexo: M

Recién Nacido: Pretermino: ___ A termino: X Edad Gestacional: ____

Embarazo: Único: X Múltiple: ____ No de Gestaciones 5.

Peso: 3000 Kg. Talla: 47cm cm. Perímetro Cefálico: ____ cm.

Tipo de sangre: ____ Lugar que ocupa entre los hermanos: ____

TSH: ____ Serología: ____

Nombre de la Madre: yolanda Marlene Molina Ocupación: Amadecasa

Nombre del Padre: Pedro Sanchez Rodriguez Ocupación: Oficios Vlr

Dirección: v/ el 446 sau Mateo Teléfono: 3114753845

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



Frecuencia	Profesional	Fecha	Hora	Edad	Peso (Kg)	Talla (cms)	Perimetros	TA	Evaluación nutricional	Firma
1 mes	Medico	10-10-2020	9:30 AM	1 mes	3.700gs	56cm.				
2-3 meses	Enfermera	13-03-21								
4-5 meses	Medico									
6-8 meses	Enfermera	13-03-21	10:00	6M	7.7	67cm	PC:42 PB:14		Adecuado	
9-11 meses	Enfermera	11-Sept-20	10:00	9M	8.6	70cm	PC:44 PB:15		Adecuado	
12-18 meses	Medico	11-Sept-21	10:10	12M	10,1	76,5 cm	PC:47 B:15	90/60	Adecuado	
18-23 meses	Enfermera	19-03-22	9:00	12 M	10	85				
24-29 meses	Medico	septiembre								
30-35 meses	Medico	28/03/23	09:00	30M.	13Kg	92cm			Riesgo de Sobrepeso	
3 años	Medico	30/09/23	10:00	36m	16Kg	98cm	PC:50cm	—	Adecuado	
4 años	Enfermera	15/09/23	10:00	48m	17.3	107cm	PC=50cm	—	Adecuado	
5 años	Medico	04/10/2023	10:00	60m	20	110	Peso.		Adecuado	
6 años	Medico									
7 años	Enfermera									
8 años	Medico									
9 años	Enfermera									
10 años	Medico									
11 años	Enfermera									

Angie Paola Lara V.
Enfermera Profesional
C.C. 1.075.309.919 / Res. 25095

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.

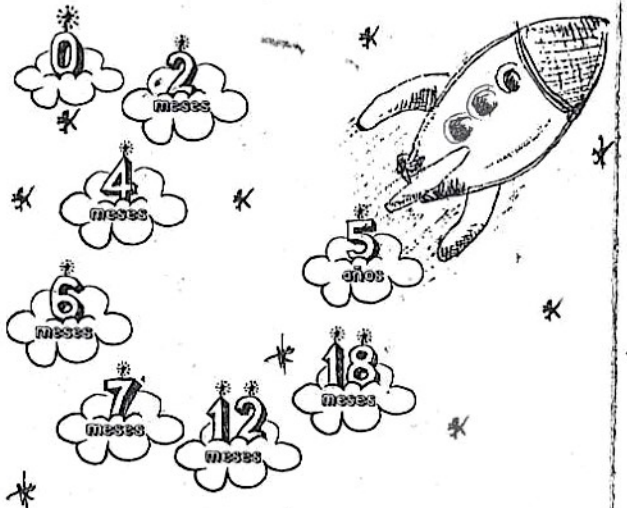
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

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

de cero a siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

RC 1079510196

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Diego Alejandro sanchez Medina
Fecha de nacimiento: 9-09 20
Nº de certificado de nacido vivo: 160227167
Registro civil: [illegible]
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3160 bramo
Dirección: Vda alto San Miguel
Teléfono: 3114753845
Responsable: Yolanda Medina
Municipio de residencia: Tarqui
Departamento: Huila

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



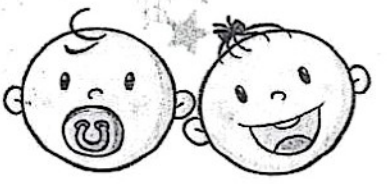
PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: Diego Alejandro Sanchez Medina **Regis Civil:** 1079510186

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	SI☑ No☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única	10-09-20	Serum	03786238	HDSP		Nini Vega
	Hepatitis B	Recién nacido	09-09-20	Serum	03290060	HDSP	09 11 20	Jefe Yolanda
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí☐ No☐						Adriana Silva.
	Polio (Oral - IM)	1ª	10-11-20	Bithoven	181000 1A	ESE Paicol		Adriana Silva.
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	10-11-20	Serum	2959X025F	ESE Paicol		Adriana Silva.
	Rotavirus	1ª	10-11-20	GSK	ANVLC263BA	ESE Paicol		Adriana Silva.
	Neumococo	1ª	10-11-20	GSK	ASPNB2A2AD	ESE Paicol		Adriana Silva.
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	SÍ☐ No☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	09-01-21	Serum	181000 1A	ESE Paicol	10 01 21	Adriana Silva.
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	09-01-21	Serum	2959X025F	ESE Paicol		Adriana Silva.
	Rotavirus	2ª	09-01-21	GSK	ANVLC263BB	ESE Paicol		Adriana Silva.
	Neumococo	2ª	09-01-21	GSK	ASPNB2AAAD	ESE Paicol		Adriana Silva.
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	13-03-21	Bithoven.	181000 1A.		09 03 21	
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	13-03-21	Serum	2959X025F	ESE Paicol		Adriana Silva.
	Influenza	1ª	03-07-21	Sanofi	V3887	ESE Paicol		Evidelia Mendoza
7 Meses	Influenza	2ª	12-08-21	Sanofi	V3387	ESE Paicol		Evidelia Mendoza
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	11/09/2021	Serum	0131W121	ESE Paicol	03 08 27	Sandi Llerena.
	Fiebre Amarilla	1ª	07-05-21	Serum	0131W121	ESE Paicol		Adriana Silva.
	Neumococo	Refuerzo	GSK 11/09/21	ASPNB28SAD	62K	ESE Paicol		Adriana Silva.
	Influenza	Anual	11-06-22	V5027006	Sanofi	ESE Paicol		Adriana Silva.
	Hepatitis A	ÚNICA	11/06/2021	503233Z	Merck	ESE Paicol		Adriana Silva.
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo	09-05-22	Serum	181P018	ESE Paicol	19 03 22	Adriana Silva.
	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo	09-05-22	Serum	181P018	ESE Paicol		Adriana Silva.
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo	4-10-25	Bithoven	2423003A	ESE Paicol		ESE
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo	4-10-25	Serum	2211005241	ESE Paicol		ESE
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	20-03-23	Serum	0131W085A	ESE Paicol		Darma M. P
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela.	1	11/09/2021	Merck	TD10658	ESE Paicol		Adriana Silva.
	Sarampion Rubeola.	R1	22/10/2021	Serum	0129W221	ESE Paicol		Sandi Llerena.
	VARICELA	R2	4-10-25	MSD	401886	ESE Paicol		ESE

Estas vacunas son gratuitas

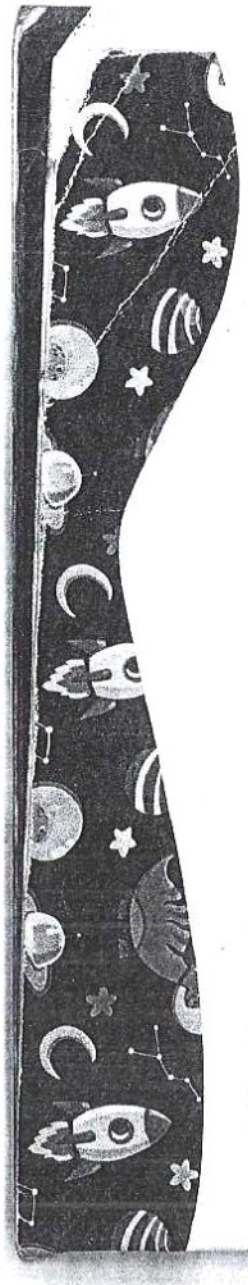
La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.



ATENCIÓN DE SALUD BUCAL

PROCEDIMIENTO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
Edu, Cep, barniz	09.	11	2024.	30	05	2025
Edu, CIB, Fluor	04.	10	2025.		04	2026

Médico
9 años Enfermera
10 años Medico
11 años Enfermera



Frecuencia	Profesional	Fecha	Hora	Edad	Peso (Kg)	Talla (cms)	Perímetros	TA	Evaluación nutricional	Firma
1 mes	Medico	10-10-2020	9:30M	1mes	3.700gs	56cm.				
2-3 meses	Enfermera	13-03-21								
4-5 meses	Medico									
6-8 meses	Enfermera	13-03-21	10:00	6M	7.7	67cm	PC:42 PB:14		Adecuado	
9-11 meses	Enfermera	J-11-0	10:00	9m	8.6	70cm	PC:44 PB15		Adecuado	
12-18 meses	Medico	11-Sept-27	10:10	12M	10,1	76,5 cm	PC:47 PB:15	90/60	Adecuado	
18-23 meses	Enfermera	19-03-22	9:00m	12 y 11	85					
24-29 meses	Medico	29-09-22	8:00a	24m	13,4	85				
30-35 meses	Medico	28/03/23	09:00	30M.	15Kg	92cm	PC=47 PB15	90/6	Riesgo a talla baja	
3 años	Medico	30/09/23	10:00	36m	16,0kg	98cm	PC:50cm	—	Adecuado	
4 años	Enfermera	15/09/24	10:00	48m	17.3	107cm	PC=50cm	—	Adecuado	
5 años	Medico	23/09/2025	8:00	60cm	18.2	109cm	Pc=50cm	—	Adecuado	
6 años	Medico	09/2026								
7 años	Enfermera									
8 años	Medico									
9 años	Enfermera									
10 años	Medico									
11 años	Enfermera									

Angie Paola Lara V.
Enfermera Profesional
C.C. 1.075.309.919 / Res. 250

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 Alto San Miguel 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): Diego Alejandro Sanchez Medina con RC No 1079510196 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.

Yolanda Medina
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 Diego Alejandro Sanchez Medina, identificado (a) con documento de identidad número 1079510196 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, Yolanda Medina Medina, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1079508302 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: Yolanda medina
Nombre: Yolanda Medina Medina
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3133273442
Fecha: 6-03-2025
Municipio: Paicol Huila

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.	F17.MO12.PP	11/05/2018
		Versión 2	Página 1 de 1

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Yolanda Medina Medina, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1079508302 de Paicol Huila, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Diego Alejandro Sanchez Medina, identificados con NUIP No. 1079510196, usuario de la unidad de servicio Florecer Opital Alto S.M/16 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 2016

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

Nombre: Yolanda Medina Medina

Firma: Yolanda medina

CC. No. 1079508302

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Ana Milena Olave

Firma:

CC. No. 26529613

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.079.508.302
NUMERO



MEDINA MEDINA
APELLIDOS

YOLANDA
NOMBRES

Yolanda Medina
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-ENE-1986
VILLAVIEJA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.40	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

24-NOV-2005 PAICOL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1905200-50145801-F-1079508302-20060228 03029 06058N 02 148346520

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 83256197

SANCHEZ BAUTIZTA
APELLIDOS

JAVIER
NOMBRES

Javier Sanchez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-ABR-1982
PAICOL
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

14-ABR-2001 PAICOL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1905200-70099151-M-0083256197-20020116 00599 02016A 02 102852444

ElectroHuila
Transmitimos buena energía
Nit 891.180.001-1

SU CODIGO CUENTA NIU
747649235

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

AUTORETENEDORES DE RENTA, RESOL. No 547/2002 DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART.4 RESOL. 000055 DEL 14/07/15 DIAN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4 DEL 00/01/99 SECRETARÍA DE HACIENDA DE NEIVA

TOTAL A PAGAR

FACTURA DE VENTA No. 84172220

$ 69.220

Documento equivalente según articulo 17 Decreto 1001/97

FECHAS DE LECTURAS 04/OCT/2024 05/DIC/2024

FECHA DE VENCIMIENTO PAGO INMEDIATO

FECHA SUSPENSIÓN 30/DIC/2024

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	JAVIER SANCHEZ BAUTISTA	Nit CC	8325[illegible]
Dirección	VDA ALTO SAN MIGUEL	Ruta	6070610332
Municipio	PAICOL	Ciclo	093
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6570023
Carga Contratada	0	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	2

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
66774411908	HI	A	S	00	5614	5446	1	168

Promedio Cuenta 168 Consumo Año Anterior 143 Consumo Anterior 143

ULTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
NOV	168
SEP	168
JUL	175
MAY	165
MAR	130
ENE	148
NOV	143

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU: DIU:
EC: VC: ACD:
VCF: CEC:
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 04/10/2024
Valor $ 69000

LIQUIDACIÓN CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
84.0	992.8857 =	83396
84.0	982.574 =	82536

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

Valor Total Energía del Periodo	$	165.932
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 96.712
Valor Total Energia Facturado	$	69.220

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
CONSUMO PERIODO	$ 165.932
SUBSIDIO	$ - 96.712

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO p	$	0
VALOR ELECTROHUILA	$	69.220

TOTAL A PAGAR
$ 69.220

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

FOBS: 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 : 747649235
Factura de Servicios Públicos No: 84172220
Periodo NOV 2024 Fecha de Vencimiento: PAGO INMEDIATO
Suspensión a partir de: 30/DIC/2024

Valor Total a Pagar $ 69.220

(415)7707274499679(8020)0747649235(3900)0000069220(96)20241226

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

SAMI Version 1.2.1 24061217 Lector 7413

15

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,

Yolanda Medina
1079 508 309

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

PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES

PROTEGEMOS EN 5 PASOS



Línea 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: DIEGO ALEJANDRO SANCHEZ MEDINA

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1079510196	2025/02/24	2026/02/24

Muerte Accidental $5.000.000,00 $4.000.000,00

COBERTURAS:

- Muerte Accidental
- Gastos Médicos

En caso de accidente llama para consultar términos y condiciones comunícate a nuestras líneas de atención

seguros mundial®

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